CareAdvantage by HealthPlan OF SAN MATEO



Aklat-Gabay ng Miyembro

Kung ano ang dapat ninyong malaman tungkol sa inyong mga benepisyo

CareAdvantage

Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)

H6019_EOC2027_C

Last Updated: 09/30/2026

TA

Our CareAdvantage Unit Is Available to Help You

Call us at **1-866-880-0606** (toll free) or **650-616-2174**
Hearing Impaired: TTY **1-800-735-2929** or dial **7-1-1.**

- Call Center Hours are Monday through Sunday 8:00 a.m. to 8:00 p.m.
- Office Hours are Monday through Friday 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

Large-print Request
If you would like a large-print copy of this book, please call the CareAdvantage Unit.

Privacy Statement
Health Plan of San Mateo ensures the privacy of your medical record. For questions and more information, please call the CareAdvantage Unit.

Nuestro Departamento de CareAdvantage está a su disposición para ayudarle

Llámenos al **1-866-880-0606** (número telefónico gratuito) o al **650-616-2174**. Miembros con dificultades auditivas:
TTY **1-800-855-3000** o marque el **7-1-1.**

- El horario de nuestro centro de atención telefónica es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- El horario de oficina es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Solicitud de impresión en caracteres grandes
Si desea un ejemplar de este manual en letra grande, por favor llame al Departamento de CareAdvantage.

Declaración de privacidad
Health Plan of San Mateo asegura la privacidad de su expediente médico. Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, por favor llame al Departamento de CareAdvantage.

我們的 CareAdvantage Unit 為您提供協助

請撥打我們的電話**1-866-880-0606**(免費)
或 **650-616-2174.** 有聽力障礙者:
TTY **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1.**

- 電話中心服務時間是週一至週日 上午8:00 至晚上 8:00。
- 辦公室的服務時間是週一至週五 上午 8:00 至下午 5:00。

大字版需求
若需要本手冊的大字版，請致電與 CareAdvantage Unit 聯絡。

隱私權聲明
聖馬刁健康計劃 (HPSM) 致力保障您的病歷穩私權。
如有疑問且需要更多資訊，請致電與 CareAdvantage Unit 聯絡。

Handa kayong Tulungan ng aming Yunit para sa mga Serbisyo sa mga Miyembro

Tawagan kami sa **1-866-880-0606** (walang bayad) o sa **650-616-2174**. May Kapansanan sa Pandinig:
TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1.**

- Bukas ang aming mga call center mula Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
- Bukas ang aming opisina mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

Humiling ng Libro na Malalaki ang Pagkakalimbag ng mga Letra
Kung gusto ninyong makakuha ng librong ito na malalaki ang mga letra sa pagkakalimbag, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

Pahayag sa Pagiging Pribadong ng Impormasyon
Tinitiyak ng Health Plan of San Mateo ang pagiging pribado ng inyong medikal na rekord. Para sa karagdagang katanungan at impormasyon, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa mga Miyembro.

Сотрудники нашего подразделения CareAdvantage Unit готовы вам помочь

Звоните нам по номеру**1-866-880-0606** (бесплатно) или по номеру **650-616-2174**. Для участников с нарушением слуха: телетайп (TTY) **1-800-735-2929** или **7-1-1.**

- Наш центр обработки звонков работает с 8:00 до 20:00 без выходных.
- Наши часы работы: с 8:00 до 17:00 с понедельника по пятницу.

Если нужен крупный шрифт
Если вы хотели бы получить экземпляр данного справочника, набранный крупным шрифтом, позвоните в подразделение CareAdvantage Unit.

Заявление о соблюдении конфиденциальности
Health Plan of San Mateo гарантирует обеспечение конфиденциальности вашей медицинской документации. Если у вас возникли вопросы или вам требуется дополнительная информация, позвоните в подразделение CareAdvantage Unit.

Handbook ng Miyembro ng CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)

Enero 1, 2027– Disyembre 31, 2027

Ang inyong Saklaw sa Kalusugan at Gamot sa ilalim ng CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP)

Ang CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal para magbigay ng mga benepisyo ng dalawang programang ito sa mga naka-enroll. Ang pag-enroll sa CareAdvantage ay depende sa pag-renew ng kontrata.

Panimula ng *Handbook ng Miyembro*

Ipinapaalam sa inyo ng *Handbook ng Miyembro* na ito, na kilala rin bilang Katibayan ng Saklaw, ang tungkol sa inyong saklaw sa ilalim ng aming plano hanggang Disyembre 31, 2027. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at sakit sa pag-abuso sa droga o alak), saklaw ng gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Makikita ang mahahalagang salita at mga kahulugan ng mga ito nang nakaayos sa alpabetiko sa **Kabanata 12** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Ito ay mahalagang legal na dokumento. Itago ito sa isang ligtas na lugar.

Kapag sinasabi ng *Handbook ng Miyembro na ito* ang “kami,” “namin,” “amin,” o “aming plano,” ito ay nangangahulugang CareAdvantage (HMO D-SNP).

Available nang libre ang dokumentong ito sa Ingles, Espanyol, Chinese, at Tagalog.

Maaari ninyong makuha nang libre ang dokumentong ito sa iba pang format, tulad ng malaking print, braille at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.

Para makakuha ng mga babasahin sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa alternatibong format ngayon at sa hinaharap, mag-email sa CareAdvantageSupport@hpsm.org o tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. O magpadala ng kahilingan sa pamamagitan ng sulat sa:

Health Plan of San Mateo
Attn: CareAdvantage Unit
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

Pananatilihin sa file ang inyong mas gustong wika at format para sa mga pagpapadala ng sulat at komunikasyon sa hinaharap, kaya hindi na ninyo kailangang humiling nang hiwalay sa bawat pagkakataon.

Upang baguhin o kanselahin ang inyong mga kagustuhan, mangyaring kontakin ang CareAdvantage Unit.

Abiso ng Pagiging Available ng Mga Serbisyo sa Tulong sa Wika at Mga Pansuportang Tulong at Serbisyo

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំៈ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)。这些服务都是免费的。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。**한국어**

(Korean)
유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)
ປະກາດ:ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃ ຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien
LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**).ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-866-880-0606** (линия TTY: **1-800-735-2929**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-866-880-0606** (линия TTY: **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-3000**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) น อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Iba pang wika

Makukuha ninyo ang *Handbook ng Miyembro* na ito at iba pang babasahin ng plano sa iba pang wika nang libre. Nagbibigay ang CareAdvantage ng mga nakasulat na pagsasalin-wika mula sa mga kuwalipikadong tagasalin ng wika. Tumawag sa 1-866-880-0606 (TTY 1-800-735-2929 o 7-1-1). Libre ang tawag. Basahin ang *Handbook ng Miyembro na ito* para alamin pa ang tungkol sa mga serbisyo ng tulong sa wika para sa pangangalagang pangkalusugan, tulad ng mga serbisyo ng interpreter at pagsasalin-wika.

Iba pang format

Maaari ninyong makuha ang impormasyong ito, nang napapanahon, sa iba pang format tulad ng braille, 20-point font na malaking print, audio format, at mga naa-access na electronic na format (data CD) nang wala kayong babayaran. Tumawag sa

1-866-880-0606 (TTY 1-800-735-2929 o 7-1-1) Libre ang tawag.

Mga Serbisyo sa Pag-access sa Wika

Ang CareAdvantage ay nagbibigay ng mga serbisyo sa berbal na interpretasyon, pati na ang sign language, mula sa isang kwalipikadong interpreter, nang 24 na oras, nang wala kayong babayaran. Hindi ninyo kailangang gumamit ng miyembro ng pamilya o kaibigan bilang isang interpreter. Hindi namin hinihikayat ang paggamit ng pamilya o mga kaibigan, lalo na ang mga menor de edad, bilang mga interpreter maliban kung ito ay isang emergency. Ang mga serbisyo ng access sa wika, kabilang ang mga serbisyo ng interpreter, ay available nang libre. Ang mga serbisyo ng interpreter ay available 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Para sa tulong sa inyong wika, o para makuha ang handbook na ito sa ibang wika, tumawag sa 1-866-880-0606 (TTY 1-800-735-2929 o 7-1-1). Libre ang tawag.

Talaan ng mga Nilalaman

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro 14

Kabanata 2: Mahahalagang mga numero ng telepono at mga pinagkukunan 28

Kabanata 3: Paggamit ng saklaw ng aming plano para sa inyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang sakop na serbisyo 53

Kabanata 4: Chart ng mga benepisyo 84

Kabanata 5: Pagkuha ng inyong gamot para sa outpatient 170

Kabanata 6: Ano ang binabayaran ninyo para sa inyong mga gamot sa Medicare at Medi-Cal 195

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa singil na inyong natanggap para sa mga sakop na serbisyo o gamot 212

Kabanata 8: Ang inyong mga karapatan at responsibilidad 220

Kabanata 9. Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa coverage, apela, at reklamo) 234

Kabanata 10: Pagtatapos ng inyong pagiging miyembro sa aming plano.....294

Kabanata 11: Mga legal na abiso 306

Kabanata 12: Mga depinisyon ng mahahalagang salita 310

Mga Pagtatatwa ng Pananagutan

- Ang CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (HMO D-SNP) ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal para magbigay ng mga benepisyo ng parehong mga programang ito sa mga naka-enroll. Ang pag-enroll sa CareAdvantage D-SNP ay nakadepende sa pag-renew ng kontrata. Maaaring may mga limitasyon, copay, at paghihigpit. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang CareAdvantage Unit o basahin ang Handbook ng Miyembro. Ang ibig sabihin nito ay maaaring kailangan ninyong bayaran ang ilang serbisyo at kailangan ninyong sundin ang ilang partikular na panuntunan para bayaran ng CareAdvantage ang inyong mga serbisyo. Maaaring magbago ang mga benepisyo at/o copayment sa Enero 1, 2028.
- Maaaring magbago anumang oras ang aming mga sakop na gamot, network ng parmasya, at/o ng network ng provider. Makakatanggap kayo ng abiso tungkol sa anumang mga pagbabago na maaaring makaapekto sa inyo nang mas maaga nang hindi bababa sa 30 araw.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa CareAdvantage, isang planong pangkalusugan na sinasakop ang lahat ng inyong serbisyo ng Medicare at nangangasiwa sa lahat ng inyong serbisyo sa Medicare at Medi-Cal, at ang inyong pagiging miyembro dito. Sinasabi rin nito sa inyo kung ano ang dapat ninyong asahan at kung ano iba pang impormasyon ang matatanggap ninyo sa amin. Makikita ang mga mahalagang salita at kahulugan ng mga ito na nakaayos nang alpabetiko sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Welcome sa aming plano 16

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal 16

B1. Medicare 16

B2. Medi-Cal 17

C. Ang mga benepisyo ng aming plano....17

D. Ang pinaglilingkurang lugar ng aming plano 19

E. Paano kayo nagiging kwalipikadong maging miyembro ng plano 19

F. Ano ang maaasahan kapag una kayong sumali sa aming planong pangkalusugan....20

G. Ang inyong team sa pangangalaga at plano sa pangangalaga....21

G1. Team sa pangangalaga 21

G2. Plano sa pangangalaga 22

H. Buod ng Mahahalagang Gastos 22

H1. Halaga ng Pagbabayad sa Gamot ng Medicare....22

I. Ang *Handbook ng Miyembro* na ito....23

J. Iba pang mahalagang impormasyong matatanggap ninyo sa amin 23

J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro....23

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya* 24

J3. *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*....26

J4. Ang *Paliwanag sa Mga Benepisyo*....26

K. Pagpapanatiling up to date ang inyong rekord ng miyembro 26

K1. Pagkapribado ng personal na impormasyon sa kalusugan....27

A. Welcome sa aming plano

Ang aming plano ay nagbibigay ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa mga indibidwal na k\walipikado para sa parehong mga programa. Kasama sa aming plano ang mga doktor, ospital, parmasya, provider ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, provider para sa kalusugan ng pag-uugali, at iba pang provider. Mayroon din kaming mga tagapamahala ng pangangalaga at team sa pangangalaga para tulungan kayong pamahalaan ang inyong mga serbisyo at provider. Magkasamang nagtutulungan ang lahat ng ito para magbigay ng pangangalagang kailangan mo.

Sa CareAdvantage, matutulungan kayo ng Health Plan of San Mateo (HPSM) na pamahalaan ang inyong pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng:

Pagbabayad ng inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan at mga inireresetang gamot

- Pagbibigay sa inyo ng access sa isang malaking network ng provider sa mga pangunahing provider sa pangangalaga (Primary Care Provider, PCP), dentista, espesyalista, klinika, parmasya, at ospital
- Pagtulong sa inyo na humanap ng iba pang serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan na maaaring kwalipikado kayo at pangangailangan tulad ng kalusugan ng pag-uugali at mga pangmatagalang serbisyo at suporta
- Pagbibigay ng koordinasyon ng pangangalaga para matulungan kayong pamahalaan ang inyong mga provider at mga serbisyo na tinitiyak na magkasama silang nagtutulungan para matulungan kayong matugunan ang inyong mga layunin sa kalusugan

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal

B1. Medicare

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

- mga taong may 65 taon ang edad o pataas,
- ilang taong walang pang edad sa 65 taon at may mga partikular na kapansanan, **at**
- mga taong may end-stage renal disease (kidney failure).

B2. Medi-Cal

Ang pangalan ng programa ng Medicaid ng California ay Medi-Cal. Ang Medi-Cal ay pinapatakbo ng estado at ito ay binabayaran ng estado at ng pederal na pamahalaan. Ang Medi-Cal ay tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na bayaran 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.

Ang bawat estado ay nagdedesisyon kung:

- ano ang maituturing na kita at mga pinagkukunan,
- sino ang kwalipikado,
- anong mga serbisyo ang sakop, **at**
- ang gastos para sa mga serbisyo.

Maaaring magdesisyon ang mga estado kung paano patatakbuhin ang kanilang mga programa, basta't sumusunod sila sa mga federal na panuntunan.

Inaprubahan ng Medicare at ng estado ng California ang aming plano. Makakatanggap kayo ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa pamamagitan ng aming plano basta't:

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

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

C. Ang mga benepisyo ng aming plano

Makukuha na ninyo ngayon mula sa aming plano ang lahat ng inyong mga sakop na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, kabilang ang mga gamot. **Hindi ninyo kailangang magdagdag ng bayad para makasali sa planong pangkalusugan na ito.**

Tumutulong kaming gawin na mas maayos para sa inyo ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal. Kabilang sa ilang benepisyo ay:

- Maaari kayong makipagtulungan sa amin para sa **karamihan** ng inyong pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.

- Mayroon kayong team sa pangangalaga na bubuuin sa tulong ninyo. Maaaring kasama sa inyong team sa pangangalaga ang inyong sarili, inyong tagapag-alaga, mga doktor, nars, tagapayo, o iba pang propesyonal sa kalusugan.
- Mayroon kayong access sa isang tagapamahala ng pangangalaga. Isa itong taong makikipagtulungan sa inyo, sa aming plano, at sa inyong team sa pangangalaga para tumulong na gumawa ng plano sa pangangalaga.
- Mapapamahalaan ninyo ang sarili ninyong pangangalaga sa tulong ng inyong team sa pangangalaga at tagapamahala ng pangangalaga.
- Ang inyong team sa pangangalaga at tagapamahala ng pangangalaga ay nakikipagtulungan sa inyo para gumawa ng plano sa pangangalaga na idinisenyo para matugunan ang **inyong** mga pangangailangan sa kalusugan. Tumutulong ang team sa pangangalaga na pangasiwaan ang mga serbisyong kailangan ninyo. Halimbawa, nangangahulugan itong tinitiyak ng inyong team sa pangangalaga na:
    - Alam ng inyong mga doktor ang tungkol sa lahat ng gamot na iniinom niyo para makatiyak sila na iniinom ninyo ang mga tamang gamot at maaaring mabawasan ang anumang side effect na maaaring mayroon kayo sa mga gamot.
    - Ang mga resulta ng inyong pagsusuri ay ibinabahagi sa lahat ng inyong doktor at iba pang provider, kapag naaangkop.
- Mga bagong miyembro sa CareAdvantage: Sa karamihang sitwasyon ie-enroll kayo sa CareAdvantage para sa inyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging ma-enroll sa CareAdvantage. Maaari pa rin ninyong matanggap ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal mula sa dati ninyong planong pangkalusugan sa Medi-Cal sa loob ng hanggang dalawang buwan. Pagkatapos noon, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng CareAdvantage. Walang kakulangan sa inyong saklaw sa Medi-Cal. Pakitawagan kami sa numero sa ibaba ng pahina kung mayroon kayong anumang tanong.

Mga bagong miyembro sa CareAdvantage: Sa karamihang sitwasyon ie-enroll kayo sa CareAdvantage para sa inyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging ma-enroll sa CareAdvantage. Maaari pa rin ninyong matanggap ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal mula sa dati ninyong planong pangkalusugan sa Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos noon, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng CareAdvantage. Walang kakulangan sa inyong

saklaw sa Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. kung mayroon kayong anumang tanong.

D. Ang pinaglilingkurang lugar ng aming plano

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

Hindi kayo maaaring manatili sa aming plano kung lilipat kayo sa labas ng aming pinaglilingkurang lugar. Tingnan ang **Kabanata 8** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga epekto ng paglipat sa labas ng aming pinaglilingkurang lugar.

E. Paano kayo nagiging kwalipikadong maging miyembro ng plano

Kayo ay kwalipikado para sa aming plano ng hangga't:

- nakatira kayo sa aming pinaglilingkurang lugar (hindi isinasama ang mga nakakulong na indibidwal na nakatira sa pinaglilingkurang lugar kahit na aktwal silang naririto), **at**
- ay may edad na 21 at mas matanda sa oras ng pag-enroll, **at**
- mayroon kayo ng Medicare Part A at Medicare Part B, **at**
- ay isang mamamayan o national ng Estados Unidos, o kwalipikadong hindi mamamayan, **at**
- kasalukuyang kwalipikadong para sa Medi-Cal.
- Kung mawala ang inyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal ngunit inaasahang mababawi ito sa loob ng 4 na buwan, patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyo ng Medicare na sakop ng CareAdvantage. Kapag natapos ang inyong saklaw sa Medi-Cal, hindi namin babayaran ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal.

  Tutulungan namin kayong mabawi ang inyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal. Kung maibabalik ang inyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal habang kayo ay naka-enroll pa rin sa amin para sa inyong saklaw sa Medicare, ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa inyong mga benepisyo sa Medi-Cal at magpapatuloy ang inyong pag-enroll sa amin. Kung hindi ninyo mababawi ang Medi-Cal sa loob ng 4 na buwan, aalisin namin kayo sa pagkaka-enroll sa CareAdvantage. Kung mababawi ninyo ang pagiging kwalipikado sa Medi-Cal

pagkatapos na alisin sa pagkaka-enroll, kakailanganin ninyong kontakin kami para muling mag-enroll sa plano.

Kung mawala ang inyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal ngunit inaasahang mababawi ito sa loob ng 4 na buwan, patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyong sakop ng Medicare at Medi-Cal. Sa panahong ito, tutulungan namin kayong mabawi ang pagiging kwalipikado sa Medi-Cal. Kung hindi ninyo mababawi ang Medi-Cal sa loob ng 4 na buwan, aalisin namin kayo sa pagkaka-enroll sa CareAdvantage. Kung mababawi ninyo ang pagiging kwalipikado sa Medi-Cal pagkatapos na alisin sa pagkaka-enroll, kakailanganin ninyong kontakin kami para muling mag-enroll sa plano.

Tawagan ang CareAdvantage Unit para sa higit pang impormasyon.

F. Ano ang maaasahan kapag una kayong sumali sa aming planong pangkalusugan

Sa una ninyong pagsali sa aming plano, makakatanggap kayo ng isang pag-assess ng panganib sa kalusugan (Health Risk Assesment, HRA) sa loob ng 90 araw bago o pagkatapos ng petsa ng pagsisimula ng inyong pag-enroll.

Kailangan naming kumpletuhin ang HRA para sa inyo. Ang HRA na ito ang batayan para sa pagbuo ng inyong plano sa pangangalaga. Kasama sa HRA ang mga tanong na tumutukoy sa inyong mga medikal na pangangailangan, kalusugan ng pag-uugali, at paggana.

Nakikipag-ugnayan kami sa inyo para kumpletuhin ang HRA. Makukumpleto namin ang HRA sa pamamagitan ng personal na pagbisita, tawag sa telepono, o koreo. Makikipag-ugnayan kami sa inyo taon-taon para malaman kung may nagbago sa inyong mga pangangailangan.

Padadalhan namin kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa HRA na ito.

Kung ang plano namin ay bago para sa inyo, maaari ninyong patuloy na gamitin ang mga doktor na ginagamit ninyo ngayon para sa partikular na panahon, kahit na wala sila sa aming network. Tinatawag namin itong pagpapatuloy ng pangangalaga. Kung wala sila sa aming network, maaari ninyong panatilihin ang mga kasalukuyan ninyong provider at mga pahintulot sa serbisyo sa panahong nag-enroll kayo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Ikaw, ang inyong kinatawan, o ang inyong provider ay hihilingin sa aming payagan kayong patuloy na gamitin ang kasalukuyan ninyong provider.
- Mapapatunayan naming nagkaroon ka ng kasalukuyang ugnayan sa isang pangunahin o may espesyalidad na provider ng pangangalaga, nang may ilang eksepsyon. Kapag sinabi naming “kasalukuyang ugnayan,” nangangahulugan

itong nagpatingin kayo sa provider na wala sa network nang kahit isang beses para sa hindi pang-emergency na pagpapatingin sa 12 buwan bago ang petsa ng iyong inisyal na pag-enroll sa aming plano.

- Nalalaman naming ang kasalukuyang ugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa inyong available na impormasyong pangkalusugan o sa impormasyong ibibigay ninyo sa amin.
- Mayroon kaming 30 araw para sagutin ang iyong kahilingan. Maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng mas mabilis na desisyon, at dapat kaming tumugon sa loob ng 15 araw. Maaari ninyong gawin ang kahilingang ito sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-866-880-0606. Kung nasa panganib kayong mapinsala, dapat kaming sumagot sa loob ng tatlong araw.
- Kayo o ang iyong provider ay dapat magpakita ng dokumentasyon ng kasalukuyang ugnayan at sumang-ayon sa ilang tuntunin kapag gumawa ka ng kahilingan.

Tandaan: Maaari kayong gawin ang kahilingan ito sa mga provider ng Matibay na Kagamitang Medikal (Durable Medical Equipment, DME), nang hindi bababa sa 90 araw hanggang sa mapahintulutan namin ang isang bagong DME rental at ipahatid sa provider ng network ang pag-upa. Bagama't hindi ninyo magagawa ang kahilingang ito sa mga nagbibigay ng transportasyon o iba pang nagbibigay ng karagdagang tulong, maaari kayong humiling ng mga serbisyo para sa transportasyon o iba pang mga serbisyo para sa karagdagang tulong na hindi kasama sa aming plano.

Kapag natapos na ang panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga, kakailanganin ninyong gumamit ng mga doktor at iba pang provider na nasa network ng CareAdvantage, maliban kung gagawa kami ng kasunduan sa inyong doktor na wala sa network. Ang provider ng network ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Tingnan ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga.

G. Ang inyong team sa pangangalaga at plano sa pangangalaga

G1. Team sa pangangalaga

Makakatulong sa inyo ang team sa pangangalaga na patuloy na matanggap ang pangangalagang kailangan ninyo. Maaaring kasama sa team sa pangangalaga ang inyong doktor, tagapamahala ng pangangalaga, ang inyong mga espesyalista, o iba pang mga propesyonal sa kalusugan na inyong pipiliin.

Ang tagapamahala ng pangangalaga ay isang taong sinanay para tulungan kayong pamahalaan ang pangangalagang kailangan ninyo. Makakakuha kayo ng isang tagapamahala ng pangangalaga kapag nag-enroll kayo sa aming plano. Inire-refer rin kayo ng taong ito sa iba

pang pinagkukunan sa komunidad na maaaring hindi maibigay ng aming plano at makikipagtulungan sa inyong team sa pangangalaga para tumulong sa pangangasiwa ng inyong pangangalaga. Tawagan kami sa mga numerong nasa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong tagapamahala ng pangangalaga at team sa pangangalaga.

G2. Plano sa pangangalaga

Ang inyong team sa pangangalaga ay nakikipagtulungan sa inyo para gumawa ng plano sa pangangalaga. Ang plano sa pangangalaga ay nagsasabi sa inyo at sa inyong mga doktor kung anong mga serbisyo ang kailangan ninyo at kung paano makukuha ang mga ito. Kabilang dito ang inyong mga medikal, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS o iba pang serbisyo.

Kasama sa inyong plano sa pangangalaga ang:

- ang inyong mga layunin sa pangangalagang pangkalusugan, **at**
- ang timeline sa pagkuha ng mga serbisyong kailangan ninyo.

Nakikipagkita sa inyo ang inyong team sa pangangalaga pagkatapos ng inyong HRA. Tatanungin kayo tungkol sa mga serbisyong kailangan ninyo. Sasabihin din nila sa inyo ang tungkol sa mga serbisyo na maaari gusto ninyong pag-isipang kunin. Ginagawa ang inyong plano sa pangangalaga batay sa inyong mga pangangailangan at layunin. Ang inyong team sa pangangalaga ay nakikipagtulungan sa inyo para i-update ang inyong plano sa pangangalaga nang kahit kada taon.

H. Buod ng Mahahalagang Gastos

Walang premium ang aming plano.

Maaaring kabilang sa mga gastos ninyo ang mga sumusunod:

- Halaga ng Plano sa Pagbabayad sa Gamot ng Medicare **(Seksyon H1)**

H1. Halaga ng Pagbabayad sa Gamot ng Medicare

Kung kasali kayo sa Plano sa Pagbabayad sa Gamot ng Medicare, makakatanggap kayo ng singil mula sa inyong plano para sa mga gamot ninyo (sa halip na bayaran ang parmasya). Nakabatay ang inyong buwanang singil sa kung magkano ang dapat ninyong bayaran para sa anumang gamot nakuha ninyo, pati na ang balanse ng nakaraang buwan, na hahatiin sa dami ng buwang natitira sa taon.

Sinasabi pa ng **Kabanata 2 Seksyon N3** ang tungkol sa Plano sa Pagbabayad sa Gamot ng Medicare. Kung hindi kayo sang-ayon sa halagang sinisingil sa inyo bilang bahagi ng opsyong ito sa pagbabayad, maaari ninyong sundin ang mga hakbang sa **Kabanata 9** para magreklamo o umapela.

I. Ang *Handbook ng Miyembro* na ito

Ang *Handbook ng Miyembro* na ito ay bahagi ng aming kontrata sa inyo. Nangangahulugan ito na dapat naming sundin ang lahat ng panuntunan sa dokumentong ito. Kung sa palagay ninyo ay may ginawa kaming bagay na laban sa mga panuntunang ito, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Maaari kayong humiling ng *Handbook ng Miyembro* ng CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina. Maaari rin ninyong tingnan ang *Handbook ng Miyembro* na matatagpuan sa aming website sa web address na nasa ibaba ng pahina.

Magsisimula ang kontrata sa mga buwan na naka-enroll kayo sa aming plano mula Enero 1, 2027 at Disyembre 31, 2027.

J. Iba pang mahalagang impormasyong matatanggap ninyo sa amin

Kasama sa iba pang mahalagang impormasyong ibinibigay namin sa inyo ang inyong ID Card ng Miyembro, impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang isang 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 mga Gamot* o *Formulary*.

J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro

Sa ilalim ng aming plano, mayroon kayong isang card para sa inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, kabilang ang Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (LTSS), ilang partikular na serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at mga gamot. Ipapakita ninyo ang card na ito kapag tumatanggap kayo ng anumang serbisyo o gamot. Narito ang isang halimbawang ID Card ng Miyembro:



Kung masira, mawala, o manakaw ang inyong ID Card ng Miyembro, tawagan kaagad ang

CareAdvantage Unit sa numero sa ibaba ng pahina. Magpapadala kami sa inyo ng bagong card.

Hangga't miyembro kayo ng aming plano, hindi ninyo kailangang gamitin ang inyong pula, puti, at asul na Medicare card o ang inyong Medi-Cal card para makuha ang karamihan sa mga serbisyo. Itago ang mga kard na ito sa isang ligtas na lugar kung sakaling kailanganin ninyo ang mga ito sa ibang pagkakataon. Kung ipapakita ninyo ang inyong Medicare card sa halip ng inyong ID Card ng Miyembro, maaaring singilin ng provider ang Medicare sa halip ng aming plano, at maaaring makatanggap kayo ng singil. Maaaring hilingin sa inyo na ipakita ang inyong Medicare card kung kailanganninyo ng mga serbisyo ng ospital, serbisyo ng hospice o kung lalahok kayo sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding mga klinikal na pagsubok) na aprubado ng Medicare. Tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para malaman kung ano ang dapat gawin kung makatanggap kayo ng singil mula sa provider.

Tandaan, kailangan ninyo ang inyong Medi-Cal card o ID Card ng mga Benepisyo (Benefits Identification Card, BIC) para i-access ang mga sumusunod na serbisyo:

- ang mga serbisyo na may espesyalidad sa kalusugan ng isip na maaaring matanggap ninyo mula sa planong pangkalusugan ng isip ng County, Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling. Mangyaring ibahagi din ang inyong Health Plan of San Mateo (HPSM) ID card.

- mga gamot na hindi sakop ng CareAdvantage pero sa halip ay sakop sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx tulad ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta (over-the-counter) at ilang partikular na bitamina. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa isang listahan ng mga parmasya ng network ng Medi-Cal Rx. Matatawagan rin ninyo ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 1-800-977-2273. Kapag ginamit ang Medi-Cal BIC card para kumuha ng mga gamot na hindi sakop ng CareAdvantage, ang Medi-Cal Rx ang responsable sa pagpoproseso ng gamot. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa isang listahan ng mga parmasya ng network ng Medi-Cal Rx.

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya*

Nakalista sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang mga provider at parmasya ng network ng aming plano. Habang kayo ay miyembro ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga provider para makatanggap ng mga sakop na serbisyo.

Maaari kayong humiling ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* (sa elektronikong paraan o sa hard copy na anyo) sa pamamagitan ng pagtawag sa CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina. Ipapadala sa inyo sa pamamagitan ng koreo ang mga kahilingan para sa hard copy ng mga Direktoryo ng Provider at Parmasya sa loob ng tatlong araw ng negosyo.

Maaari rin ninyong tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* sa web address sa ibaba ng pahina.

Nakalista sa Direktoryo ng Provider at Parmasya ang iba't ibang uri ng doktor, nars, at propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan ayon sa kanilang espesyalidad (halimbawa, allergy o radiology). Ipinapakita ng bawat listahan ang pangunahing impormasyon tungkol sa lokasyon, mga oras, at numero ng telepono ng provider o parmasya, at kung tinatanggap ang mga bagong pasyente. Ipapakita rin ng mga listahan kung aling (mga) wika bukod sa Ingles ang sinasalita ng provider o kawani ng parmasya bukod sa Ingles, maa-access ng may kapansanan, kung ang lokasyon ay malapit sa pampublikong transportasyon, at kung nakumpleto ang pagsasanay sa kakayahang makipag-ugnayan sa ibang kultura.

Listahan ng mga provider ng network

- Kabilang sa aming mga provider ng network ang:
    - mga doktor, nars, at iba pang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na maaari ninyong gamitin bilang miyembro ng aming plano;
    - mga klinika, ospital, nursing facility, at iba pang lugar na nagbibigay ng mga serbisyong pangkalusugan sa aming plano; **at,**
    - LTSS, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, mga ahensiya ng pantahanang kalusugan, mga supplier ng matibay na kagamitang pangmedikal (DME), at iba pang nagbibigay ng mga produkto at serbisyong matatanggap ninyo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

Ang mga provider ng network ay sumasang-ayon na tumanggap ng bayad nang buo mula sa aming plano para sa mga sakop na serbisyo.

Kahulugan ng mga parmasya ng network

- Ang mga parmasya ng network ay mga parmasyang sumasang-ayon na punan ang mga gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para mahanap ang parmasya ng network na gusto ninyong gamitin.
- Maliban kung may emergency, dapat ninyong punan ang inyong mga gamot sa isa sa aming mga parmasya ng network kung gusto ninyong tulungan kayo ng aming plano na bayaran ang mga ito.

Tawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon. Ang CareAdvantage Unit at ang aming website ay makakapagbigay sa inyo ng pinakabagong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga parmasya at provider ng 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* na pinaikli. Sinasabi nito sa inyo kung aling mga gamot ang sakop ng aming plano. Ang mga gamot sa listahang ito ay pinili ng aming plano sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Dapat matugunan ng *Listahan ng mga Gamot* ang mga kinakailangan ng Medicare. Ang mga gamot na may mga napagkasunduang presyo sa ilalim ng Medicare Drug Price Negotiation Program ay isasama sa inyong *Listahan ng mga Gamot* maliban kung inalis at pinalitan ang mga ito gaya ng inilalarawan sa **Kabanata 5, Seksyon B**. Inaprubahan ng Medicare ang *Listahan ng mga Gamot* ng CareAdvantage.

Sinasabi rin sa inyo ng *Listahan ng mga Gamot* kung mayroong anumang panuntunan o paghihigpit sa anumang gamot, tulad ng limitasyon sa dami na maaari ninyong makuha. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

Bawat taon, padadalhan namin kayo ng impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang *Listahan ng mga Gamot*, pero maaari may mangyaring ilang pagbabago sa taon. Para makuha ang pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang sakop, tawagan ang CareAdvantage Unit o bisitahin ang aming website sa address sa ibaba ng pahina.

J4. Ang *Paliwanag sa Mga Benepisyo*

Kapag ginamit ninyo ang inyong mga benepisyo sa mga gamot sa Medicare Part D, padadalhan namin kayo ng isang buod para matulungan kayong maunawaan at masubaybayan ang mga pagbabayad para sa inyong mga gamot sa Medicare Part D. Ang buod na ito ay tinatawag na *Paliwanag sa Mga Benepisyo* (*Explanation of Benefits,* EOB).

Sinasabi sa inyo ng EOB ang kabuuang halaga na nagastos ninyo, o ng ibang tao sa ngalan ninyo, sa inyong mga gamot sa Medicare Part D at ang kabuuang halagang ibinayad namin para sa bawat isa sa inyong mga gamot sa Medicare Part D sa buwan. Hindi pagsingil ang EOB na ito. Ang EOB ay mayroong higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom ninyo gaya ng mga pagtaas ng presyo at iba pang maaaring available na gamot na mas mababa ang paghahati sa gastos. Maaari ninyong kausapin ang tagareseta ninyo tungkol sa mga opsyon sa mas mababang gastos na ito. Ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ay nagbibigay ng higit pang impormasyon tungkol sa EOB at kung paano kayo nito tinutulungang subaybayan ang inyong saklaw sa gamot.

Puwede rin kayong humiling ng EOB. Para makakuha ng kopya, kontakin ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina.

K. Pagpapanatiling up to date ang inyong rekord ng miyembro

Mapapanatili ninyong up to date ang inyong rekord ng miyembro sa pamamagitan ng pagsasabi sa amin kapag nagbago ang inyong impormasyon.

Kailangan namin ang impormasyong ito para tiyaking wastong impormasyon ninyo ang nasa mga rekord namin. Ginagamit ng mga doktor, ospital, pharmacist, at iba pang provider sa network ng aming plano ang inyong rekord ng miyembro para malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang sinasakop at kung magkano ang halaga ng inyong paghahati sa gastos. Dahil dito, napakahalagang matulungan mo kaming mapanatiling up to date ang iyong impormasyon.

Sabihin kaagad sa amin ang tungkol sa mga sumusunod:

- mga pagbabago sa inyong pangalan, address, o numero ng telepono;
- mga pagbabago sa anumang saklaw ng insurance sa kalusugan, tulad ng mula sa inyong employer, sa employer ng inyong asawa, o sa employer ng inyong kinakasama, o bayad-pinsala para sa mga manggagawa;
- anumang claim sa pananagutan, tulad ng mga claim mula sa isang aksidente sa sasakyan;
- pag-admit sa inyo sa pasilidad ng pangangalaga o ospital;
- pangangalaga mula sa ospital o emergency room;
- mga pagbabago sa inyong tagapag-alaga (o sinumang responsable para sa inyo); **at**
- kung lumalahok kayo sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral. **(Tandaan:** Hindi ninyo kailangang sabihn sa amin ang tungkol sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na gusto ninyong salihan, pero hinihikayat namin kayong gawin ito.)

Kung may mababagong anumang impormasyon, tawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina.

K1. Pagkapribado ng personal na impormasyon sa kalusugan PHI

Maaaring kabilang sa impormasyon sa inyong rekord ng pagiging miyembro ang personal na impormasyon sa kalusugan (Personal Health Information, PHI). Hinihiling ng mga batas pederal at estado na panatilihin naming pribado ang inyong PHI. Pinoprotektahan namin ang inyong PHI. Para sa higit pang detalye sa kung paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI, tingnan ang **Kabanata 8** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Kabanata 2: Mahahalagang mga numero ng telepono at mga pinagkukunan

Panimula

Ang kabanatang ito ay nagbibigay sa inyo ng impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa mahahalagang pinagkukunan na makakatulong sa inyong sagutin ang inyong mga tanong tungkol sa aming plano at sa inyong mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari rin ninyong gamitin ang kabanatang ito para makakuha ng impormasyon tungkol sa kung paano kontakin ang inyong tagapamahala at ang iba pa para mag-advocate sa ngalan ninyo. Makikita ang mga mahalagang salita at kahulugan ng mga ito na nakaayos nang alpabetiko sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang CareAdvantage Unit 30

B. Ang Inyong Tagapamahala ng Pangangalaga 34

C. Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) 36

D. Linya ng Payo ng Nars 37

E. Linya ng Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali 38

F. Organisasyon ng Pagpapabuti ng Kalidad (QIO) 39

G. Medicare 40

H. Medi-Cal 42

I. Opisina ng Ombudsman para sa Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal at Kalusugan ng Isip 43

J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County 44

K. Ahensiya para sa Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County 45

L. Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care) 46

M. Health Consumer Alliance (HCA) 47

N. Mga Programa para Tulungan ang Mga Tao na Bayaran ang Mga Gamot 47

N1. Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare 47

N2. Tulong na Programa sa Gamot para sa AIDS (ADAP) 48

N3. Ang Plano sa Pagbabayad ng Gamot ng Medicare 48

O. Social Security 49

P. Railroad Retirement Board (RRB) 50

Q. Programa ng Ombudsperson ng Medicare Medi-Cal 51

R. Medi-Cal Dental 52

A. Ang CareAdvantage Unit

TUMAWAG SA	1-866-880-0606. Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
FAX	650-616-2190
SUMULAT	Health Plan of San Mateo Attn: CareAdvantage Unit 801 Gateway Blvd, Suite 100 South San Francisco, CA 94080
EMAIL	CareAdvantagesupport@hpsm.org
WEBSITE	www.hpsm.org/careadvantage

Kontakin ang CareAdvantage Unit par humingi ng tulong sa:

- mga tanong tungkol sa plano
- mga tanong tungkol sa mga claim o pagsingil
- mga desisyon sa saklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
    - Ang desisyon sa saklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan ay ang desisyon tungkol sa:
        - inyong mga benepisyo at sakop na serbisyo, **o**
        - halagang binabayaran namin para sa inyong mga serbisyong pangkalusugan.
    - Tawagan kami kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa desisyon sa saklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan.

- Para alamin pa tungkol sa mga desisyon sa saklaw, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- mga apela tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
  - Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang isang desisyong ginawa namin tungkol sa inyong saklaw, at paghiling sa aming baguhin ito kung sa inyong palagay ay nagkamali kami o hindi sang-ayon sa desisyon.
  - Para alamin pa tungkol sa pag-apela, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o kontakin ang CareAdvantage Unit.
- mga reklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
  - Maaari kayong mageklamo tungkol sa amin o sa sinumang provider (kabilang ang provider na hindi sa network o nasa network). Ang provider ng network ay isang provider na nakikipagtulungan sa aming plano. Maaari rin kayong magreklamo sa amin o sa Organisasyon ng Pagpapabuti ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap ninyo (tingnan ang **Seksyon F**.
  - Maaari kayong tumawag sa amin at ipaliwanag ang inyong reklamo sa 1-866-880-0606.
  - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa desisyon sa saklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan, maaari kayong umapela (tingnan ang Seksyon sa itaas).
  - Maaari kayong magpadala sa Medicare ng reklamo tungkol sa aming plano. Maaari kayong gumamit ng online na form sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O maaari rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.
  - Maaari kayong magreklamo sa tungkol sa aming plano sa Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077.
  - Para alamin pa tungkol sa pagsasampa ng reklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- desisyon sa saklaw tungkol sa inyong mga gamot

- Ang desisyon sa saklaw tungkol sa inyong mga gamot ay tungkol sa:
  - inyong mga benepisyo at mga sakop na gamot **o**
  - halagang ibinabayad namin para sa inyong mga gamot.
- Maaaring sakupin ng Medi-Cal Rx ang mga gamot na hindi sakop ng Medicare, tulad ng mga over-the-counter (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Matatawagan rin ninyo ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 800-977-2273.
- Para sa higit pang impormasyon sa mga desisyon sa saklaw tungkol sa inyong mga gamot, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- mga apela tungkol sa inyong mga gamot
  - Ang apela ay isang paraan ng paghiling sa aming baguhin ang isang desisyon sa saklaw.
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pag-apela tungkol sa inyong mga gamot, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- mga reklamo hinggil sa inyong mga gamot
  - Maaari kayong maghain ng reklamo tungkol sa amin o alinmang parmasya. Kabilang dito ang reklamo tungkol sa inyong mga gamot.
  - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa desisyon sa saklaw tungkol sa inyong mga gamot, maaari kayong umapela. (Tingnan ang Seksyon sa itaas.)
  - Maaari kayong magpadala sa Medicare ng reklamo tungkol sa aming plano. Maaari kayong gumamit ng online na form sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O maaari rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.
  - Para sa higit pa sa paggawa ng reklamo tungkol sa inyong mga gamot, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- pagbabayad ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot na nabayaran na ninyo

- Para sa higit pa sa kung paano hilingin sa aming ibalik ang inyong bayad, o para bayaran ang isang singil na natanggap ninyo, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Kung humiling kayo sa amin na bayaran ang bayarin at tinanggihan namin ang anumang bahagi ng inyong kahilingan, maaari kayong umapela hinggil sa aming desisyon. Tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Hindi responsibilidad ng CareAdvantage na bayaran kayo para sa isang gamot na maaari lang sakupin sa ilalim ng Medi-Cal Rx. Kung magbabayad kayo para sa buong halaga ng gamot na sakop ng Medi-Cal Rx at hindi ng CareAdvantage, maaaring ma-reimburse kayo ng parmasya kapag nabayaran na ng Medi-Cal Rx ang gamot. Bilang alternatibo, maaari rin ninyong hilingin sa Medi-Cal Rx na bayaran kayo sa pamamagitan ng pagsusumite ng claim na “Pagsasauli ng Medi-Cal sa Gastos Mula sa Sariling Bulsa (Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)”. May higit pang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx sa: www.medi-calrx.dhcs.ca.gov.

B. Ang Inyong Tagapamahala ng Pangangalaga

Ang programa ng Health Plan of San Mateo (HPSM) sa Pamamahala ng Pangangalaga ay maagap na pinangangasiwaan ang mahihirap na pangangalaga para matulungang pangasiwaan ang mga pinakamahusay na klinikal at functional na mga resulta para sa aming mga miyembro. Ang mga kawani ng programa ay may kaalaman sa mga benepisyo ng bawat miyembro at nagtatrabaho para pangasiwaan ang pinakamainam na paggamit ng mga benepisyong iyon. Ang Tagapamahala ng Pangangalaga ay isang clinician o taong may kasanayan na nagtatrabaho sa aming plano para magbigay sa inyo ng mga serbisyo sa pangangasiwa ng pangangalaga.

TUMAWAG SA	650-616-2060. Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito. Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
FAX	650-829-2047
SUMULAT	Health Plan of San Mateo Attn: Integrated Care Management 801 Gateway Blvd, Suite 100 South San Francisco, CA 94080
WEBSITE	www.hpsm.org/careadvantage

Kontakin ang Integrated Care Management para humingi ng tulong sa:

- mga tanong tungkol sa pangangalagang pangkalusugan ninyo
- mga tanong tungkol sa pagtanggap ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at sakit sa pag-abuso sa droga o alak)
- mga tanong tungkol sa mga benepisyo 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 ng Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS) at Nursing Facility (NF)

Maaari kayong makakuha ng mga serbisyong ito:

- Community-Based Adult Services (CBAS)
- skilled nursing care
- physical therapy
- occupational therapy
- speech therapy
- mga medikal na panlipunang serbisyo
- pangangalaga sa kalusugan sa tahanan
- Mga Serbisyong Nagbibigay ng Suporta sa Loob ng Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS), sa pamamagitan ng ahensiya sa panlipunang serbisyo ng inyong county
- paminsan-minsan, maaari kayong makakuha ng tulong sa inyong pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan at pamumuhay. Kayo dapat ay 18 taong gulang at mas matanda, at naka-enroll dapat kayo sa isang Plano para sa Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal tulad ng Health Plan of San Mateo (HPSM).

C. Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP)

Ang Tulong na Programa ng Estado para sa Insurance sa Kalusugan (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) ay ang programa ng pamahalaan na may mga sinanay na tagapayo sa bawat estado na nagbibigay ng libreng tulong, impormasyon, at mga sagot sa mga tanong ninyo sa Medicare. Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Ang mga tagapayo ng HICAP ay makakasagot sa inyong mga tanong at makakatulong sa inyong maintindihan kung ano ang inyong gagawin para pamahalaan ang inyong problema. Ang HICAP ay may mga sinanay na tagapayo sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre.

Ang HICAP ay hiwalay na programa ng estado (hindi konektado sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan) na nakakakuha ng pera mula sa federal na pamahalaan para magbigay ng libreng pagpapayo sa lokal na insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare.

TUMAWAG SA	1-800-434-0222 Lunes hanggang Biyernes, 8:30 a.m. hanggang 4:30 p.m.
SUMULAT	HICAP San Mateo County 1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100 San Mateo, CA 94402
WEBSITE	www.hicapsanmateocounty.org o www.cahealthadvocates.org/hicap/san-mateo

Kontakin ang HICAP para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa Medicare
- Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong tungkol sa paglipat sa isang bagong plano at matutulungan nila kayong:
  - maunawaan ang inyong mga karapatan,
  - maunawaan ang inyong mga pagpipiliang plano,
  - sagutin ang mga tanong tungkol sa pagpapalit ng plano,
  - maghain ng reklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan o paggamot, **at**

- tumulong sa mga problema sa pagsingil at claim.

D. Linya ng Payo ng Nars

Kung kayo ay nag-aalala tungkol sa inyong kalusugan, ang Health Plan of San Mateo (HPSM) ay may Linya ng Payo ng Nars na available nang walang bayad para sa mga miyembro. Tawagan ang **1-833-846-8773** kung hindi available ang inyong provider ng pangangalagang pangkalusugan. Pakihanda ang inyong ID Card ng miyembro ng Health Plan of San Mateo (HPSM) kapag tumawag kayo.

May mga rehistradong nars na handang sagutin ang inyong mga tanong tungkol sa inyong mga sintomas. Masasabi nila sa inyo:

- Kung kailan dapat magpatingin sa isang provider ng pangangalagang pangkalusugan.
- Kung ano ang gagawin kung lumala ang mga sintomas ninyo.
- Ano ang maaari ninyong gawin sa bahay para magsimula bumuti.

Para sa mga tanong tungkol sa mga iniresetang gamot o refill, tawagan ang inyong provider ng pangangalagang pangkalusugan o lokal na parmasya.

Para sa mga emergency, tumawag sa 911 o magpunta sa pinakamalapit na emergency room.

Para sa mga tanong tungkol sa Health Plan of San Mateo (HPSM), sa inyong mga benepisyo, o mga sakop na serbisyo, tawagan ang CareAdvantage Unit.

TUMAWAG SA	Linya ng Payo ng Nars ng Health Plan of San Mateo (HPSM): 1-833-846-8773. 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 hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may limitasyon sa pandinig o pagsasalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

E. Linya ng Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali

Kung nakakaranas kayo ng emergency sa kalusugan ng pag-uugali o iniisip na magpakamatay, tawagan ang San Mateo County Crisis Line (650) 579-0350 o tumawag/mag-text sa 988 para sa tulong.

Para sa tulong sa paghahanap ng mga serbisyo sa kalusugan ng isip at/o pag-abuso sa droga o alak para sa isang taong maaaring nakakaranas ng sakit sa isip at/o kondisyon sa pag-abuso sa droga o alak, o para sa isang taong nag-aalala kayo, tawagan ang Access Call Center ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) ng San Mateo County para sa impormasyon, screening at referral batay sa mga indibidwal na pangangailangan. Ang Access Call Center ang pangunahing entry point para sa miyembro ng Health Plan of San Mateo (HPSM) na naghahanap ng mga serbisyo sa kalusugan ng isip at/o paggamot sa pag-abuso sa droga o alak.

TUMAWAG SA	Crisis Hotline: (650) 579-0350 o tumawa/mag-text sa 988. Libre ang tawag na ito. Mga Serbisyo para sa BHRS Access Call Center 1-800-686-0101. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Nagsasalita ang kawani ng Mga Serbisyo para sa BHRS Access Call Center ng Ingles, Espanyol, at Chinese. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong nagsasalita ng iba pang wika.
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

Kontakin ang Mga Serbisyo para sa BHRS sa San Mateo Countypara sa tulong. Tutulong ang sinanay na propesyonal na sagutin ang:

- mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at pag-abuso sa droga o alak

para humiling o ma-screen para sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip kasama ang ilang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng isip ng outpatient at sakit dahil sa pag-abuso ng droga o alak ng outpatient. Para sa mga tanong tungkol sa mga serbisyo na may espesyalidad sa kalusugan ng isip ng inyong county, tingnan ang **Seksyon K.**

F. Organisasyon ng Pagpapabuti ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Ang aming estado ay mayroong organisasyon na tinatawag na Commence Health. Ito ay grupo ng mga doktor at ibang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na pagandahin ang kalidad ng pangangalaga sa mga taong may Medicare. Ang Commence Health ay hiwalay na organisasyon. Hindi ito konektado sa aming plano.

TUMAWAG SA	1-877-588-1123
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 Ang numerong ito ay para sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
SUMULAT	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
WEBSITE	www.commencehealthqio.cms.gov

Kontakin ang Commence Health para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa inyong mga karapatan sa pangangalagang pangkalusugan
- magreklamo tungkol sa pangangalagang natanggap ninyo kung:
    - kung may problema kayo sa kalidad ng pangangalaga gaya ng pagkuha ng maling gamot, mga hindi kinakailangang test o procedure, o maling diagnosis,
    - palagay ninyo ay masyadong mabilis matapos ang inyong pamamalagi sa ospital, **o**
    - palagay ninyo ay masyadong mabilis matapos ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, o komprehensibong rehabilitasyon para sa outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

G. Medicare

Ang Medicare ay ang pederal na programa ng 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 renal disease (permanenteng kidney failure na nangangailangan ng dialysis o kidney transplant).

Ang pederal na ahensiya na nangangasiwa sa Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Ang ahensiyang ito ay nakikipagkontrata sa mga organisasyon ng Medicare Advantage kabilang ang aming plano.

TUMAWAG SA	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 magsalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
MAKIPAG-CHAT NANG LIVE	Makipag-chat nang live sa www.Medicare.gov/talk-to-someone
SUMULAT	Sumulat sa Medicare sa PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

WEBSITE	www.medicare.gov • Kumuha ng impormasyon tungkol sa mga plano sa kalusugan at gamot ng Medicare sa inyong lugar, kasama ang kung magkano ang mga ito at kung anong mga serbisyo ang kanilang ibinibigay. • Maghanap ng mga doktor na kalahok sa Medicare o iba pang mga provider at supplier ng pangangalagang pangkalusugan. • Alamin kung ano ang sakop ng Medicare, kasama ang mga serbisyo na pang-iwas sa sakit (tulad ng mga screening, shot, o mga bakuna, at taunang mga “wellness” visit). • Kumuha ng impormasyon at mga form sa pag-apela sa Medicare. • Kumuha ng impormasyon tungkol sa kalidad ng pangangalaga na ibinibigay ng mga plano, nursing home, ospital, doktor, ahensiya ng kalusugan sa tahanan, pasilidad ng dialysis, mga hospice center, mga pasilidad ng rehabilitasyon para sa inpatient, at mga 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. Siniseryoso ng Medicare ang inyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito para tulungang pagandahin ang kalidad ng programa ng Medicare.

H. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ay ang programa ng Medicaid ng California. Isa itong programa ng insurance sa kalusugan ng publiko na nagbibigay ng kinakailangang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan para sa mga indibidwal na mababa ang kita, kabilang ang mga pamilyang may mga bata, matanda, mga taong may mga kapansanan, mga bata at kabataang nasa foster care, at mga buntis. Ang Medi-Cal ay pinopondohan ng estado at pederal na pamahalaan.

Kabilang sa mga benepisyo ng Medi-Cal ang pangmedikal, para sa ngipin, pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Naka-enroll kayo sa Medicare at sa Medi-Cal. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa inyong mga benepisyo sa Medi-Cal, tawagan ang inyong tagapamahala ng pangangalaga. Kung may mga tanong kayo tungkol sa pag-enroll sa plano ng Medi-Cal, tawagan ang Health Care Options.

TUMAWAG SA	1-800-223-8383 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
SUMULAT	San Mateo County Human Services Agency 400 Harbor Boulevard, Building ‘B” Belmont, CA 94002
WEBSITE	https://www.smcgov.org/hsa/contact-us

I. Opisina ng Ombudsman para sa Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal at Kalusugan ng Isip

Nakakatulong ang Tanggapan ng Ombudsman sa paglutas ng mga problema nang walang kinikilingan para matiyak na natatanggap ng aming mga miyembro ang lahat ng sakop na serbisyong medikal na kinakailangan. Makikinig sila, sasagot sa inyong mga tanong, susuriin ang inyong sitwasyon, ipapaliwanag ang mga patakaran at procedure, magbibigay ng impormasyon, payo, at mga opsyon, at magmumungkahi ng naaangkop na mga referral. Trabaho nilang tumulong na bumuo ng mga patas na solusyon sa mga problema sa access sa pangangalagang pangkalusugan. Hindi sila konektado sa aming plano o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang mga programang ito ay libre.

TUMAWAG SA	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. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
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

J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County

Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong mga benepisyo sa Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (In-Home Supportive Servies, IHSS) tawagan ang inyong lokal na kagawaran sa Mga Serbisyong Panlipunan ng County (Mga Serbisyo para sa Matatanda na May Kapansanan (Aging and Disability Services) ng San Mateo County).

Kontakin ang Mga Serbisyo para sa Matatanda na May Kapansanan (Aging and Disability Services) ng San Mateo County para mag-apply para sa Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan, na makakatulong sa inyong bayaran ang mga serbisyong ibinibigay sa inyo para ligtas kayong makapanatili sa sarili ninyong tahanan. Maaaring kasama sa mga uri ng serbisyo ang tulong sa paghahanda ng pagkain, pagligo, pagsuot ng damit, paglalaba, pamimili, o transportasyon.

Kontakin ang Mga Serbisyo para sa Matatanda na May Kapansanan ng San Mateo Countypara sa anumang tanong tungkol sa pagiging kwalipikado ninyo sa Medi-Cal.

TUMAWAG SA	1-844-868-0938 Libre ang tawag na ito. 24 oras, 7 araw sa isang linggo
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
SUMULAT	San Mateo County Aging and Disability Services PO Box 5892 San Mateo, CA 94402
WEBSITE	www.smchealth.org/aging-and-adult-services

K. Ahensiya para sa Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County

Available sa inyo ang mga serbisyo na may espesyalidad sa kalusugan ng isip at mga serbisyo sa sakit ng pag-abuso sa droga o alak ng Medi-Cal sa pamamagitan ng county kung matutugunan ninyo ang mga pamantayan sa pag-access.

TUMAWAG SA	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 hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	7-1-1 TDD: 1-800-943-2833 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito. Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

Sa San Mateo County, ang Ahensiya para sa Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County ay tinatawag na Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (BHRS). Kontakin ang ahensiya para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng county para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa mga serbisyo na may espesyalidad sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng county
- mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa sakit sa pag-abuso sa droga o alak na ibinibigay ng county
- Mga kahilingan na dapat ma-screen para sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, kas ang outpatient na pangangalagang pangkalusugan ng isip ng outpatient at outpatient na mga serbisyo sa sakit sa pag-abuso sa droga o alak

L. Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care)

Ang Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California ay responsable sa pangangasiwa ng mga planong pangkalusugan. Matutulungan kayo ng Help Center ng DMHC sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal.

TUMAWAG SA	1-888-466-2219 Ang mga kinatawan ng DMHC ay available sa pagitan ng 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. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
SUMULAT	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
WEBSITE	www.dmhc.ca.gov

M. Health Consumer Alliance (HCA)

Ang Health Consumer Alliance (HCA) ay isang pakikipagtulungan sa buong estado na nagbibigay ng libreng legal na tulong online, sa telepono, o nang personal na legal na tulong para tulungan ang mga residente ng California na nahihirapang kumuha o magpanatili ng saklaw sa kalusugan at lutasin ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan. Para alamin pa tungkol sa HCA o para makakuha ng posibleng tulong, tumawag sa 1-888-804-3536 o bisitahin ang www.healthconsumer.org.

N. Mga Programa para Tulungan ang Mga Tao na Bayaran ang Mga Gamot

Nagbibigay ang website ng Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) sng impormasyon kung paano babawasan ang mga gastos ninyo sa gamot. Para sa mga taong limitado ang kita, mayroon ding iba pang programa para makatulong, gaya ng inilarawan sa ibaba.

N1. Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare

Dahil kwalipikado kayo sa Medi-Cal, kwalipikado kayo sa at makakakuha ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare upang bayaran ang mga gastos ng inyong plano sa gamot. Wala kayong kailangang gawin pa upang makuha ang “Karagdagang Tulong” na ito.

TUMAWAG SA	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 magsalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
WEBSITE	www.medicare.gov

Kung sa tingin ninyo ay hindi tama ang binabayaran ninyong halaga para sa inyong gamot sa isang parmasya, may proseso ang aming plano na makakatulong na makakuha ng katunayan ng inyong tamang halaga ng copayment. Kung mayroon na kayong katunayan ng wastong halaga, matutulungan namin kayong ibahagi ang katunayang ito sa amin.

- Maaari ninyong kontakin ang CareAdvantage Unit kung gusto ninyong humingi ng tulong sa pagkuha ng katunayan ng inyong tamang antas ng copayment, o kung may katunayan na kayo at gusto ninyong ibigay ang katunayan na ito sa amin.
- Kapag natanggap namin ang katunayan na nagpapakita ng tamang antas ng copayment, ia-update namin ang aming system para mabayaran ninyo ang tamang halaga ng copayment sa susunod na kukunin na ninyo ulit ang inyong gamot. Kung sobra ang ibinayad ninyong copayment, ibabalik namin ito sa inyo sa pamamagitan ng tseke. Kung wala pang nakukuhang copayment ang parmasya mula sa inyo at may utang kayo rito, maaari naming direktang bayaran ang parmasya. Kung ang estado ang nagbayad sa ngalan ninyo, direkta naming babayaran ang estado. Tawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina kung may mga tanong kayo.

N2. Tulong na Programa sa Gamot para sa AIDS (ADAP)

Tumutulong ang Programa sa Gamot para sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) sa mga taong kwalipikado sa ADAP na namumuhay na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakasagip ng buhay. Ang mga gamot sa Medicare Part D na nasa formulary din ng ADAP ay kwalipikado para sa tulong sa paghahati sa gastos sa gamot sa pamamagitan ng California Department of Public Health (CDPH). Tandaan: Para maging kwalipikado para sa ADAP na nasa inyong estado, dapat matugunan ng mga tao ang ilang partikular na pamantayan, kabilang ang patunay ng pagiging residente ng estado at HIV status, mababa ang kita (gaya ng tinulkoy ng estado), at status na hindi insured/walang insurance. Kung magpapalit kayo ng plano, abisuhan ang inyong lokal na maggagawa sa pagpapa-enroll sa ADAP para patuloy kayong makatanggap ng tulong para sa impormasyon sa pamantayan ng pagiging kwalipikado, mga sakop na gamot, o kung paano mag-enroll sa programa, pakitawagan ang call center ng ADAP sa 1-844-421-7050, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. (hindi kasama ang mga holiday).

N3. Ang Plano sa Pagbabayad ng Gamot ng Medicare

Ang Medicare Prescription Payment Plan ay opsyon sa pagbabayad na gumagana kasama ng inyong kasalukuyang saklaw ng gamot para tulungan kayong pamahalaan ang inyong mga gastos mula sa sariling bulsa para sa mga sakop na gamot ng aming plano sa pamamagitan ng paghahati ng mga ito sa kabuuan ng taon ng kalendaryo (Enero-Disyembre). Maaaring gamitin ng sinumang may plano sa gamot ng Medicare o planong pangkalusugan ng Medicare na may saklaw sa gamot (gaya ng plano ng Medicare Advantage na may coverage sa gamot) ang opsyong ito sa pagbabayad. **Baka makatulong sa inyo ang opsyong ito sa pagbabayad para mapamahalaan ang inyong mga gastos, pero hindi kayo makakatipid dito o hindi nito mapapababa ang mga gastos ninyo sa gamot. Kung kasali kayo sa Plano sa Pagbabayad ng Gamot ng Medicare at mananatili kayo sa parehong plano, wala kayong kailangang gawin para ipagpatuloy ang opsyong ito.** Mas kapaki-pakinabang ang

“Karagdagang Tulong” mula sa Medicare at tulong mula sa inyong systolic pulmonary artery pressure (SPAP) at ADAP, para sa mga kwalipikado, kaysa sa pagsali sa opsyong ito ng pagbabayad, anuman ang antas ng inyong kita, at dapat ibigay ng mga plano na may saklaw sa gamot ang opsyong ito sa pagbabayad. Para alamin pa ang tungkol sa opsyong ito sa pagbabayad, tawagan ang CareAdvantage Unit sa ibaba ng pahina o bisitahin ang www.medicare.gov.

O. Social Security

Tinutukoy ng Social Security ang pagiging kwalipikado sa Medicare at ang pinangangasiwaan ang pag-enroll sa Medicare.

Kung kayo ay lilipat o magbabago ng inyong mailing address, mahalagang kontakin ang Social Security para ipaalam ito sa kanila.

TUMAWAG SA	1-800-772-1213 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available 8 a.m. hanggang 7 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari ninyong gamitin ang kanilang automated na serbisyo ng telepono para makakuha ng nakarekord na impormasyon at makipag-ugnayan 24 na oras sa isang araw.
TTY	1-800-325-0778 Ang numerong ito ay para sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
WEBSITE	www.ssa.gov

P. Railroad Retirement Board (RRB)

Ang Lupon para sa Mga Nagretirong Manggagawa sa Tren (Railroad Retirement Board, RRB) ay isang hiwalay na Pederal na ahensiya na nagbibigay ng mga komprehensibong programa sa benepisyo para sa mga manggagawa ng riles ng bansa at kanilang mga pamilya. Kung nakukuha ninyo ang inyong Medicare sa pamamagitan ng RRB, ipaalam sa kanila kung kayo ay lilipat o panpalitan ang inyong mailing address. Kung mayroon kayong mga katanungan tungkol sa inyong mga benepisyo mula sa RRB, kontakin ang ahensiya.

TUMAWAG SA	1-877-772-5772 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 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. sa Miyerkules. Pindutin ang “1”, para ma-access ang automated RRB Help Line at kumuha ng nakarekord na impormasyon 24 oras sa isang araw, kabilang ang mga Sabado, Linggo, at holiday.
TTY	1-312-751-4701 Ang numerong ito ay para sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito. Hindi libre ang mga tawag sa numerong ito.
WEBSITE	www.rrb.gov

Q. Programa ng Ombudsperson ng Medicare Medi-Cal

Ang Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal ay nagbibigay ng LIBRENG tulong sa mga taong nahihirapang makakuha o makapanatili ng saklaw sa kalusugan at lutasin ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan.

Kung mayroon kayong mga problema sa:

- Medi-Cal
- Medicare
- inyong planong pangkalusugan
- pag-access sa mga medikal na serbisyo
- pag-apela sa mga tinanggihang serbisyo, gamot, matibay na kagamitang pangmedikal (Durable Medical Equipment, DME), mga serbisyo sa kalusugan ng isip, atbp.
- medikal na pagsingil
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS)

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

R. Medi-Cal Dental

Kasama sa mga serbisyon sa ngipin, ngunit hindi limitado sa, ang mga serbisyo gaya ng:

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

Available ang mga benepisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Health Plan of San Mateo.

TUMAWAG SA	1-800-322-6384 Libre ang tawag. Available ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental May Bayad na Serbisyo (Fee-for-Service, FFS) upang tulungan kayo 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 magsalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
WEBSITE	www.dental.dhcs.ca.gov www.smilecalifornia.org

Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo sa ngipin mula sa Health Plan of San Mateo (HPSM). Para sa tulong sa paghahanap ng dentista, o para sa tulong sa pagkuha ng mga serbisyo sa ngipin, puwede ninyong tawagan ang 1-866-880-0606 (walang bayad) (TTY 1-800-735-2929 o 711). Puwede rin ninyong bisitahin ang website ng Health Plan of San Mateo (HPSM) sa www.hpsm.org/dental para sa higit pang impormasyon.

Kabanata 3: Paggamit ng saklaw ng aming plano para sa inyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang sakop na serbisyo

Panimula

Ang kabanatang ito ay may mga partikular na tuntuninat panuntunang kailangan ninyong malaman para makuha ang pangangalagang pangkalusugan at iba pang sakop na serbisyo sa aming plano. Sinasabi rin nito sa inyo ang tungkol sa inyong tagapamahala ng pangangalaga, kung paano makatanggap ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng provider at sa mga partikular na sitwasyon (kasama ang mula mga provider o parmasya na wala sa network), kung ano ang gagawin kung direkta kayong singilin para sa mga serbisyong sakop namin, at ang mga panuntunan sa pagmamay-ari ng Matibay na Kagamitang Pangmedikal (Durable Medical Equipment, DME). Makikita ang mga mahalagang salita at kahulugan ng mga ito na nakaayos sa alpabetiko sa huling Kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider 56

B. Mga panuntunan sa pagtanggap ng mga serbisyong sakop ng aming plano 56

C. Ang Inyong Tagapamahala ng Pangangalaga 59

C1. Ano ang Tagapamahala ng Pangangalaga 59

C2. Paano ninyo kokontakin ang inyong Tagapamahala ng Pangangalaga 59

C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong Tagapamahala ng Pangangalaga 59

D. Pangangalaga mula sa mga provider 60

D1. Pangangalaga mula sa pangunahing provider ng pangangalaga (PCP) 60

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang provider ng network 63

D3. Kapag umalis ang provider sa aming plano 65

D4. Mga provider na wala sa network 66

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) 66

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at sakit sa pag-abuso sa droga o alak) 67

F1. Mga serbisyo ng Medi-Cal para sa kalusugan ng pag-uugali sa labas ng aming plano ..67

G. Mga serbisyo sa transportasyon 71

G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na transportasyon 71

G2. Hindi medikal na transportasyon 72

H. Mga sakop na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag agarang kinakailangan, o kapag may sakuna 73

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency 73

H2. Agarang kinakailangang pangangalaga 76

H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna 77

I. Paano kung siningil kayo nang direkta para sa mga sakop na serbisyo 77

I1. Ano ang dapat gawin kung hindi sakupin ng aming plano ang mga serbisyo....78

J. Saklaw ng mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral 78

J1. Hkahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral....79

J2. Pagbabayad para sa mga serbisyo kapag sumali kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral 79

J3. Higit pa tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral....80

K. Paano nasasakop ang inyong mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan sa panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan....80

K1. Kahulugan ng panrelihiyon na hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan 80

K2. Pangangalaga mula sa panrelihiyon na hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan 80

L. Matibay na kagamitang pangmedikal (DME) 81

L1. Pagkuha ng DME bilang miyembro ng aming plano 81

L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat kayo sa Original Medicare 81

L3. Mga benepisyo ng oxygen equipment bilang miyembro ng aming plano 82

L4. Oxygen equipment kapag lumipat kayo sa Original Medicare o ibang Medicare Advantage (MA) na plano 83

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider

Ang mga **serbisyo** ay mga pangangalagang pangkalusugan, pangmatagalang serbisyo at suporta ng Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS), mga supply, serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, mga inireresetang gamot at mga gamot na hindi kailangan ng reseta (over-the-counter), kagamitan at iba pang mga serbisyo. Ang mga **sakop na serbisyo** ay anuman sa serbisyong ito na binabayaran ng aming plano. Ang sakop na pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS ay nasa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Ang mga sakop ninyong serbisyo para sa mga inireresetang gamot at mga gamot na hindi kailangan ng reseta ay nasa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Ang mga **provider** ay ang mga doktor, nars, at iba pang mga tao na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga at lisensiyado ng estado. Kasama rin sa mga provider ang mga ospital, ahensya ng kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, medikal na kagamitan at ilang partikular na LTSS.

Ang mga **provider ng network** ay mga provider na nakikipagtulungan sa aming plano. Ang mga provider na ito ay sumasang-ayon na tumanggap ng aming bayad nang buo. Direkta kaming sinisingil ng mga provider ng network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa inyo. Kapag gumamit kayo provider ng network, karaniwang wala kayong babayaran para sa mga sakop na serbisyo.

B. Mga panuntunan sa pagtanggap ng mga serbisyong sakop ng aming plano

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

Karaniwang binabayaran ng aming plano ang mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at maraming LTSS ang natatanggap ninyo kapag sinunod ninyo ang mga panuntunan namin. Para masakop ng aming plano:

- Ang pangangalagang matatanggap ninyo ay dapat kasama sa aming Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Dapat **medikal na kinakailangan** ang pangangalaga. Sa medikal na kinakailanganm ang ibig naming sabihin ay mga serbisyo na makatwiran at kinakailangan para i-diagnose at gamutin ang inyong medikal na kondisyon. Ang medikal na kinakailangang pangangalaga ay kinakailangan para hindi malubhang

magkasakit ang mga indibidwal o mabalda at binabawasan nito ang matinding pananakit sa pamamagitan ng paggamot ng sakit, karamdaman, o pinsala.

- Para sa mga medikal na serbisyo, kailangang mayroon kayong **pangunahing provider ng pangangalaga (Primary Care Provider, PCP)** ng network na nagbibigay at pinamamahalaan ang inyong pangangalaga. Bilang miyembro ng plano, kailangan ninyong pumili ng provider ng network para maging inyong pangunahing provider ng provider PCP (pumunta sa **Seksyon D1** para sa higit pang impormasyon).
    - Sa karamihang sitwasyon, dapat bigyan kayo ng pag-apruba ng inyong pangunahing provider ng pangangalaga PCP ng network o aming plano bago ninyong magagamit ang provider na hindi ninyo PCP o gamitin ang iba pang provider sa network ng aming plano. Ito ay tinatawag na isang **referral**. Kung hindi kayo makakakuha ng pag-apruba, hindi namin masasakop ang mga serbisyo.
    - Hindi ninyo kailangan ng mga referral mula sa inyong pangunahing provider ng pangangalaga PCP para sa pang-emergency na pangangalaga o agarang kinakailangang pangangalaga, para gumamit ng provider sa kalusugan ng babae, o anumang iba pang serbisyong nakalista sa **Seksyon D1**.
- **Dapat ninyong kunin ang inyong pangangalaga mula sa mga provider ng network** (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon D** sa kabanatang ito). Karaniwan, hindi namin sasakupin ang pangangalaga mula sa provider na hindi nagtatrabaho sa aming planong pangkalusugan. Nangangahulugan ito na kakailanganin ninyong bayaran nang buo ang provider para sa mga serbisyong natatanggap ninyo. Narito ang ilang sitwasyon kapag hindi naaangkop ang panuntunang ito:
    - Kung kailangan ninyo ng pang-emerhensiya o agarang kinakailangang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon H**).
    - Kung kailangan ninyo ng pangangalagang sakop ng aming plano at hindi ito maibigay ng mga provider ng network namin, makakatanggap kayo ng pangangalaga mula sa provider na wala sa network. Kailangan ninyong makakuha ng pahintulog mula sa aming plano bago ang pagpapatingin sa provider na wala sa network. Sa ganitong sitwasyon, sinasakop namin ang pangangalaga na para bang natanggap ninyo ito mula sa provider ng network o nang kayong babayaran. Para sa impormasyon tungkol sa

pagkuha ng pag-apruba para gamitin ang provider na wala sa network, pumunta sa **Seksyon D4**.

- Kung kailangan ninyo ng mga serbisyo sa dialysis ng kidney kapag wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano sa maikling panahon o kapag pansamantalang hindi available o hindi ma-access ang inyong provider, maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network. Ang paghahati sa gastos na inyong babayaran para sa dialysis ay hindi dapat kailanman mas mataas sa paghahati sa gastos sa Original Medicare. Kung wala kayo sa aming pinaglilingkurang lugar ng plano at nakakuha kayo ng dialysis mula sa provider sa labas ng network ng plano, hindi maaaring mas mataas ang inyong paghahati sa gastos na binabayaran ninyo sa network. Gayunpaman, kung pansamantalang hindi available ang inyong karaniwang provider sa nework para sa dialysis at pipiliin ninyong tumanggap ng mga serbisyo sa aming pinaglilingkurang lugar mula sa provider na wala sa network, maaaring maging mas mataas ang inyong paghahati sa gastos para sa dialysis. Kung maaari, tawagan ang CareAdvantage Unit sa numerong nasa ibaba ng pahina bago kayo umalis sa pinaglilingkurang lugar para makatulong kami sa pag-aayos para magkaroon ng maintenance dialysis habang wala kayo.
- Kung kayo ay bagong miyembro ng aming plano, maaari ninyong hilinging patuloy na gamitin ang inyong mga kasalukuyang provider. Nang may ilang eksepsyon, kailangan naming aprubahan ang kahilingang ito kung mapapatunayan naming mayroon kayong kasalukuyang ugnayan sa mga provider. Tingnan ang **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan, maaari kayong patuloy na gamitin inyong mga provider ng hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyon, kokontakin kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga para tulungan kayong maghanap ng mga provider sa aming network. Pagkalipas ng 12 buwan, hindi na namin sasakupin ang inyong pangangalaga kung patuloy kayong gumamit ng mga provider na wala sa aming network.

Iba pang Coverage sa Kalusugan: Dapat ninyong gamitin ang lahat ng iba pang saklaw sa kalusugan bago ang Medi-Cal kapag available ang parehong serbisyo sa ilalim ng inyong pangunahing coverage sa kalusugan dahil ang Medi-Cal ang huling tagapagbayad. Ibig sabihin nito na sa karamihang sitwasyon, ang Medi-Cal ang magiging pangalawang tagapagbayad sa Medicare, na sasakupin ang mga pinahihintulutang gastos na hindi binayaran ng Medicare o iba pang saklaw sa kalusugan hanggang sa rate ng Medi-Cal.

Mga bagong miyembro sa CareAdvantage: Sa karamihang sitwasyon, ie-enroll kayo sa CareAdvantage para sa inyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging ma-enroll sa CareAdvantage. Maaari pa rin ninyong matanggap ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal mula sa dati ninyong planong pangkalusugan sa Medi-Cal sa loob ng hanggang dalawang buwan. Pagkatapos noon, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng CareAdvantage. Walang kakulangan sa inyong saklaw sa Medi-Cal. Pakitawagan kami sa numero sa ibaba ng pahina kung mayroon kayong anumang tanong.

C. Ang Inyong Tagapamahala ng Pangangalaga

Tinutulungan kayo ng benepisyo ng Health Plan of San Mateo (HPSM) sa Pagsasaayos ng Pangangalaga at i-navigate ang inyong pangangalagang pangkalusugan para maabot ninyo ang inyong mga layunin sa pangangalagang pangkalusugan. Ang mga kawani ng Pamamahala sa Pangangalaga ay may kaalaman tungkol sa mga benepisyo ninyo at nagsisikap silang pangasiwaan ang pinakamahusay na paggamit ng mga benepisyong iyon. Kontakin ang Pinagsamang Pamamahala ng Pangangalaga ng Health Plan of San Mateo (HPSM) para alamin pa.

C1. Ano ang Tagapamahala ng Pangangalaga

Ang Tagapamahala ng Pangangalaga ay isang taong sinanay na nagtatrabaho sa aming plano para magbigay sa inyo ng mga serbisyo sa pagsasaayos ng pangangalaga at/o pamamahala ng pangangalaga.

C2. Paano ninyo kokontakin ang inyong Tagapamahala ng Pangangalaga

- Maaari kayong tumawag sa 650-616-2060. Ang mga oras ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Libre ang tawag na ito.

- Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Libre ang tawag na ito.

Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.

C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong Tagapamahala ng Pangangalaga

- Puwede kayong tumawag sa 1-866-880-0606 para humiling na palitan ang inyong Tagapamahala ng Pangangalaga.

D. Pangangalaga mula sa mga provider

D1. Pangangalaga mula sa pangunahing provider ng pangangalaga (PCP)

Kailangan kayong pumili ng PCP na magbigay at pamahalaan ang inyong pangangalaga.

Kahulugan ng PCP at kung ano ang ginagawa ng PCP para sa inyo

Kapag naging miyembro kayo ng CareAdvantage, inaasahan na pipili kayo ng provider ng plano na kinontrata para maging PCP ninyo. Ang inyong PCP ay pediatrician, general practitioner, family practitioner, internist, o sa ilang sitwasyon, doktor ng obstetrician-gynecologist (OB/GYN), nurse practitioner physician's assistant, na nakatutugon sa mga kinakailangan ng estado at sinanay para makapagbigay sa inyo ng pangunahing medikalna pangangalaga. Sa aming pagpapaliwanag sa ibaba, makukuha ninyo ang inyong regular o pangunahing pangangalaga mula sa inyong PCP. Patuloy na makikipag-coordinate ang iyong PCP para sa natitirang sakop na serbisyong makukuha mo bilang miyembro ng CareAdvantage. Ang inyong PCP ay magbibigay sa inyo ng karamihan ng inyong pangangalaga at tutulong sa inyo na ayusin o pangasiwaan ang natitira sa mga sakop na serbisyo na makukuha ninyo bilang miyembro ng CareAdvantage. Kasama rito ang:

- Mga x-ray
- Mga pagsusuri sa laboratoryo
- Mga Therapy
- Pangangalaga mula sa mga doktor na mga espesyalista
- Mga pag-admit sa ospital, at
- Follow-up na pangangalaga

Kasama sa "pagsasaayos" ng inyong mga serbisyo ang pagpunta o pagkonsulta sa ibang provider ng CareAdvantage tungkol sa inyong pangangalaga at kumusta ito. Dagdag pa rito, may mga espesyal na programa at serbisyo sa CareAdvantage na maaaring naaangkop para sa inyo. Mas malalaman ng inyong PCP na irekomenda ang mga programang ito sa inyo. Ang pag-aayos ng inyong pangangalaga at pangangalaga sa inyo kapag kayo ay may sakit o mabuti ay bahagi ng pagbibigay sa pasyente ng nakatuon na pangangalaga sa "medical home." Kaya gusto naming magbigay para sa bawat miyembro ng CareAdvantage. Sa ilang sitwasyon, ang inyong PCP ay maaaring kailangang kumuha ng paunang pahintulot (paunang pag-apruba) mula sa amin para sa ilang serbisyo. Dahil ang inyong PCP ang magbibigay at pangangasiwaan ang inyong medikal na pangangalaga, kailangan mong ipadala ang lahat ng nakaraan mong medikal na rekord sa opisina ng inyong PCP. Sinasabi sa inyo ng Kabanata 8 kung paano namin poprotektahan ang pagkapribado ng inyong mga medikal na rekord at personal na impormasyon ng pangkalusugan.

PCP na inyong pipiliin

Maaari ninyong piliin ang kasalukuyan ninyong PCP kung makita ninyo ang kanyang pangalan sa Direktoryo ng Provider. Maaari kayo ring pumili ng bagong provider mula sa Direktoryo ng Provider. Ang Direktoryo ng Provider ay may nakatutulong na impormasyon tungkol sa bawat provider at mga opisina at klinika kung saan sila nagtatrabaho. Para makatanggap ng higit pang impormasyon para tulungan kayo na pumili ng PCP, maaari ninyong tawagan ang opisina ng provider. Kung may partikular na ospital na gusto ninyong gamitin, tiyakin munang ginagamit ng inyong PCP ang ospital na iyon. Mabibigyan din kayo ng isang CareAdvantage Navigator, ang kinatawan ng CareAdvantage Unit, ng impormasyon para tulungan kayong pumili ng PCP. Maaari ninyo ring palitan ang inyong PCP gaya ng ipinaliwanag sa ibang pagkakataon sa Seksyon na ito.

Opsyon para palitan ang inyong PCP

Maaari ninyong palitan ang inyong PCP sa anumang dahilan, at anumang oras. Maaari ring umalis ang inyong PCP sa network ng aming plano. Kung aalis ang inyong PCP sa aming network, matutulungan namin kayong maghanap ng bagong PCP sa aming network.

Maaari rin ninyong palitan ang inyong PCP gamit ang Portal ng Miyembro ng Health Plan of San Mateo (HPSM) na available sa aming website sa www.hpsm.org/member-portal-login. Piliin ang “Palitan ang PCP” mula sa menu. Maaari kayong maghanap ng bagong PCP ayon sa pangalan, lokasyon, kasarian, at wika. Lagyan ng check ang kahong “Mga Bagong Pasyente” para sa mga PCP na tumatanggap ng mga bagong pasyente. Para magsimulang maghanap, i-click ang button na “Maghanap” para makakita ng listahan ng mga PCP na tumutugon sa inyong mga pangangailangan.

Maaari rin ninyong tawagan ang CareAdvantage Unit para sa tulong sa pagpapalit ng inyong PCP o paghahanap ng bagong PCP na tumutugon sa inyong mga pangangailangan. Titiyakin ng CareAdvantage Navigator na ang PCP na gusto ninyo ay tumatanggap ng mga bagong pasyente. Kung hindi siya tumatanggap, puwede ninyong tawagan ang PCP para tanungin kung tatatanggapin niya kayo.

Kung kayo ay nagpapatingin sa mga espesyalista o tatanggap ng ibang sakop na serbisyo na nangangailangan ng pag-apruba ng inyong PCP (tulad ng mga serbisyo sa kalusugan sa bahay o matibay na kagamitang pangmedikal), sabihin sa CareAdvantage Navigator. Tutulong ang CareAdvantage Navigator na tiyaking makakapagpatuloy kayo sa pangangalaga na may espesyalidad at iba pang serbisyo.

Babaguhin ng CareAdvantage Unit ang inyong rekord ng pagiging miyembro para ipakita ang pangalan ng bago ninyong PCP at sasabihin sa inyo kung kailan magkakaroon ng bisa ang pagpapalit sa bago ninyong PCP. Makakatanggap kayo ng sulat ng kumpirmasyon na ipinapaalam sa inyo ang pangalan at impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng bago ninyong

PCP. Ang pagpapalit ng PCP ay simula sa unang araw ng susunod na buwan. Ang ilan sa PCP ng aming plano ay affiliated sa mga medikal na grupo. Kung magpapalit kayo ng PCP, maaari rin kayo nagpapalit ng mga medikal na grupo. Kapag humiling kayo ng pagpapalit, sabihin sa CareAdvantage Unit kung gumagamot kayo ng isang espesyalista o kumukuha kayo ng iba pang sakop na serbisyo na dapat may pag-apruba ng PCP. Tinutulungan kayo ng CareAdvantage Unit na ipagpatuloy ang inyong pangangalaga na may espesyalidad at iba pang serbisyo kapag nagpalit kayo ng inyong PCP.

Mga serbisyong matatanggap ninyo nang walang pag-apruba mula sa inyong PCP

Sa ilang sitwasyon, kailangan ninyo ng pag-apruba mula sa inyong PCP bago gamitin ang ibang provider. Ang pag-apruba na ito ay tinatawag na **referral**. Makakatanggap kayo ng mga serbisyo tulad ng mga nakalista sa ibaba nang walang pag-apruba muna mula sa inyong PCP:

- Mga pang-emergency na serbisyo mula sa mga provider ng network o mga provider na wala sa network
- Mga agarang kinakailangang sakop na serbisyo na nangangailangan ng agarang paggamot (pero hindi isang emerhensiya) kung kayo ay pansamantalang nasa labas ng pinaglilingkurang lugar ng aming plano, o kung hindi makatwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon ninyo na kunin ang serbisyong ito mula sa provider ng network. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay mga hindi inaasahang medikal na sakit at pinsala o mga hindi inaasahang paglala ng mga dati nang kondisyon. Ang mga regular na pagpapatingin na medikal na kinakailangan sa provider (tulad ng mga taunang pagsusuri) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na kayo ay nasa labas ng pinaglilingkurang lugar ng aming plano o pansamantalang hindi available ang aming network.
- Mga serbisyo para sa dialysis ng kidney na inyong nakukuha sa pasilidad ng dialysis na sertipikado ng Medicare kung nasa labas kayo ng pinaglilingkurang lugar ng plano. Kung tatawagan ninyo ang CareAdvantage Unit bago kayo umalis sa pinaglilingkurang lugar, matutulungan namin kayong makapag-dialysis habang wala kayo.
- Mga bakuna laban sa trangkaso at sa COVID-19 pati na rin mga bakuna laban sa hepatitis B at sa pneumonia kung tatanggapin ninyo ang mga ito mula sa isang provider ng network.
- Mga serbisyo para sa regular na pangangalagang pangkalusugan ng kababaihan at pagpaplano ng pamilya. Kabilang dito ang mga eksaminasyon ng suso,

screening mammogram (mga x-ray ng suso), Pap test, at eksaminasyon ng balakang, hangga't nakukuha ninyo ito mula sa provider ng network.

Dagdag pa, kung isa kayong American Indian na Miyembro, maaari kayong makakuha ng Mga Sakop na Serbisyo mula sa gusto ninyong Indian na Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan, nang hindi na kailangan ng referral mula sa isang PCP ng Network o Paunang Pahintulot.

- Mga serbisyo ng podiatry na ibinibigay ng provider ng network
- Acupuncture na ibinigay ng provider ng network
- Mga eksaminasyon sa paningin na ibinibigay ng provider ng network
- Mga eksaminasyon sa pandinig na ibinibigay ng provider ng network
- Mga chiropractic na serbisyo para sa mga pag-aayos ng gulugod para itama ang alignment na ibinibigay ng provider ng network.

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 uri ng espesyalista, tulad ng:

- Mga oncologist na nangangalaga sa mga pasyenteng may kanser.
- Mga cardiologistd na nangangalaga sa mga pasyenteng may problema sa puso.
- Mga orthopedist na nangangalaga sa mga pasyenteng may problema sa buto, kasukasuan, o kalamnan.

Para sa iba pang uri ng referral, maaaring kailangan munang kumuha ng inyong PCP ng paunang pag-apruba mula sa Medikal na Direktor ng CareAdvantage (tinatawag itong pagkuha ng "paunang pahintulot" prior authorization (PA)). Mangyaring tingnan ang Kabanata 4 para sa impormasyon tungkol sa aling mga serbisyo ang nangangailangan ng PA.

Dahil ang PCP ay naroon upang pangalagaan ang inyong pangkalahatang kalusugan, dapat may alam siya sa lahat ng inyong mga alalahanin sa kalusugan. Kaya lubos naming inirerekomenda na makipag-usap muna kayo sa inyong PCP bago kayo pumunta sa isang espesyalista. Mayroong ibang mga serbisyong maaari ninyong makuha palagi kahit wala ang nakasulat na referral.

Naipaliwanag namin ang mga ito dati sa Seksyon D. Kung gusto ng espesyalista na bumalik kayo para sa karagdagang pangangalaga, makipag-ugnayan muna sa inyong PCP para tiyaking gusto ng inyong PCP na magkaroon kayo ng higit pang pagpapatingin sa espesyalista.

Kung mayroon mga partikular na espesyalista na gusto ninyong gamitin, alamin kung nagpapadala ang inyong PCP ng mga pasyente sa mga espesyalistang ito. Ang bawat PCP ng plano ay may mga partikular na espesyalista na kanilang ginagamit para sa mga referral. Ibig sabihin nito na ang PCP na maaari ninyong piliin ay maaaring malaman ang mga espesyalista na ginagamit ninyo. Sa pangkalahatan maaari ninyong baguhin ang inyong pangunahing provider ng pangangalaga (PCP) anumang oras kung gusto ninyong gamitin ang espesyalista ng Plano na kung saan hindi kayo inire-refer ng inyong kasalukuyang PCP. Sa ilalim ng "Opsyon para palitan ang inyong pangunahing provider ng pangangalaga PCP," sinasabi namin sa inyo kung paano palitan ang inyong pangunahing provider ng pangangalaga PCP. Kung mayroon mga partikular na ospital na gusto ninyong gamitin, kailangan ninyo munang malaman kung ang inyong pangunahing provider ng pangangalaga PCP ay ginagamit ang ospital na ito.

Ang nakasulat na referral ay maaaring para sa isang pagpapatingin o maaaring standing referral para sa mahigit na isang pagpapatingin kung kailangan ninyo ng mga kasalukuyang serbisyo. Dapat namin kayong bigyan ng standing referral sa isang kwalipikadong espesyalista para sa alinman sa mga kondisyong ito:

- hindi gumagaling (kasalukuyan) na kondisyon;
- nakamamatay na sakit sa isip o katawan;
- degenerative na sakit o kapansanan; anumang iba pang kondisyon o sakit na malubha o kumplikado kaya nangangailangan ng paggamot ng espesyalista.

Kung hindi ka makakakuha ng nakasulat na referral kapag kailangan, maaaring hindi bayaran ang singil. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numerong nasa ibaba ng pahinang ito.

Kung hindi namin kayo makahanap ng kwalipikadong provider ng network ng plano, dapat namin kayong bigyan ng standing na pahintulot sa serbisyo para sa kwalipikadong espesyalista para sa alinman sa mga kondisyong ito:

- hindi gumagaling (kasalukuyan) na kondisyon;
- nakamamatay na sakit sa isip o katawan;
- degenerative na sakit o kapansanan;
- anumang iba pang kondisyon o sakit na malubha o kumplikado kaya nangangailangan ng paggamot ng espesyalista.

Kung hindi kayo makakakuha ng pahintulot sa serbisyo mula sa amin kapag kailangan, maaaring hindi bayaran ang singil. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang CareAdvantage Unit sa numero ng telepono naka-print sa ibaba ng pahinang ito.

D3. Kapag umalis ang provider sa aming plano

Maaaring umalis sa aming plano ang provider ng network na ginagamit ninyo. Kung umalis sa aming plano ang isa sa inyong mga provider, mayroon kayong mga ganitong karapatan at proteksyong nakabuod sa ibaba:

- Kahit na magbago sa loob ng taon ang aming network ng mga provider, dapat namin kayong bigyan ng tuloy-tuloy na access sa mga kwalipikadong provider.
- Aabisuhan namin kayo na aalis na sa aming plano ang inyong provider para magkaroon kayo ng panahong pumili ng bagong provider.
    - Kung aalis sa aming plano ang inyong provider ng pangunahing pangangalaga o sa kalusugan ng pag-uugali, aabisuhan namin kayo kung nagpatingin kayo sa provider na iyo sa nakalipas na tatlong taon.
    - Kung aalis sa aming plano ang sinumang sa inyong iba pang provider, aabisuhan namin kayo kung may itinalagang provider sa inyo, kung kasalukuyan nakakakuha ng pangangalaga mula sa kanya, o kung nagpatingin kayo sa kanya sa nakalipas na tatlong buwan.
- Tutulungan namin kayong pumili ng bagong kwalipikadong provider sa network para magpatuloy sa pamamahala ng inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Kung kasalukuyan kayong sumasailalim sa medikal na paggamot o mga therapy sa kasalukuyan ninyong provider, may karapatan kayong hilinging ipagpatuloy ang pagtanggap sa mga medikal na kinakailangang paggamot o therapy mula sa ibang provider sa aming network. Makikipagtulungan kami sa inyo upang patuloy kayong makatanggap ng pangangalaga.
- Bibigyan namin kayo ng impormasyon tungkol sa mga panahon ng pag-enroll na available sa inyo at mga opsyong mayroon kayo sa pagpapalit ng plano.
- Kung wala kaming mahanap na kwalipikadong espesyalista ng network na madaling i-access para sa inyo, kailangan naming maghanda ng espesyalista na wala sa network magbigay ng inyong pangangalaga kapag hindi available ang provider sa network o hindi available ang benepisyo o hindi sapat na matugunan ang inyong mga medikal na pangangailangan. Kailangan ang paunang pahintulot mula sa plano bago kayo makakuha ng pangangalaga mula sa isang espesyalistang na wala sa network, o maaaring hindi sakupin ang mga serbisyo.

- Kung malaman ninyong aalis sa aming plano ang isa sa iyong mga provider, kontakin kami. Matutulungan namin kayong makahanap ng bagong provider para pamahalaan ang inyong pangangalaga.
- Kung sa palagay ninyo ay hindi namin pinalitan ang dati ninyong provider ng isang kwalipikadong provide o na hindi namin pinamamahalaan nang maayos ang inyong pangangalaga, may karapatan kayong maghain sa Organisasyon ng Pagpapabuti ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga, karaingan sa kalidad ng pangangalaga, o pareho. (Tingnan ang **Kabanata 9** para sa higit pang impormasyon.)

D4. Mga provider na wala sa network

Maaari kayong i-refer ng inyong pangunahing provider ng pangangalaga PCP sa provider na wala sa network kapag ang inyong mga medikal na pangangailangan ay hindi matugunan sa pamamagitan ng network ng provider ng CareAdvantage. Sa ilang sitwasyono, kakailanganin ng inyong pangunahing provider ng pangangalaga PCP na kumuha ng pahintulot mula sa CareAdvantage. Ang inyong pangunahing provider ng pangangalaga PCP ay maaaring humiling ng pahintulot mula sa Health Plan of San Mateo (HPSM) sa pamamagitan ng pagsagot ng Form ng Paunang Pahinulot at pag-fax nito sa Health Plan of San Mateo (HPSM).

Para sa mga referral sa na wala sa network ang inyong pangunahing provider ng pangangalaga PCP ay maaaring magsumite ng Form ng Kahilingan ng Pahintulot at i-fax ito sa Health Plan of San Mateo (HPSM).

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

- Hindi namin mababayaran ang provider na hindi kwalipikadong lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.
- Kung gagamiti ninyo ang provider na hindi kwalipikado para lumahok sa Medicare, kailangan ninyong bayaran ang buong gastos ng mga serbisyong nakuha ninyo.
- Kailangan sabihin sa inyo ng mga provider kung sila ay hindi kwalipikadong lumahok sa Medicare.

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS)

Makakatulong ang Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS) na manatili kayo sa tahanan at maiwasan ang pamamalagi sa ospital o skilled nursing facility. May access kayo sa ilang partikular na LTSS sa pamamagitan ng aming plano, kasama ang pangangalaga skilled nursing facility care) Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community-Bases Adult Services o CBAS), at Mga Suporta sa Komunidad.

Ang isa pang uri ng LTSS, ang In programa ng Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS), ay available sa pamamagitan ng ahensiya ng panlipunang serbisyo ng inyong county. Para maging kuwalipikado sa LTSS, sa pangkalahatan, kayo dapat ay 18 taong gulang o mas matanda at dapat naka-enroll kayo sa isang Plano para sa Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal tulad ng Health Plan of San Mateo (HPSM). Kasama sa iba pang kinakailangan sa pagiging kwalipikado ang pagkakaroon ng mga limitasyon sa paggana, pisikal, at pag-uugali, na kung walang mga pangmatagalang serbisyo at suporta, hindi kayo mananatiling ligtas sa sarili ninyong tahanan. Paminsan-minsan maaari kayong makakuha ng tulong sa inyong pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan at pamumuhay. Dapat matugunan ng mga miyembro ang ilang partikular na kinakailangan para sa pagiging kwalipikado para maging kuwalipikado para sa bawat isa sa mga programang ito. Tawagan ang inyong Pinagsamang Pamamahala ng Pangangalaga ng Health Plan of San Mateo (HPSM) sa 650-616-2060, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. para sa impormasyon tungkol sa mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado.

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

May karapatan kayong i-access ang mga medikal na kinakailangang serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sakop ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sakop ng pinamamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Ang aming plano ay hindi nagbibigay ng mga serbisyo sa kalusugan ng isip na may espesyalidad o mga serbisyo ng county sa pag-abuso sa droga o alak na sakop ng Medi-Cal, pero available sa inyo ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS).

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

Available sa inyo ang mga serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng isip na may espesyalidad sa pamamagitan ng plano ng county para sa kalusugan ng isip (mental health plan, MHP) kung natutugunan ninyo ang pamantayan para i-access ang mga serbisyo sa kalusugan ng isip na may espesyalidad. Kabilang sa mga serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng isip na may espesyalidad na ibinibigay ng BHRS ng San Mateo Countyang:

- Mga Serbisyo para sa Makatanggap Masusing Paggamot ng Nasa Hustong Gulang
- Assertive Community Treatment Services
- Mga Serbisyo ng Clubhouse

- Coordinated Specialty Case (CSC) for First Episode Psychosis (FEP)
- Pamamagitan Kapag May Krisis
- Mga Serbisyo ng Crisis Intervention Residential Treatment
- Crisis Stabilization
- Pang-araw na Rehabilitasyon
- Pang-araw na Paggamot
- Forensic Assertive na Paggamot sa Komunidad (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- IPS suportadong pagtatrabaho (IPS Supported Employment)
- Justice-Involved Reentry
- Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip
- Mga Serbisyo sa Pagsuporta sa Gamot
- Mga Mobile na Serbisyo sa Krisis
- Mga Serbisyo ng Pasilidad sa Kalusugan ng Isip
- Mga Serbisyo ng Ospital para sa Isip na Inpatient
- Mga Serbisyo para sa Suporta sa Kasamahan
- Targeted Case Management
- Functional Family Therapy para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- High Fidelity Wraparound para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang) Intensive Care Coordination para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- Mga Masusing Serbisyo sa Tahanan para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- Multisystemic Therapy para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)

- Parent-Child Interaction Therapy para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- Therapeutic Behavioral Services para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- Therapeutic Foster Care para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)

Available sa inyo ang mga serbisyo ng Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) sa pamamagitan ng BHRS ng San Mateo Countykung natutugunan ninyo ang mga pamantayan para tanggapin ang mga serbisyong ito. Kabilang sa Mga Serbisyo ng DMC-ODS ang:

- Mga serbisyo ng paggamot ng outpatient
- Mga serbisyo para sa masusing paggamot ng outpatient
- Mga gamot para sa paggamot ng pagkagumon (tinatawag ding Medication Assisted Treatment)
- Mga Serbisyo ng Pantahanang Paggamot
- Mga serbisyo sa pamamahala sa paghinto (withdrawal)
- Programa sa paggamot ng narcotic
- Mga serbisyo sa pagpapagaling
- Pangangasiwa ng pangangalaga
- Mga serbisyo sa suporta ng kasamahan
- Mga serbisyo sa pamamagitan ng mobile crisis sa komunidad
- Mga serbisyo sa pamamahala ng di-inaasahang pangyayari
- Mga serbisyo para sa maagang pamamagitan (para sa mga miyembrong wala pang edad 21)
- Maaga pana-panahong screening, diagnosis, at paggamot (para sa mga miyembrong wala pang edad 21)

Bukod sa mga serbisyong nakalista sa itaas, maaaring magkaroon kayo ng access sa mga boluntaryong serbisyo sa detoxification ng inpatient kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan.

Matatawagan ninyo ang BHRS ACCESS Call Center ng San Mateo County sa 1-800-686-0101 (TYY: 7-1-1) para sa higit pang impormasyon 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

Dapat ninyong kontakin ang BHRS ACCESS Call Center ng San Mateo County kung kailangan ninyo ng tulong sa pagtanggap ng mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali. Ang BHRS ang responsable sa inisyal na screening sa kalusugan ng pag-uugali para matiyak ang naaangkop na antas ng pangangalaga at naaangkop na network ng mga provider. Magkasamang nagtutulungan ang Health Plan of San Mateo (HPSM) at Mga Serbisyo para sa BHRS para sa paglipat ng mga referral sa buong mga sistema ng pangangalaga.

Responsable ang Mga Serbisyo para sa BHRS sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip na may espesyalidad at paggamot sa pag-abuso sa droga o alak na nakalista sa itaas at responsable para sa pagiging available ng mga serbisyong ito at anumang pagpapasya tungkol sa medikal na pangangailangan. Ang anumang hindi pagkakaunawaan ay pamamahalaan ng mga plano alinsunod sa kanilang kasunduan ng Memorandum of Understanding.

Kung may problema kayo sa provider ng Mga Serbisyo para sa BHRS ng San Mateo County, maaari ninyong kontakin ang Mga Serbisyo para sa BHRS ACCESS Call Center sa numerong nakalista sa itaas, O maaari ninyong tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. para maghain ng karaingan.

G. Mga serbisyo sa transportasyon

G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na transportasyon

May karapatan kayo para sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon (Non-Emergnecy Medical Transportation, NEMT) kung mayroon kayong mga medikal na pangangailangan na hindi kayo [pinapayagan na gumamit ng kotse, bus, o taxi sa inyong mga appointment. Maibibigay ang hindi NEMT para sa lahat ng serbisyong sakop ng Medi-Cal tulad ng mga appointment na medikal, sa ngipin, kalusugan ng isip, pag-abuso sa droga o alak, at parmasya. Kung kailangan ninyo ng hindi NEMT, maaari ninyong kausapin ang inyong pangunahing provider ng pangangalaga (Primary Care Provider, PCP) *o* espesyalista at hilingin ito. Ang inyong PCP *o* Espesyalista ang magpapasya sa pinakamagandang uri ng transportasyon na tutugon sa inyong mga pangangailangan. Kung kailangan ninyo ng hindi NEMT, iuutos nila ito sa pamamagitan ng pagkompleto ng isang form at pagsusumite nito sa CareAdvantage para sa pag-apruba. Depende sa inyong medikal na pangangailangan, maaaring makakuha kayo ng pag-apruba nang hanggang 12 buwan. Muling ia-assess ng inyong PCP *o* espesyalista ang inyong pangangailangan para sa hindi NEMT kung kinakailangan o sa pag-expire ng inyong reseta, at maaaring muling aprubahan ang NEMT nang hanggang 12 buwan.

Ang hindi NEMT ay isang ambulansya, litter van, wheelchair van, o transportasyon na panghimpapawid. Pinahihintulutan ng CareAdvantage ang pinakamurang sakop na paraan ng transportasyon at ang pinaka naaangkop nahindi NEMT para sa inyong mga medikal na pangangailangan kapag kailangan ninyo ng sasakyan papunta sa inyong appointment. Halimbawa, kung pisikal o medikal kayong maibibiyahe sa isang wheelchair van, hindi magbabayad ang CareAdvantage para sa isang ambulansiya. May karapatan lang kayo biyaheng himpapawid kung imposible ang transportasyon na panlupa dahil sa inyong medikal na kondisyon.

Dapat gamitin ang hindi NEMT kapag:

- Pisikal o medikal ninyo itong kinakailangan gaya ng natukoy sa nakasulat na pahintulot mula sa inyong PCP *o* espesyalista dahil hindi kayo makagamit ng bus, taxi, kotse, o van para makapunta sa inyong appointment.
- Kailangan ninyo ng tulong mula sa driver papunta at mula sa inyong tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa pisikal o sa isip na kapansanan.

Para humiling ng medikal na transportasyon na inireseta ng inyong doktor para sa mga hindi agarang **regular na appointment**, tawagan ang CareAdvantage sa 1-866-880-0606 nang hindi bababa sa lima (5) hanggang pitong (7) araw ng negosyo (Lunes-Biyernes) bago ang inyong appointment. Para sa **mga appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang inyong ID Card ng miyembro kapag tumawag kayo. Maaari rin kayong tumawag kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon.

Mga limitasyon sa medikal na transportasyon

Sakop ng CareAdvantage ang pinakamurang medikal na transportasyon na nakakatugon sa inyong mga medikal na pangangailangan mula sa inyong bahay papunta sa pinakamalapit na provider kung saan available ang appointment. Hindi ibibigay ang medikal na transportasyon kung hindi sakop ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo. Kung ang uri ng appointment ay sakop ng Medi-Cal, pero hindi sa planong pangkalusugan, tutulungan kayo ng CareAdvantage na iiskedyul ang inyong transportasyon. Ang listahan ng mga sakop na serbisyo ay nasa **Kabanata 4** ng handbook na ito. Hindi sakop ang transportasyong nasa labas ng network o pinaglilingkurang lugar ng CareAdvantage maliban kung ito ay nauna nang pinahintulutan.

G2. Hindi medikal na transportasyon

Kasama sa mga benepisyo ng hindi medikal na transportasyon (non-medical transportation, NEMT) ang pagbiyahe papunta at mula sa inyong mga appointment para sa isang serbisyong pinahintulutan ng inyong provider. May masasakyan kayo, nang wala kayong babayaran, kapag kayo ay:

- Bumibiyahe papunta at mula sa isang appointment para sa isang serbisyong pinahintulutan ng inyong provider, **o**
- Ang pagkuha ng mga gamot at medikal na supply.

Pinahihintulutan kayo ng CareAdvantage na gumamit ng kotse, taxi, bus, o iba pang pampubliko/pribadong paraan ng pagpunta sa inyong appointment para sa mga serbisyong pinahintulutan ng inyong provider. Ginagamit ng CareAdvantage ang American Logistics (AL) upang mag-ayos ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon (non-emergency medical transportation, NEMT). Sinasakop namin ang pinakamurang uri ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon (non-emergency medical transportation, NEMT) na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan.

Minsan, maaari kayong mag-reimbursepara sa mga pagsakay sa isang pribadong sasakyan na kayo ang nag-ayos. Dapat aprubahan ito ng CareAdvantage **bago** ninyo makuha ang masasakyan, at dapat ninyong sabihin sa amin kung bakit hindi kayo makakuha ng masasakyan sa ibang paraan, gaya ng pagsakay sa bus. Masasabi ninyo ito sa amin sa pamamagitan ng pagtawag o pagpapadala ng email, o nang personal. **Hindi kayo mare-reimburse para sa pagmamaneho ninyo mismo**.

Para sa pag-reimburse sa mileage, kinakailangan ang lahat ng sumusunod:

- Driver’s license ng driver.
- Rehistro ng sasakyan ng driver.
- Katunayan ng insurance ng sasakyan ng driver.

Para humiling ng masasakyan para sa mga serbisyo na pinahintulutan, tawagan ang American Logistics (AL) sa 1-877-356-1080 nang hindi bababa sa dalawang (2) araw ng negosyo (Lunes-Biyernes) bago ang inyong appointment. Para sa **mga agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang inyong ID Card ng miyembro kapag tumawag kayo. Maaari rin kayong tumawag kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon.

Tandaan: Maaaring kontakin ng mga American Indian na Miyembro ang kanilang lokal na Klinikang Pangkalusugan para sa mga Indian para humiling ng hindi medikal na transportasyon.

Mga limitasyon sa hindi medikal na transportasyon

Ibinibigay ng CareAdvantage ang pinakamurang hindi pang-emergency na medikal na transportasyon (non-emergency medical transportation, NEMT) na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan mula sa inyong bahay hanggang sa pinakamalapit na provider kung saan available ang appointment. **Hindi ninyo puwedeng ipagmaneho ang inyong sarili o direktang mabibigyan ng reimbursement.**

Hindi naaangkop ang hindi pang-emergency na medikal na transportasyon (non-emergency medical transportation, NEMT) kung:

Kinakailangan ang isang ambulansiya, litter van, wheelchair van, o iba pang paraan ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon para makapunta sa isang serbisyo.

- Kailangan ninyo ang tulong ng driver papunta at mula sa tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang pisikal o medikal na kondisyon.
- Kung nasa wheelchair kayo at hindi makapasok at makalabas ng sasakyan nang walang tulong ng driver.
- Hindi sakop ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo.

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

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency

Ang isang medikal na emergency ay isang medikal na kondisyon na may mga sintomas tulad ng sakit, matinding pananakit, malubhang pinsala, o medikal na kondisyon na mabilis lumala. Napakalubha ng kondisyon na, kung hindi ito kaagad magagamot, maaasahan ninyo o ng sinumang may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina na magreresulta ito sa:

- matinding panganib sa inyong buhay o sa kalusugan ng inyong hindi pa naisisilang na anak; **o**
- pagkawala ng o malubhang pinsala sa mga paggana ng katawan; **o**

- matinding hindi paggana ng anumang organ o bahagi ng katawan; **o**
- Sa kaso ng isang buntis na babae na aktibong nagle-labor, kapag:
    - Walang sapat na oras para ligtas kayong mailipat sa ibang ospital bago manganak.
    - Maaaring makasama sa kalusugan o kaligtasan ninyo o ng inyong hindi pa naisisilang na anak ang paglipat sa ibang ospital.

Kung mayroon kayong medikal na emergency:

- **Humingi ng tulong sa lalong madaling panahon.** Tawagan ang 911 o gamitin ang pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansiya kung kailangan ninyo ito. **Hindi** ninyo kailangan ng pag-apruba o referral mula sa inyong PCP. Hindi ninyo kailangang gamitin ang provider ng network. Makakakuha kayo ng sakop na pang-emergency na medikal na pangangalaga kapag kailangan ninyo ito, saanman sa U.S. o sa mga teritoryo nito, mula sa sinumang provider may naaangkop na lisensya ng estado, kahit hindi sila bahagi sa aming network.

Sa lalong madaling panahon, sabihin sa ang aming plano tungkol sa inyong emergency. Magpa-follow up kami sa inyong pang-emergency na pangangalaga. Kailangan ninyo o ng ibang tao na tawagan kami para sabihin sa amin ang tungkol sa inyong pang-emergency na pangangalaga, karaniwan sa loob ng 48 oras. Tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Gayunpaman, hindi kayo magbabayad para sa mga pang-emergency na serbisyo kung iantala ninyo ang pagsasabi sa amin. Mahahanap ninyo ang numero ng telepono sa pakikipag-ugnayan sa likod ng inyong ID card ng Miyembro ng CareAdvantage. **Mga sakop na serbisyo sa medikal na emergency**

Maaari kayong makakuha ng sakop na pang-emergency na pangangalaga kailan ninyo man ito kailanganin, kahit saan sa Estados Unidos o mga teritoryo nito.

Sakop ng Medicare ang mga medikal na serbisyo at gamot na kukunin ninyo sa Estados Unidos at sa mga teritoryo nito (halimbawa, Puerto Rico, Guam, atbp.). Hindi sakop ng Medicare ang mga medikal na serbisyo at gamot na kukunin ninyo sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito (halimbawa, Puerto Rico, Guam, atbp.) maliban sa mga pang-emergency na serbisyo inilalarawan sa ibaba.

Kung bibiyahe kayo sa Canada o Mexico at kailangan ng mga pang-emergency na serbisyo at na-admit sa ospital, sasakupin kayo sa pamamagitan ng aming saklaw sa emergency sa buong mundo. Kung magbabayad kayo para sa mga pang-emergency na serbisyo na nangangailangan ng pagpapaospital saanman sa mundo, maaari ninyong hilingin sa Health

Plan of San Mateo (HPSM) na bayaran kayo. Susuriin ng Health Plan of San Mateo (HPSM) ang inyong kahilingan. Kung sumang-ayon ang Health Plan of San Mateo (HPSM) na bayaran kayo, babayaran kayo ng halagang inyong hiniling hanggang $25,000.

Sakop ng aming plano ang mga serbisyo ng ambulansiya sa mga sitwasyon sa pagpunta sa emergency room sa ibang paraan ay maaring makasama sa inyong kalusugan. Sakop din namin ang mga medikal na serbisyo kapag may emergency. Para alamin pa, tingnan ang Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Ang mga provider na nagbibigay sa inyo ng pang-emergency na pangangalaga ang magdedesisyon kung kailan maayos na ang inyong kondisyon at kung kailan matatapos ang medikal na emergency. Patuloy nila kayong gagamutin at kokontakin nila kami para gumawa ng mga plano kung kailangan ninyo ng follow-up na pangangalaga para gumaling.

Sakop ng aming plano ang inyong follow-up na pangangalaga. Kung makatanggap kayo ng pang-emergency na pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network, susubukan naming makakuha ng mga provider ng network para pumalit sa inyong pangangalaga sa lalong madaling panahon.

Sa sandaling nagamot na sa ospital ang inyong medikal na emergency na kondisyon at wala nang emergency dahil maayos na ang inyong kondisyon, maaaring hilingin ng inyong doktor na gumagamot sa inyo na mamalagi nang mas matagal kayo sa ospital bago kayo ligtas na umalis sa ospital. Ang mga serbisyong iyong natatanggap matapos na maayos na ang iyong kondisyong pang-emergency ay tinatawag na “mga paggamot pagkatapos maging maayos medikal na kondisyon (post-stabilization services).”

Kung ang ospital kung saan kayo nakatanggap ng mga pang-emergency na serbisyo ay hindi bahagi n gnetwork ng CareAdvantage, ang hindi kinontratang ospital ay kokontakin kami para makakuha ng pag-apruba para sa inyong pangangalaga pagkatapos maging maayos ang inyong kondisyon sa hindi nakakontratang ospital. Mahalagang dala ninyo palagi ang inyong ID Card ng Miyembro ng CareAdvantage para makontak kami ng hindi nakakontratang ospital. Kung hindi alam ng hindi nakakontratang ospital na kayo ay isang miyembro ng CareAdvantage, maaari kayong makatanggap ng nakasulat na abiso hinggil sa pagbabayad.

Kung ligtas kayong makakalipat sa ospital ng network, kokonsultahin namin ang inyong doktor para ayusin at bayaran ang paglilipat sa inyo mula sa hindi nakakontratang ospital papunta sa ospital o pasilidad ng pangangalaga ng network ng CareAdvantage.

Kung magdesisyon kami na ang isang ospital o nursing facility ng network ay maaaring ibigay ang pangangalaga na inyong kailangan at kayo ay hindi sumasang-ayon sa paglipat, ang hindi nakakontratang ospital ay maaaring magbigay sa inyo ng nakasulat na abiso na sinasabing kailangan ninyong bayaran ang lahat ng mga serbisyo pagkatapos maging maayos ang kondisyon na ibinigay sa inyo sa hindi nakakontratang ospital pagkatapos maging maayos ang inyong emergency na kondisyon. Maaaring hindi bayaran ng CareAdvantage ang mga walang

pahintulot na pangangalaga pagkatapos na maging maayos ang kondisyon o kaugnay na paglipat na ibinigay ng hindi nakakontratang ospital at provider.

Pagtanggap ng pang-emergency na pangangalaga kung hindi ito emergency

Minsan mahirap malaman kung mayroon kayong emergency na medikal o kalusugan ng pag-uugali. Maaaring pumasok kayo para sa pang-emergency na pangangalaga at sasabihin ng doktor na hindi talaga ito isang emergency. Hangga't makatwiran ninyong naisip na ang inyong kalusugan ay nasa matinding panganib, sakop namin ang inyong pangangalaga.

Gayunpaman, pagkatapos sabihin ng doktor na hindi ito isang emergency, sakop lang namin ang karagdagan ninyong pangangalaga kung:

- Gumagamit kayo ng provider ng network **o**
- Ang karagdagang pangangalagang matatanggap ninyo ay itinuturing na “agarang kinakailangang pangangalaga” at sinusunod ninyo ang mga panuntunan para tanggapin ito. Tingnan ang susunod na seksyon.

H2. Agarang kinakailangang pangangalaga

Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay pangangalagang matatanggap ninyo para sa isang sitwasyong hindi emergency pero nangangailangan kaagad ng pangangalaga. Halimbawa, maaaring inatake kayo ng isang dati nang kondisyon o hindi inaasahang karamdaman o pinsala.

Agarang kinakailangang pangangalaga sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano

Sakop lang namin ang agarang kinakailangang pangangalaga kung:

- Matanggap ninyo ang pangangalagang ito mula sa provider ng network, **at**
- Sinusunod ninyo ang mga panuntunang inilarawan sa kabanatang ito.

Kung hindi posible o makatwiran para sa inyong makapunta sa provider ng network, dahil sa oras, lugar, o sitwasyon ninyo, sasakupin namin ang agarang kinakailangang pangangalaga na matatanggap ninyo mula sa provider na wala sa network.

Para sa hindi emergency, hindi inaasahang medikal na sakit, pinsala o kondisyon na nangangailangan ng agarang medikal na pangangalagang, dapat ninyong kontakin inyong pangunahing doktor ng pangangalaga. Bibigyan kayo ng inyong PCP ng mga instruksyon kung paano ninyo maa-access nang mabuti ang pangangalaga. Maaari ninyo ring ma-access ang mga serbisyo ng agarang kinakailangan sa pagpunta sa urgent care center. Kung hindi naa-access ang iurgent care center na nasa network, maari kayong pumunta sa urgent care center na wala sa aming network.

Agarang kinakailangang pangangalaga na wala sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano

Kapag wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano, maaari hindi kayo makatanggap ng pangangalaga mula sa provider ng network. Kapag ganito, sakop ng aming plano ang agarang kinakailangang pangangalaga na natatanggap ninyo mula sa sinumang provider. Gayunpaman, ang mga regular na pagpapatingin na medikal na kinakailangan sa provider, gaya ng mga taunang checkup, ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan, kahit na kayo ay nasa labas ng pinaglilingkurang lugar ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.

Hindi sakop ng aming plano ang agarang kinakailangang pangangalaga o anumang iba pang hindi emergency na pangangalaga na natatanggap ninyo sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito.

Sinasakop ng aming plano ang mga serbisyong pang-emergency sa buong mundo sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito sa pamamagitan ng benepisyong pang-emergency sa buong mundo.

H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung nagdeklara ang gobernador ng California, ang Kalihim ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng Estados Unidos, o ang presidente ng Estados Unidos ng isang state of disaster o emergency sa inyong heograpikong lugar, may karapatan pa rin kayong tumanggap ng pangangalaga mula sa aming plano.

Bisitahin ang aming website para sa impormasyon kung paano makakuha ng pangangalagang kailangan ninyo sa panahon ng isang idineklarang sakuna: www.hpsm.org/emergency-preparedness-and-response-plan.

Sa panahon ng idineklarang sakuna, kung hindi ninyo magamit ang provider ng network, makakatanggap kayo ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network nang wala kayong babayaran. Kung hindi kayo makakagamit ng parmasya ng network sa panahon ng idineklarang sakuna, mapupunan ninyo ang inyong mga gamot sa isang parmasya na wala sa network. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

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

Hindi responsable ang CareAdvantage na bayaran kayo para sa isang gamot na masasakop lang sa ilalim ng Medi-Cal Rx. Kung magbabayad kayo para sa buong halaga ng gamot na sakop ng Medi-Cal Rx at hindi ng CareAdvantage, maaaring ma-reimburse kayo ng parmasya kapag nabayaran na ng Medi-Cal Rx ang gamot. Bilang alternatibo, maaari rin ninyong hilingin

sa Medi-Cal Rx na bayaran kayo sa pagsusumite ng claim na “Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)”. Makikita ang higit pang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx sa: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/

Kung nagbayad kayo para sa mga sakop na serbisyo ninyo o kung siningil kayo para sa mga sakop na medikal na serbisyo, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para alamin kung ano ang dapat gawin.

Hindi dapat kayo ang magbabayad ng singil. Kung kayo ang magbabayad, maaaring hindi na namin kayo mabayaran.

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

Sinasakop ng aming plano ang lahat ng serbisyo:

- na matukoy na medikal na kinakailangan, **at**
- na nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano (tingnan ang **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito), **at**
- na natanggap ninyo sa pagsunod ng mga panuntunan ng plano.

Kung tumatanggap kayo ng mga serbisyong hindi sakop ng aming plano, **babayaran ninyo ang buong halaga,** maliban kung sakop ito ng ibang programa ng Medi-Cal sa labas ng aming plano.

Kung gusto ninyong malaman kung magbabayad kami para sa anumang medikal na serbisyo o pangangalaga, may karapatan kayong magtanong sa amin. Mayroon din kayong karapatang humiling nito sa pamamagitan ng pagsulat. Kung sabihin namin na hindi namin babayaran ang mga serbisyo ninyo, mayroon kayong karapatan na iapela ang aming desisyon.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang dapat gawin kung gusto ninyo masakop namin ang medikal na serbisyo o item. Sinasabi rin nito sa inyo kung paano iapela ang aming desisyon sa saklaw. Tawagan ang CareAdvantage Unit para alamin pa ang tungkol sa inyong mga karapatan sa pag- apela.

Babayaran namin ang ilang serbisyo hanggang sa partikular na limitasyon. Kung lalampas kayo sa limitasyon, babayaran ninyo ang buong halaga para makatanggap pa ng ganoong uri ng serbisyo. Tingnan ang **Kabanata 4** para mga partikular na limitasyon ng benepisyo. Tawagan ang CareAdvantage Unit para alamin kung ano ang mga limitasyon sa benepisyo at kung gaano kalaking bahagi ng inyong mga benepisyo ang nagamit na ninyo.

J. Saklaw ng mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral

J1. Hkahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (na tinatawag ding isang klinikal na pagsubok) ay isang paraan para subukan ng mga doktor ang mga bagong uri ng pangangalagang pangkalusugan o gamot. Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare ay karaniwang humihiling ng mga boluntaryo na lumahok sa pag-aaral. Kung kayo ay nasa klinikal na pananaliksik na pag-aaral, maaari kayong manatiling naka-enroll sa aming plano at patuloy na makakakuha ang natitira sa ng inyong pangangalaga (ang pangangalagang walang kinalaman sa pag-aaral) sa pamamagitan ng aming plano.

Kung gusto ninyong lumahok sa anumang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na naaprubahan ng Medicare, **hindi** ninyo kailangang sabihin sa amin o kumuha ng pag-apruba mula sa amin, ngunit hinihikayat namin kayong sabihin ito sa amin o sa inyong pangunahing provider ng pangangalaga. Ang mga provider nagbibigay sa inyo ng pangangalaga bilang bahagi ng pag-aaral ay **hindi** kailangang maging provider ng network. Hindi ito naaangkop sa mga sakop na mga benepisyo na nangangailangan ng klinikal na pagsubok o registry para ma-assess ang benepisyo, kabilang ang ilang mga benepisyong nangangailangan ng saklaw sa mga pag-aaral sa evidence development (mga NCD-CED) at eksepsiyon sa aparatong pang-imbestigasyon (Investigational Device Exemption, IDE). Maaari ring mapailalim ang mga benepisyong ito sa paunang pahintulot at iba pang panuntunan ng plano.

Kung balak ninyong lumahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, na sakop para sa mga enrollee sa Original Medicare, hinihikayat namin kayo o ang inyong tagapamahala ng pangangalaga na kontakin ang CareAdvantage Unit para ipaalam sa aming lalahok kayo sa isang klinikal na pagsubok.

J2. Pagbabayad para sa mga serbisyo kapag sumali kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Kung nagboluntaryo kayo para sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaaprubahan ng Medicare, wala kayong babayaran para sa mga serbisyong sakop sa ilalim ng pag-aaral. Nagbabayad ang Medicare para sa mga serbisyong sakop sa ilalim ng pag-aaral, pati rin ang mga regular na gastos na nauugnay sa inyong pangangalaga. Kapag sumali kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na naaprubahan ng Medicare, sakop kayo para sa karamihan ng serbisyo at item na matatanggap ninyo bilang bahagi ng pag-aaral. Kasama rito ang:

- silid at mga pagkain para sa pamamalagi sa ospital na babayaran ng Medicare kahit wala kayo sa pag-aaral
- ang operasyon o iba pang medikal na procedure na bahagi ng pag-aaral sa pananaliksik
- paggamot sa anumang side effect at kumplikasyon ng bagong pangangalaga

Kung bahagi kayo ng isang pag-aaral na **hindi** inaprubahan ng Medicare, babayaran ninyo ang anumang gastos para sa pagiging nasa pag-aaral.

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

Maaari ninyong alamin pa ang tungkol sa pagsali sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral sa pamamagitan ng pagbabasa ng “Medicare at Mga Klinikal na Pananaliksik na Pag-aaral” sa website ng Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies)). Maaari din kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay tumawag sa 1-877-486-2048.

K. Paano nasasakop ang inyong mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan sa panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan

K1. Kahulugan ng panrelihiyon na hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan

Ang panrelihiyon na hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalagang karaniwan ninyong matatanggap sa isang ospital o skilled nursing facility. Kung labag sa inyong mga panrelihiyon na paniniwala ang pagtanggap ng pangangalaga sa isang ospital o skilled nursing facility, sakop namin ang pangangalaga sa isang panrelihiyon na hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan.

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

K2. Pangangalaga mula sa panrelihiyon na hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan

Para makakuha ng pangangalaga mula sa panrelihiyon na hindi medikal na institusyon para sa pangangalagang pangkalusugan, kailangan ninyo munang pirmahanang legal na dokumento na nagsasabing tinatanggihan ninyo ang medikal na paggamot na “hindi kasama eksepsyon.”

- Ang “hindi kasama sa eksepyon” na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga o paggamot na **boluntaryo at hindi kinakailangan** ng anumang batas na federal, estado, o lokal.
- Ang “kasama sa eksepyon” na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga o paggamot na **hindi boluntaryo at kinakailangan** sa ilalim ng batas na federal, estado, o lokal.

Para masakop ng aming plano, ang pangangalagang inyong nakukuha mula sa panrelihiyon na hindi medikal na institusyon para sa pangangalagang pangkalusugan ay kailangang makatugon sa mga sumusunod na mga kondisyon:

- Ang pasilidad na nagkakaloob ng pangangalaga ay dapat na sertipikado ng Medicare.
- Sinasakop lang ng aming plano ang mga hindi panrelihiyon na aspeto na pangangalaga.
- Kung tatanggap kayo ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ibinibigay sa inyo sa isang pasilidad:
    - Dapat mayroon kayong medikal na kondisyon na papayagan kayo na makatanggap ng sakop na mga serbisyo para sa pangangalaga ng inpatient sa ospital o skilled nursing facility.
    - Kailangan ninyong makuha ang pag-apruba mula sa bago kayo ma-admit sa pasilidad, o **hindi** sasakupin ang inyong pamamalagi.

Naaangkop ang mga limitasyon sa saklaw ng Medicare Inpatient Hospital (tingnan ang Chart Mga Benepisyo sa Kabanata 4, Seksyon D.

L. Matibay na kagamitang pangmedikal (DME)

L1. Pagkuha ng DME bilang miyembro ng aming plano

Kasama sa matibay na kagamitang pangmedikal (Durable medical equipment, DME) ang ilang partikular na medikal na kinakailangang item na inutos ng isang provider, tulad ng mga wheelchair, saklay, powered mattess system, supply sa diabetic, mga hospital bed na inutos ng provider para gamitin sa bahay, mga intravenous (IV) infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at mga supply, nebulizer, at walker.

Pagmamay-ari ninyo ang mga item na DME, tulad ng mga prosthetics.

Iba pang uri ng DME na dapat ninyong upahan. Bilang miyembro ng aming plano, **hindi** ninyo pagmamay-ari ang mga inuupahang item na DME, gaano man katagal ninyo itong upahan.

Sa ilang limitadong sitwasyon, inililipat namin ang pagmamay-ari ng item na DME sa inyo pagkalipas ng 13 buwan ng tuloy-tuloy na paggamit. Tawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numero ng telepono sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon.

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

Sa programa sa Original na Medicare, ang mga taong inuupahan ng ilang partikular na uri ng DME ang magmamay-ari nito pagkalipas ng 13 buwan. Sa Medicare Advantage (MA) na plano, maaaring itakda ng plano ang bilang ng buwan kung kailan dapat upahan ng mga tao ang ilang partikular na DME bago ito maging may-ari.

Matibay na Kagamitang Pangmedikal (DME) Bilang miyembro ng aming plano, kasama sa DME ang ilang partikular na medikal na kinakailangang item na inutos ng provider tulad ng mga wheelchair, saklay, powered mattess system, supply sa diabetid, mga hospital bed na inutos ng provider para gamitin sa bahay, mga intravenous (IV) infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at mga supply, nebulizer, at walker. Pagmamay-ari ninyo palagi ang mga partikular na item, tulad ng prosthetics. Sa seksyong ito, tatalakayin natin ang DME na inuupahan ninyo. Bilang miyembro ng aming plano, kadalasan ay hindi kayo magmamay-ari ng DME. Sa ilang partikular na limitadong sitwasyon, inililipat namin ang pag-aari ng DME item sa inyo pagkalipas ng 13 buwan ng tuloy-tuloy na paggamit. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para malaman ang tungkol sa mga kinakailangang dapat ninyong matugunan at iba pang dokumentong kailangan ninyong ibigay.

Kung wala na kayong Medi-Cal, kakailanganin ninyong magsagawa ng 13 sunod-sunod na pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare, o kakailanganin ninyong isagawa ang dami ng sunod-sunod na pagbabayad na itinakda ng MA na plano, para maging pag-aari ang DME na item kung:

- hindi kayo ang naging may-ari ng item na DME habang kayo ay nasa aming plano, **at**
- umalis kayo sa aming plano at kumuha ng inyong mga benepisyo sa Medicare sa labas ng anumang planong pangkalusugan sa programa ng Original Medicare o MA na plano.

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

- Kakailanganin ninyong magsagawa ng 13 bagong sunod-sunod na pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare, o ang dami ng sunod-sunod na bagong pagbabayad na itinakda ng MA na plano para maging pag-aari ang DME na item.
- Walang eksepsyon dito kapag bumalik kayo sa Original Medicare o MA na plano.

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

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

- pag-upa ng oxygen equipment
- paghahatid ng oxygen at mga nilalaman na oxygen
- tubing) at mga nauugnay na accessory para sa paghahatid ng oxygen at mga nilalaman na oxygen

- maintenance at pagsasaayos ng oxygen equipment

Dapat ibalik ang oxygen equipment kapag hindi na ninyo ito medikal na kinakailangan o kapag umalis kayo sa aming plano.

L4. Oxygen equipment kapag lumipat kayo sa Original Medicare o ibang Medicare Advantage (MA) na plano

Kapag medikal na kinakailangan ang oxygen equipment at **umalis kayo sa aming plano at lumipat sa Original Medicare**, uupahan ninyo ito sa isang supplier nang 36 na buwan. Sakop ng mga buwanan ninyong pagbabayad ng pag-upa ang oxygen equipment at ang mga supply at serbisyong nakalista sa itaas. Sakop ng Medicare at Medi-Cal ang mga pagbabayad na ito kung naka-enroll pa rin kayo sa Medicare at Medi-Cal.

Kung medikal na kinakailangan ang oxygen equipment **pagkatapos ninyo itong upahan nang 36 na buwan**, dapat ibigay ng inyong supplier ang:

- oxygen equipment, mga supply, at serbisyo nang dagdag 24 na buwan
- oxygen equipment at mga supply nang hanggang limang taon kung medikal na kinakailangan

Kung medikal pa ring kinakailangan ang oxygen equipment **sa pagtatapos ng limang taon**:

- Hindi na ito kailangang ibigay ng inyong supplier, at maaari ninyong piliin na makatanggap ng pamalit na kagamitan mula sa sinumang supplier.
- Magsisimula ang bagong limang taong panahon.
- Uupa kayo sa isang supplier nang 36 na buwan.
- Dapat ibigay ng inyong supplier ang oxygen equipment, mga supply, at serbisyo nang dagdag na 24 na buwan.
- Mgsisimulang bagong cycle kada limang taon hangga't medikal na kinakailangan ang oxygen equipment.

Kapag medikal na kinakailangan ang oxygen equipment at **umalis kayo sa aming plano at lumipat sa ibang MA na plano**, sasakupin ng plano ang sakop ng Original Medicare. Maaari ninyong itanong sa inyong bagong MA na plano kung anong oxygen equipment at mga supply ang sakop nito at magkano ang gagastusin ninyo.

Kabanata 4: Chart ng mga benepisyo

Panimula

Sinasabi sa inyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sakop ng aming plano at anumang paghihigpit o limitasyon sa mga serbisyong iyon. Sinasabi rin nito sa inyo ang tungkol sa mga benepisyong hindi sakop sa ilalim ng aming plano. Makikita ang mga mahalagang salita at kahulugan ng mga ito na nakaayos nang alpabetiko sa huling Kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Mga bagong miyembro sa CareAdvantage: Sa karamihang sitwasyon ie-enroll kayo sa CareAdvantage para sa inyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging ma-enroll sa CareAdvantage. Maaari pa rin ninyong matanggap ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal mula sa dati ninyong planong pangkalusugan sa Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos noon, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng CareAdvantage. Walang kakulangan sa inyong saklaw sa Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 kung mayroon kayong anumang tanong.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Inyong mga sakop na serbisyo 85

B. Mga panuntunan laban sa pagsingil sa inyo ng mga provider para sa mga serbisyo 85

C. Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano 85

D. Ang Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano 88

E. Ang mga benepisyo ng aming plano para sa bisita o naglalakbay 155

F. HPSM Dental 156

G. Mga Suporta sa Komunidad 159

H. Mga benepisyong sakop sa labas ng aming plano 160

H1. Mga Paglipat sa Komunidad ng California (CCT) 160

H2. Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (IHSS) 161

H3. 1915(c) Mga Waiver Program ng Mga Serbisyo sa Bahay at Komunidad (HCBS) 162

H4. Mga Serbisyo ng County sa Pag-uugali na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Sakit dahil sa Pag-abuso sa Droga o Alak).....164

I. Mga benepisyong hindi sakop ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal.....168

A. Inyong mga sakop na serbisyo

Ipinapaalam sa inyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sakop ng aming plano. Malalaman din ninyo ang mga serbisyong hindi sakop. Nasa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa gamot. Ipinapaliwanag din ng kabanatang ito ang mga limitasyon sa ilang serbisyo.

Dahil tumatanggap kayo ng tulong mula sa Medi-Cal, wala kayong babayaran para sa inyong mga sakop na serbisyo hangga't sumusunod kayo sa mga panuntunan ng aming plano. Tingnan ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro na ito* para sa mga detalye tungkol sa mga panuntunan ng aming plano.

Kung kailangan ninyo ng tulong upang maunawaan kung ano-ano ang mga serbisyo ang sakop, tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-660-0606.

B. Mga panuntunan laban sa pagsingil sa inyo ng mga provider para sa mga serbisyo

Hindi namin pinapayagan ang aming mga provider na singilin kayo para sa mga sakop na serbisyo ng network. Direkta kaming nagbabayad sa aming mga provider, at pinoprotektahan namin kayo mula sa anumang singil. Ito ay totoo kahit na mas kaunti ang aming ibinayad sa provider kaysa sa sinisingil ng provider para sa isang serbisyo.

Hindi dapat kayo kailanman makatanggap ng singil mula sa provider para sa mga sakop na serbisyo. Kung makakatanggap kayo, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o tawagan ang CareAdvantage Unit.

C. Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano

Sinasabi sa inyo ng Chart ng Mga Benepisyo ang mga serbisyong binabayaran ng aming plano.. (Ang coverage sa gamot ay nasa **Kabanata 5.**) Inililista nito ang mga sakop na serbisyo nang nakaayos sa alpabeto at ipinapaliwanag ang mga ito.

Babayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Talaan ng Mga Benepisyo kapag natugunan ang mga sumusunod na panuntunan. Hindi kayo anumang babayaran para sa mga serbisyo na nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo, hangga't natutugunan ninyo ang mga kinakailangan na inilalarawan sa ibaba.

- Nagbibigay kami ng mga sakop na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal alinsunod sa mga panuntunang itinakda ng Medicare at Medi-Cal.
- “Medikal na kinakailangan” dapat ang mga serbisyo kabilang ang medikal na pangangalaga, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali at pag-abuso sa droga o alak, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, kagamitan, at gamot. Inilalarawan ng medikal na kinakailangan ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan ninyo para iwasan, ma-diagnose, o gamutin ang isang medikal na kondisyon o para panatilihin ang kasalukuyang status ng inyong kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na pananatili kayong hindi pumunta sa ospital o nursing facility. Nangangahulugan din ito ang mga serbisyo, supply, o gamot na nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan sa medical practice.
- Para sa mga bagong enrollee, para sa unang 90 araw maaaring hindi namin kailanganing kumuha kayo ng maagang pag-apruba para sa anumang aktibong course ng paggamot, kahit na ang course ng paggamot ay para sa serbisyong nagsimula sa provider na wala sa network.
- Natatanggap ninyo ang pangangalaga mula sa provider ng network. Ang provider ng network ay provider na nakikipagtulungan sa amin. Sa karamihan sitwasyon, hindi sasakupin ang pangangalagang natatanggap ninyo mula sa provider ng wala sa network maliban kung isa itong pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga o maliban kung binigyan kayo ng referral ng inyong plano o provider ng network. Nangangahulugan ito na maaaring kailanganin ninyong bayaran nang buo ang provider para sa mga serbisyon na wala sa network na inyong natatanggap. Ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ay may higit pang impormasyon tungkol sa paggamit ng mga provider ng network o wala sa network.
- Mayroon kayong pangunahing provider ng pangangalaga pangunahing provider ng pangangalaga (primary care provider, PCP) o team sa pangangalaga na nagbibigay at namamahala sa inyong pangangalaga. Sa karamihan ng sitwasyon, dapat magbigay ang inyong PCP ng pag-apruba bago ninyo magamit ang provider na hindi inyong PCP o gamitin ang iba pang provider sa network ng aming plano. Ito ay tinatawag na isang referral. Ang **Kabanata 3** ng *Handbook*

ng Miyembro na ito ay may higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng referral at kung kailan ninyo **hindi** kailangan nito.

- Sakop lang namin ang ilang serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo kung makuha muna ng inyong doktor o ng ibangtprovider ng network ang aming pag-apruba. Ang tawag dito ay paunang pahintulot (PA). Minamarkahan namin ng asterisk (*) ang mga sakop na serbisyo sa Chart ng Mga Benepisyo na nangangailangan ng PA.
- Kung magbibigay ang inyong plano ng pag-apruba sa isang kahilingan sa PA para sa course ng paggamot, valid ang pag-apruba hangga't medikal na makatwiran at kinakailangan para maiwasan ang mga pagkaantala sa pangangalaga batay sa mga pamantayan sa coverage, inyong medikal na nakaraan, at mga rekomendasyon ng gumagamot na provider.
- Tulad ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, sinasakop namin ang lahat ng sakop ng Original Medicare. (Para alaminpa tungkol sa coverage at mga gastos ng Original Medicare, pumunta sa inyong handbook ng *Medicare at ikaw 2027*. Tingnan ito online sa www.Medicare.gov o humingi ng kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay tumawag sa 1-877-486-2048).
- Kung magdaragdag ang Medicare ng coverage para sa anumang bagong serbisyo sa 2027, sasakupin ng Medicare o ng aming plano ang mga serbisyong iyon.
- Kung mawala ninyo ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal, sa loob ng 4 na buwan na itinuring pagiging kwalipikado, magpapatuloy ang inyong mga benepisyo sa Medicare sa planong ito at sasakupin din ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal. Para sa higit pang impormasyon, pakitawagan ang CareAdvantage Unit sa numerong nakalista sa ibaba ng pahinang ito.

Libre ang lahat ng serbisyo para makaiwas sa sakit. Ipinapakita ng mansanas na ito 🍎 ang serbisyo para makaiwas sa sakit sa Chart ng Mga Benepisyo.

D. Ang Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Screening para sa abdominal aortic aneurysm Nagbabayad kami para sa isang beses na ultrasound screening para sa mga taong nasa panganib. Sakop lang sa aming plano ang screening na ito kung kayo ay mayroong partikular na magkaroon ng sakit at kung makakakuha kayo ng referral para dito mula sa inyong doktor, physician assistant (PA), nurse practitioner (NP), o clinical nurse specialist (CNS). Ang Medi-Cal ay maaaring magbayad para sa karagdagang mga serbisyo kung medikal na kinakailangan. Para makakuha ng higit pang impormasyon, tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Acupuncture Nagbabayad kami nang hanggang dalawang serbisyo ng acupuncture para sa outpatient sa ospital sa alinmang buwan sa kalendaryo, o mas madalas kung medikal na kinakailangan ang mga ito. Nagbabayad din kami nang hanggang 12 acupuncture na pagpapatingin sa loob ng 90 araw kung mayroon kayong hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likod, na tinutukoy bilang: • tumatagal nang 12 linggo o mas matagal; • hindi partikular (walang systemic na dahilan na maaaring matukoy, tulad ng hindi nauugnay sa metastatic, inflammatory, o nakakahawang sakit); • hindi nauugnay sa operasyon; • hindi nauugnay sa pagbubuntis. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Acupuncture (ipinagpatuloy) Bukod pa rito, nagbabayad kami para sa walong karagdagang sesyon ng acupuncture para sa hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likod kung nagpapakita ng pagbuti Maaaring hindi kayo makakakuha ng mahigit sa 20 acupuncture na paggamot para sa hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likod bawat taon. Dapat ihinto ang mga acupuncture na paggamot kung hindi bubuti o kung magiging malala kayo. Mga Kinakailangan ng Provider: Maaaring magbigay ang mga doktor ng acupuncture alinsunod sa mga naaangkop na kinakailangan ng estado. Mga Physician assistant (PAs), nurse practitioner (mga NP)/clinical nurse specialist (mga CNS), at mga auxiliary personnel ay maaaring magsagawa ng acupuncture kung matutugunan nila ang lahat ng naaangkop na kinakailangan ng estado at mayroon silang • masters o doctoral level degree sa acupuncture o Oriental Medicine mula sa isang paaralang na accredited ng Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); at, • kasalukuyan, full, aktibo, at walang limitasyong lisensiya para mag-practice ng acupuncture sa isang Estado, Teritoryo, o Commonwealth (iyon ay Puerto Rico) ng Estados Unidos, o District of Columbia. Ang mga auxiliary personnel na nagsasagawa ng acupuncture ay dapat sa ilalim ng naaangkop na antas ng pamamahala ng isang doktor, PA, o NP/CNS na hinihingi ng aming mga regulasyon.	

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Screening at pagpapayo sa maling pag-inom ng alak Nagbabayad kami para sa isang alcohol-misuse screening (SABIRT) para sa mga nasa hustong gulang na labis na umiinom ng alak pero hindi nalululon sa alak. Kabilang dito ang mga buntis na babae. Kung ma-screen kang positibo para sa sobrang pag-inom ng alak, maaari kayong makakuha ng apat na maikling, personal na sesyon ng pagpapayo kada taon (kung kaya at alerto kayo sa panahon ng pagpapayo) sa isang kwalipikadong provider ng pangunahing pangangalaga pangunahing provider ng pangangalaga (PCP) o practitioner sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga.	$0
	Mga serbisyo ng ambulansiya Kasama sa sakop na mga serbisyo ng ambulansiya, emergency man o hindi emergency ang sitwasyon, ang mga sa lupa at himpapawid (eroplano at helicopter). Dadalhin kayo ng ambulansiya sa pinakamalapit na lugar na maaaring magbigay ng pangangalaga sa inyo. Dapat sapat na malubha ang inyong kondisyon na ang ibang paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga ay maaaring ilagay sa panganib ang inyong kalusugan o buhay. Kinakailangan ang aming pag-apruba para sa mga serbisyo ng ambulansiya para sa ibang mga sitwasyon (hindi emergency). Sa mga sitwasyong hindi emergency, maaaring magbayad kami para sa isang ambulansiya. Ang inyong kondisyon ay dapat sapat na malubha na ang ibang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga ay maaaring ilagay sa panganib ang inyong kalusugan o buhay.	$0

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
🍎	**Taunang wellness visit** Maaari kayong makakuha ng taunang checkup. Ito ay upang makagawa o i-update ang plano para makaiwas sa sakit batay sa inyong kasalukuyang mga magkasakit. Binabayaran namin ito nang isang beses kada 12 buwan. **Tandaan:** Ang inyong unang taunang wellness visit ay hindi maaaring mangyari sa loob ng 12 buwan matapos ang inyong **Welcome to Medicare** visit. Gayunpaman, hindi ninyo kailangang magkaroon ng **Welcome to Medicare** visit para makakuha ng mga taunang wellness visit pagkatapos ninyong magkaroon ng Part B nang 12 buwan.	$0
	Mga serbisyo para sa pag-iwas sa sakit na hika Makakatanggap kayo ng edukasyon tungkol sa hika at pag-asses sa kapaligiran ng tahanan para sa mga nagdudulot ng hika na karaniwang natatagpuan sa tahanan para sa mga taong may hikang hindi nakokontol nang maayos.	$0
🍎	**Pagsukat ng bone mass** Nagbabayad kami para sa ilang partikular na procedure para sa mga miyembrong kwalipikado (kadalasan, isang taong nanganganib na mawalan ng bone mass o nasa panganib ng osteoporosis). Natutukoy ng mga medikal na procedure na ito ang bone mass, maghanap ng bone loss, alamin ang kalidad ng buto. Nagbabayad kami para sa mga serbisyo nang isang beses kada 24 na buwan, o mas madalas kung medikal na kinakailangan. Nagbabayad din kami para tingnan ng doktor at magkomento ang mga resulta.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Screening para sa kanser sa suso (mga mammogram) Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • isang baseline na mammogram sa mga edad na nasa pagitan ng 35 at 39 • isang screening mammogram kada 12 buwan • mga klinkikal na eksaminasyon ng suso kada 24 na buwan	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo sa rehabilitasyon ng puso Nagbabayad kami para sa mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso tulad ng ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo. Dapat matugunan ng mga miyembro ang ilang kondisyon at may utos ng doktor. Sinasakop namin ang mga komprehensibong programang ito kung ikaw ay nagkaroon ng kahit isa sa mga kondisyong ito: • atake sa puso sa nakalipas na 12 buwan • operasyon sa coronary artery bypass • stable angina pectoris (pananakit ng dibdib) • heart valve repair o replacement • coronary angioplasty (medikal na procedure na ginagamit upang buksan ang baradong ugat) o coronary stenting (procedure na ginagamit para panatilihing bukas ang isang ugat) • puso o transplant ng puso at baga • stable chronic heart failure Mga limitasyon ng coverage: Maaari kang makakuha ng hanggang 36 na sesyon ng cardiac rehabilitation. Maaari kang magkaroon ng dalawang sesyon bawat araw (bawat isa ay tumatagal ng isang oras), at ang programa ay maaaring tumagal nang hanggang 36 na linggo. Kung ikaw ay kwalipikado, maaaring makakuha ka ng 36 pang sesyon na maaaring hatiin sa mas mahabang panahon.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pagbisita para sa pagbawas ng panganib sa sakit sa puso (therapy para sa sakit sa puso) Nagbabayad kami para sa isang pagpapatingin sa isang taon, o mahigit pa kung medikal na kinakailangan, sa inyong provider ng pangunahing pangangalaga pangunahing provider ng pangangalaga (PCP) para tumulong na bawasan ang inyong panganib sa sakit sa puso. Sa pagpapatingin, ang inyong doktor ay maaaring: • talakayin ang paggamit ng aspirin, • tingnan ang presyon ng inyong dugo, **at/o** • bigyan kayo ng mga tip para tiyaking kumakain kayo nang mabuti.	$0
	Mga screening test para sa sakit sa puso Nagbabayad kami para sa mga pagsusuri ng dugo para tingnan ang sakit sa puso isang beses kada limang taon (60 buwan). Ang mga pagsusuri ng dugo ay tinitingnain din ang mga depekto dahil sa mataas na panganib ng sakit sa puso.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Screening para sa kanser sa Cervix at ari ng babae Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • para sa lahat ng kababaihan: Ang mga pap test at pagsusuri sa balakang isang beses tuwing 24 na buwan • para sa mga kababaihang may mataas panganib ng kanser sa cervix at ari ng babae: isang Pap test kada 12 buwan • para sa kababaihang may abnormal na Pap test sa loob ng huling tatlong taon at nasa edad na maaaring mag-anak: isang Pap test kada 12 buwan • para sa kababaihang nasa edad na 30-65: pagsusuri para sa human papillomavirus (HPV) Pap o pagsusuri para sa Pap plus HPV nang isang beses kada limang taon	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo ng chiropractic Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • pag-aayos ng gulugod para itama ang alignment Sinasakop ng Medi-Cal ay sinasakop ang mga serbisyo ng chiropractic para sa mga bata at kabataan hanggang sa kanilang ika-21 kaarawan. sakop ang 24 na pagbisita. Ang mga serbisyo ay sakop din para sa mga nasa hustong gulang na tumatanggap ng pangmatagalang pangangalaga sa nursing o intermediate care facility, para sa mga may hustong gulang na tumatanggap ng mga serbisyo na ito sa klinika para sa outpatient at para sa mga buntis na babae kung ang kondisyon ay maaaring magdulot ng komplikasyon sa pagbubuntis. Ibinibigay ang mga serbisyo bilang benepisyo na referral sa sarili at hindi kinakailangan ang referral mula sa PCP, ibang doktor, o propesyonal sa kalusugan. Kailangang ibigay ang mga ito ng provider ng CareAdvantage. Para sa karagdagang impormasyon tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606.	$0

	Colorectal cancer screening Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Walang minimum o maximum na limitasyon sa edad ang colonoscopy at sakop ito nang isang beses kada 120 buwan (sampung taon) para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, o 48 buwan pagkatapos ng nakaraang flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng wala sa mataas na panganib para sa colorectal cancer, at isang beses kada 24 na buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib pagkatapos ng nakaraang screening colonoscopy. • Ang computed tomography colonography para sa mga pasyenteng edad 45 pataas na wala sa mataas na panganib ng colorectal cancer ay sakop kapag lumipas ang hindi bababa sa 59 na buwan kasunod ng buwan kung kailan isinagawa ang huling screening computed tomography colonography, o kapag lumipas ang 47 buwan kasunod ng buwan kung kailangan isinagawa ang huling screening flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy. Para sa mga pasyenteng nasa mataas na panganib para sa colorectal cancer, maaaring bayaran ang screening computed tomography colonography na isinagawa pagkatapos ng hindi bababa sa 23 buwan ang lumipas mula noong buwan kung kailan isinagawa ang huling screening computed tomography colonography o ang huling screening colonoscopy. • Flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng edad 45 pataas. Isang beses kada 120 buwan para sa mga pasyenteng wala sa mataas na panganib pagkatapos makakuha ang pasyente ng screening colonoscopy. Isang beses kada 48 buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib mula sa huling flexible sigmoidoscopy o computed tomography colonography. • Screening fecal-occult na mga blood test para sa mga pasyenteng edad 45 pataas. Isang beses kada 12 buwan. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Colorectal cancer screening (ipinagpatuloy) • Multitarget stool DNA para sa mga pasyenteng edad 45 hanggang 85 taon at hindi natutugunan ang mga pamantayan ng mataas na panganib. Isang beses kada tatlong taon. • Mga Biomarker Test sa dugo para sa mga pasyenteng edad 45 hanggang 85 taon at hindi natutugunan ang mga pamantayan ng mataas na panganib. Isang beses kada tatlong taon. • Kasama sa mga colorectal cancer screening test ang follow-on na screening colonoscopy pagkatapos maging positibo ang resulta ng isang non-invasive stool-based colorectal cancer screening test na sakop ng Medicare. • Kasama sa mga colorectal cancer screening test ang isang nakaplanong screening flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy na kinabibilangan ng pag-alis ng tissue o iba pang bagay, o iba pang procedure na ibinibigay kaugnay ng, bilang resulta ng, at kasabay ng parehong klinikal na encounter gaya ng sa screening test.	

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo para sa ngipin Ang ilang partikular na serbisyo para sa ngipin ay pamamahalaan ng Health Plan of San Mateo na tinatawag na HPSM Dental. Tingnan ang **Seksyon F** para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyong ito. Binabayaran namin ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin, kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga paglilinis, pasta, at mga pustiso. Ang hindi namin sakop ay available sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental, na inilalarawan sa **Seksyon G2** sa ibaba. Nagbabayad kami para sa ilang serbisyo sa pangangalaga sa ngipin kapag ang serbisyo ay mahalagang bahagi ng partikular na paggamot ng pangunahing medikal na kondisyon ng isang tao. Kabilang sa mga halimbawa ang muling pagsasaayos ng panga pagkatapos ng fracture o pinsala, mga pagbunot ng ngipin bilang paghahanda para sa radiation treatment para sa kanser na kinabibilangan ng panga, o mga pagsusuri sa bibig bago ang pag-transplant ng organ. Kukuha kayo ng mga serbisyo sa ngipin mula sa HPSM Dental. Para sa tulong sa paghahanap ng dentista, o para sa tulong sa pagkuha ng mga serbisyo sa ngipin, maaari ninyong tawagan ang 1-866-880-0606 (walang bayad) (TTY 1-800-735-2929 o 711). Maaari rin ninyong bisitahin ang website ng Health Plan of San Mateo (HPSM) sa www.hpsm.org/dental para sa higit pang impormasyon.	$0
🍎	**Depression screening** Babayaran namin ang isang depression screening bawat taon. Ang screening ay dapat gawin sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga referral.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Diabetes screening Binabayaran namin ang screening na ito (kabilang ang mga fasting glucose test) kung mayroon kayo ng alinman sa mga sumusunod na salik ng panganib: • mataas na presyon ng dugo (altapresyon) • history ng hindi normal na mga level ng kolesterol at triglyceride (dyslipidemia) • labis na katabaan • history ng mataas na blood sugar (glucose) Ang mga test ay maaring bayaran sa ilang sitwasyon, tulad ng kung kayo ay masyadong mabigat at may history ng diabetes sa pamilya. Maaari kayong maging kwalipikado hanggang sa dalawang diabetes screening kada 12 buwan kasunod ng petsa ng pinaka-kamakailan ninyong diabetes screening test.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
🍎	**Mga pagsasanay para sa sariling pamamahala ng diabetes, mga serbisyo at supply** Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng taong may diabetes (gumagamit man sila ng insulin o hindi): • Mga supply para subaybayan ang inyong blood glucose, kasama ang mga sumusunod: ○ blood glucose monitor ○ mga blood glucose test strip ○ mga lancet device at mga lancet ○ mga solution sa pagkontrol ng glucose para masuri ang kawastuhan ng mga test strip at mga monitor • Para sa mga taong may diabetes na may malubhang sakit sa paa dahil sa diabetes, binabayaran namin ang mga sumusunod: ○ isang pares ng therapeutic custom na hinulmang sapatos (kabilang ang mga insert), kasama ang pagsukat, at dalawang ekstrang pares ng mga insert kada taon sa kalendaryo, **o** ○ isang pares ng malalim na sapatos (depth shoes), kasama ang pagsukat, at tatlong pares ng insert kada taon (hindi kasama ang hindi customized na natatanggal na mga insert na kasama sa mga ganitong sapatos) • Sa ilang sitwasyon, binabayaran namin ang pagsasanay para matulungan kayong pamahalaan ang inyong diabetes. Para alamin pa, kontakin ang CareAdvantage Unit. Kailangan ang paunang pahintulot para sa mga supply para sa diyabetiko na wala sa formulary.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo ng doula Para sa mga indibiduwal na buntis, binabayaran namin ang siyam na pagpunta sa doula habang nagbubuntis at pagkatapos manganak, pati rin ang suporta sa labor at panganganak. Hanggang sa siyam na karagdagang postpartum ang maaari ring ibigay.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Matibay na kagamitang medikal (Durable Medical EquipmentDME) at mga nauugnay na supply Tingnan ang **Kabanata 12** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa isang depinisyon ng “Matibay na Kagamitang Medikal (DME).” Sakop namin ang mga sumusunod na item: • mga wheelchair, kabilang ang mga electric wheelchair • mga saklay • mga powered mattress system • dry pressure pad para sa mattress • mga supply para sa diabetes • mga hospital bed na inorder ng provider para gamitin sa bahay • mga intravenous (IV) infusion pump at pole • mga speech generating device • oxygen equipment at mga supply • mga nebulizer • mga walker • karaniwang kurbadang hawakan o quad cane at mga pamalit na supply • cervical traction (over the door) • stimulator sa buto • gamit para sa dialysis care Iba pang item na maaaring bayaran. Binabayaran namin ang lahat ng medikal na kinakailangang DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung wala ng partikular na brand o maker ang supplier sa inyong lugar, maaari ninyong tanungin sa kanila kung puwede silang gumawa ng espesyal na order para sa inyo.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pang-emergency na pangangalaga Ang pang-emergency na pangangalaga ay nangangahulugan sa mga serbisyo na: • ibinigay ng provider na sinanay para magbigay ng mga pang-emergency na serbisyo, • kinakailangan para suriin o gamutin ang medikal na emergency. Ang medikal na emergency ay isang karamdaman, pinsala, matinding pananakit, o medikal na kondisyon na mabilis lumubha. Ang kondisyon ay napakalubha na, kung hindi ito magagamot kaagad, ang sinumang may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina ay aasahan itong magresulta sa: • matinding panganib sa inyong kalusugan o sa kalusugan ng inyong hindi pa naisisilang na anak; **o** • matinding pinsala sa mga paggana ng katawan; **o** • malubhang hindi paggana ng anumang organ ng katawan o • pagkawala ng kamay o paa, o hindi na gumaganang kamay o paa. • Sa kaso ng isang buntis na babae na aktibong nagle-labor, kapag: ○ Walang sapat na oras para ligtas kayong mailipat sa ibang ospital bago manganak. ○ Maaaring makasama sa kalusugan o kaligtasan ninyo o ng inyong hindi pa naisisilang na anak ang paglipat sa ibang ospital. Ang mga serbisyong pang-emergency sa labas ng Estados Unidos, o mga teritoryo nito o sa buong mundo ay sakop. Ikaw ay sakop ng hanggang $25,000 sa ilalim ng pang-emergency na coverage sa buong mundo.	$0 Kung tatanggap kayo ng pang-emergency na pangangalaga sa isang ospital na wala sa network at kailangan ng inpatient na pangangalaga matapos maging stable ng inyong kondisyon, (hal., kailangan ninyong lumipat sa isang ospital ng network para patuloy na mabayaran ang inyong pangangalaga. Maaari kayong manatili sa ospital na wala sa network para sa inyong inpatient na pangangalaga kung aaprubahan lang ng aming plano ang inyong pananatili.).

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo ng pagpaplano ng pamilya Pinapayagan kayo ng batas na pumili ng sinumang provider – siya man ay provider na nasa network o provider na wala sa network – para sa ilang partikular na mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Ito ay nangangahulugan sa anumang doktor, klinika, ospital, parmasya o tanggapan sa pagpaplano ng pamilya. Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • pagsusuri para sa pagpaplano ng pamilya at medikal na paggamot • laboratoryo para sa pagpaplano ng pamilya at mga diagnostic test • mga paraan ng pagpaplano ng pamilya (mga IUC/IUD, implant, iniksyon, mga gamot na pampigil sa pagbubuntis, patch, o ring) • may reseta na mga supply para sa pagpaplano ng pamilya (condom, sponge, foam, film, diaphragm, cap) • mga limitadong serbisyo sa fertility gaya ng pagpapayo at edukasyon tungkol sa mga technique sa kamalayan sa fertility, at/o pagpapayo sa kalusugan bago ang pagbubuntis, pagsusuri, at paggamot para sa mga impeksyon na naipapasa sa pamamagitan ng pakikipagtalik (sexually transmitted infections, STI) • pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang kondisyong nauugnay sa HIV • permanenteng pampigil sa pagbubuntis (Dapat kayo ay nasa edad na 21 pataas para piliin ang paraang ito ng pagpaplano ng pamilya. Kailangan ninyong pirmahan ang pederal na form ng pahintulot para sa sterlization nang hindi bababa sa 30 araw, ngunit hindi hihigit sa 180 araw bago ang petsa ng operasyon.) • pagpapayo tungkol sa genes **Ang benepisyong ito ay ipinagpatuloy sa susunod na pahina**	

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya (ipinagpatuloy) Binabayaran din namin ang ilang iba pang serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Gayunpaman, kailangan ninyong gumamit ng provider na nasa aming network ng provider para sa mga sumusunod na serbisyo: • paggamot para sa mga medikal na kondisyon ng pagkabaog (Hindi kasama sa serbisyong ito ang mga artipisyal na paraan upang mabuntis.) • paggamot para sa AIDS at iba pang kondisyong nauugnay sa HIV • pagsusuri ng genetic	

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Fitness Membership Program Sinasakop ng CareAdvantage ang membership sa YMCA nang kang babayaran. Kasama sa membership ang access sa: • **Mga lokasyon ng YMCA** sa buong San Mateo/Santa Clara na mga County at San Francisco. Ang mga lokasyon ay maaaring may kasamang kagamitan sa pag-eehersisyo, mga basketball court, indoor o outdoor fitness studio, at indoor o outdoor na mga swimming pool. • **Mahigit 600 klase ng panggrupong ehersisyo** na pinangungunahan ng mga sertipikadong instructor ng yoga, Pilates, Zumba, pagbibiskleta, aqua fitness, at marami pa. Maaaring may available na mga online na klase ang ilang lokasyon. • **Wellness coaching** para tulungan kang makamit ang iyong mga layunin sa kalusugan. Maaaring may available na mga opsyon para sa online coaching ang ilang lokasyon. **Maari mong makuha ang iyong Membership sa YMCA sa dalawang paraan:** • Bumisita sa lokasyon ng YMCA na malapit sa iyo at ipakita ang iyong ID card ng miyembro ng HPSM CareAdvantage. • Mag-sign up online sa pamamagitan ng pagbisita sa www.hpsm.org/fitness. Pumili ng lokasyon ng YMCA na malapit sa inyo mula sa listahan, i-click ang "enroll today (mag-enroll ngayon)" at kumpletuhin ang application form. **Mga Pagsakay para sa Fitness Membership Program** Ang mga miyembro ng CareAdvantage na naka-enroll sa Fitness Membership Program ay makakakuha ng 12 one-way na pagsakay bawat buwan papunta sa mga YMCA gym. Ang bawat pagsakay ay para lang sa pagitan ng bahay at ang piling lokasyon ng YMCA. Dapat sundin ng mga user ang lahat ng panuntunan sa Benepisyo sa Pagsakay ng Health Plan of San Mateo (HPSM). Tingnan ang Transportasyon: Hindi Pang-medikal na Transportasyon na Seksyon para sa mga panuntunan ng benepisyo.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga programa para magturo tungkol sa kalusugan at pagiging nasa mabuting kalusugan Nagbibigay kami ng maraming programa na nakatuon sa ilang mga kondisyon sa kalusugan. Kabilang sa mga ito ang: • mga klase para sa edukasyong pangkalusugan; • mga klase para sa edukasyon sa nutrisyon; • pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako; **at** • hotline para sa nurse	$0
	Mga serbisyo sa pandinig Binabayaran namin ang mga pagsusuri ng pandinig at balanse na isasagawa ng inyong provider. Sasabihin sa inyo ng mga pagsusuring ito kung kailangan ninyo ng medikal na paggamot. Sakop ang mga ito bilang outpatient na pangangalaga kung nakukuha ninyo ang mga ito mula sa doktor, audiologist, o iba pang kwalipikadong provider. Binabayaran din namin ang mga hearing aid kapag inireseta ng doktor o iba pang kwalipikadong provider, kabilang ang: • mga mold, supply, at insert • mga pag-aayos • inisyal na set ng mga baterya • anim na pagbisita para sa pagsasanay, pag-adjust, at pagsusukat sa parehong vendor matapos ninyong makuha ang hearing aid • pag-arkila ng mga hearing aid na susubukan muna • mga device na pantulong sa pakikinig, surface-worn bone conduction na mga hearing device • audiology na nauugnay sa hearing aid at mga serbisyo pagkatapos ng evaluation	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	HIV screening Binabayaran namin ang eksaminasyon para sa HIV screening kada 12 buwan para sa mga taong: • humiling ng para sa HIV screening test, **o** • mataas ang panganib magkaroon ng impeksyon ng HIV. Kung buntis kayo, binabayaran namin ang hanggang sa HIV screening test sa panahon ng pagbubuntis. Binabayaran din namin ang (mga) karagdagang HIV screening kapag inirekomenda ng inyong provider.	$0
	Pangangalaga ng ahensiya para sa kalusugan sa tahanan Bago kayo makakuha ng mga serbisyo para sa kalusugan sa tahanan, dapat sabihin sa inyo ng doktor na kailangan ninyo ang mga ito, at dapat ibinibigay ang mga ito ng ahensiya para sa kalusugan sa tahanan. Dapat na nasa bahay kayo, ibig sabihin ay mahirap ang umalis ng bahay. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring iba pang serbisyo na hindi nakalista rito: • part-time o intermittent skilled nursing at mga serbisyo na tinutulungan ang mga pasyente sa araw-araw na gawain (na masasakop sa ilalim ng benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, ang inyong pinagsamang skilled nursing at mga serbisyo na tinutulungan ang mga pasyente sa araw-araw na gawain ay may kabuuang ng mas kaunti sa walong oras kada araw at 35 oras kada linggo.) • physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • mga medikal at panlipunan na serbisyo • kagamitang pangmedikal at mga supply	$0

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Home infusion therapy Binabayaran ng aming plano ang home infusion therapy, na tinukoy bilang mga gamot o biological na substance na ibinibigay sa ugat o sa ilalim ng balat at ibinibigay sa inyo sa bahay. Kinakailangan ang mga sumusunod para magsagawa ng home infusion: • ang gamot o biological na substance, tulad ng antiviral o immune globulin; • kagamitan, tulad ng pump; **at** • mga supply, tulad ng tubing o catheter. Sakop ng aming plano ang mga serbisyo sa home infusion na kasama ang ngunit hindi limitado sa: • mga serbisyo ng propesyonal, kasama ang mga serbisyo sa pangangalaga, na ibinibigay alinsunod sa inyong plano sa pangangalaga; • pagsasanay at edukasyon sa miyembro na hindi pa kabilang sa benepisyo sa DME; • remote na pagsubaybay; **at** • mga serbisyo ng pagsubaybay para sa probisyon ng home infusion therapy at mga gamot para sa home infusion na ibinibigay ng kwalipikadong supplier ng home infusion therapy.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pangangalaga ng hospice May karapatan kayong pumili ng hospice kung matukoy ng inyong provider at ng medikal na direktor ng hospice na kayo ay mayroong sakit na wala ng lunas. Ito ay nangangahulugang kayo ay mayroong sakit na wala nang lunas at inaasahang may natitirang anim na buwan o mas mababang panahon upang mabuhay. Maaari kayong makatanggap ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospice na sertipikado ng Medicare. Dapat kayong tulungan ng plano na makahanap ng mga programa ng hospice na sertipikado ng Medicare sa pinaglilingkurang lugar ng plano, kabilang ang mga programang aming pagmamay-ari, kinokontrol, o may pinansyal interes. Ang inyong doktor sa hospice ay maaaring provider ng network o provider na wala sa network Kabilang sa mga sakop na serbisyo: • mga gamot para gamutin ang mga sintomas at pananakit • panandaliang respite care • pangangalaga sa tahanan **Kapag na-admit kayo sa isang hospice, may karapatan kayong manatili sa aming plano.** **Para sa mga serbisyo sa hospice at mga serbisyong sakop ng Medicare Part A o Medicare Part B na nauugnay sa inyong sakit na wala ng lunas ay sisingilin sa Medicare:** • Babayaran ng Original Medicare (kaysa ng aming plano) ang inyong provider sa hospice para sa inyong mga serbisyo sa hospice at anumang mga serbisyo ng Part A o B na may kaugnayan sa inyong sakit na wala ng lunas. Habang nasa programa ka ng hospice, sisingilin ng inyong provider sa hospice ang Original Medicare para sa mga serbisyong binabayaran ng Original Medicare. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Pangangalaga ng hospice (ipinagpatuloy) **Para sa mga serbisyong sakop ng aming plano pero hindi sakop ng Medicare Part A o Medicare Part B:** • Sakop ng aming plano ang mga serbisyong hindi sakop sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B. Sakop namin ang mga serbisyo nauugnay man ang mga ito o hindi sa inyong sakit na wala ng lunas. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito. **Para sa mga gamot na posibleng sakop ng benepisyo sa Medicare Part D ng aming plano:** • Ang mga gamot ay hindi kailanman sinasakop ng hospice at ng aming plano nang magkasabay. Para sa mga karagdagang impormasyon, tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro na ito*. **Tandaan:** Kung mayroon kayong malubhang karamdaman, maaaring kwalipikado kayo para sa pangangalaga para maibsan ang pananakit, na nagbibigay ng team-based na pangangalagang nakasentro sa pasyente at pamilya para mapaganda ang kalidad ng inyong buhay. Puwede kayong makatanggap ng pangangalaga para maibsan ang pananakit kasabay ng paggamot/regular na pangangalaga. Pakibasa ang seksyong Pangangalaga para Maibsan ang Pananakit sa ibaba para sa higit pang impormasyon. **Tandaan:** Kung kailangan ninyo ng pangangalaga na hindi sa hospice, tawagan ang inyong tagapamahala ng pangangalaga at/o CareAdvantage Unit para ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na hindi sa hospice ay pangangalaga na **hindi** nauugnay sa inyong sakit na wala ng lunas. Sakop ng aming plano ang mga serbisyo sa pagpapayo sa hospice (isang beses lang) para sa miyembrong may sakit na wala ng lunas na hindi pinili ang benepisyo ng hospice.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga bakuna Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • mga bakuna para sa pneumonia • mga shot laban sa trangkaso/influenza, isang beses kada panahon ng trangkaso/influenza sa taglagas at taglamig, na may karagdagang shot laban sa trangkaso/influenza kung medikal na kinakailangan • mga bakuna sa hepatitis B kung hindi ka pa nakatanggap ng kumpletong series, hindi mo alam ang inyong nakaraang pagbabakuna, o mayroon kang anumang iba pang kondisyon na naglalagay sa inyo sa mataas o intermediate na panganib na magkaroon ng hepatitis B • Mga bakuna para sa COVID-19 • human papillomavirus (HPV) vaccine • iba pang mga bakuna kung may panganib sa inyo at natutugunan ng mga ito ang mga panuntunan sa coverage ng Medicare Part B Nagbabayad kami para sa iba pang bakuna na nakakatugon sa mga panuntunan sa coverage ng Medicare Part D. Tingnan ang **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para alamin pa.	$0

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Pangangalaga sa ospital para sa inpatient Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo at iba pang medikal na kinakailangang serbisyong hindi nakalista rito: • semi-private room (o pribadong silid kung medikal na kinakailangan) • mga pagkain, kabilang ang espesyal na pagkain • mga regular na serbisyo ng nars • mga halaga ng mga unit sa espesyal na pangangalaga, tulad ng intensive care o coronary care unit • mga gamot at medikasyon • mga pagsusuri sa laboratoryo • mga x-ray at ibang mga serbisyo ng radiology • mga kinakailangang medikal na supply at supply sa pag-opera • mga kagamitan, gaya ng mga wheelchair • mga serbisyo sa silid sa operasyon at sa silid sa pagpapagaling • physical, occupational, at speech therapy • mga inpatient na serbisyo sa pag-abuso sa droga o alak • sa ilang sitwasyon, ang mga sumusunod na uri ng transplant: cornea, kidney, kidney/lapay, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell, at sa intestinal/multivisceral. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0 Dapat kayong makakuha ng pag-apruba mula sa aming plano para makatanggap ng pangangalaga sa inpatient sa isang ospital na wala sa network pagkatapos maging maayos ang inyong emergency.

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pangangalaga sa ospital para sa inpatient (ipinagpatuloy) **Tandaan:** Para maging inpatient, kailangang magsulat ng order ng iyong provider para ma-admit kayo nang tama bilang inpatient ng ospital. Kahit na kayo ay mamamalagi sa ospital nang magdamag, maaaring iturin pa rin kayo na "outpatient." Kung hindi kayo sigurado kung kayo ay isang inpatient o outpatient, tanungin sa kawani ng ospital. Kumuha ng higit pang impormasyon mula sa fact sheet ng Medicare *Medicare Hospital Benefits* na makukuha sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay tumawag sa 1-877-486-2048.	
	Mga serbisyo para sa inpatient sa isang psychiatric na ospital* Nagbabayad kami para sa mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan ng isip na nangangailangan ng pamamalagi sa ospital. • Kung kailangan ninyo ng mga serbisyo sa inpatient sa isang freestanding psychiatric na ospital, nagbabayad kami para sa unang 190 araw. Pagkatapos nito, ang lokal na ahensiya ng county sa kalusugan ng isip ang nagbabayad para sa mga medikal na kinakailangang psychiatric na serbisyo para sa inpatient. Ang pahintulot para sa pangangalaga pagkalipas ng 190 araw ay inaayos sa lokal na ahensiya ng county sa kalusugan ng isip. ○ Ang 190 araw na limitasyon ay **hindi** naaangkop sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip ng inpatient na ibinibigay sa isang psychiatric unit ng general hospital • Kung kayo ay 65 taong gulang o mas matanda, nagbabayad kami para sa mga serbisyong matatanggap ninyo sa Institusyon para sa Mga Sakit sa Pag-iisip (Institute for Mental Diseases, IMD).	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pamamalagi ng inpatient: Mga sakop na serbisyo sa ospital o skilled nursing facility (SNF) sa hindi sakop na pamamalagi ng inpatient* Hindi kami nagbabayad para sa inyong pamamalagi ng inpatient kung nagamit na ninyo ang lahat ng benepisyo ng inpatient o kung hindi ito makatwiran at medikal na kinakailangan. Gayunpaman, sa ilang partikular na sitwasyon kung saan hindi sakop ang pangangalaga sa inpatient, maaaring magbayad kami para sa mga serbisyong matatanggap ninyo habang kayo ay nasa ospital o nursing facility. Para alamin pa, kontakin ang CareAdvantage Unit. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring iba pang serbisyo na hindi nakalista rito: • mga serbisyo ng doktor • mga diagnostic test, tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo • X-ray, radium, at isotope therapy kabilang ang mga materyales at serbisyo ng technician • mga paglilinis sa sugat mula sa operasyon • mga splint, cast, at ibang mga device na ginagamit para sa mga bali at dislocation • prosthetics at mga orthotic device, bukod sa ngipin, kabilang ang pagpapalit o pagsasaayos ng mga nasabing device. Mga device ito na pinapalitan ang lahat o bahagi ng: ○ organ sa loob ng katawan (kabilang ang contiguous tissue), **o** ○ function ng hindi na gumagana o sirang organ sa loob ng katawan. • mga brace para sa binti, braso, likod, at leeg, mga truss at artipisyal na mga binti, braso, at mata. Kabilang dito ang mga pag-adjust, pagpapaayos, at pagpapapalit na kinakailangan dahil sa pagkasira, paghina, pagkawala, o pagbabago sa inyong kondisyon • physical therapy, speech therapy, at occupational therapy	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo at supply para sa sakit sa kidney* Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Mga serbisyo ng edukasyon sa sakit sa kidney para magturo ng pangangalaga ng kidney at tulungan kayong gumawa ng magagandang desisyon tungkol sa inyong pangangalaga. Kayo ay dapat nasa yugto IV ng hindi gumagaling na sakit sa kidney, at dapat i-refer kayo ng inyong doktor. Sakop namin ang hanggang anim na sesyon ng mga serbisyo ng edukasyon sa sakit sa kidney. • Mga paggamot na dialysis para sa outpatientl, kabilang ang mga paggamot na dialysis kapag pansamantalang wala sa pinaglilingkurang lugar, gaya ng ipinapaliwanag sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito, o kapag pansamantalang hindi available o hindi ma-access ang inyong provider. • Mga paggamot na dialysis para sa inpatient kung na-admit kayo sa ospital bilang inpatient para sa espesyal na pangangalaga • Pagsasanay sa pagda-dialysis sa sarili, kabilang ang pagsasanay para sa inyo at sinumang tumutulong sa inyo para sa inyong mga dialysis treatment sa inyong tahanan • Mga kagamitan at mga supply para sa dialysis sa tahanan • Mga partikular na serbisyo sa suporta sa tahanan, gaya ng kinakailangan na pagbisita ng mga manggagawang sinanay sa dialysis para tingnan ang inyong dialysis sa inyong tahanan, para tumulong sa mga emergency, at tingnan ang inyong kagamitan sa dialysis at supply ng tubig. Ang inyong Medicare Part B ang nagbabayad ng ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, tingnan ang “Mga gamot sa Medicare Part B” sa chart na ito.	$0

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Screening para sa kanser sa baga sa low dose computed tomography (LDCT) Nagbabayad ang aming plano para sa screening para sa kanser sa baga kada 12 buwan kung kayo ay: • nasa edad na 50-77, **at** • pagpapatingin sa inyong doktor o iba pang kwalipikadong provider, para sa pagpapayo at ibinabahaging paggawa ng desisyon, **at** • nanigarilyo ng hindi bababa sa isang pakete kada araw nang 20 taon nang walang palatandaan o sintomas ng kanser sa baga o naninigarilyo ngayon o tumigil sa loob ng lipas na 15 taon Pagkatapos ng unang screening, nagbabayad ang aming plano para sa isa pang screening kada taon kapag may nakasulat na order mula sa inyong doktor o iba pang kwalipikadong provider. Kung pinili ng provider na magbigay ng pagpapayo sa screening para sa kanser sa baga at ibinabahaging paggawa ng desisyon na pagpapatingin para sa mga screening para sa kanser sa baga, dapat matugunan ng pagpapatingin ang pamantayan ng Medicare para sa mga nasabing pagpapatingin.	$0
	Device para sa medikal na alert Sasakupin ng benepisyong ito ang isang personal emergency response system (PERS) device nang walang bayad upang matulungan kayong makakuha ng tulong sa panahon ng emergency. Nagbibigay ito ng kapanatagan ng isip at 24/7 na pagtugon at pagsubaybay sa emergency. Maaari ninyong kontakin ang LifeStation sa 1-866-809-6095 para mag-order ng iyong device. Maaari rin ninyong kontakin ang customer service ng LifeStation sa 1-800-998-2400 para sa anumang tulong sa device.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Therapy sa medikal na nutrisyon Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diabetes o sakit sa bato nang walang dialysis. Ito ay para sa pagkatapos ng kidney transplant rin kapag iniutos ng inyong doktor. Nagbabayad kami para sa tatlong oras ng serbisyo sa personal na pagpapayo sa unang taon na makatanggap kayo ng mga medikal na serbisyo para sa therapy ng nutrisyon sa ilalim ng Medicare. Maaaring maaprubahan namin ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Babayaran namin ang dalawang oras ng personal na serbisyo ng pagpapayo kada taon pagkatapos. Kung magbago ang inyong kondisyon, paggamot, o diagnosis, maaari kayong makatanggap ng marami pang oras ng paggamot kapag may order ng doktor. Kailangang ireseta ng isang doktor ang mga serbisyong ito at i-renew ang order kada taon kung kailangan ninyo ng paggamot sa susunod na taon sa kalendaryo. Maaaring maaprubahan namin ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan.	$0
	Programa ng Medicare sa Pag-iwas sa Diabetis (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Nagbabayad ang aming plano para sa mga serbisyo ng MDPP para sa mga kwalipikadong tao. Idinisenyo ang MDPPP para tulungan kayong dagdagan ang magandang pag-uugali. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa: • pangmatagalang pagbabago sa pagkain, **at** • mas matinding pisikal na aktibidad, **at** • mga paraan sa pananatili ng pagbawas ng timbang at malusog na paraan ng pamumuhay.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga gamot sa Medicare Part B Ang mga gamot na ito ay sakop sa ilalim ng Part B ng Medicare. Nagbabayad ang aming plano para sa mga sumusunod na gamot: • mga gamot na hindi ninyo karaniwang ibinibigay sa inyong sarili at itinuturok o infused habang tumatanggap kayo ng mga serbisyo ng doktor, serbisyo sa ospital sa outpatient, o mga serbisyo sa ambulatory surgery center • insulin na ibinibigay sa pamamagitan ng item ng matibay na kagamitang pangmedikal (gaya ng medikal na kinakailangan na insulin pump) • iba pang gamot na ginagamit ninyo gamit ang matibay na kagamitang pangmedikal (tulad ng mga nebulizer) na may pahintulot ng aming plano • ang Alzheimer's, Leqembi® (generic lecanemab) na itinuturok sa ugat (IV). Maaaring kailanganin ninyo ng mga karagdagang scan at pagsusuri bago at/o habang ginagamot. Makipag-usap sa inyong doktor tungkol sa kung anong mga scan at pagsusuri ang maaaring kailanganin mo bilang bahagi ng inyong paggamot. • mga clotting factor na itinuturok sa sarili kung mayroon kayong hemophilia • mga transplant/immunosuppressive na gamot: Sakop ng Medicare ang transplant drug therapy kung Medicare ang nagbayad para sa inyong organ transplant. Mayroon dapat kayong Part A sa panahon ng sakop na transplant, at may Part B dapat kayo sa panahon na makakuha kayo ng mga immunosuppressive na gamot. Sakop ng Medicare Part D ang mga immunosuppressive na gamot kung hindi ito sakop ng Part B **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga gamot sa Medicare Part B (ipinagpatuloy) • mga itinuturok na gamot para sa osteoporosis. Babayaran namin itong mga gamot kung hindi kayo makaalis ng bahay, may bali sa buto na sertipikado ng isang doktor bilang nauugnay sa osteoporosis kasunod ng menopause, at hindi ninyo maiturok ang gamot nang mag-isa • ilang antigen: Sakop ng Medicare ang mga antigen kung inihanda ito ng isang doktor at ibinigay ito ng isang taong binigyan ng instruksyon (maaaring kayo, ang pasyente) sa ilalim ng naaangkop na pamamahala • ilang partikular na gamot na iniinom laban sa kanser: Sakop ng Medicare ang ilang iniinom na gamot laban sa kanser kung available ang parehong gamot bilang injectable o ang gamot ay isang prodrug (isang oral form ng gamot na kapag ininom ay nabe-break down sa parehong aktibong sangkap na nakikita sa injectable na gamot). Kapag may available na mga bagong iniinom na gamot laban sa kanser, maaaring sakupin ng Part B ang mga ito. Kung hindi sasakupin ng Part B ang mga ito, Part D ang sasakop • mga gamot para sa pagduduwal: Sakop ng Medicare ang mga gamot para sa pagduduwal na ginagamit ninyo bilang bahagi ng chemotherapeutic regimen laban sa kanser kung ibinigay ang mga ito bago, sa, o sa loob ng 48 oras pagkatapos ng chemotherapy, o ginagamit bilang ganap na therapeutic na kapalit ng intravenous na gamot para sa pagduduwal • ilang partikular na gamot para sa End-Stage Renal Disease (ESRD) na sakop sa ilalim ng Medicare Part B • mga calcimimetic at phosphate binder na gamot sa ilalim ng system ng pagbabayad sa ESRD, kabilang ang intravenous na gamot na Parsabivk®, at ang iniinom na gamot na Sensipar • ilang partikular na gamot para sa dialysis sa bahay, kabilang ang heparin, ang antidote para sa heparin (kapag medikal na kinakailangan), at mga ipinapahid na anesthetic **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga gamot sa Medicare Part B (ipinagpatuloy) • mga erythropoiesis-stimulating agent: Sakop ng Medicare ang erythropoietin sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kayong ESRD o kung kailangan ninyo ang gamot na ito para gamutin ang anemia na nauugnay sa iba pang partikular na kondisyon (gaya ng Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, o Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) • IV immune globulin para sa paggagamot sa tahanan ng sakit sa pangunahing kakulangan sa panlaban ng katawan sa sakit • parenteral at enteral nutrition (IV at tube feeding) Sakop din namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming Medicare Part B at karamihan sa mga bakuna para sa nasa hustong gulang sa ilalim ng aming benepisyo sa gamot sa Medicare Part D. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 5** ng Handbook ng Miyembro na ito ang aming benepisyo sa gamot. Ipinapaliwanag nito sa inyo ang mga panuntunan na dapat ninyong sundin para sakupin ang mga gamot. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 6** ng Handbook ng Miyembro na ito kung magkano ang ibabayad ninyo para sa inyong mga gamot sa pamamagitan ng aming plano.	

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pangangalaga ng nursing facility* Ang nursing facility (NF) ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga sa mga taong hindi makakakuha ng pangangalaga sa bahay pero hindi kailangang manatili nasa ospital. Kasama ang, ngunit hindi limitado sa, ang mga serbisyong binabayaran namin, ang mga sumusunod: • semiprivate room (o pribadong silid kung medikal na kinakailangan) • mga pagkain, kabilang ang espesyal na pagkain • mga serbisyo ng pangangalaga ng nars • physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • respiratory therapy • mga gamot na ibinibigay sa inyo bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga. (Kabilang dito ang mga substance na likas na nasa katawan, tulad ng blood-clotting factors.) • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pamamahala • mga medikal at surgical na supply na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pangangalaga sa pasilidad ng nursing facility (ipinagpatuloy) • mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility • Mga x-ray at ibang mga serbisyo ng radiology na karaniwang ibinibigay sa mga nursing facility • paggamit ng mga kagamitan, gaya ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay sa mga nursing facility • mga serbisyo ng doktor/practitioner • matibay na kagamitang pangmedikal • mga serbisyo sa ngipin, kasama ang mga pustiso • mga benepisyo sa paningin • mga eksaminasyon sa pandinig • pangangalaga ng chiropractic • serbisyo sa pangangalaga ng paa Kadalasan ninyong natatanggap ang inyong pangangalaga mula sa mga pasilidad ng network. Gayunpaman, maaari kayong makakuha ng inyong pangangalaga mula sa pasilidad na hindi wala sa aming network. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga sa pagbabayad ng aming plano: • pasilidad ng pangangalaga o komunidad sa patuloy na pangangalaga sa pagretiro kung saan kayo nakatira bago kayo pumunta sa ospital (hangga't nagbibigay ito ng pangangalaga ng nursing facility). • pasilidad ng pangangalaga kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa panahon na kayo ay umalis sa ospital.	

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Screening para sa labis na katabaan at therapy para bumaba ang timbang Kung may body mass index kayo na 30 o mas mataas, nagbabayad kami para sa pagpapayo para matulungan kayong magbawas ng timbang. Dapat ninyong kunin ang pagpapayo sa isang setting para sa pangunahing pangangalaga. Sa ganoong paraan, maaari itong mapamahalaan gamit ang inyong buong plano para sa makaiwas sa sakit. Makipag-usap sa inyong pangunahing provider ng pangangalaga para mas malaman pa.	$0
	Mga serbisyo sa programa sa paggamot ng (Opiod Treatment Program OTP) Nagbabayad ang aming plano para sa mga sumusunod na serbisyo para gamutin ang sakit sa pag-abuso sa opioid (Opiod Use Disorder OUD) sa pamamagitan ng OTP na kasama ang mga sumusunod na serbisyo: • mga aktibidad ng paggamit • mga pana-panahong pag-assess • mga gamot na naaprubahan ng Administrasyon para sa Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration, FDA) at, kung naaangkop, pangangasiwa at pagbibigay sa inyo ng mga gamot na ito • pagpapayo para sa pag-abuso sa droga o alak • indibidwal at group therapy • pagsusuri para sa mga gamot o kemikal sa inyong katawan (toxicology testing) • mga serbisyo sa pagpapagaling • mga serbisyo sa pamamagitan sa krisis	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga diagnostic na pagsusuri ng outpatient at therapeutic na serbisyo at supply Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo at iba pang medikal na kinakailangang serbisyong hindi nakalista rito: • Mga x-ray • radiation (radium at isotope) therapy, kabilang ang mga materyales at supply ng technician • mga supply sa pag-opera, tulad ng mga dressing • mga splint, cast, at ibang mga device na ginagamit para sa mga bali at dislocation • mga pagsusuri sa laboratoryo • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pamamahala • mga diagnostic na pagsusuri na hindi sa laboratoryo tulad ng mga CT scan, MRI, EKG, at PET scan kapag inorder ito ng inyong doktor o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan ang mga ito para gamutin ang medikal na kondisyon • iba pang mga diagnostic na pagsusuri sa outpatient	$0

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Obserbasyon sa ospital para sa outpatient Binabayaran namin ang mga serbisyo sa obserbasyon sa ospital para sa outpatient para matukoy kung kailangan ninyong ma-admit bilang inpatient o kung puwede na kayong i-discharge. Dapat matugunan ng mga serbisyo ang pamantayan ng Medicare at maituring na makatwiran at kinakailangan. Sakop lang ang mga serbisyo ng obserbasyon kapag ibinibigay ayon sa order ng doktor o ng ibang tao na awtorisado ng batas ng estado at mga panuntunan ng mga kawani ng ospital para mag-admit ng mga pasyente sa ospital o mag-order ng mga pagsusuri para sa outpatient. Tandaan: Maliban na lang kung sumulat ang provider ng order na i-admit kayo bilang inpatient sa ospital, isa kayong outpatient. Kahit na mamamalagi kayo sa ospital nang magdamag, maaari pa rin kayong ituring outpatient. Kung hindi kayo sigurado kung kayo ay isang outpatient, tanungin ang kawani ng ospital. Kumuha ng higit pang impormasyon mula sa fact sheet ng Medicare na *Medicare Hospital Benefits* na available sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyong ospital para outpatient* Nagbabayad kami para sa mga medikal na kinakailangang serbisyo na matatanggap ninyo sa departamento ng outpatient ng isang ospital para sa diagnosis o paggamot ng sakit o pinsala, tulad ng: • Mga serbisyo sa departamento ng emergency o klinika para sa outpatient, tulad ng mga serbisyo sa operasyon o obserbasyon ng outpatient • Mga pagsusuri sa laboratoryo at diagnostic na sinisingil ng ospital • Pangangalagang pangkalusugang ng isip, kasama na ang pangangalaga sa programa para sa partial-hospitalization, kung patunayan ng doktor na ang paggagamot sa inpatient ay kakailanganin kung wala ito • Ang mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology ay sinisingil ng ospital • Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast • Mga screeing para sa pag-iwas sa sakit at serbisyong nakalista sa buong Chart ng Mga Benepisyo • Ilang gamot at biological na hindi ninyo maibibigay sa iyong sarili Kailangan ng paunang pahintulot para sa ilang serbisyo ng ospital para sa outpatient	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pangangalagang pangkalusugan ng isip ng outpatient Nagbabayad kami para sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng: • psychiatrist o doktor na lisensiyado ng estado • klinikal na psychologist • lisensyadong klinika na social worker (Licensed Clinical Social Worker LCSW) • espesyalistang klinikal na nars (Clinical Nurse Specialist, CNS) • lisensiyadong propesyonal na tagapayo (Licensed Professional Counselor LPC) • lisensiyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (Licensed Marriage and Family Therapist LMFT) • nurse practitioner (NP) • physician assistant (PA) • iba pang mga kwalipikadong propesyonal ng Medicare sa pangangalagang pangkalusugan ng isip na pinapahintulutan sa ilalim ng naaangkop na mga batas ng estado Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring iba pang serbisyo na hindi nakalista rito: • mga serbisyo sa klinika • pang-araw na paggamot • mga serbisyo ng psychosocial rehab • partial hospitalization o mga intensive na programa para sa outpatient • Pag-evaluate at paggamot ng kalusugan ng isip sa indibidwal at grupo **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pangangalagang pangkalusugan ng isip ng outpatient (ipinagpatuloy) • psychological testing kapag klinikal na kinakailangan sa paggamot para i-evaluate ang kinalabasan ng kalusugan ng isip • mga serbisyo para sa outpatient para masubaybayan ang paggamit ng drug therapy • laboratoryo, mga gamot, supply, at supplement para sa outpatient • konsultasyon sa psychiatric Kailangan ng paunang pahintulot para sa ilang pangangalagang pangkalusugan ng isip ng outpatient.	
	Mga serbisyo ng rehabilitasyon para sa outpatient* Nagbabayad kami para sa physical therapy, occupational therapy, at speech therapy. Makakakuha kayo ng mga serbisyo para sa rehabilitasyon ng outpatient mula sa departamento ng ospital para sa outpatient, mga hiwalay na opisina ng therapist, komprehensibong rehabilitasyon para sa outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) at ibang mga pasilidad.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo sa outpatient para sa sakit sa pag-abuso ng droga o alak* Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring iba pang serbisyo na hindi nakalista rito: • screening at pagpapayo sa maling paggamit ng pag-inom ng alak • paggamot sa pag-abuso sa droga • grupo o indibidwal na pagpapayo ng kwalipikadong clinician • subacute detoxification sa residential addiction program • mga serbisyo para sa alak at/o gamot sa isang intensive na outpatient treatment center • paggamot gamit ang extended-release Naltrexone (vivitrol)	$0
	Operasyon ng outpatient* Nagbabayad kami para sa operasyon ng at serbisyo para sa outpatient sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at mga ambulatory surgical center. **Tandaan:** Kung may operasyon kayo sa isang pasilidad ng ospital, dapat kayong pumunta sa inyong provider kung kayo ba ay isang inpatient o outpatient. Maliban na lang kung susulat ang provider ng order na i-admit kayo bilang inpatient sa ospital, isa kayong outpatient. Kahit na mamamalagi kayo sa ospital nang magdamag, maaari pa rin kayong iturin outpatient.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga Item na Hindi Kailangan ng Reseta (Over-the-Counter, OTC) Makakakuha kayo ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) nang wala kayong babayaran sa pamamagitan ng CareAdvantage sa dalawang paraan: 1. **May reseta mula sa inyong doktor.** Kung susulat ang inyong doktor ng reseta para sa mga gamot na OTC, maaari ninyo itong kunin sa anumang parmasya sa network. Tingnan ang kumpletong listahan ng mga sakop na gamot na OTC sa aming website sa www.hpsm.org. 2. **Paggamit sa inyong benepisyo ng gamot na OTC ng CareAdvantage (hindi kailangan ng reseta).** Para sa mga produktong sakop ng benepisyo sa OTC ng CareAdvantage, makakatanggap kayo ng $50 na allowance o limitasyon sa paggastos kada tatlong buwan (kada quarter), para bumili ng mga OTC na item at supply sa mga retail na tindahan, sa pamamagitan ng catalog ng OTC na mail-order, o sa website ng aming vendor. Ang benepisyong ito ay magiging available sa unang araw ng bawat quarter; Enero 1, Abril 1, Hulyo 1, at Oktubre 1. Hindi ililipat sa susunod na quarter ang anumang natitirang balanse. Maaari ninyong gamitin ang benepisyong ito upang makakuha ng mga item tulad ng acetaminophen, mga gasa, gamot para sa ubo at sipon, at iba pang kwalipikadong produkto na kasama sa catalog ng mail-order, website ng vendor, at/o mga retail na tindahan (batay sa inaprubahang listahan ng Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Ang mga item ay dapat bahagi ng listahan ng mga gamot na OTC na produkto na pinapahintulutan ng Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Mga Item na Hindi Kailangan ng Reseta (Over-the-Counter, OTC) (ipinagpatuloy) Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na OTC na produkto, sakop namin sa pamamagitan ng benepisyo ng gamot o sa pamamagitan ng benepisyo ng CareAdvantage OTC, pakibisita ang aming website sa www.hpsm.org o tumawag sa CareAdvantage Unit. Kung may gamot na OTC na hindi namin sakop, maaaring sakupin ito sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Matatawagan rin ninyo ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 1-800-977-2273. Pakidala ang inyong Identification Card ng Benepisyaryo (Beneficiary Identification Card, BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga gamot sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.	

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pangangalaga para maibsan ang pananakit Sakop ng aming plano ang pangangalaga para maibsan ang pananakit. Ang pangangalaga para maibsan ang pananakit.ay para sa mga taong may malubhang karamdaman. Nagbibigay ito ng pangangalagang nakatuon sa pasyente at pamilya na pinapaganda ang kalidad ng buhay sa pamamagitan ng paghahanda, pag-iwas, at paggamot sa pagdurusa. **Hindi** hospice ang Pangangalaga para Maibsan ang Pananakit, kaya hindi ninyo kailangang magkaroon ng life expectancy na anim na buwan pababa para maging kwalipikado sa pangangalaga para maibsan ang pananakit. Ibinibigay ang pangangalaga para maibsan ang pananakit kasabay ng paggamot/regular na pangangalaga. Kabilang sa pangangalaga para maibsan ang pananakit ang mga sumusunod: • maagang pagpaplano ng pangangalaga • pag-assess at konsultasyon sa pangangalaga para maibsan ang pananakit • plano ng pangangalaga kabilang ang lahat ng may pahintulot na pangangalaga para maibsan ang pananakit at paggamot, kabilang ang mga serbisyo para sa kalusugan ng isip at mga medikal na panlipunang serbisyo • mga serbisyo mula sa inyong itinalagang team ng pangangalaga • pangangasiwa ng pangangalaga • pamamahala ng pananakit at sintomas Maaaring hindi kayo makakatanggap ng pangangalaga ng hospice at pangangalaga para maibsan ang pananakit nang sabay kung kayo ay lampas sa edad na 21. Kung tumatanggap kayo ng pangangalaga para maibsan ang pananakit at natutugunan ang pagiging kwalipikado para sa pangangalaga ng hospice, maaari ninyong hilingan na baguhin ang pangangalaga ng hospice anumang oras.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo ng partial hospitalization at mga intensive na serbisyo para sa outpatient Ang partial hospitalization ay isang may estrukturang programa ng aktibong psychiatric na paggamot. Ibinibigay ito bilang outpatient na serbisyo sa ospital o ng isang sentro ng komunidad para sa kalusugan ng isip, na mas matindi kaysa sa pangangalagang natatanggap ninyo sa tanggapan ng inyong doktor, therapist, lisensiyadong marriage at family therapist (LMFT), o lisensiyadong propesyonal na tagapayo. Ito ay makakatulong sa inyo na hindi mamalagi sa ospital. Ang intensive na serbisyo para sa outpatient ay nakabalangkas na programa ng aktibong therapy na paggamot para sa kalusugan sa pag-uugali (pag-iisip) na ibinibigay bilang serbisyo ng ospital para sa outpatient, ang community center para sa kalusugan ng isip, center ng kalusuguan ng pederal na kwalipikado ng pederal, o rural health clinic, na mas matindi kaysa sa pangangalagang nakukuha ninyo sa opisina ng inyong doktor, therapist, lisensiyadong marriage at family therapist (LMFT), o lisensyadong propesyonal na tagapayo pero hindi ganoong katindi kaysa sa partial hospitalization.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagpapatingin sa doktor* Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • mga serbisyo na medikal na kinakailangang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o operasyon na isinasagawa sa mga lugar na tulad ng: • klinika ng doktor • sertipikadong ambulatory surgical center • departamento ng outpatient ng ospital • anumang ibang lokasyon • konsultasyon, diagnosis, at paggamot ng isang espesyalista • mga basic na eskaminasyon ng pandinig at balanse na ibinibigay ng inyong provider ng pangunahing pangangalaga, kung in-order ang mga ito ng inyong doktor para alamin kung kailangan ninyo ng paggamot • mga serbisyo ng telehealth para sa mga buwanang pagpapatingin na kagunay sa end-stage renal disease (ESRD) para sa mga miyembro ng nhome dialysis sa ospital o krtikal na access sa renal dialysis center sa ospital, pasilidad ng renal dialysis, o sa bahay • mga serbisyo ng telehealth para i-diagnose, i-evaluate, o gamutin ang mga sintomas ng stroke • mga serbisyo ng telehealth para sa mga miyembrong may sakit sa pag-abuso sa droga o alak o may kasabay na sakit sa kalusugan ng isip anuman ang inyong lokasyon • mga serbisyo ng telehealth para sa diagnosis, pag-evaluate, at paggamot ng mga sakit sa kalusugan ng isip **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagpapatingin sa doktor (ipinagpatuloy) • mga serbisyo ng telehealth para sa mga pagpapatingin para sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng mga rural health clinic at mga health center na pederal na kwalipikado. • mga virtual na pag-check in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) kasama ang inyong doktor nang lima-sampung minuto **kung** ○ hindi kayo bagong pasyente **at** ○ ang pag-check in ay hindi kaugnay sa pagpapatingin sa loob ng nakalipas na pitong araw **at** ○ ang pag-check in ay hindi humahantong sa pagpapatingin sa loob ng 24 na oras o sa pinakamaagang available na appointment • Pag-evaluate ng video at/o mga larawang ipapadala ninyo sa inyong doktor at ang interpretasyon at follow-up ng inyong doktor sa loob ng 24 oras **kung:** ○ hindi kayo bagong pasyente **at** ○ ang pag-evaluate ay hindi nauugnay sa pagbisita sa opisina sa loob ng nakaraang pitong araw **at** ○ ang pag-evaluate ay hindi humahantong sa pagpapatingin sa loob ng 24 na oras o sa pinakamaagang available na appointment • Konsultasyon na mayroon ang inyong doktor sa ibang doktor sa pamamagitan ng telepono, Internet, o electronic na rekord sa kalusugan kung hindi kayo bagong pasyente • Pangalawang opinyon bago ang operasyon Kailangan ng paunang pahintulot para sa mga serbisyo sa ambulatory surgical center at mga serbisyo ng departamento ng ospital para sa outpatient.	

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo sa pangangalaga ng paa Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • diagnosis at medikal na paggamot o operasyon ng mga pinsala at sakit ng paa (tulad ng hammer toe o heel spurs) • karaniwang pangangalaga sa paa para sa mga miyembrong may mga kondisyon na naaapektuhan ang mga binti, tulad ng diabetes	$0
🍎	**Pre-exposure prophylaxis (PrEP) para sa pag-iwas sa HIV** Kung wala kayong HIV, pero natukoy ng inyong doktor o iba pang practitioner ng pangangalagang pangkalusugan na kayo ay nasa mataas na panganib para sa HIV, sasakupin namin ang gamot para sa pre-exposure prophylaxis (PrEP) at mga nauugnay na serbisyo. Kung kwalipikado kayo, kasama sa mga sakop na serbisyo ang: • Aprubado ng FDA na oral o injectable na gamot na PrEP kabilang ang bayad para sa pag-iniksyon ng gamot, kung naaangkop. • Hanggang sa walong indibidwal na sesyon ng pagpapayo (kabilang ang pag-assess sa panganib ng HIV, pagbawas sa panganib ng HIV, at tamang pag-inom ng gamot) kada 12 buwan. • Hanggang sa walong HIV screening kada 12 buwan. • Isang-beses na screening ng hepatitis B virus.	

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga eksaminasyon para sa screening ng kanser sa prostate Para sa mga lalaking nasa edad na 50 at pataas, nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo nang isang beses kada 12 buwan: • digital rectal na eksaminasyon • prostate specific antigen (PSA) na pagsusuri	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga prosthetic at orthotic device at mga nauugnay na supply* Ang mga prosthetic device ay pinapalitan ang lahat o bahagi ng parte ng katawan o paggana. Kasama rito ngunit hindi limitado sa: • pag-test, pagsusukat, o pagsasanay ng paggamit sa mga prosthetic at orthotic device • mga colostomy bag at mga supply na may kaugnayan sa pangangalaga sa colostomy • enteral at parenteral na nutrisyon, kabilang ang mga feeding supply kit, infusion pump, tubing at adaptor, mga solution, at supply para sa mga iniksyong itinuturok sa sarili • mga pacemaker • mga brace • mga prosthetic na sapatos • mga artipisyal na braso at binti • mga prostheses sa suso (kabilang ang surgical brassiere matapos ang mastectomy) • mga prostheses na palitan ang lahat ng bahagi ng panlabas na parte ng mukha na inalis o may kapansanan dahil sa sakit, pinsala, o congenital defect • mga cream at diaper para sa hindi mapigilan ang pag-ihi o pagdumi Nagbabayad kami para sa ilang supply na nauugnay sa mga prosthetic at orthotic na device. Nagbabayad din kami para sa pagpapaayos o pagpapalit ng mga prosthetic at orthotic na device. Nagbibigay kami ng ilang coverage matapos ang pagtanggal ng katarata o operasyon sa katarata. Tingnan ang “Pangangalaga ng paningin” sa huling bahagi ng chart na ito para sa mga detalye. Hindi kami magbabayad para sa mga prosthetic dental na device. Dapat kayong makipag-usap sa inyong provider at kumuha ng referral para sa mga prosthetic na device at mga nauugnay na supply.	$0

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng baga* Nagbabayad kami para sa mga programa sa rehabilitasyon ng baga para sa mga miyembrong may katamtaman hanggang malubhang talamak na nakakasagabal na sakit sa baga (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD). Kailangan mayroon kayong order para sa rehabilitasyon ng baga mula sa doktor o provider na ginagamot ang COPD. Nagbabayad kami para sa mga serbisyo para sa paghinga para sa mga pasyenteng umaasa sa ventilator.	$0
🍎	**Screening para sa Hepatitis C Virus na impeksyon** Sinasakop namin ang screening para sa Hepatitis C kung i-order ng inyong doktor ng pangunahing pangangalaga o iba pang kwalipikadong provider ng pangangalagang pangkalusugan at natutugunan ninyo ang isa sa mga kondisyong ito: • Nasa mataas kayong panganib dahil gumagamit kayo o dati kayong gumamit ng mga ipinagbabawal na itinuturok na gamot. • Sinalinan kayo ng dugo bago ang 1992. • Ipinanganak kayo sa pagitan ng 1945-1965. Kung ipinanganak kayo sa pagitan ng 1945-1965 at hindi itinuturing na nasa mataas na panganib, babayaran namin nang isang beses ang screening. Kung kayo ay nasa mataas na panganib (halimbawa, patuloy kayong gumamit ng ipinagbabawal na itinuturok na gamot simula ng inyong nakaraang negatibong resulta sa Hepatitis C screening test), sasakupin namin ang mga taunang screening.	

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Screening at pagpapayo para sa mga impeksiyon na naihahawa sa pamamagitan ng pakikipagtalik (sexually transmitted infections, mga STI) Binabayaran namin ang mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Ang mga screening na ito ay sakop para sa mga babaeng buntis at para sa ilang taong nasa mas mataas na panganib na magkaroon ng impeksiyon na naihahawa sa pamamagitan ng pakikipagtalik (STI). Kailangang iutos ng pangunahing provider ng pangangalaga ang mga test. Sinasakop namin ang mga test na ito nang isang beses kada 12 buwan o sa ilang beses habang buntis. Binabayaran namin ang hanggang dalawang face-to-face, mas madalas na mga sesyon sa pagpapayo sa pag-uugali kada taon para sa mga nasa hustong gulang na aktibong nakikipagtalik na nasa mas mataas na panganib para sa mga impeksiyon na naihahawa sa pamamagitan ng pakikipagtalik (sexually transmitted infections, mga STI). Ang bawat sesyon ay maaaring tumagal ng 20 hanggang 30 minuto. Binabayaran namin ang mga sesyon sa pagpapayo na ito bilang serbisyo na pang-iwas sa sakit lang kung ibinigay ito ng pangunahing provider ng pangangalaga. Ang mga sesyon ay dapat nasa setting para sa pangunahing pangangalaga, tulad ng opisina ng doktor.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pangangalaga sa skilled nursing facility (SNF)* Para sa kahulugan ng pangangalaga sa skilled nursing facility, pumunta sa **Kabanata 12.** Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring iba pang serbisyo na hindi nakalista rito: • semi-private na silid, o pribadong silid kung medikal na kinakailangan • mga pagkain, kabilang ang espesyal na pagkain • mga serbisyo ng nars • physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • mga gamot na nakukuha ninyo bilang bahagi ng plano ng pangangalaga, kabilang ang mga substance na likas na nasa katawan, tulad ng mga factor para sa pamumuo ng dugo • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pamamahala • mga medikal at pang-surgery na supply na ibinibigay ng mga skilled nursing facility (SNFs) • mga pagsusuri sa laboratoryo na ibinibigay ng mga skilled nursing facility (SNFs) • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na ibinibigay ng mga nursing facility • mga appliance, gaya ng mga wheelchair, na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility • mga serbisyo ng doktor/provider Kadalasan ninyong nakukuha ang pangangalaga ng SNF mula sa mga pasilidad ng network. Sa ilalim ng ilang partikular na kondisyon maaari ninyong makuha ang inyong pangangalaga mula sa pasilidad na wala sa aming network. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga sa pagbabayad ng aming plano: • nursing facility o komunidad sa patuloy na pangangalaga sa mga nagretiro kung saan kayo nakatira dati bago kayo pumunta sa ospital (basta’t nagbibigay ito ng pangangalaga ng pasilidad ng pangangalaga) • pasilidad ng pangangalaga kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa panahon na kayo ay umalis sa ospital	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako Ang pagpapayo para tumigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako ay sakop sa outpatient at naka-hospital na basehan para sa mga taong nakakatugon sa mga pamantayang ito: • gumagamit ng tabako, nagpapakita man sila ng mga palatandaan o sintomas ng sakit na nauugnay sa tabako • may kakayahan at alerto sa panahon ng pagpapayo • kwalipikadong doktor o iba pang practitioner provider sa pagpapayo na kinikilala ng Medicare Sakop namin ang dalawang pagsubok na tumigil bawat taon (ang bawat pagsubok ay maaaring may kasamang hanggang apat na intermediate o intensive na sesyon, na mayroong hanggang walong sesyon bawat taon).	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Binabantayang therapy sa pamamagitan ng ehersisyo (Supervised exercise therapy, SET) Binabayaran namin ang binabantayang therapy sa pamamagitan ng ehersisyo (SET) para sa mga miyembrong may symptomatic peripheral artery disease (PAD) na mayroong referral para sa PAD mula sa doktor na responsable para sa paggamot ng PAD. Binabayaran ng aming plano ng: • hanggang 36 na sesyon sa loob ng 12-linggong panahon kung natutugunan ang lahat ng kinakailangan sa binabantayang therapy sa pamamagitan ng ehersisyo (Supervised exercise therapy, SET) • karagdagang 36 na sesyon sa paglipas ng panahon kung ituturing na medikal na kinakailangan ng isang provider ng pangangalagang pangkalusugan Ang programa ng binabantayang therapy sa pamamagitan ng ehersisyo (Supervised exercise therapy, SET) ay dapat: • 30 hanggang 60 minutong sesyon ng isang programa ng therapeutic na ehersisyo at pagsasanay para sa PAD sa mga miyembrong namumulikat ang binti dahil sa hindi magandang daloy ng dugo (claudication) • sa outpatient na setting ng ospital o sa opisina ng doktor • ibibigay ng kwalipikadong tauhan na tinitiyak na nahihigitan ng benepisyo ang panganib at sinanay sa exercise therapy para sa PAD • nasa direktang pangangasiwa ng isang doktor, physician assistant (PA), o nurse practitioner/clinical nurse specialist (CNS) na sinanay sa parehong basic at advanced na mga life support technique	$0

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Transportasyon: Hindi Pang-emergency na pangmedikal na transportasyon Ang benepisyong ito ay pinapayagan ang medikal na transportasyon para sa serbisyong sakop ng aming plano at Medi-Cal. Maaaring kabilang dito ang: ambulansiya, litter van, mga serbisyo para sa pangmedikal na transportasyon gamit ang wheelchair van. Ang mga uri ng transportasyon ay awtorisado kapag: • Matutukoy ang iyong medikal na provider na ang iyong medikal at/o pisikal na kondisyon ay hindi ka pinapayagang magbiyahe sa pamamagitan ng bus, pampasaherong sasakyan, taxicab, o iba pang uri ng pampubliko o pribadong transportasyon, **at** kinakailangan ang paunang pahintulot at kakailanganin ninyong tawagan ang inyong plano para mag-asikaso ng masasakyan. Kasama sa mga serbisyo ng Hindi Pang-emergency na Pangmedikal na Transportasyon (Non-Emergency Medical Transport, NEMT) ang ambulansiya, litter/gurney van at wheelchair van na pangmedikal na transportasyon para sa hindi pang-emergency na pangangalaga. Nangangailangan ang Health Plan of San Mateo (HPSM) ng paunang pahintulot ng mga serbisyo ng hindi NEMT. • Kailangang kumpletuhin ng provider na nagbibigay ng pangangalaga para sa miyembro ang form ng paunang pahintulot at pahayag ng pagpapatunay ng doktor (Physician Certification Statement, PCS) at isumite sa Health Plan of San Mateo (HPSM). • Maaaring magsumite ng kahilingan ang gumagamot na doktor para sa mga serbisyo ng hindi NEMT para sa hanggang **12 buwan** kung kailangan ng umuulit na transportasyon para suportahan ang plano sa paggamot ng miyembro. • Dapat hilingin ang transportasyon sa loob ng hindi bababa sa lima hanggang pitong araw ng negosyo bago ang nakaiskedyul ninyong appointment. Para makakuha ng higit pang impormasyon, tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606. Pinapayagan ang retro-active na pagpapahintulot para sa mga serbisyo ng hindi NEMT. Maaaring tanggihan ang mga kahilingan para sa retro-active na pagpapahintulot hal., kapag kulang sa medikal na pangangailangan.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Transportasyon: Hindi pangmedikal na transportasyon (Benepisyo ng Health Plan of San Mateo (HPSM) para sa Pagsakay) Nagbibigay ang benepisyong ito ng transportasyon papunta sa mga medikal na serbisyo sa pamamagitan ng pampasaherong sasakyan, taxi, o iba pang uri ng pampubliko/pribadong transportasyon. Kinakailangan ang transportasyon para makakuha ng kinakailangang medikal na pangangalaga na sakop ng Medi-Cal, kabilang ang pagbiyahe papunta sa mga appointment sa dentista at para kumuha ng mga inireresetang gamot. Sakop ang transportasyon para sa mga serbisyong parehong sakop ng Medi-Cal at Medicare. Ang hindi medikal na transportasyon (non-medical transportation, NEMT) ay nagbibigay ng masasakyan makapunta ang mga miyembro sa outpatient na mga serbisyo na may kaugnayan sa pangangalagang pangkalusugan tulad ng mga appointment sa doktor, mga appointment sa dentista, mga serbisyo para sa pag-uugali, physical therapy, mga klinikal na laboratoryo, mga parmasya (para kumuha ng mga gamot na inutos ng inyong provider at binayaran ng Health Plan of San Mateo (HPSM), atbp. Hindi sakop ang mga masasakyan papunta sa mga serbisyong hindi nauugnay sa pangangalagang pangkalusugan tulad ng mga grocery store, gym, paaralan, atbp. Para makakuha ng higit pang impormasyon, tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606. Para humiling ng masasakyan: • Tawagan ang nakakontratang provider ng Health Plan of San Mateo (HPSM), na American Logistics (AL) sa 1-877-356-1080, nang hindi bababa sa dalawang (2) araw ng negosyo bago ang inyong appointment. • O tumawag sa lalong madaling panahon na magagawa ninyo kung mayroon kayong apurahang appointment (kabilang ang pagkatapos ng oras ng opisina). • Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Transportasyon: Hindi pangmedikal na transportasyon (Benepisyo ng Health Plan of San Mateo (HPSM) para sa Pagsakay) (ipinagpatuloy) • Ang mga oras ng call center ng American Logistics (AL) ay Lunes hanggang Biyernes 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. • Ang mga kahilingan sa pagsakay sa taxi ay dapat gawin nang hindi bababa sa dalawang (2) araw ng negosyo bago ang hiniling na naka-iskedyul na oras ng pagsundo. • Dapat kanselahin ang mga pagsakay nang hindi bababa sa 2 oras bago ang oras ng pagsundo. • Kailangang dumaan sa American Logistics (AL) ang lahat ng kahilingan sa pagsakay. Pahihintulutan lang ang mga pagsakay pamamagitan ng mga kumpanya/mga driver na nakakontra sa American Logistics (AL). Hindi sasakupin ang iba pang mga uri ng hindi medikal na transportasyon (non-medical transportation, NEMT). • Dapat bigyan muna ng pahintulot ng CareAdvantage Unit ang mga sumusunod na pagsakay bago ang pag-iiskedyul: ○ Ang mga pagsakay na nagsisimula at/o nagtatapos sa labas ng San Mateo, San Francisco at/o Santa Clara na mga County. ○ Mga pagsakay na mahigit sa 50 milya ang layo na one-way anuman ang destinasyong County. ○ Kung parehong wala sa San Mateo County ang mga address para sa pagsundo at paghahatid. ○ Hindi maibabalik ang ibinayad ng mga miyembro para sa mga pagsakay na hindi binigyan ng pahintulot (hindi inaprubahan ng AL). ○ Sasakupin ng CareAdvantage ang hanggang 12 one-way na pagsakay o 6 na roundtrip na pagsakay papunta sa inyong lokal na YMCA, kada taon. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Transportasyon: Hindi pangmedikal na transportasyon (Benepisyo ng Health Plan of San Mateo (HPSM) para sa Pagsakay) (ipinagpatuloy) **Paggamit ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon (non-emergency medical transportation, NEMT)** 1. Kapag kayo ay tumawag sa American Logistics (AL) para kumuha ng masasakyan, tatanungin sa inyo ng AL: a. Ang aming numero ng HPSM ID, ang petsa at oras na kailangan ang pagsakay, ang mga address para sa pagsunod at destinasyon, ang numero ng inyong cellphone, at kung kailangan ninyo ng round-trip na pagsakay. • Iiskedyul ang inyong oras ng pagsundo nang hindi bababa sa animnapung (60) minuto o bago ang oras ng inyong appointment para makarating kayo nang nasa labinlimang (15) minuto ng inyong nakaiskedyul na oras appointment. b. Kung may kaugnayan sa kalusugan ang layunin ng pagsakay • Tatanggihan ang mga pagsakay na walang kaugnayan sa kalusugan na layunin. c. Kung mayroon kayong ibang paraan ng transportasyon sa inyong appointment. d. Kung ang inyong appointment ay sa opisina ng doktor o dentista, parmasya, rehabilitation therapy center, diagnostic testing center, atbp. e. Kung kailangan ninyo ng masasakyan pauwi (tinatawag ito na will call ride). Imamapa ng American Logistics (AL) ang address ng destinasyon para maberipika na ang lokasyon ay lokasyon na nauugnay sa medikal/kalusugan. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Transportasyon: Hindi pangmedikal na transportasyon (Benepisyo ng Health Plan of San Mateo (HPSM) para sa Pagsakay) (ipinagpatuloy) f. Anong uri ng transportasyon ang gusto ninyo: • Curb-to-curb: Para magamit ang serbisyong ito, mayroon dapat kayong cell phone na maaaring makatanggap ng mga text message mula sa inyong driver, at mahihintay ang inyong masasakyan sa curb. • Door-to-door: Gamitin ang serbisyong ito kung nakalalakad kayo pero kailangan ninyo ng tulong ng driver para makapasok at/o makalabas ng sasakyan at/o tulong sa pagpasok sa gusali. o Gagamitin din ang door-to-door kung wala kayong cell phone na maaaring makatanggap ng mga text message mula sa driver. • Hanggang 5 minuto lang kayo hihintayin ng driver sa lokasyon kung saan kayo susunduin, kaya huwag magpahuli at maghanda sa inyong pagsakay. • Iiskedyul ang driver para sunduin kayo nang hindi bababa sa animnapung (60) minuto bago ang inyong oras ng appointment, para makarating kayo nang hindi bababa sa labinlimang (15) minuto ng inyong nakaiskedyul na oras ng appointment. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Transportasyon: Hindi pangmedikal na transportasyon (Benepisyo ng Health Plan of San Mateo (HPSM) para sa Pagsakay) (ipinagpatuloy) 2. Kung may naka-iskedyul kayong round-trip na sakay, kailangan ninyong tawagan ang American Logistics (AL) kapag handa na kayong masundo para sa pabalik na biyahe. Ang pabalik na sakay ay tinatawag na “will-call” ride. 3. May iba pang tao na maaaring sumabay sa inyo sa sasakyan. Kapag tumawag kayo sa American Logistics (AL) para mag-iskedyul ng pagsakay, sabihin sa American Logistics (AL) na may kasama kayo. 4. Kung kailangan ninyong kanselahin ang isang pagsakay, dapat ninyong tawagan ang American Logistics (AL) nang hindi bababa sa dalawang (2) oras bago ang naka-iskedyul na oras ng pagsundo. Maiiwasan nito ang no-show na pagsakay. 5. Dahil sa hindi inaasahang trapiko o iba pang mga dahilan, maaaring dumating ang inyong masasakyan nang mas huli kaysa sa naka-iskedyul na oras ng pagsundo. 6. Para sa mga inisyal na pagsakay para sunduin (ang outbound ride) papunta sa appointment na na-iskedyul nang maaga, maituturing na nahuli ang masasakyan kung dumating ang driver nang mahigit sa labinlimang (15) minuto pagkatapos ng inyong naka-iskedyul na oras ng pagsundo. 7. Para sa mga pagsakay pauwi mula sa isang appointment (na tinatawag ding “mga will-call ride”), maituturing na nahuli ang pagsakay kung dumating ang driver nang mahigit sa apatnapu't limang (45) minuto pagkatapos ninyong tumawag sa American Logistics (AL) para humiling ng will call return ride.	

	Sakop na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
	Agarang kinakailangang pangangalaga Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay ang pangangalaga na ibinibigay para gamutin ang: • hindi-emergency na nangangailangan ng agarang medikal na pangangalaga, **o** • hindi inaasahang karamdaman; **o** • pinsala, **o** • kondisyon na kailangan agad ng pangangalaga. Kung kailangan ninyo ng agarang kinakailangang pangangalaga, dapat muna ninyong subukang makuha ito sa isang provider ng network. Gayunpaman, maaari kayong gumamit ng mga provider na wala sa network kapag hindi kayo makakapunta sa provider ng network dahil hindi ito maaari dahil sa inyong oras, lugar, o sitwasyon, o hindi makatwiran na makuha ang serbisyong ito mula sa mga provider ng network (halimbawa, kapag wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng plano at nangangailangan kayo ng mga agarang serbisyo na medikal na kinakailangan para sa hindi inaasahang kondisyon ngunit hindi ito medikal na emergency). Hindi sakop ang agarang pangangalaga sa labas ng Estados Unidos.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
🍎	**Pangangalaga ng paningin** Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • regular na eksaminasyon sa mata kada taon, **at** • hanggang $175 para sa salamin sa mata (mga frame at lens) o hanggang $175 para sa mga contact lens kada taon Binabayaran namin ang outpatient na mga serbisyo ng doktor para sa diyagnosis at paggamot ng mga sakit at pinsala ng mata. Halimbawa, paggamot ng macular degeneration na may kaugnayan sa edad. Para sa mga taong nasa mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma, binabayaran namin ang isang glaucoma screening kada taon. Kasama sa mga taong nasa mataas na panganib sa glaucoma ang: • mga taong may history ng glaucoma sa pamilya • 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, binabayaran namin ang screening para sa diabetic retinopathy nang isang beses kada taon. Binabayaran namin ang isang pares ng salamin sa mata o mga contact lens pagkatapos ng bawat operasyon sa katarata kapag naglagay ng intraocular lens ang doktor. Kung mayroon kayong dalawang magkahiwalay na operasyon sa katarata, kailangan ninyong kumuha ng isang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng bawat operasyon. Hindi kayo maaaring makakuha ng dalawang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng pangalawang operasyon, kahit na hindi kayo nakakuha ng pares ng salamin sa mata pagkatapos ng unang operasyon.	$0

Sakop na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	“Welcome sa Medicare” na pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit Sakop namin ang isang-beses na “Welcome sa Medicare” na pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit. Kabilang sa pagpapatingin ang: • pagsusuri ng inyong kalusugan, • edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga serbisyo na pang-iwas sa sakit na kailangan ninyo (kabilang ang mga screening at iniksiyon (o mga bakuna)), **at** • mga referral para sa iba pang pangangalaga kung kailangan ninyo ito. **Tandaan:** Sakop namin ang “Welcome sa Medicare” na pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit sa loob lang ng unang 12 buwan na kayo ay may Medicare Part B. Kapag kayo ay nagpa-appointment, sabihin sa opisina ng inyong doktor na gusto ninyong ipaiskedyul ang inyong “Welcome sa Medicare” na pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit.	$0

E. Ang mga benepisyo ng aming plano para sa bisita o naglalakbay

Kung wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng plano nang mahigit sa anim na buwan sa isang pagkakataon ngunit hindi kayo permanenteng lumipat, karaniwan ay kailangan namin kayong alisin sa pagkaka-enroll sa aming plano. Gayunpaman, habang nasa labas kayo ng lugar, nagbibigay kami ng pang-emergency na benepisyo sa bisita o naglalakbay sa buong mundo. Sakop ng benepisyo ang hanggang $25,000 na pang-emergency na pangangalaga at mga pang-emergency na serbisyo.

Kung kayo ay nasa lugar ng bisita/naglalakbay, maaari kayong manatiling naka-enroll sa plano hanggang 6 na buwan mula sa simula ng inyong biyahe. Kung hindi kayo makakabalik sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano sa pagtatapos ng ika-6 na buwan, tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano.

F. HPSM Dental

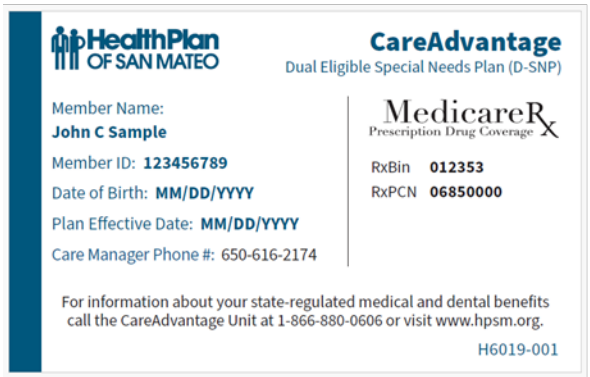
Ang mga serbisyo sa ngipin para sa mga miyembro ng Health Plan of San Mateo (HPSM) ay pamamahalaan ng HPSM Dental.

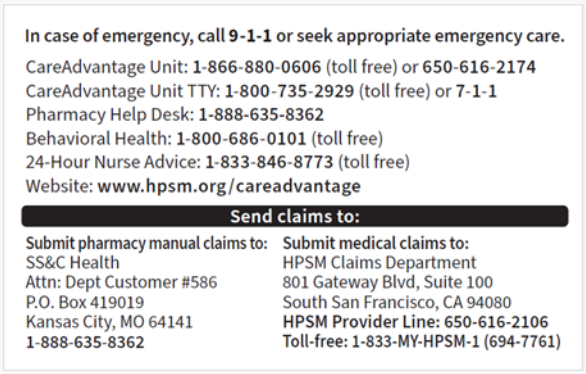
Kasama sa mga serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:

- Mga inisyal na eksaminasyon, X-ray, pagpapalinis at fluoride treatment
- Mga restoration at crown
- Root canal therapy
- Mga pustiso, pag-adjust, pag-aayos, at mga reline

Para sa higit pang impormasyon, o kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng dentistang tumatanggap ng HPSM Dental network, mangyaring kontakin ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. Maaari rin ninyong bisitahin ang website sa www.hpsm.org/dental para sa higit pang impormasyon.

Para makatanggap ng mga serbisyo para sa ngipin, kailangan ninyong magkaroon ng ID card ng Miyembro ng Health Plan of San Mateo (HPSM) at ID Card ng mga Benepisyo (Benefits Identification Card, BIC) ng Medi-Cal. Maaaring gusto ng inyong dentista na gamitin ang inyong Medi-Cal BIC para kumpirmahin ang pagiging kwalipikado ninyo sa Medi-Cal. Plastic na card ang BIC. Mayroon itong “poppy na bulaklak” o “asul at puting” disenyo.





BIC Poppy Design



BIC "blue and white" Design



Kung wala kayong Medi-Cal na ID Card ng mga Benepisyo (Benefits Identification Card, BIC), maaari kayong humingi ng bago. Tawagan lang ang San Mateo County Human Services Agency (walang bayad) sa 1-800-223-8383 o bisitahin ang https://hsa.smcgov.org/medi-cal-health-insurance.

Mga Benepisyo sa Ngipin

Para magamit ang inyong mga benepisyo sa HPSM Dental, dapat kayong pumili ng dentista sa HPSM Network. Babayaran lang ng HPSM Dental ang mga serbisyong makukuha ninyo mula sa mga provider na nasa network ng HPSM Dental. Kayo ang magbabayad para sa anumang serbisyo sa ngipin na matatanggap ninyo sa mga dentistang hindi naka-enroll sa network ng Health Plan of San Mateo (HPSM).

Makakahanap kayo ng dentista online anumang oras sa pamamagitan ng pagpunta sa www.hpsm.org/dental. Maaari rin kayong humiling ng Listahan ng Provider sa Ngipin sa pamamagitan ng pagpapadala ng email sa CareAdvantageSupport@hpsm.org o pagtawag sa CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

Nasa ibaba ang isang maikling sangguniang gabay para sa mga pinaka-karaniwang serbisyong available sa mga miyembro. Makikita ang higit pang impormasyon sa www.hpsm.org/dental.

Mga Serbisyo	Mga sanggol	Mga bata	Mga teenager	Pagbubuntis	Mga nasa hustong gulang	Mga matanda
Pagsusuri*	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mga x-ray	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paglilinis ng Ngipin	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Flouride varnish	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mga pasta	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pagbunot ng Ngipin	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mga pang-emergency na serbisyo	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pampakalma	✓	✓	✓		✓	✓
Mga sealant ng bagang**		✓	✓		✓	✓
Root canal		✓	✓	✓	✓	✓
Orthodontics (braces)***			✓		✓	✓
Mga crown****			✓	✓	✓	✓
Hindi kumpleto at kumpletong pustiso			✓	✓	✓	✓
Mga reline ng pustiso			✓	✓	✓	✓
Scaling at root planing			✓	✓	✓	✓

**Libre o murang mga checkup kada anim na buwan para sa mga miyembrong wala pang edad na 21 at kada 12 buwan para sa mga miyembrong mahigit sa edad na 21*

***Ang mga permanenteng molar sealant ay sakop para sa mga miyembro hanggang edad na 21*

****Para sa mga kwalipikado*

*****Ang mga crown sa mga molar o premolar (ngipin sa likod na bahagi) ay maaaring masakop sa ilang mga sitwasyon*

Walang limitasyon para sa mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin na sakop at medikal na kinakailangan. Matutulungan kayo ng inyong dentista sa pagpili ng pinakamahusay na paggamot at kung anong mga serbisyo ang maaari ninyong makuha sa pamamagitan ng inyong coverage sa HPSM Dental. Sa una ninyong pagpunta sa dentista, ipakita sa inyong dentista ang inyong ID card ng miyembro ng CareAdvantage D-SNP.

Halaga ng Mga Serbisyo sa Ngipin

Walang bayad para sa inyong mga serbisyo mula sa HPSM Dental. Kung mayroon kayong iba pang coverage sa ngipin, magiging pangalawang coverage ninyo ang HPSM Dental.

G. Mga Suporta sa Komunidad

Maaari kayong makakuha ng mga suporta sa ilalim ng inyong Pang-indibidwal na Plano ng Pangangalaga. Ang Mga Suporta sa Komunidad ay mga angkop sa paggamot at murang alternatibong serbisyo o setting sa mga sakop sa ilalim ng Plano ng Estado ng Medi-Cal. Opsyonal para sa mga miyembro ang mga serbisyong ito. Kung kwalipikado kayo, maaari kayong matulungan ng mga serbisyong ito na mamuhay nang mas malaya. Hindi papalitan ng mga ito ang mga benepisyong natatanggap na ninyo sa ilalim ng Medi-Cal.

Ang mga halimbawa ng Mga Suporta sa Komunidad na ibinibigay namin ay kinabibilangan ng mga pagkaing sumusuporta sa medikal na pangangailangan at mga pagkain o mga pagkaing inakma para sa medikal na kondisyon, tulong para sa inyo o sa inyong tagapag-alaga, o mga grab bar sa shower at mga rampa *Mga Suporta sa Komunidad – ang mga serbisyong ibinibigay ay kinabibilangan ng mga sumusunod:*

- *Mga Serbisyo sa Pabahay at Pag-navigate sa Paglipat – tinutulungan ang mga miyembro na makahanap ng pabahay at pinangangasiwaan ang mga mapagkukunan para matugunan ang kanilang mga pangangailangan. Mga Deposito sa Pabahay – Nagbibigay ng isang beses na mga pondo para pahintulutan ang mga miyembro na makakuha ng pabahay.*
- *Mga Serbisyo sa Pangungupahan at Pananatili ng Pabahay – mga serbisyo at suportang tumutulong sa inyong magpanatili ng matatag na pangmatagalang pabahay kapag na-secure ang pangungupahan*
- *Mga Paglipat sa Assisted Living – mga serbisyong tumutulong sa inyong lumipat mula sa pasilidad ng pangangalaga pabalik sa setting ng komunidad na parang bahay na kinabibilangan ng Assisted Living Facility.*
- *Mga Serbisyo ng Paglipat sa Komunidad o Bahay – Pinangangasiwaan ang mga serbisyo para masakop ang mga hindi umuulit na gastos sa pag-set up ng tahanan kapag lumipat ang mga miyembro sa komunidad mula sa isang lisensiyadong pasilidad.*
- *Mga Pag-aakma sa Kapaligiran para sa Pag-access (Tahanan) – mga serbisyong nagbibigay ng mga pisikal na pagbabago o pagkakabit ng mga kagamitan sa loob ng inyong bahay na tumutulong na pagandahin ang inyong mga pang-araw-araw na aktibidad at tiyakin ang inyong kaligtasan*
- *Mga Pagkain na Iniakma sa Medikal na Kondisyon – mga pagkain at mga serbisyo sa pagkain na hinahatid sa inyong bahay na tumutugon sa mga partikular ninyong medikal na pangangailangan at kagustuhan para makamit ang inyong mga layunin sa nutrisyon*

- *Mga Serbisyo sa Personal na Pangangalaga at Gawaing-bahay: nagbibigay ng tulong sa Mga Aktibidad ng Pang-araw-araw na Pamumuhay (Activities of Daily Living, ADLs) at Mga Aktibidad sa Pang-araw-araw na Pamumuhay para Pangalagaan ang Inyong Sarili at Tahanan (IADLs) na hindi maaaring manatili sa bahay. Kasama sa mga serbisyo ang paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga, pagsama sa mga medikal na appointment, at pagbabantay para bigyan ng proteksyon.*
- *Pahinga para sa Tagapag-alaga: mga panandaliang hindi medikal na serbisyong ibinibigay sa mga tagapag-alaga ng mga miyembrong nangangailangan ng pahinto-hintong pansamantalang pagbabantay. Ibinibigay ang mga serbisyong ito sa bahay ng miyembro o sa ibang lokasyong ginagamit bilang bahay o sa inaprubahang mga lokasyon na wala sa bahay.*

Pagremedyo sa Hika: nagbibigay ng edukasyon para sa sariling pamamahala sa hika para makatulong sa pagpapaliwanag ng mga trigger at sanhi ng hika, pamamahala sa sintomas, at higit pa para tulungan kayong mamuhay nang maginhawa sa bahay ninyo.

Kung kailangan ninyo ng tulong o gusto ninyong alamin kung aling Mga Suporta sa Komunidad ang maaaring available para sa inyo, tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606, (TTY 1-800-735-2929 o 711) o tawagan ang inyong provider ng pangangalagang pangkalusugan.

H. Mga benepisyong sakop sa labas ng aming plano

Hindi namin sakop ang mga sumusunod na serbisyo, ngunit available ang mga ito sa pamamagitan ng may bayad na serbisyo ng Medi-Cal.

H1. Mga Paglipat sa Komunidad ng California (CCT)

Ang programang Mga Paglipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT) ay gumagamit ng mga lokal na Nangungunang Organisasyon para tulungan ang mga benepisyaryo ng Medi-Cal, na tumira sapasilidad para sa inpatient nang hindi bababa sa 60 magkakasunod na araw, na bumalik sa, at ligtas na manatili sa komunidad. Pinopondohan ng programang CCT ang mga serbisyo sa pangangasiwa ng paglipat sa panahon bago ang paglipat at nang 365 araw pagkatapos ng paglipat para tulungan ang mga benepisyaryo na bumalik sa komunidad.

Makakatanggap kayo ng mga serbisyo sa pangangasiwa ng paglipat mula sa anumang Nangungunang Organisasyon ng CCT na naglilingkod sa county na inyong tinitirhan. Makakahanap kayo ng listahan ng mga Nangungunang Organisasyon ng CCT at ng mga

county na pinaglilingkuran ng mga ito sa website ng Departamento ng Mga Serbisyo para sa Pangangalagang Pangkalusugan sa: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para sa mga serbisyo ng pangangasiwa sa paglipat para sa CCT

Binabayaran ng Medi-Cal ang mga serbisyo sa pangangasiwa ng paglipat. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong hindi nauugnay sa inyong CCT na paglipat

Sisingilin kami ng provider para sa mga serbisyo sa inyo. Binabayaran ng aming plano ang mga serbisyong ibinigay pagkatapos ng inyong paglipat. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Habang nakakakuha kayo ng mga serbisyo sa pangangasiwa ng CCT na paglipat, binabayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Tsart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D**.

Walang pagbabago sa benepisyo sa coverage sa gamot

Hindi sakop ng programang CCT ang mga gamot. Patuloy ninyong makukuha ang inyong normal na benepisyo sa gamot sa pamamagitan ng aming plano. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Tandaan: Kung kailangan ninyo ng pangangalaga sa paglipat na hindi CCT, tawagan ang inyong tagapamahala ng pangangalaga para asikasuhin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga sa pagliapt na hindi CCT ay pangangalawa na **hindi** nauugnay sa inyong paglipat mula sa isang institusyon o pasilidad.

H2. Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (IHSS)

- Tutulong ang Programang Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS) na bayaran ang mga naka-enroll na provider ng pangangalaga para sa mga serbisyong ibinibigay sa inyo para ligtas kayong mananatili sa sarili ninyong tahanan. Itinuturing ang IHSS na alternatibo sa pangangalaga sa labas ng tahanan, tulad ng mga nursing home o mga pasilidad para sa paninirahan at pangangalaga.

- Para makatanggap ng mga serbisyo, nagsasagawa ng pag-assess para 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 serbisyong maaaring pahintulutan sa pamamagitan ng Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS) ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga (tulad ng tulong sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, pag-aayos ng sarili, at mga paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal

na appointment, at pagbabantay para magbigay ng proteksiyon para sa mga may kapansanan sa pag-iisip.

- Matutulungan kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga na mag-apply para sa IHSS sa social service agency ng inyong county. Ang IHSS ay ibinibigay sa pamamagitan ng linya ng Pagtutulungan na Tinitiyak ang Suporta sa Matanda (Teamwork Insuring Elderly Support, TIES) ng Mga Serbisyo para sa Pagtanda at mga May Kapansanan (Aging and Adult Services) ng San Mateo County sa 1-844-868-0938 o i-dial ang 7-1-1 para sa California Relay Service TTY. Libre ang tawag na ito. O bisitahin ang website sa www.smchealth.org/home-supportive-services.

H3. 1915(c) Mga Waiver Program ng Mga Serbisyo sa Bahay at Komunidad (HCBS)

Waiver sa Tulong sa Pamumuhay (Assisted Living Waiver, ALW)

- Ang Waiver sa Tulong sa Pamumuhay (Assisted Living Waiver, ALW) ay nagbibigay sa mga benepisyaryong kwalipikado sa Medi-Cal ng opsyon na manirahan sa assisted living setting bilang alternatibo sa pangmatagalang paglalagay sa pasilidad ng pangangalaga. Ang layunin ng ALW ay pangasiwaan ang paglipat mula sa nursing facility pabalik sa setting na katulad ng sa bahay o komunidad o iwasan ang mga pagkaka-admit sa skilled nursing para sa mga benepisyaryong may napipintong pangangailangang ilagay sa pasilidad ng pangangalaga.

- Ang mga miyembrong naka-enroll sa ALW ay maaaring manatiling naka-enroll sa ALW habang nakakatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong ALW Care Coordination Agency para pangasiwaan ang mga serbisyong natatanggap ninyo.

- Kasalukuyang available lang ang ALW sa mga sumusunod na county: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, at Sonoma.

- Matutulungan kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga na idirekta kayo sa ALW coordination agency na Institute on Aging ng San Mateo County. Maaari rin kayong tumawag sa Institute on Aging sa 650-424-1411 o bisitahin ang www.ioaging.org.

HCBS Waiver para sa mga Taga-California na May Mga Kapansanan sa Paglaki (HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)

California Self-Determination Program (SDP) Waiver para sa Mga Indibiduwal na May Mga Kapansanan sa Paglaki

- May dalawang 1915(c) waiver, ang HCBS-DD Waiver at ang SDP Waiver, na nagbibigay ng serbisyo sa mga taong na-diagnose na may kapansanan sa paglaki na nagsisimula bago ang ika-18 kaarawan ng indibiduwal at inaasahang magpatuloy nang walang hanggan. Ang parehong waiver ay paraan para pondohan ang ilang partikular na serbisyo na nagpapahintulot sa mga taong may mga kapansanan sa paglaki na makapamuhay sa bahay o sa komunidad sa halip na tumira sa isang lisensiyadong pasilidad sa kalusugan. Ang mga gastos para sa mga serbisyong ito ay magkasamang pinopondohan ng programang Medicaid ng pederal na gobyerno at ng Estado ng California. Matutulungan kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga na maikonekta kayo sa mga serbisyo ng DD Waiver.

Waiver para sa Alternatibo sa Tahanan at Komunidad (Home and Community-Based Alternative, HCBA)

- Nagbibigay ang HCBA Waiver ng mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga sa mga taong nanganganib mailagay sa nursing home o institusyon. Ang mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga ay ibinibigay ng Team sa Pamamahala ng Pangangalaga na mula sa iba't ibang disiplina na binubuo ng nars at social worker. Pinangangasiwaan ng team ang mga serbisyo sa Waiver at Plano ng Estado (tulad ng medikal, pag-uugali, Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan, atbp.), at inaasikaso ang iba pang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na available sa lokal na komunidad. Ibinibigay ang mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga at Waiver sa tirahan ng kalahok na nasa komunidad. Ang tirahang ito ay maaaring pribadong pag-aari, nakuha sa pamamagitan ng kasunduan sa pangungupahan ng tenant, o ang tirahan ng miyembro ng pamilya ng kalahok.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa HCBA Waiver ay maaaring manatiling naka-enroll sa HCBA Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong ahensiya para sa HCBA waiver para pangasiwaan ang mga serbisyong natatanggap ninyo.
- Matutulungan kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga na mag-apply para sa HCBA. Maaari rin kayong tumawag sa Institute on Aging sa 650-424-1411 o bisitahin ang www.ioaging.org.

Medi-Cal Waiver Program (MCWP)

- Nagbibigay ang Medi-Cal Waiver Program (MCWP) ng komprehensibong pamamahala ng kaso at mga serbisyo sa direktang pangangalaga para sa mga taong namumuhay ng may HIV bilang alternatibo sa pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga)o pagkakaospital. Nakatuon sa kalahok ang pamamahala ng kaso, isasagawa ito ng isang team na binubuo ng isang rehistradong nars at social work case manager. Nakikipagtulungan ang mga case manager sa kalahok at (mga) provider ng pangunahing pangangalaga, pamilya, (mga) tagapag-alaga, at iba pang mga provider, para ma-assess ang mga pangangailangan sa pangangalaga para mapanatili sa bahay at sa komunidad ang kalahok.

- Ang mga layunin ng Medi-Cal Waiver Program (MCWP) ay: (1) magbigay ng mga serbisyo sa tahanan at komunidad para sa mga taong may HIV na dili kaya'y maaaring maganilangan ng mga serbisyo ng institusyon; (2) tulungan ang mga kalahok sa pamamahala sa kalusugan ng may HIV; (3) pagandahin ang access sa suportang panlipunan at suporta sa pag-uugali, at (4) pangasiwaan ang mga provider ng serbisyo at alisin ang mga dobleng serbisyo.

- Ang mga miyembrong naka-enroll sa Medi-Cal Waiver Program (MCWP) ay maaaring manatiling naka-enroll sa Medi-Cal Waiver Program (MCWP) habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong ahensiya para sa Medi-Cal Waiver Program (MCWP) para pangasiwaan ang mga serbisyong natatanggap ninyo.

- Matutulungan kayo ng inyong tagapangasiwa ng pangangalaga na mag-apply para sa Medi-Cal Waiver Program (MCWP). Hindi ibinibigay ang Medi-Cal Waiver Program (MCWP) sa San Mateo County. Tingnan ang listahan ng county at mga ahensiya kung saan ibinibigay ang Medi-Cal Waiver Program (MCWP): https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

H4. Mga Serbisyo ng County sa Pag-uugali na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Sakit dahil sa Pag-abuso sa Droga o Alak)

Mayroon kayong access sa mga medikal na kinakailangang serbisyo para sa pag-uugali na sakop ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sakop ng pinamamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Ang aming plano ay hindi nagbibigay ng mga serbisyo sa kalusugan ng isip na may espesyalidad o mga serbisyo ng county sa sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak ng

Medi-Cal, ngunit available sa inyo ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng mga ahensiya ng county para sa pag-uugali.

Available sa inyo ang mga serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng isip na may espesyalidad sa pamamagitan ng plano ng county para sa kalusugan ng isip (MHP) kung natutugunan ninyo ang pamantayan para i-access ang mga serbisyo sa kalusugan ng isip na may espesyalidad. Kabilang sa mga serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng isip na may espesyalidad na ibinibigay ng MHP ng inyong county ang:

- Mga Serbisyo para sa Makatanggap Masusing Paggamot ng Nasa Hustong Gulang
- Assertive Community Treatment Services
- Mga Serbisyo ng Clubhouse
- Coordinated Specialty Case (CSC) for First Episode Psychosis (FEP)
- Pamamagitan Kapag May Krisis
- Mga Serbisyo ng Crisis Intervention Residential Treatment
- Crisis Stabilization
- Pang-araw na Rehabilitasyon
- Pang-araw na Paggamot
- Forensic Assertive na Paggamot sa Komunidad (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- IPS suportadong pagtatrabaho (IPS Supported Employment)
- Justice-Involved Reentry
- Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip
- Mga Serbisyo sa Pagsuporta sa Gamot
- Mga Mobile na Serbisyo sa Krisis
- Mga Serbisyo ng Pasilidad sa Kalusugan ng Isip
- Mga Serbisyo ng Ospital para sa Isip na Inpatient
- Mga Serbisyo para sa Suporta sa Kasamahan

- Targeted Case Management
- Functional Family Therapy para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang) High Fidelity Wraparound para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang) Intensive Care Coordination para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- Mga Masusing Serbisyo sa Tahanan para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- Multisystemic Therapy para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- Parent-Child Interaction Therapy para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- Therapeutic Behavioral Services para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- Therapeutic Foster Care para sa mga indibidwal (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)

Available sa inyo ang mga serbisyo ng Drug Medi-Cal (DMC) sa pamamagitan ng ahensiya ng inyong county sa pag-uugali kung matutugunan ninyo ang mga pamantayan para tanggapin ang mga serbisyong ito. Kasama sa Mga Serbisyo ng Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) ang:

- Mga serbisyo ng paggamot ng outpatient
- Mga serbisyo para sa masusing paggamot ng outpatient
- Mga gamot para sa paggamot ng pagkagumon (tinatawag ding Medication Assisted Treatment)
- Mga Serbisyo ng Pantahanang Paggamot
- Mga serbisyo sa pamamahala sa paghinto (withdrawal)
- Programa sa paggamot ng narcotic
- Mga serbisyo sa pagpapagaling
- Pangangasiwa ng pangangalaga
- Mga serbisyo sa suporta ng kasamahan

- Mga serbisyo sa pamamagitan ng mobile crisis sa komunidad
- Mga serbisyo sa pamamahala ng di-inaasahang pangyayari
- Mga serbisyo para sa maagang pamamagitan (para sa mga miyembrong wala pang edad 21)
- Maaga pana-panahong screening, diagnosis, at paggamot (para sa mga miyembrong wala pang edad 21)

Bukod sa mga serbisyong nakalista sa itaas, maaaring magkaroon kayo ng access sa mga boluntaryong serbisyo sa detoxification ng inpatient kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan.

Maaari ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) ACCESS Call Center sa San Mateo County, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo sa 1-800-686-0101 (TTY: 7-1-1) para sa higit pang impormasyon.

Dapat ninyong kontakin ang BHRS ACCESS Call Center ng San Mateo County kung kailangan ninyo ng tulong sa pagtanggap ng mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali. Ang BHRS ay ang responsable para sa inisyal na screening ng pag-uugali para matiyak na kayo ay nakakonekta sa naaangkop na antas ng pangangalaga at naaangkop na network ng mga provider. Magkasamang nagtutulungan ang Health Plan of San Mateo (HPSM) at BHRS para sa paglipat ng mga referral sa buong mga sistema ng pangangalaga.

Responsable ang BHRS sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip na may espesyalidad at paggamot sa pag-abuso sa droga o alak na nakalista sa itaas at responsable para sa pagiging available ng mga serbisyong ito at anumang pagpapasya tungkol sa medikal na pangangailangan. Ang anumang hindi pagkakaunawaan ay pamamahalaan ng mga plano alinsunod sa kanilang Memorandum of Understanding agreement.

Kung may problema kayo sa provider ng BHRS ng San Mateo County, maaari ninyong kontakin ang Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng BHRS ACCESS Call Center sa numerong nakalista sa itaas, O maaari ninyong tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. para maghain ng karaingan.

I. Mga benepisyong hindi sakop ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal

Sinasabi sa inyo ng seksyong ito ang tungkol sa mga benepisyong hindi kasama sa aming plano. Ang “hindi kasama” ay nangangahulugang hindi namin babayaran ang mga benepisyong ito. Hindi rin babayaran ng Medicare at Medi-Cal ang mga ito.

Inilalarawan ng listahan sa ibaba ang ilang serbisyo at item na hindi namin sakop sa ilalim ng anumang kondisyon at ilang hindi namin isinama sa ilang sitwasyon lang.

Hindi namin binabayaran ang mga hindi kasamang medikal na benepisyong nakalista sa seksyong ito (o saanman sa *Handbook ng Miyembro* na ito) maliban sa mga partikular na kondisyong nakalista. Kahit na nakakakuha kayo ng mga serbisyo sa isang pang-emergency na pasilidad, hindi babayaran ng plano ang mga serbisyo. Kung sa palagay ninyo ay dapat bayaran ng aming plano ang isang serbisyong hindi sakop, maaari kayong humiling ng apela. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, tingnana ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Bukod sa anumang pagbubukod o mga limitasyong inilarawan sa Tsart ng Mga Benepisyo, hindi sinasakop ng aming plano ang mga sumusunod na item at serbisyo:

- mga serbisyong itinuturing na “makatwiran at medikal na kinakailangan,” ayon sa Medicare at Medi-Cal, maliban kung nakalista bilang mga sakop na serbisyo
- mga medikal na paggamot at paggamot sa pamamagitan ng operasyon na sinusubukan pa lang, mga item, at gamot, maliban kung sakop ito ng Medicare, ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, o ng aming plano. Tingnan ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral. Ang mga sinusubukan na paggamot at mga item ay ang mga hindi karaniwang tinatanggap ng medikal na komunidad.
- paggamot sa pamamagitan ng operasyon para sa malubhang katabaan, maliban kung medikal na kinakailangan at babayaran ito ng Medicare
- isang pribadong silid sa ospital, maliban kung medikal na kinakailangan
- mga pribadong naka-duty na nars
- mga personal na item sa inyong silid sa ospital o sa pasilidad ng pangangalaga, tulad ng telepono o telebisyon
- full-time na pangangalaga ng nars sa inyong tahanan

- ang mga fee na sinisingil ng inyong mga kamag-anak o miyembro ng inyong sambahayan
- mga pagkaing hinahatid sa inyong tahanan
- mga pinili o boluntaryong procedure o serbisyo sa pagpapabuti (kasama ang pagbabawas ng timbang, pagpapatubo ng buhok, sekswal na pagganap, pagganap bilang atleta, layuning pangkosmetiko, pagpapabata, at pagganap ng isip), maliban kapag medikal na kinakailangan
- operasyong pangkosmetiko o iba pang gawang pangkosmetiko, maliban kung ito ay kinakailangan dahil sa pinsala ng aksidente o para pagandahin ang isang bahagi ng katawan na hindi tama ang hugis. Gayunpaman, binabayaran namin ang pagsasaayos ng suso pagkatapos ng mastectomy at para sa paggamot ng kabilang suso para itugma ito
- pangangalaga ng chiropractic, bukod sa manwal na pagmamanipula ng gulugod alinsunod sa mga alituntunin ng coverage
- regular na pangangalaga sa paa, maliban sa inilalarawan sa mga serbisyo sa Pangangalaga ng Paa sa Tsart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D**
- mga orthopedic na sapatos, maliban kung ang sapatos ay bahagi ng brace ng binti at kabilang sa halaga ng brace o ng sapatos para sa taong may sakit sa paa sanhi ng diabetes
- mga device na pansuporta sa paa, maliban para sa orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may sakit sa paa sanhi ng diabetes
- radial keratotomy, LASIK surgery, at iba pang mga pantulong para sa mahina ang paningin
- reversal ng mga 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 nakakuha ang beterano ng pang-emergency na mga serbisyo sa ospital ng Veterans Affairs (VA) at ang hati sa gastos ng Veterans Affairs (VA) ay mahigit sa hati sa gastos sa ilalim ng aming plano, babayaran namin ang beterano para sa diperensya. Responsable pa rin kayo para sa mga halaga ng hati sa gastos.

Kabanata 5: Pagkuha ng inyong gamot para sa outpatient

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga panuntunan sa pagkuha ng inyong mga gamot para sa outpatient. Ito ay mga gamot na ino-order ng inyogn provide para sa inyo na kukunin ninyo sa isang parmasya o sa pamamagitan ng mail-order. Kasama sa mga ito ang mga gamot na sakop sa ilalim ng Medicare Part D at Medi-Cal. Sinasabi sa inyo ng **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung magkano ang babayaran ninyo para sa mga gamot na ito. Makikita ang mga pangunahing salita at kahulugan ng mga ito nang nakaayos sa alpabetiko sa huling Kabanata ng Handbook ng Miyembro na ito.

Sakop din namin ang mga sumusunod na gamot, bagaman hindi tinatalakay ang mga ito sa kabanatang ito:

- **Mga gamot na sakop ng Medicare Part A.** Sa pangkalahatan, kasama rito ang mga gamot na ibinibigay sa inyo habang kayo ay nasa ospital o pasilidad ng pangangalaga.
- **Mga gamot na sakop ng Medicare Part B.** Kasama rito ang ilang gamot sa chemotherapy, ilang gamot na iniksiyon na ibinibigay sa inyo kapag nagpatingin sa doktor o ng ibang provider, at mga gamot na ibinibigay sa inyo sa isang klinika para sa dialysis. Para alamin pa ang tungkol sa kung aling mga gamot sa Medicare Part B ang sakop, tingnan ang Tsart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Bukod pa sa Medicare Part D ng plano at coverage sa mga medikal na benepisyo, maaaring masakop ng Original Medicare ang inyong mga gamot kung kayo ay nasa hospice ng Medicare. Para sa higit pang impormasyon, mangyaring tingnan ang **Kabanata 5**, **Seksyon F3** “Nasa programa ng hospice na sertipikado ng Medicare.”

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

Ang mga gamot na sakop sa ilalim ng Medi-Cal ay sakop sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx tulad ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta at ilang partikular na bitamina. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa isang listahan ng mga parmasya ng network ng Medi-Cal Rx. Matatawagan rin ninyo ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 1-800-977-2273. Kapag ginamit ang ID card ng mga Benepisyo (Benefits Identification Card, BIC) ng Medi-Cal para kumuha ng mga gamot na hindi sakop ng CareAdvantage, ang Medi-Cal Rx ang responsable sa pagpoproseso ng reseta. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa isang listahan ng mga parmasya ng network ng Medi-Cal Rx.

Kailangang isulat ng provider (doktor, dentista, o ibang tagareseta) ang inyong reseta, na valid dapat sa ilalim ng naaangkop na batas sa estado. Kadalasan ang taong ito ay ang inyong pangunahing provider sa pangangalaga pangunahing provider ng pangangalaga (Primary Care Provider, PCP). Siya rin ay maaaring maging iba pang provider kung ni-refer kayo ng inyong PCP para sa pangangalaga.

Ang inyong tagareseta ay **wala** dapat sa Mga Listahan ng Medicare ng Mga Hindi Isinama o Mga Pinipigilan, o anumang katulad na mga listahan ng Medi-Cal.

Karaniwan, dapat ninyong gamitin ang parmasya ng network para punan ng gamot ang inyong reseta. (Tingnan ang **Seksyon A1** para sa higit pang impormasyon). O maaari ninyong punuin ang inyong gamot sa pamamagitan ng serbisyong mail-order ng plano.

Ang inireresetang gamot sa inyo ay dapat nasa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* ng aming plano. Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot*" kapag pinaikli. (Tingnan ang **Seksyon B** ng kabanatang ito.)

- Kung wala ito sa *Listahan ng Gamot*, maaari naming sakupin ito sa pamamagitan ng pagbibigay ng eksepsyon sa inyo.
- Tingnan ang **Kabanata 9** para malaman kung paano humingi ng eksepsyon.
- Pakitandaan din na ang kahilingang masakop ang inirereseta sa inyong gamot ay susuriin sa ilalim ng parehong mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal.

Ang inyong gamot ay dapat na gamitin para indication na tinatanggap sa medisina. Nangangahulugan ito na ang paggamit ng gamot ay alinman sa inaprubahan ng Administrasyon para sa Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration, FDA) o sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Maaaring makatulong ang inyong tagareseta na tukuyin ang mga medikal na sanggunian para suportahan ang hiniling na paggamit ng inireresetang gamot.

Ang inyong gamot ay maaaring mangailangan ng pag-apruba mula sa aming plano batay sa partikular na pamantayan bago namin ito sakupin. (Tingnan ang **Seksyon C** ng kabanatang ito).

Talaan ng mga Nilalaman

A. Pagpapapuno ng inyong mga gamot 174

A1. Pagpuno ng inyong gamot sa parmasya ng network 174

A2. Paggamit ng inyong ID Card ng Miyembro kapag papupunan ninyo ang gamot....174

A3. Ano ang dapat gawin kung papalitan ninyo ang inyong parmasya ng network 174

A4. Ano ang dapat gawin kung umalis sa network ang inyong parmasya 175

A5. Paggamit ng natatanging parmasya 175

A6. Paggamit ng mga serbisyong mail-order para makuha ang inyong mga gamot....176

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot....177

A8. Paggamit ng parmasya na wala sa network ng aming plano 177

A9. Pagbabayad sa inyo para sa gamot 178

B. *Listahan ng Gamot* ng aming plano 178

B1. Mga Gamot sa aming *Listahan ng Gamot* 179

B2. Paano mahanap ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*....180

B3. Mga Gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* 180

B4. Mga antas sa paghahati sa gastos ng *Listahan ng mga Gamot* 182

C. Mga limitasyon sa ilang gamot 182

D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi sakupin ang inyong gamot 184

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply 185

D2. Paghingi ng pansamantalang supply....186

D3. Paghiling ng eksepsyon 187

E. Mga pagbabago sa coverage para sa inyong mga gamot 187

F. Mga coverage sa gamot sa mga espesyal na sitwasyon 190

F1. Nasa ospital o skilled nursing facility para sa isang pamamalagi na sakop ng aming plano 190

F2. Sa pasilidad ng matagalang pangangalaga 190

F3. Sa programa ng hospice na sertipikado ng Medicare 190

G. Mga programa sa kaligtasan sa gamot at pamamahala ng mga gamot 191

G1. Mga programang makakatulong sa inyong ligtas na gumamit ng mga gamot 191

G2. Mga programa para tulungan kayong pamahalaan ang inyong mga gamot 191

G3. Programa sa pamamahala ng gamot (Drug Management Program, DMP) upang matulungan ang mga miyembrong ligtas na gamitin ang mga opioid na gamot 193

A. Pagpapapuno ng inyong mga gamot

A1. Pagpuno ng inyong gamot sa parmasya ng network

Kadalasan, binabayaran lang namin ang mga gamot kapag pinapuno ang mga ito sa alinman sa mga parmasya ng aming network. Ang parmasya ng network ay isang botika na pumapayag na magpuno ng mga gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Maaari kayong gumamit ng alinman sa aming parmasya ng network. (Tingnan ang **Seksyon A8** para sa impormasyon kung kailan namin sinasakop ang mga gamot na pinapuno sa mga parmasya na wala sa network.)

Para maghanap ng parmasya ng network, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, bisitahin ang aming website o kontakin ang CareAdvantage Unit.

A2. Paggamit ng inyong ID Card ng Miyembro kapag papupunan ninyo ang gamot

Para punan ang inyong gamot, **ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro** sa inyong parmasya ng network. Sinisingil kami ng parmasya ng network para sa aming hati sa halaga ng inyong sakop na gamot. Maaaring kailangan ninyong bayaran ang parmasya ng copay kapag kinuha ninyo ang inyong gamot.

Tandaan, kailangan ninyo ang inyong Medi-Cal card o ID Card ng mga Benepisyo (BIC) para i-access ang mga gamot na sakop ng Medi-Cal Rx.

Kung hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro o BIC kapag pinunan ninyo ang inyong gamot, hilingin sa parmasya na tawagan kami para makuha ang kinakailangang impormasyon, o maaari ninyong hilingin sa parmasya na hanapin ang impormasyon ninyo sa pag-enroll sa plano.

Kung hindi makuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng gamot kapag kinuha ninyo ito. Pagkatapos, maaari ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo para sa hati namin. **Kung hindi ninyo mabayaran ang gamot, makipag-ugnayan kaagad sa CareAdvantage Unit.** Gagawin namin ang lahat ng aming makakaya para tumulong.

- Para hilingin sa aming bayaran kayo, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpupuno ng gamot, kontakin ang CareAdvantage Unit.

A3. Ano ang dapat gawin kung papalitan ninyo ang inyong parmasya ng network

Kung magpapalit kayo ng parmasya at kailangan ninyong i-refill ang gamot, puwede kayong humiling ng bagong reseta na isusulat ng provider o hilingin sa inyong parmasya na ilipat ang reseta sa bagong parmasya kung may natitira pang mga refill.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpapalit ng inyong parmasya ng network, kontakin ang CareAdvantage Unit.

A4. Ano ang dapat gawin kung umalis sa network ang inyong parmasya

Kung umalis sa network ng aming plano ang parmasya na ginagamit ninyo, kailangan ninyong maghanap ng bagong parmasya ng network.

Para maghanap ng bagong parmasya ng network, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, bisitahin ang aming website o kontakin ang CareAdvantage Unit.

A5. Paggamit ng natatanging parmasya

Minsan ang mga gamot ay dapat na punan sa natatanging parmasya. Kabilang sa mga natatanging parmasya ang:

- Mga parmasya na nagsu-supply ng mga gamot para sa home infusion therapy.
- Mga parmasyang nagsu-supply ng mga gamot para sa mga residente ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng pasilidad ng pangangalaga.
    - Kadalasan, ang mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay mayroong kanilang sariling mga parmasya. Kung residente kayo ng isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tinitiyak naming matatanggap ninyo ang mga gamot na kailangan ninyo sa parmasya ng pasilidad.
    - Kung wala sa aming network ang inyong pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga o nahihirapan kayong kunin ang inyong mga gamot sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, kontakin ang CareAdvantage Unit.
- Mga Parmasya ng Indian Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan (Indian Health Care Provider, IHCP). Ang mga Miyembro na American Indian at Alaska Native ay may access sa mga parmasya sa Indian Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan (IHCP) hangga't mayroon silang naka-enroll na retail na parmasya. Kung hindi kayo American Indian o Alaska Native, puwede pa rin kayong makatanggap ng mga serbisyo mula sa isang retail na parmasya sa isang Indian Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan IHCP kung kayo ay nakatalaga sa klinika o para sa isang emergency.
- Ang mga parmasya na nagbibigay ng mga gamot na nilimitahan ng FDA sa ilang tiyak na lokasyon o nangangailangan ng espesyal na pamamahala, pangangasiwa ng provider, o edukasyon sa paggamit ng mga ito. (Tandaan: Dapat na bihira lang mangyari ang senaryong ito.)

- Para makahanap ng natatanging parmasya, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, bisitahin ang aming website o kontakin ang CareAdvantage Unit.

A6. Paggamit ng mga serbisyong mail-order para makuha ang inyong mga gamot

Para sa ilang uri ng gamot, maaari ninyong gamitin ang mga serbisyo ng mail-order ng network ng aming plano. Sa pangkalahatan, ang mga gamot na available sa pamamagitan ng mail-order ay mga gamot na iniinom ninyo nang regular para sa hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon

Ang serbisyong mail-order ng aming plano ay nagpapahintulot sa inyo na mag-order ng hindi bababa sa 30 araw na supply ng gamot at hanggang 90 araw na supply. Ang 90 araw na supply ay may parehong copay tulad ng sa isang-buwang supply.

Pagpapauno ng mga amot sa pamamagitan ng koreo

Para makakuha ng impormasyon tungkol sa pagkuha ng inyong mga gamot sa pamamagitan ng koreo, mangyaring bisitahin ang aming website sa www.hpsm.org/careadvantage o tawagan ang CareAdvantage Unit. Para simulan ang paggamit ng mail-order na parmasya, gawin ang isa sa mga sumusunod:

1. Tumawag sa 1-800-552-6694 at hilingin sa Mga Serbisyo sa Reseta ng Koreo (Postal Prescription Services, PPS) na i-set up ang inyong bagong account.
2. Bisitahin ang www.ppsrx.com upang i-set up ang inyong account online.

Karaniwang dumarating ang mail-order na gamot sa loob ng 7-10 araw. Kung maaantala ang pagkuha ninyo ng inyong gamot sa koreo, puwede ninyong tawagan ang CareAdvantage Unit at humingi ng pansamantalang supply sa isang lokal na parmasya.

Mga proseso ng mail-order

May iba't ibang pamamaraan ang serbisyo ng mail-order para sa mga bagong resetang matatanggap nito mula sa inyo, mga bagong resetang matatanggap nito mula mismo sa opisina ng inyong provider, at mga refill sa inyong mga mail-order na gamot.

1. **Mga bagong resetang matatanggap ng parmasya mula sa inyo**

   Awtomatikong pupunan at ipapadala ng parmasya ang mga bagong resetang matatanggap nito mula sa inyo.

2. **Mga bagong resetang matatanggap ng parmasya mula sa opisina ng inyong provider**

   Pagkatapos matanggap ng parmasya ang reseta mula sa provider ng pangangalagang pangkalusugan, makikipag-ugnayan ito sa inyo para alamin kung gusto ninyong mapunan agad ang gamot o kung sa ibang pagkakataon.

- Nagbibigay ito sa inyo ng pagkakataong tiyakin na ang parmasya ay naghahatid ng tamang gamot (kabilang ang lakas, dami, at anyo) at, kung kinakailangan, pinapayagan kayong kanselahin o iantala ang order bago kayo masingil at bago ito ipadala.
- Tumugon sa tuwing makikipag-ugnayan sa inyo ang parmasya, upang ipaalam sa kanila kung ano ang gagawin sa bagong reseta at upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa pagpapadala.

3. Mga refill sa mga mail-order na gamot

Para sa mga refill, makipag-ugnayan sa inyong parmasya sa loob ng *14* na araw bago maubos ang kasalukuyan ninyong gamot para matiyak na maipapadala sa inyo ang susunod ninyong order sa tamang oras.

Ipaalam sa parmasya ang mga pinakamagandang paraan para makontak kayo para makontak nila kayo para kumpirmahin ang inyong order bago ito ipadala. Mga serbisyong mail-order na parmasya ng Pinagsamang Pamamahala ng Pangangalaga ng Health Plan of San Mateo (HPSM) sa pamamagitan ng pakikipagtulungan sa Mga Serbisyo sa Reseta ng Koreo (PPS). Tawagan ang PPS sa 1-800-552-6694 o bisitahin ang www.ppsrx.com para mag-set up ng account at simulang i-refill ang inyong gamot sa pamamagitan ng mail-order.

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

Maaari kayong makakuha ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot na nasa *Listahan ng Gamot* ng aming plano. Ang mga pang-maintenance na gamot ay mga gamot na regular ninyong iniinom, para sa isang hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon.

Pinapayagan kayo ng ilang parmasya ang network na makakuha ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Ang 90 araw na supply ay may parehong copay tulad ng sa isang-buwang supply. Sinasabi sa inyo ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* kung aling mga parmasya ang maaaring magbigay sa inyo ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Maaari rin kayong tumawag sa CareAdvantage Unit para sa higit pang impormasyon.

Puwede ninyong gamitin ang mga mail-order na serbisyo ng network ng aming plano para makakuha ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Tingnan ang **Seksyon A6** para alamin ang tungkol sa mga mail-order na serbisyo.

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

Sa pangkalahatan, binabayaran namin ang mga gamot na pinuno sa parmasya na wala sa network kapag hindi lang kayo makakagamit ng parmasya ng network. Mayroon kaming mga parmasya ng network sa labas ng aming pinaglilingkurang lugar kung saan mapapupunuan ninyo ang mga gamot bilang miyembro ng aming plano. Sa mga ganitong sitwasyon,

makipag-ugnayan muna sa CareAdvantage Unit para alamin kung may malapit na parmasyan ng network.

Binabayaran namin ang mga gamot na pinapunan sa parmasya na wala sa network sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Kapag sinusubukang papunan ang natatanging gamot ayon na hindi available sa isang parmasya na nasa network (bagaman bihira ito).
- Kapag sinusubukang papunan ang gamot na may limitadong distribution source na hinihiling ng batas (bagaman bihira ito).
- Kapag pinupunan ang isang gamot sa isang pang-emergency na sitwasyon kung saan ang mga parmasya na nasa network ay hindi madaling ma-access, hindi available o wala (halimbawa, sa isang natural na kalamidad).

A9. Pagbabayad sa inyo para sa gamot

Kung kailangan ninyong gumamit ng isang parmasya na wala sa network, sa pangkalahatan, kailangan ninyong bayaran ang buong halaga sa halip na copay kapag kinuha ninyo ang inyong gamot. Puwede ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo para sa hati namin sa gastos. Maaaring kailanganin ninyong bayaran ang diperensya sa pagitan ng babayaran ninyo para sa gamot sa parmasya na wala sa network at ang halagang babayaran namin sa parmasya na nasa network.

Hindi responsibilidad ng CareAdvantage na bayaran kayo para sa isang gamot na maaari lang sakupin sa ilalim ng Medi-Cal Rx. Kung babayaran ninyo ang buong halaga ng inyong gamot na maaaring masakop ng Medi-Cal Rx, maaaring ma-reimburse kayo ng parmasya kapag nabayaran na ng Medi-Cal Rx ang gamot. Bilang alternatibo, maaari rin ninyong hilingin sa Medi-Cal Rx na bayaran kayo sa pamamagitan ng pagsusumite ng claim na “Pagsasauli ng Medi-Cal sa Gastos Mula sa Sariling Bulsa (Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)”. Makakakita ng higit pang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx: www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/.

Para alamin pa ang tungkol dito, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. *Listahan ng Gamot* ng aming plano

Mayroon kaming *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*. Tinatawag namin itong “*Listahan ng Gamot*” kapag pinaikli.

Pinipili namin ang mga gamot na nasa *Listahan ng Gamot* sa tulong ng isang pangkat ng mga doktor at pharmacist. Sinasabi rin sa inyo ng *Listahan ng Gamot* ang tungkol sa mga panuntunang dapat ninyong sundin para makuha ang inyong mga gamot.

Sa pangkalahatan, sakop namin ang isang gamot na nasa *Listahan ng Gamot* ng aming plano kapag sinusunod ninyo ang mga panuntunang ipinapaliwanag sa kabanatang ito.

B1. Mga Gamot sa aming *Listahan ng Gamot*

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

Sinasakop ng aming plano ang karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo sa isang parmasya. Ang ibang gamot, tulad ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta (Over-The-Counter, OTC) at ilang bitamina, ay maaari ring sakupin ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Matatawagan rin ninyo ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong Identification Card ng Benepisyaryo (BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga gamot sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Kabilang sa aming *Listahan ng Gamot* ang mga branded na gamot, generic na gamot, at mga biological na produkto (na maaaring kabilangan ng mga biosimilar).

Ang branded na gamot ay isang gamot na ibinibenta sa ilalim ng naka-trademark na pangalan na pagmamay-ari ng manufacturer ng gamot. Ang mga biological na produkto ay mga gamot na mas kumplikado kaysa mga karaniwang gamot. Sa aming *Listahan ng Gamot*, kapag tinutukoy namin ang “mga gamot” maaari itong mangahulugan sa isang gamot o biological na produkto.

Ang mga generic na gamot ay may parehong aktibong mga sangkap sa mga branded na gamot. Ang mga biological na produkto ay may mga alternatibong tinatawag na mga biosimilar. Sa pangkalahatan, ang mga generic na gamot at mga biosimilar ay kasing bisa ng mga branded na gamot o mga orihinal na biological na produkto at karaniwang mas mura ang mga ito. May mga pamalit sa mga generic na gamot na available para sa maraming branded na gamot at mga biosimilar na alternatibo para sa ilang orihinal na biological na produkto. May ilang biosimilar na mga interchangeable na biosimilar at, depende sa batas ng estado, puwede itong ipalit sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi na nangangailangan ng panibagong reseta, gaya lang din kung paano puwedeng ipalit ang mga generic na gamot sa mga branded na gamot.

Tingnan ang **Kabanata 12** para sa mga depinisyon ng mga uri ng mga gamot na maaaring nasa *Listahan ng Gamot*.

Sakop din ng aming plano ang ilang partikular na gamot na OTC at produkto. Ang ilang mga gamot na OTC ay mas mura kaysa sa mga inireresetang gamot at kasing bisa rin ang mga ito. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang CareAdvantage Unit.

B2. Paano mahanap ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*

Para alamin kung ang isang gamot na inyong ginagamit ay nasa aming *Listahan ng Gamot*, puwede ninyong:

- Bisitahin ang website ng aming plano sa www.hpsm.org/careadvantage. Ang *Listahan ng Gamot* na nasa website namin ang palaging pinakabago.
- Tawagan ang CareAdvantage Unit para alamin kung ang isang gamot ay nasa aming *Listahan ng Gamot* o para humingi ng kopya ng listahan.
- Ang mga gamot na hindi sakop ng Part D ay maaaring sakop ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon
- Gamitin ang “Real Time na Tool ng Benepisyo (Real Time Benefit Tool)” sa www.hpsm.org/careadvantage para maghanap ng mga gamot sa *Listahan ng Gamot* para makakuha ng pagtantiya sa babayaran ninyo at kung mayroong mga alternatibong gamot sa *Listahan ng Gamot* na makakagamot sa parehong kondisyon. Puwede rin ninyong tawagan ang CareAdvantage Unit.

B3. Mga Gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*

Hindi namin sakop ang lahat ng gamot.

- Ang ilang gamot ay wala sa aming *Listahan ng Gamot* dahil hindi kami pinapayagan ng batas na masakop ang mga gamot na iyon.
- Sa ibang sitwasyon, nagpasya kaming hindi isama ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.
- Sa ilang sitwasyon, maaaring makakuha kayo ng gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang **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 makakuha kayo ng reseta para sa hindi kasamang gamot, maaaring kailanganin ninyong kayo mismo ang magbayad para dito. Kung sa palagay ninyo ay dapat kaming magbayad para sa hindi kasamang gamot dahil sa inyong sitwasyon, puwede kayong mag-apela. Tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga apela.

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

1. Ang coverage ng aming plano sa gamot na para sa outpatient (na kinabibilangan ng Medicare Part D) ay hindi babayaran ang gamot na sakop na ng Medicare Part A o Medicare Part B. Sakop ng aming plano ang mga gamot na sakop sa

ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B nang libre, pero ang mga gamot na ito ay hindi itinuturing na bahagi ng inyong mga benepisyo ng gamot na para sa outpatient.

2. Ang aming plano ay hindi masasakop ang gamot na binili sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito.

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

At, ayon sa batas, hindi maaaring sakupin ng Medicare o Medi-Cal ang mga uri ng mga gamot na nakalista sa ibaba. Gayunpaman, maaaring sakupin ng CareAdvantage ang ilang partikular na gamot sa mga kategoryang ito bilang karagdagang benepisyo. Kung ang isang gamot ay nakalista sa aming Listahan ng Gamot, ito ay maaaring sakupin.

- Mga gamot na ginagamit upang makatulong sa kakayahan na magkaanak
- Mga gamot na ginagamit para sa maibsan ang mga sintomas ng ubo o sipon, maliban sa benzonatate*
- Mga gamot na ginagamit para sa mga layuning pangkosmetiko o upang tumubo ang buhok, maliban sa finasteride 1 mg**
- Mga inireresetang bitamina at mineral na produkto, maliban sa mga bitamina bago manganak at mga fluoride* preparation
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng sekswal o erectile dysfunction, maliban sa tadalafil 2.5 mg at 5 mg**
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng anorexia, pagbaba ng timbang o pagtaas ng timbang, maliban sa diethylpropion at phentermine
- Mga gamot para sa outpatient na ginawa ng isang kumpanyang nagsasabing kailangan gawin ninyo ang mga pagsusuri o serbisyo na gagawin lang nila

*May mga piling produkto na maaaring sakupin ng Medi-Cal. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon.

B4. Mga antas sa paghahati sa gastos ng *Listahan ng mga Gamot*

Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot* ay nasa isa sa 2 antas. Ang antas ay grupo ng mga gamot na karaniwang may parehong uri (halimbawa, mga branded, generic, o gamot na hindi kailangan ng reseta (Over-the-Counter, OTC)). Sa pangkalahatan, mas mataas ang antas ng paghahati sa gastos, mas mahal ang gastos ninyo sa gamot.

- Kasama sa antas 1 ang mga generic na gamot. Ang mga antas 1 na generic na gamot ay mas mura kaysa sa mga antas 2 na branded na gamot. Ito ang pinakamababang antas.

- Kabilang sa Antas 2 ang mga branded na gamot. Ang mga antas 2 na branded na gamot ay mas mahal kaysa sa mga antas 1 na generic na gamot. Ito ang pinakamataas na antas.

Upang malaman kung aling antas sa paghahati sa gastos ang inyong mga gamot, hanapin ang gamot sa *Listahan ng mga Gamot*.

Sinasabi sa inyo ng **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang halagang binabayaran ninyo para sa mga gamot sa bawat antas.

C. Mga limitasyon sa ilang gamot

Para sa ilang partikular na gamot, nililimitahan ng mga espesyal na panuntunan kung paano at kailan sinasakop ng aming plano ang mga ito. Sa pangkalahatan, hinihikayat kayo ng aming mga panuntunan na kumuha ng gamot na umuubra sa inyong medikal na kondisyon at ligtas at epektibo. Kapag ang ligtas, mas murang gamot ay umubra gaya ng mahal na gamot, inaasahan namin ang inyong provider na ireseta ang mas murang gamot.

Tandaan na minsan lumalabas ang isang gamot nang mahigit sa isang beses sa aming *Listahan ng mga Gamot*. Ito ay dahil maaaring mag-iba ang mga parehong gamot batay sa tapang, dami, o anyo ng gamot na inireseta ng inyong provider, at maaaring naaangkop ang ibang paghihigpit sa iba't ibang bersyon ng mga gamot (halimbawa, 10 mg kumpara sa 100 mg; isa kada araw kumpara sa dalawa kada araw; tableta kumpara sa liquid.)

Kung may espesyal na panuntunan para sa inyong gamot, karaniwan itong nangangahulugang kailangan ninyo o ng inyong provider na magsagawa ng ilang karagdagang hakbang para masakop namin ang gamot. Halimbawa, kailangan munang sabihin sa amin ng inyong provider ang inyong diagnosis o ibigay ang mga resulta ng pagsusuri sa dugo. Kung sa tingin ninyo o ng inyong provider na ang aming panuntunan ay hindi dapat naaangkop sa inyong sitwasyon, hilingin sa aming gamitin ang proseso ng desisyon sa coverage para gumawa ng eksepsyon. Maaaring sumang-ayon kami o hindi sumang-ayon na payagan kayong gamitin ang gamot nang hindi nagsasagawa ng mga karagdagang hakbang.

Para alamin pa ang tungkol sa paghiling para sa mga eksepsyon, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

1. Paglilimita sa paggamit ng branded na gamot o mga orihinal na biological na produkto kapag may available na generic o interchangeable biosimilar na bersyon

Sa pangkalahatan, ang isang generic na gamot o interchangeable na biosimilar ay parehong umuubra gaya ng isang branded na gamot o orihinal na biological na produkto at karaniwan itong mas mura. Sa karamihang sitwasyon, kung may available na generic o interchangeable na biosimilar na bersiyon ng isang branded na gamot o orihinal na biological na produkto, ang generic o ang interchangeable na biosimilar na beriyon ang ibibigay ng aming mga parmasya ng network.

- Karaniwang hindi kami nagbabayad para sa branded na gamot o orihinal na biological na produkto kapag may available na generic na bersyon.
- Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng inyong provider ang medikal na dahilan kung bakit hindi uubra para sa inyo ang generic na gamouit o interchangeable na biosimilar ***o*** isinulat na “Wlang mga substitution” sa inyong reseta para sa isang branded na gamot *o orihinal na biological na produkto* ***o*** kung sinabi sa amin ang medikal na dahilan na ang generic na gamot, interchangeable na biosimilar, o iba pang sakop na ginagamot ang parehong kondisyon ay hindi uubra sa inyo, sasakupin namin ang branded na gamot.
- Maaaring mas malaki ang inyong copay para sa branded na gamot o orihinal na biological na produkto kaysa sa generic na gamot o interchangeable na biosimilar.

2. Pagkuha ng pag-apruba sa plano nang maaga

Para sa ilang gamot, kailangan ninyo o ng inyong tagareseta na kumuha ng pag-apuba mula sa aming plano bago ninyo punan ang inyong gamot. Ang tawag dito ay paunang pahintulot. Inilalagay ito para matiyak ang kaligtasan ng gamot at makatulong sa paggabay sa naaangkop na paggamit ng ilang partikular na gamot. Kung hindi kayo makakuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin sakupin ang gamot. Tawagan ang CareAdvantage Unit sa numero sa ibaba ng pahina o sa aming website sa www.hpsm.org/member/prior-authorization para sa higit pang impormasyon tungkol sa paunang awtorisasyon.

3. Subukan muna ang ibang gamot

Sa pangkalahatan, gusto naming subukan ninyo ang mga mas murang gamot na kasing-epektibo bago namin masakop ang mga mas mahal na gamot. Halimbawa, kung ang Gamot A at Gamot B ay ginagamot ang parehong medikal na kondisyon, at ang Gamot A ay mas mura kaysa sa Gamot B, maaaring hilingin namin sa inyo na subukan muna ang Gamot A.

Kung **hindi** umubra sa inyo ang Gamot A, masasakop namin ang Gamot B. Tinatawag itong step therapy. Tawagan ang CareAdvantage Unit sa numero sa ibaba ng pahina o sa aming website sa https://www.hpsm.org/member/my-health-plan/careadvantage-2027/careadvantage-benefits/prescription-medicine-coverage para sa higit pang impormasyon tungkol sa step therapy.

4. Mga limitasyon sa dami

Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang dami ng gamot na maaari ninyong makuha. Tinatawag itong limitasyon sa dami. Halimbawa, kung karaniwang itinuturing na ligtas ang pag-inom ng isang pildoras lamang kada araw para sa partikular na gamot, maaari naming limitahan ang dami ng gamot na makukuha ninyo sa tuwing pupunan ninyo ang inyong gamot.

Para alamin kung mayroong alinman sa mga panuntunan sa itaas na naaangkop sa isang gamot na inyong iniinom o gustong inumin, tingnan ang aming *Listahan ng mga Gamot*. Para sa pinaka up-to-date ne impormasyon, tawagan ang CareAdvantage Unit o tingnan ang aming website sa www.hpsm.org/careadvantage. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon sa coverage batay sa alinman sa mga dahilan sa itaas, maaari kayong humiling ng apela. Tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi sakupin ang inyong gamot

Sinusubukan naming gawing naaangkop para sa inyo ang inyong coverage sa gamot, pero minsan maaaring hindi sakupin ang gamot sa paraang gusto ninyo. Halimbawa:

- Hindi sakop ng aming plano ang gamot na gusto ninyong inumin Maaaring wala ang gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot*. Maaari naming sakupin ang generic na bersyon ng gamot pero hindi ang branded na bersyon na gusto ninyong inumin. Maaaring bago ang isang gamot, at hindi pa namin ito nasusuri para sa kaligtasan at bisa.

- Sakop ng plano namin ang gamot, pero may mga espesyal na panuntunan o limitasyon sa coverage. Gaya ng ipinaliwanag sa Seksyon sa itaas ng **Seksyon C**, ang ilang gamot na sakop ng aming plano ay may mga panuntunan na naglilimita sa paggamit ng mga ito. Sa ilang sitwasyon, maaaring gusto ninyo o ng inyong tagareseta na humiling sa amin ng eksepsyon.

- Sakop ang gamot, pero nasa antas ito ng paghahati sa gastos kung saan mas mahal ang gastos ninyo kaysa sa inaakala ninyo.

May mga bagay na maaari ninyong gawin kung hindi namin sakupin ang isang gamot sa paraang gusto ninyong masakop namin ito.

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply

Sa ilang sitwasyon, maaaring bigyan namin kayo ng pansamantalang supply ng gamot kapag wala ang gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot* o kapag limitado ito sa ilang paraan. Binibigyan kayo ng panahon na makipag-usap sa inyong provider tungkol sa pagkuha ng ibang gamot o upang humiling sa amin na bayaran ang gamot.

Para makakuha ng pansamantalang supply ng gamot, dapat ninyong matugunan ang dalawang panuntunan sa ibaba:

1. Ang gamot na inyong iniinom:
    - ay wala na sa aming *Listahan ng mga Gamot* **o**
    - ay kailanman wala sa aming *Listahan ng mga Gamot* ***o***
    - ay limitado na ngayon sa ilang paraan.
2. Kayo dapat ay nasa isa sa mga sitwasyong ito:
    - Nasa aming plano kayo sa nakaraang taon.
        - Sinasakop namin ang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa unang 90 araw ng taon sa kalendaryo**.
        - Ang pansamantalang supply na ito ay hanggang 30 araw.
        - Kung nakasulat ang inyong reseta para sa mas kaunting araw, pinapayagan namin ang maraming pagpupuno ng para makapagbigay ng hanggang 30 araw ng gamot. Kailangan ninyong punan ang reseta sa isang parmasya ng network.
        - Maaaring ibigay ng mga parmasya ng matagalang pangangalaga ang inyong mga gamot nang paunti-unti para maiwasan ang pag-aksaya.
    - Bago kayo sa aming plano.
        - Sinasakop namin ang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa unang 90 araw ng inyong pagiging miyembro sa aming plano**.
        - Ang pansamantalang supply na ito ay hanggang 30 araw.
        - Kung nakasulat ang inyong reseta para sa mas kaunting araw, pinapayagan namin ang maraming pagpupuno ng para makapagbigay ng hanggang 30 araw ng gamot. Kailangan ninyong punan ang reseta sa isang parmasya ng network.

- Maaaring ibigay ng mga parmasya ng matagalang pangangalaga ang inyong mga gamot nang paunti-unti para maiwasan ang pag-aksaya.

- Nasa aming plano kayo nang mahigit 90 araw, nakatira kayo sa pasilidad para sa matagalang pangangalaga, at kailangan ninyo ng supply kaagad.
  - Sinasakop namin ang isang 31 araw na supply, o mas kaunti kung nakasulat para sa mas kaunting araw ang inyong gamot. Karagdagan ito sa pansamantalang supply sa itaas.
  - Kung lumilip[at kayo sa pagitan ng iba't ibang antas ng pangangalaga (halimbawa, papunta sa o palabas ng isang pasilidad o ospital para sa matagalang pangangalaga) at kamakailan kayong nagpuno ng gamot para sa bagong gamot, sasakupin namin ang bagong 30 araw na transition supply ng gamot para gamitin ninyo sa bago ninyong lugar. Ito ang mag-aasikaso sa anumang paghihigpit na maaaring mangyari dahil sa maagang pagpuna ng inyong gamot.

D2. Paghingi ng pansamantalang supply

Upang humiling ng pansamantalang supply ng gamot, tawagan ang CareAdvantage Unit.

Kapag nakakuha kayo ng pansamantalang supply ng isang gamot, makipag-usap sa madaling panahon sa inyong provider para magpasya kung ano ang dapat gawin kapag maubos ang inyong supply. Narito ang inyong mapagpipilian:

- Lumipat sa ibang gamot.

  Maaaring sakupin ng aming plano ang ibang gamot na naaangkop sa inyo. Tawagan ang CareAdvantage Unit para humingi ng listahan ng mga gamot na sakop na namin na ginagamit para gamutin ang parehong kondisyong medikal. Ang listahan ay makakatulong sa inyong provider maghanap ng sakop na gamot na maaaring umubra sa inyo.

  O

- Humiling ng eksepsyon.

  Maaaring hilingin ninyo at ng inyong provider sa amin na gumawa ng eksepsyon. Halimbawa, maaari ninyong hilingin sa amin na sakupin ang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* o hilingin sa aming sakupin ang gamot nang walang limitasyon. Kung sinabi ng inyong provider na mayroon kayong magandang medikal na dahilan para sa eksepsyon, matutulungan nila kayo sa paghiling ng isa.

D3. Paghiling ng eksepsyon

Kung ang gamot na iniinom ninyo ay aalisin sa aming *Listahan ng mga Gamot* o limitado ito sa ilang paraan sa susunod na taon, papayagan namin kayong humiling ng eksepsyon bago ang susunod na taon.

- Sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa anumang pagbabago sa coverage para sa inyong gamot para sa susunod na taon. Hilinging gumawa ng eksepsyon at sakupin ang gamot para sa susunod na taon sa paraang gusto ninyo.
- Sasagutin namin ang inyong kahilingan para sa isang eksepsyon sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan (o ang sumusuportang pahayag ng inyong tagareseta).
- Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan, pahihintulutan namin ang coverage para sa gamot bago magsimula ang pagbabago.

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

Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng eksepsyon, kontakin ang CareAdvantage Unit.

E. Mga pagbabago sa coverage para sa inyong mga gamot

Karamihan ng mga pagbabago sa coverage ng gamot ay nangyayari sa Enero 1, pero maaari kaming magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* sa taon. Maaari rin naming baguhin ang aming mga panuntunan tungkol sa mga gamot. Halimbawa, maaari naming:

- Pagpasyahang mangailangan o hindi mangailangan ng paunang pahintulot para sa isang gamot (pahintulot mula sa amin bago kayo makakuha ng isang gamot).
- Dagdagan o baguhin ang dami ng makukuha ninyong gamot (mga limitasyon sa dami).
- Dagdagan o baguhin ang mga paghihigpit sa step therapy sa isang gamot (kailangan ninyong subukan ang ibang gamot bago namin sakupin ang isa pang gamot).
- Palitan ang orihinal na biological na produkto ng interchangeable na biosimilar na bersyon ng biological na produkto.

Dapat naming sundin ang mga kinakailangan ng Medicare bago namin baguhin ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga panuntunang ito sa gamot, tingnan ang **Seksyon C**.

Kung iniinom ninyo ang gamot na sakop namin sa **pagsisimula** ng taon, karaniwang hindi namin inaalis o binabago ang coverage sa gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon**, maliban kung:

- mayroong lumabas na bago, mas murang gamot sa market tulad din ng gamot na nasa aming *Listahan ng Gamot* ngayon, **o**
- malaman naming hindi ligtas ang isang gamot, **o**
- inalis sa merkado ang isang gamot.

Ano ang mangyayari kung ang coverage ay magbago para sa gamot na iniinom ninyo?

Para makakuha ng higit pang impormasyon sa kung ano ang nangyayari kapag nagbago ang aming *Listahan ng Gamot*, magagawa ninyong:

- Tingnan ng kasalukuyan naming *Listahan ng mga Gamot* online sa www.hpsm.org/careadvantage **o**
- Tawagan ang CareAdvantage sa numero sa ibaba ng pahina para tingnan ang kasalukuyan naming *Listahan ng mga Gamot*.

Mga pagbabagong maaaring naming gawin sa *Listahan ng Gamot* na makakaapekto sa inyo sa kasalukuyang taon ng plano

Mangyayari kaagad ang ilang pagbabago sa *Listahan ng Gamot*. Halimbawa:

- May available na bagong generic na gamot. Minsan, may bagong generic na gamot o biosimilar na pumapasok sa market na kasingbisa ng branded na gamot o orihinal na biological na produkto na kasalukuyang nasa *Listahan ng Gamot*. Kapag nangyari iyon, maaari naming alisin ang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot, ngunit mananatiling pareho o magiging mas mababa ang inyong gastusin para sa bagong gamot. Kapag idinagdag namin ang bagong generic na gamot, maaari rin naming pagdesisyunan na panatilihin ang branded na gamot sa listahan pero babaguhin ang mga panuntunan o limitasyon ng coverage nito.
    - Maaaring hindi namin sabihin sa inyo bago namin gawin ang pagbabagong ito, pero magpapadala kami sa inyo ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabago na ginawa namin sa sandaling mangyari ito.
    - Maaaring humiling kayo o ang inyong provider ng “eksepsyon” mula sa mga pagbabagong ito. Padadalhan namin kayo ng abiso na may kasamang mga hakbang na maaari ninyong gawin para humiling ng eksepsyon. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** ng handbook na ito para sa higit pang impormasyon sa mga eksepsyon.

Pag-aalis ng mga hindi ligtas na gamot at iba pang gamot na inalis na sa merkado. Kung minsan ang gamot ay maaaring matukoy na hindi ligtas o inalis na sa merkado para sa ibang dahilan. Kapag mangyayari ito, maaari naming alisin ito kaagad sa aming *Listahan ng mga Gamot.* Kung iniinom ninyo ang gamot, padadalhan namin kayo ng abiso pagkatapos naming gawin ang pagbabago. Kung maabisuhan kayo, pakikontak ang inyong doktor o pharmacist at itanong kung ano ang susunod na gagawin.

Maaari kaming gumawa ng iba pang pagbabago na makaaapekto sa iniinom ninyong gamot. Sasabihan namin kayo nang maaga tungkol sa mga pagbabagong ito sa aming *Listahan ng mga Gamot*. Puwedeng mangyari ang mga pagbabagong ito kung:

- Inaprubahan ng Administrasyon para sa Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration, FDA) ang bagong gabay o may mga bagong klinikal na alituntunin tungkol sa isang gamot.

Kapag nangyari ang mga pagbabago ito, sasabihin:

- Namin sa inyo nang hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang pagbabago sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
- Ipaalam ito sa inyo at bigyan kayo ng 30 araw na supply ng gamot pagkatapos ninyong humingi ng refill.

Magbibigay ito sa inyo ng panahon para makipag-usap sa inyong doktor o ibang tagareseta. Matutulungan nila kayong magpasya:

- Kung may katulad na gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot* na maaari ninyong inumin sa halip **o**
- Kung dapat kayong humiling ng eksepsiyon mula sa mga pagbabagong ito para patuloy na sakupin ang gamot o ang bersiyon ng gamot na iniinom o ginagamit ninyo. Para alamin pa tungkol sa paghiling para sa mga eksepsyon, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Mga pagbabago sa *Listahan ng mga Gamot* na hindi makakaapekto sa inyo sa taon ng plano na ito

Maaari gumawa kami ng mga pagbabago sa mga gamot na iniinom o ginagamit ninyo na hindi inilarawan sa itaas at hindi makakaapekto sa inyo ngayon. Para sa mga ganitong pagbabago, kung umiinom kayo ng gamot na sakop namin sa **pagsisimula** ng taon, karaniwan naming hindi inaalis o binabago ang coverage na gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon**.

Halimbawa, kung aalisin namin ang isang gamot na inyong iniinom o limitahan ang paggamit nito, hindi maaapektuhan ng pagbabago ang inyong paggamit ng gamot o ang binabayaran ninyo para sa gamot para sa natitirang bahagi ng taon.

Kung mangyayari ang alinman sa mga pagbabagong ito para sa gamot na iniinom ninyo (maliban sa mga pagbabagong nakasaad sa seksiyon sa itaas), hindi maaapektuhan ng pagbabago ang paggamit ninyo hanggang Enero 1 ng susunod na taon.

Hindi namin sasabihin sa inyo ang tungkol sa mga uring ito ng mga pagbabago nang direkta sa kasalukuyang taon. Kakailanganin ninyong basahin ang *Listahan ng Gamot* para sa susunod na taon ng plano (kapag available na ang listahan sa panahon ng bukas na enrollment period) para malaman kung may anumang pagbabagong makakaapekto sa inyo sa susunod na taon ng plano.

F. Mga coverage sa gamot sa mga espesyal na sitwasyon

F1. Nasa ospital o skilled nursing facility para sa isang pamamalagi na sakop ng aming plano

Kung na-admit kayo sa ospital o skilled nursing facility para sa isang pamamalagi na sakop ng aming plano, karaniwang sinasasakop namin ang gastos ng inyong gamot sa panahon ng inyong pamamalagi. Hindi kayo magbabayad ng copay. Kapag lumabas kayo ng ospital o skilled nursing facility, sakop namin ang inyong mga gamot hangga't natutugunan ng mga gamot ang lahat ng aming mga panuntunan sa coverage.

Para alamin pa ang tungkol sa coverage ng gamot at kung ano ang binabayaran ninyo, tingnan ang **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

F2. Sa pasilidad ng matagalang pangangalaga

Karaniwan, ang pasilidad ng matagalang pangangalaga, tulad ng skilled nursing facility, ay may sariling parmasya o parmasya na nagsu-supply ng mga gamot para sa lahat ng kanilang mga residente. Kung nakatira kayo sa skilled nursing facility, maaari makuha ninyo ang inyong mga gamot sa pamamagitan ng parmasya ng pasilidad kung bahagi ito ng aming network.

Tingnan ang inyong *Direktoryo ng Provider at Parmasya* upang malaman kung ang parmasya ng inyong pasilidad ng matagalang pangangalaga ay bahagi ng inyong network. Kung hindi o kung kailangan mo ng higit pang impormasyon, kontakin ang CareAdvantage Unit.

F3. Sa programa ng hospice na sertipikado ng Medicare

Ang mga gamot ay hindi kailanman sinasakop ng hospice at ng aming plano nang magkasabay.

- Maaari kayong mag-enroll sa hospice ng Medicare at mangailangan ng ilang partikular na gamot (hal., pananakit, gamot laban sa pagduduwal, laxativer, o mga gamot laban sa axiety) na hindi sakop ng inyong hospice dahil hindi ito nauugnay sa inyong terminal na prognosis at mga kondisyon. Sa ganitong sitwasyon, dapat maabisuhan ang aming plano ng tagareseta o ng inyong provider sa hospice na ang inyong gamot ay hindi nauugnay bago namin masakop ang gamot.

- Para maiwasan ang mga pagkaantala sa pagkuha ng anumang hindi nauugnay na gamot na dapat sakupin ng aming plano, maaari ninyong hilingin sa inyong provider sa hospice o tagareseta na tiyaking maabisuhan kami na ang gamot ay hindi nauugnay bago kayo humiling sa parmasya na punan ang inyong gamot.

Kung umalis kayo sa hospice, sinasakop ng aming plano ang lahat ng inyong gamot. Para maiwasan ang anumang pagkaantala sa parmasya kapag natapos ang inyong benepisyo sa hospice ng Medicare, dalhin ang dokumentasyon sa parmasya para beripikahin na umalis na kayo sa hospice.

Tingnan ang mga naunang bahagi ng kabanatang ito na nagsasabi tungkol sa mga gamot na sakop ng aming plano. Tingnan ang **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyo sa hospice.

G. Mga programa sa kaligtasan sa gamot at pamamahala ng mga gamot

G1. Mga programang makakatulong sa inyong ligtas na gumamit ng mga gamot

Sa twuing magpupuno kayo ng gamot, tinitingnan namin ang mga posibleng problema, tulad ng mga pagkakamali sa gamot o mga gamot na:

- maaaring hindi kailangan dahil umiinom kayo ng isa pang katulad na gamot na pareho ang ginagawa
- maaaring hindi ligtas para sa inyong edad o kasarian
- maaaring makasama sa inyo kung iinumin ninyo ito nang sabay
- may mga sangkap na kayo ay o maaaring allergic
- maaaring error sa dami (dosis)
- may mga hindi ligtas na dami ng opioid na gamot sa pananakit

Kung makakita kami ng posibleng problema sa inyong paggamit ng mga gamot, makikipagtulungan kami sa inyong provider para itama ang problema.

G2. Mga programa para tulungan kayong pamahalaan ang inyong mga gamot

May programa ang aming plano para tulungan ang mga miyembro na may mga kumplikadong pangangailangan sa kalusugan. Sa mga ganitong sitwasyon, maaaring kwalipikado kayong tumanggap ng mga serbisyo, nang wala kayong babayaran, sa pamamagitan ng programa sa pamamahala ng pamamahala ng therapy sa gamot (Medication Therapy Management, MTM). Boluntaryo at libre ang programang ito. Tinutulungan kayo at ang inyong provider ng programang ito na tiyaking na tumatalab ang inyong mga gamot para mapabuti ang inyong

kalusugan. Kung kwalipikado kayo para sa programa, bibigyan kayo ng isang pharmacist at iba pang propesyonal sa kalusugan ng komprehensibong pagsusuri ng lahat ng inyong gamot at makikipag-usap sa inyo tungkol sa:

- paano susulitin ang benepisyo mula sa mga gamot na iniinom ninyo
- anumang alalahanin na mayroon kayo, tulad ng mga halaga ng gamot at mga reaksyon sa gamot
- paano pinakamagandang inumin ang inyong mga gamot
- anumang tanong o problema na mayroon kayo tungkol sa inyong gamot at mga over-the-counter na gamot

Pagkatapos, bibigyan niya kayo ng:

- Nakasulat na buod ng talakayang ito. Ang buod ay may plano ng aksyon sa gamot na nagrerekomenda kung ano ang magagawa ninyo para sa pinakamabuting paggamit ng inyong mga gamot.
- Ang personal na listahan ng gamot na kasama ang lahat ng gamot na iniinom ninyo, gaano karami ang inyong iniinom, at kung kailan at bakit ninyo iniinom ang mga ito.
- Impormasyon tungkol sa ligtas na pagtatapon ng mga inireresetang gamot na kontroladong substance.

Magandang ideya ang pakikipag-usap sa inyong tagareseta tungkol sa inyong plano ng aksyon at listahan ng mga gamot.

- Dalhin ang inyong plano ng aksyon at listahan ng gamot sa inyong pagpapatingin o anumang oras na kayo ay makikipag-usap sa inyong mga doktor, pharmacist, at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan.
- Dalhin ang inyong listahan ng mga gamot kung pupunta kayo sa isang ospital o emergency room.

Boluntaryo at libre sa mga miyembro na kwalipikado ang mga programa ng MTM. Kung mayroon kaming programang naaangkop sa mga pangangailangan ninyo, ie-enroll namin kayo sa programa at padadalhan kayo ng impormasyon. Kung ayaw ninyong sumali sa programa, ipaalam ito sa amin, at aalisin namin kayo rito.

Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa mga programang ito, kontakin ang CareAdvantage Unit.

G3. Programa sa pamamahala ng gamot (DMP) upang matulungan ang mga miyembrong ligtas na gamitin ang mga opioid na gamot

May programa kami na nagtitiyak na ligtas ang paggamit ng mga miyembro ng mga inireresetang opioid at iba pang madalas na inaabusong gamot. Ang programang ito ay tinatawag na Programa sa Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program, DMP).

Kung gumagamit kayo ng mga opioid na gamot na natatanggap ninyo mula sa ilang tagareseta o parmasya o kung nag-overdose kayo ng opioid kamakailan, maaari naming kausapin ang inyong mga tagareseta upang matiyak na naaangkop at medikal na kinakailangan ang inyong paggamit ng gamot na opioid. Pakikipagtulungan sa inyong mga tagareseta, kung magpapasya kaming maaaring hindi ligtas ang inyong paggamit ng mga inireresetang opioid o benzodiazepine na gamot, maaaring limitahan namin kung paano ninyo makukuha ang mga gamot na iyon. Kung ilalagay namin kayo sa aming DMP, maaaring kabilang sa mga limitasyon ang:

- Paghiling sa inyo na kunin ang lahat ng reseta para sa mga gamot na iyon mula sa (mga) partikular na parmasya
- Paghiling sa inyo na kunin ang lahat ng inyong reseta para sa mga gamot na opioid o benzodiazepine mula sa (mga) partikular na tagareseta

  Paglilimita sa dami ng mga opioid o benzodiazepine na gamot na sakop namin para sa inyo

Kung pinaplano naming limitahan kung paano ninyo makukuha ang mga gamot na ito o kung gaano karami ang maaari ninyong kunin, papadalhan namin kayo ng sulat nang maaga. Sasabihin ng sulatsa inyo kung lilimitahan namin ang coverage sa mga gamot na ito para sa inyo, o hihilingin sa inyo kunin ang reseta para sa mga gamot na ito mula lang sa partikular na provider o parmasya.

Magkakaroon kayo ng pagkakataong sabihin sa amin kung sino o aling mga tagareseta o parmasya ang gusto ninyo at anumang impormasyong sa tingin ninyo ay mahalaga naming malaman. Pagkatapos na nagkayyon kayo ng oportunidad na sumagot, kung magpapasya kaming limitahan ang inyong coverage para sa mga gamot na ito, magpapadala kami sa inyo ng isa pang sulat na kinukumpirma ang mga limitasyon.

Kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami, hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon o sa mga limitasyon, maaari kayo o ang inyong tagareseta na umapela. Kapag umapela kayo, susuriin namin ang inyong kaso at bibigyan namin kayo ng bagong desisyon. Kung patuloy naming hindi tatanggihan ang anumang bahagi ng inyong apela na nauugnay sa mga limitasyong na naaangkop sa inyong access sa mga gamot, awtomatiko naming ipapadala ang inyong kaso sa isang Organisasyon para sa Hiwalay ng Pagsusuri (Independent Review Organization, IRO). (Para matuto pa tungkol sa mga apela at IRO, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.)

Maaaring hindi naaangkop sa inyo ang DMP kung kayo ay:

- may ilang partikular na medikal na kondisyon, gaya ng kanser o sickle cell disease,
- nakakukuha ng pangangalaga mula sa hospice, maibsan ang pananakit, o pagtatapos ng buhay, **o**
- nananatili sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga.

Kabanata 6: Ano ang binabayaran ninyo para sa inyong mga gamot sa Medicare at Medi-Cal

Panimula

Sinasabi ng Kabanata na ito kung ano ang binabayaran ninyo para sa inyong mga gamot para sa outpatient. Ang aming ibig sabihin sa “gamot” ay:

- Mga gamot sa Medicare Part D, **at**
- Mga gamot at item na sakop sa ilalim ng Medi-Cal Rx, **at**
- Mga gamot at item na sakop ng aming plano bilang mga karagdagang benepisyo.

Dahil kayo ay kwalipikado para sa Medi-Cal, makakakuha kayo ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare para tulungan kayong bayaran ang inyong mga gamot sa Medicare Part D. Nagpadala kami sa inyo ng hiwalay na insert, na tinatawag ang *“Katunayan ng Coverage na Rider para sa Mga Taong Nakakatanggap ng Karagdagang Tulong sa Pagbabayad ng Mga Inireresetang Gamot”* (tinatawag din na “Low Income Subsidy Rider” o ang “LIS Rider”), na nagsasabi sa inyo ng tungkol sa inyong coverage sa gamot. Kung wala kayong insert na ito, mangyaring tawagan ang CareAdvantage Unit at hingin ang “LIS Rider.”

> Ang **Karagdagang Tulong** ay isang programa sa Medicare na tinutulungan mga tao na may limitadong kita at mapagkukunan na bawasan ang mga gastusin sa mga gamot na sakop ng Medicare Part D, gaya ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidiya para sa Mababang Kita (Low-Income Subsidy)” o “LIS.”

Makikita ang iba pang mahahalagang salita at mga kahulugan ng mga ito na nakaayos nang alpabetiko sa huling Kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Para alamin pa ang tungkol sa mga gamot, maaari ninyong tingnan sa mga lugar na ito:

- Ang Aming *Listahan ng Mga Sakop na Gamo*t.
  - Tinatawag namin itong “*Listahan ng Gamot*.” Sinasabi nito sa inyo:
    - kung alin sa mga gamot ang aming binabayaran
    - kung alin sa 2 antas ang kinabibilangan ng bawat gamot

  - Kung mayroong anumang limitasyon sa mga gamot

- Kung kailangan ninyo ng kopya ng aming *Listahan ng mga Gamot*, tawagan ang CareAdvantage Unit. Maaari rin ninyong makita ang pinakabagong kopya ng aming *Listahan ng mga Gamot* sa aming website sa www.hpsm.org/careadvantage.

- Sinasakop ng CareAdvantage ang karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo sa isang parmasya. Ang ibang gamot, tulad ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta (Over-The-Counter, OTC) at ilang bitamina, ay maaari ring sakupin ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Matatawagan rin ninyo ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong Identification Card ng Benepisyaryo (Beneficiary Identification Card, BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga gamot sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

- **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

  - Ipinapaliwanag kung paano makukuha ang iyong mga gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng aming plano.

  - Kasama dito ang mga panuntunan na kailangan ninyong sundin. Sinasabi rin nito kung aling mga uri ng gamot ang hindi sakop ng aming plano.

  - Kapag ginamit ninyo ang “Real Time Benefit Tool” ng plano para maghanap ng coverage sa gamot (tingnan ang **Kabanata 5, Seksyon B2**), ang gastos na ipapakita ay ang tinatayang mga gastos mula sa sariling bulsa na inaasahang babayaran ninyo. Maaari ninyong tawagan ang CareAdvantage Unit para sa higit pang impormasyon.

- Ang Aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya.*

  - Sa karamihang sitwasyon, dapat ninyong gamitin ang parmasya ng network para makakuha ng inyong mga sakop na gamot. Ang mga parmasya ng network ay ang mga parmasya na sumang-ayong makipagtulungan sa amin.

  - Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang aming mga parmasya ng network. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga parmasya ng network.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Mga *Paliwanag sa mga Benepisyo EOB)* 198

B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot.....199

B1. Paano kung may makita kayong mali sa buod na ito?.....201

B2. Paano naman kung may posibleng panloloko? 201

C. Mga Yugto sa Pagbabayad ng Gamot para sa mga gamot sa Medicare Part D 201

C1. May 2 antas sa paghahati sa gastos ang aming plano 202

C2. Mga mapagpipilian ninyong parmasya 202

C3. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot.....203

C4. Ang binabayaran ninyo 203

D. Yugto 1: Ang Unang Yugto ng Coverage.....205

D1. Mga mapagpipilian ninyong parmasya 205

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot 205

D3. Ang binabayaran ninyo 206

D4. Ang Pagtatapos ng Unang Yugto ng Coverage.....207

E. Yugto 2: Ang Yugto ng Catastrophic Coverage 208

F. Ang inyong gastos sa gamot kapag ang inireseta sa inyo ng doktor ay mas mababa sa isang buong buwan na supply.....208

G. Kung ano ang binabayaran ninyo para sa mga bakuna sa Part D 209

G1. Ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna.....209

G2. Ang binabayaran ninyo para sa bakunang sakop ng Medicare Part D 210

A. Mga *Paliwanag sa mga Benepisyo (EOB)*

Sinusubaybayan ng aming plano ang inyong mga gastusin sa gamot at ang inyong mga pagbabayad kapag kumukuha kayo ng mga gamot sa parmasya. Sinusubaybayan namin ang dalawang uri ng gastos:

- Inyong **mga gastos mula sa sariling bulsa**. Ito ang halaga ng pera na binabayad ninyo, o ng ibang tao sa ngalan ninyo, para sa inyong mga gamot. Kasama rito ang ibinayad ninyo noong kumuha kayo ng isang sakop na gamot sa Part D, anumang pagbabayad ng pamilya o mga kaibigan para sa inyong mga gamot, anumang pagbabayad ng Karagdagang Tulong mula Medicare para sa inyong mga gamot, mga planong pangkalusugan ng employer o unyon, Serbisyong Pangkalusugan ng Indian, mga programa ng pagtulong para sa gamot sa AIDS, mga charity, at karamihan sa mga State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP).

- Inyong **kabuuang mga halaga ng gamot**. Ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad para sa inyong mga sakop na gamot sa Part D. Kasama rito ang ibinayad ng aming plano, at ang ibinayad ng iba pang programa o organisasyon para sa inyong mga sakop na gamot sa Part D.

Kapag kumuha kayo ng gamot sa pamamagitan ng aming plano, magpapadala kami sa inyo ng isang buod na tinatawag na *Paliwanag ng mga Benepisyo (Explanation of Benefits, EOB)*. Tinatawag namin itong EOB kapag pinaikli. Hindi singil ang EOB Ang EOB ay mayroong higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom ninyo gaya ng mga pagtaas ng presyo at iba pang maaaring available na gamot na mas mababa ang paghahati sa gastos. Maaari ninyong kausapin ang tagareseta ninyo tungkol sa mga opsyon sa mas mababang gastos na ito. Kasama sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan**. Sinasabi ng buod kung ano ang mga nakuha ninyong gamot sa nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang halaga ng gamot, ano ang aming binayaran at kung ano ang binayaran ninyo at ng ibang tao para sa inyo.

- **Mga kabuuan para sa taon simula noong Enero 1.** Ipinakikita nito ang kabuuang gastos sa gamot at ang kabuuang pagbabayad para sa inyong mga gamot mula sa umpisa ng taon.

- **Impormasyon sa presyo ng gamot**. Ito ang kabuuang presyo ng gamot at anumang pagbabago sa presyo ng gamot simula ng unang pagpuno para sa bawat pagkuha ng gamot ng parehong dami.

- **Mga mas murang alternatibo**. Kapag naaangkop, impormasyon tungkol sa iba pang available na gamot na may mas mababang paghahati sa gastos para sa bawat gamot.

Nagbibigay kami ng coverage ng gamot na hindi sakop sa ilalim ng Medicare.

- Ang mga pagbabayad na ginawa para sa mga gamot na ito ay hindi ibibilang sa inyong kabuuang mga gastos mula sa sariling bulsa.
- Binabayaran din namin ang ilang mga gamot na hindi kailangan ng reseta. Wala kayong babayaran para sa mga gamot na ito. Ang ilang partikular na produktong gamot na hindi kailangan ng reseta (Over-the-Counter, OTC) ay sinasakop na may reseta mula sa inyong doktor habang ang iba ay available nang walang babayarab pamamagitan ng benepisyo ng CareAdvantage OTC. Para sa mga produktong sakop ng benepisyong CareAdvantage na gamot na OTC, walang resetang kailangan. Para sa higit pang impormasyon, mangyaring bisitahin ang aming website sa www.hpsm.org/careadvantage o tawagan ang CareAdvantage Unit.
- Sinasakop ng plano ang karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo sa isang parmasya. Ang ibang gamot, tulad ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) at ilang bitamina, ay maaari ring sakupin ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari rin ninyong tawagan ang center ng serbisyo sa customer ng Medi-Cal sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong identification card ng benepisyaryo (BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga gamot sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

  Upang malaman kung aling mga gamot na sinasakop ng aming plano, tingnan sa aming *Listahan ng Gamot*.

B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot

Upang masubaybayan ang inyong mga gastos sa gamot at pabagbayad na inyong ginagawa, ginagamit namin ang mga rekord na nakukuha namin mula sa inyo at mula sa inyong parmasya. Narito kung paano kayo makatutulong sa amin:

1. Gamitin ang ng inyong ID Card ng Miyembro

Ipakita ang inyong ID card ng Miyembro tuwing nagpapapuno kayo ng gamot. Nakakatulong ito sa amin na malaman kung anong mga gamot ang inyong pinapupuno at kung ano ang binabayaran ninyo.

2. Siguruhin na mayroon kami ng impormasyon na kailangan namin.

Maaari ninyong hilingin sa amin nabayaran kayo para sa aming bahagi ng gastos ng gamot. Narito ang mga halimbawa kung kailan dapat ninyong ibigay sa amin ang mga kopya ng inyong mga resibo:

- Kapag bumili kayo ng sakop na gamot sa isang parmasya ng network sa espesyal na presyo o gamit ang card ng diskuwento na hindi bahagi ng inyong benepisyo sa plano
- Kapag nagbayad kayo ng copay para sa mga gamot na nakukuha ninyo sa ilalim ng pantulong na programa ng gumagawa ng gamot para sa pasyente.
- Kapag bumili kayo ng mga sakop na gamot sa parmasya ng network.
- Kapag binayaran ninyo ang buong presyo ng sakop na gamot sa ilalim ng mga espesyal na sitwasyon.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghiling sa aming bayaran kayo para sa aming bahagi sa gastos ng gamot, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

3. Ipadala sa amin ang impormasyon tungkol sa mga pagbabayad na ginawa ng iba para sa inyo.

Ang mga pagbabayad ng ilang indibidwal at organisasyon ay nabibilang din sa inyong gastos mula sa sariling bulsa. Halimbawa, ang pantulong na programa para sa gamot sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), ang Indian Health Service, at karamihan sa mga kawanggawa ay nabibilang sa iyong mga gastos mula sa sariling bulsa. Nakatutulong ito sa inyo upang maging kwalipikado sa Catastrophic Coverage. Kapag umabot kayo sa Yugto ng Catastrophic Coverage, ang aming plano ang magbabayad sa lahat ng inyong gastusin para sa inyong mga gamot sa Medicare Part D para sa nalalabing bahagi ngtaon.

4. Basahin ang mga EOB na ipinadadala namin sa inyo.

Kapag nakatanggap kayo ng EOB sa pamamagitan ng koreo, siguraduhing kumpleto at tama ito.

- **Nakikilala ba ninyo ang pangalan ng bawat parmasya?** Tingnan ang mga petsa. Kumuha ba kayo ng mga gamot sa araw na iyon?
- **Nakuha ba ninyo ang mga nakalistang gamot?** Tugma ba ang mga ito sa mga nakalista sa inyong mga resibo? Tugma ba ang mga gamot sa kung ano ang inireseta ng inyong doktor?

B1. Paano kung may makita kayong mali sa buod na ito?

Kung may nakakalito o parang may mali sa EOB na ito, pakitawagan ang CareAdvantage Unit. Makakahanap din kayo ng mga sagot sa maraming tanong sa aming website: www.hpsm.org/careadvantage.

B2. Paano naman kung may posibleng panloloko?

Kung nagpapakita ang buod na ito ng mga gamot na hindi ninyo iniinom o anupamang mukhang kahina-hinala para sa inyo, mangyaring kontakin kami.

- Tawagan ang CareAdvantage Unit.
- O, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari rin ninyong tawagan ang mga numerong ito nang libre.
- Kung naghihinala kayong nanloko, nag-aksaya, o nang-abuso ang isang provider nakakatanggap ng Medi-Cal, karapatan ninyong iulat ito sa pamamagitan ng pagtawag sa kumpidensiyal na walang bayad na numerong 1-800-822-6222. Ang iba pang paraan ng pag-uulat ng panloloko sa Medi-Cal ay makikita sa: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Kung sa palagay ninyo ay may mali o nawawala, o kung mayroon kayong anumang tanong, tawagan ang CareAdvantage Unit. Itabi ang mga EOB na ito. Mahalagang rekord ang mga ito ng inyong mga gastusin sa gamot.

C. Mga Yugto sa Pagbabayad ng Gamot para sa mga gamot sa Medicare Part D

Mayroong dalawang yugto ng pagbabayad para sa inyong coverage sa gamot ng Medicare Part D sa ilalim ng aming plano. Kung magkano ang inyong binabayaran para sa bawat gamot ay depende sa inyong antas ng Karagdagang Tulong at aakung aling yugto kayo kapag nagpapuno o muling magpapapuno kayo ng gamot. Ito ang dalawang yugto:

Yugto 1: Yugto ng Unang Coverage	Yugto 2: Yugto ng Catastrophic Coverage
Sa yugtong ito, babayaran namin ang bahagi ng mga gastos para sa inyong mga gamot, at babayaran ninyo ang inyong bahagi. Copay ang tawag sa inyong bahagi. Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag napunan ang inyong unang gamot ng taon.	Sa yugtong ito, babayaran namin ang lahat ng mga gastos para sa inyong mga gamot hanggang sa Disyembre 31, 2027. Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag nabayaran ninyo na ang partikular na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa.

C1. May 2 antas sa paghahati sa gastos ang aming plano

Ang mga antas sa paghahati sa gastos ay mga grupo ng mga gamot na pareho ang copay. Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ay nasa isa sa 2 antas sa paghahati sa gastos. Sa pangkalahatan, mas mataas ang bilang ng antas, mas mataas ang copay. Upang mahanap ang antas sapaghahati sa gastos para sa inyong mga gamot, tingnan ang aming *Listahan ng Gamot.*

- Ang mga gamot sa Antas 1 ang may pinakamababang copay. Ang mga gamot sa Antas 1 ay mga generic na gamot. Ang copay ay $0, $1.65, o $5.80 depende sa inyong kita.
- Ang mga gamot na nasa Antas 2 ang may pinakamataas na copay. Ito ang mga branded na gamot. Ang copay ay mula $0 hanggang $5.00, o $14.40 depende sa inyong kita.

C2. Mga mapagpipilian ninyong parmasya

Ang binabayaran ninyo para sa gamot ay depende kung saan ninyo nakukuha ang gamot:

- parmasya ng network, **o**
- parmasya na wala sa network. Sa ilang limitadong sitwasyon, sasakupin namin ang mga gamot na pinapunan sa mga parmasya na wala sa network. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para malaman kung kailan namin iyon ginagawa.
- Ang mail-order na parmasya ng aming plano.

Tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman kung paano maghain ng apela kung nasabihan kayong may gamot na hindi sasakupin. Para alamin pa ang

tungkol sa mga pagpipiliang parmasya, tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito at sa aming *Direktoryo ng Provider* at *Parmasya*.

C3. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot

Para sa ilang gamot, kayo ay makakakuha ng pangmatagalang supply (tinatawag din na "pinalawig na supply") kapag pinapunan ninyo ang inyong gamot. Ang pangmatagalang supply ay hanggang sa 90 araw na supply. Ang gastos ninyo ay pareho sa isang buwan na supply.

Para sa mga detalye kung saan at paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.

C4. Ang binabayaran ninyo

Maaari kayong magbayad ng copay kapag pinapunan ang gamot. Kung ang halaga ng sakop na gamot ninyo ay mas mura kaysa sa copay, babayaran ninyo ang mas mababang presyo.

Kontakin ang CareAdvantage Unit para malaman kung magkano ang inyong copay para sa anumang sakop na gamot.

Sinasakop ng plano ang karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo sa isang parmasya. Ang ibang gamot, tulad ng ilang gamot na hindi kailangan ng reseta (OTC) at ilang bitamina, ay maaari ring sakupin ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari rin ninyong tawagan ang center ng serbisyo sa customer ng Medi-Cal sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong identification card ng benepisyaryo (BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga gamot sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Ang inyong bahagi ng gastos kapag kayo ay nakakuha ng para sa isang buwan o pangmatagalang supply ng sakop na gamot mula sa:

	Parmasyang ng network Isang buwan o hanggang 90 araw na supply	**Ang mail order na serbisyong aming plano** Isang buwan o hanggang 90 araw na supply	**Pangmatagalang pangangalaga na parmasyang network** Hanggang 90 araw na supply	**Parmasyang na wala sa network** Hanggang 90 araw na supply. Ang coverage ay limitado sa ilang mga sitwasyon. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga detalye.
Paghahati sa gastos **Antas 1** (*mga generic na gamot*)	Binabayaran ninyo ang $0, $1.65, o $5.80	Binabayaran ninyo ang $0, $1.65, o $5.80	Binabayaran ninyo ang $0, $1.65, o $5.80	Binabayaran ninyo ang $0, $1.65, o $5.80
Paghahati sa gastos **Antas 2** (mga brand na gamot)	Binabayaran ninyo ang $0, $5.00, o $14.40	Binabayaran ninyo ang $0, $5.00, o $14.40	Binabayaran ninyo ang $0, $5.00, o $14.40	Binabayaran ninyo ang $0, $5.00, o $14.40
Mga gamot na OTC na produktong sakop ng CareAdvantage	Binabayaran ninyo ang $0	Binabayaran ninyo ang $0	Binabayaran ninyo ang $0	Binabayaran ninyo ang $0

Para sa impormasyon tungkol sa aling mga parmasya ang maaaring magbigay sa inyo ng mga pangmatagalang supply, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ng aming plano.

D. Yugto 1: Ang Unang Yugto ng Coverage

Sa panahon ng Unang Yugto ng Coverage, binabayaran namin ang bahagi ng gastos ng inyong mga sakop na gamot, at binabayaran ninyo ang inyong bahagi. Copay ang tawag sa inyong bahagi. Ang copay ay depende sa antas sa paghahati sa gastos kung kasama ang gamot at kung saan ninyo kinukuha ito.

Ang mga antas sa paghahati sa gastos ay mga grupo ng mga gamot na pareho ang copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano ay nasa isa sa dalawang (2) antas sa paghahati sa gastos. Sa pangkalahatan, mas mataas ang bilang ng antas, mas mataas ang copay. Upang mahanap ang antas sapaghahati sa gastos para sa inyong mga gamot, tingnan ang aming *Listahan ng Gamot.*

- Ang mga gamot sa Antas 1 ang may pinakamababang copay. Maaari mga generic na gamot o gamot na hindi sa Medicare na sinasakop ng CareAdvantage. Ang copay ay mula $0 hanggang $5.80, depende sa inyong kita.
- Ang mga gamot na nasa Antas 2 ang may pinakamataas na copay. Ito ang mga branded na gamot. Ang copay ay mula $0 hanggang $14.40, depende sa inyong kita.

D1. Mga mapagpipilian ninyong parmasya

Magkano ang binabayaran ninyo para sa gamot ay depende kung nakukuha ninyo ang gamot mula sa:

- Retail na parmasya ng network **o**
- Parmasya nga wala sa network. Sa ilang limitadong sitwasyon, sasakupin namin ang mga gamot na pinapunan sa mga parmasya na wala sa network. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para malaman kung kailan namin iyon ginagawa.
- Ang mail-order na parmasya ng aming plano.

Para sa alamin pa ang tungkol sa mga pagpipiliang ito, tingnan sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito at sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot

Para sa ilang gamot, kayo ay makakakuha ng pangmatagalang supply (tinatawag din na “pinalawig na supply”) kapag pinapunan ninyo ang inyong gamot. Ang pangmatagalang supply ay hanggang sa 90 araw na supply. Ang gastos ninyo ay pareho sa isang buwan na supply.

Para sa mga detalye kung saan at paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng gamot, tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ng aming plano.

D3. Ang binabayaran ninyo

Sa Unang Yugto ng Coverage, maaari kayong magbayad ng copay sa tuwing magpupuno kayo ng gamot. Kung ang halaga ng sakop na gamot ninyo ay mas mura kaysa sa copay, babayaran ninyo ang mas mababang presyo.

Kontakin ang CareAdvantage Unit para malaman kung magkano ang inyong copay para sa anumang sakop na gamot.

Ang inyong bahagi ng gastos kapag kayo ay nakakuha ng para sa isang buwan o pangmatagalang supply ng sakop na gamot mula sa:

	Parmasyang ng network Isang buwan o hanggang 90 araw na supply	**Ang mail order na serbisyong aming plano** Isang buwan o hanggang 90 araw na supply	**Pangmatagalang pangangalaga na parmasyang network** Hanggang 90 araw na supply	**Parmasyang na wala sa network** Hanggang 90 araw na supply. Ang coverage ay limitado sa ilang mga sitwasyon. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga detalye.
Paghahati sa gastos **Antas 1** (*mga generic na gamot*)	Binabayaran ninyo ang $0, $1.65, o $5.80	Binabayaran ninyo ang $0, $1.65, o $5.80	Binabayaran ninyo ang $0, $1.65, o $5.80	Binabayaran ninyo ang $0, $1.65, o $5.80

	Parmasyang ng network Isang buwan o hanggang 90 araw na supply	**Ang mail order na serbisyong aming plano** Isang buwan o hanggang 90 araw na supply	**Pangmatagalang pangangalaga na parmasyang network** Hanggang 90 araw na supply	**Parmasyang na wala sa network** Hanggang 90 araw na supply. Ang coverage ay limitado sa ilang mga sitwasyon. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga detalye.
Paghahati sa gastos **Antas 2** (mga brand na gamot)	Binabayaran ninyo ang $0, $5.00, $14.40	Binabayaran ninyo ang $0, $5.00, $14.40	Binabayaran ninyo ang $0, $5.00, $14.40	Binabayaran ninyo ang $0, $5.00, $14.40
Mga gamot na OTC na produktong sakop ng CareAdvantage	$0	$0	$0	$0

Para sa impormasyon tungkol sa aling mga parmasya ang maaaring magbigay sa inyo ng mga pangmatagalang supply, tingnan ang aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya.*

D4. Ang Pagtatapos ng Unang Yugto ng Coverage

Matatapos ang Yugto ng Inisyal na Coverage kapag umabot na ang kabuuan ng inyong mga gastos mula sa sariling bulsa sa $2,400. Sa puntong ito, magsisimula na ang Yugto ng Catastropic Coverage. Sasakupin namin ang lahat ng gastos sa inyong gamot mula dito hanggang sa katapusan ng taon.

Nagbibigay kami ng mga karagdagang gamot na hindi karaniwang sakop ng Plano sa Gamot sa Medicare. Ang mga pagbabayad para sa mga gamot na ito ay hindi ibibilang sa inyong mga gastos mula sa sariling bulsa.

Tinutulungan kayo ng inyong EOB na masubaybayan kung magkano na ang inyong binayaran para sa mga gamot sa buong taon. Ipapaalam namin sa inyo kung naabot ninyo ang halagang $2,400 na limitasyon. Maraming tao ang hindi umaabot sa halagang iyon sa isang taon.

E. Yugto 2: Ang Yugto ng Catastrophic Coverage

Kapag naabot na ninyo ang limitasyon mula sa sariling bulsa na $2,400 para sa mga gamot, magsisimula na ang Yugto ng Catastrophic Coverage. Mananatili kayo sa Yugto ng Catastropic Coverage hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo. Sa yugtong ito, wala kayong babayaran para sa inyong mga sakop na gamot ng Part D.

F. Ang inyong gastos sa gamot kapag ang inireseta sa inyo ng doktor ay mas mababa sa isang buong buwan na supply

Kadalasan, magbabayad kayo ng copay para masakop ang buong buwang supply ng sakop na gamot. Gayunpaman, maaaring magreseta ang inyong doktor para sa supply ng gamot na walang isang buwan.

- Maaaring may mga panahon na gusto ninyong hilingin sa inyong doktor na magreseta ng supply ng gamot na walang isang buwan (halimbawa, kapag sinusubukan ninyo ang isang gamot sa unang pagkakataon).
- Kung papayag ang inyong doktor, hindi ninyo kailangang bayaran ang isang buong buwang supply para sa ilang partikular na gamot.

Kapag kumuha kayo ng supply ng gamot nang walang isang buwan, nakabatay ang halagang binabayaran ninyo sa bilang ng mga araw para sa gamot na inyong nakukuha. Kakalkulahin namin ang halaga na binabayaran ninyo kada araw para sa inyong gamot (ang “halaga ng araw-araw na paghahati sa gastos”) at imu-multiply ito sa bilang ng araw na supply ng gamot na nakukuha ninyo.

- Narito ang isang halimbawa: Sabihin natin na ang inyong copay para sa inyong gamot para sa isang buong buwang supply (30 na araw) ng inyong gamot ay $5.80. Ibig sabihin na ang halagang binabayaran ninyo para sa inyong gamot ay wala pang $0.20 kada araw. Kung kukuha kayo ng pitong araw na supply ng gamot, ang bayad ninyo ay wala pang $0.20 kada araw na imu-multiply sa pitong araw, para sa kabuuang bayarin na $1.35.

- Ang araw-araw na paghahati sa gastos ay pinapayagan kayong tiyakin na umuubra sa inyo ang gamot para sa inyo bago ninyo bayaran ang buong buwan na supply.
- Maaari din ninyong hilingin sa inyong provider na magreseta ng supply ng gamot na walang isang buwan para makatulong sa inyong:
  - Mas magplano kung kailan magre-refill ng inyong mga gamot,
  - I-coordinate ang mga refill sa iba pang gamot para mas kakaunti ang pagpunta ninyo sa parmasya

G. Kung ano ang binabayaran ninyo para sa mga bakuna sa Part D

Mahalagang mensahe tungkol sa binabayaran ninyo para sa mga bakuna: Itinuturing na mga medikal na benepisyo ang ilang bakuna at sakop ang mga ito sa ilalim ng Medicare Part B. Itinuturing na mga gamot sa Medicare Part D ang ilang bakuna. Mahahanap ninyo ang mga bakunang ito na nakalista sa aming *Listahan ng Gamot*. Sakop ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna sa Medicare Part D na para sa mga nasa hustong gulang nang wala kayong babayaran. Tingnan ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano o kontakin ang CareAdvantage Unit para sa mga detalye ng coverage at paghahati 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 **bakuna mismo**.
2. Ang ikalawang bahagi ay ang halaga ng p**agbibigay sa inyo ng bakuna**. Halimbawa, minsan maaari ninyong makuha ang bakuna bilang isang shot na ibinibigay sa inyo ng inyong doktor.

G1. Ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna

Inirerekomenda naming tawagan ninyo ang CareAdvantage Unit kung balak ninyong magpabakuna.

- Maaari naming sabihin sa inyo kung paano sinasakop ng aming plano ang inyong bakuna at ipaliwanag ang inyong bahagi sa gastos.
- Maaari naming sabihin sa inyo kung paano mapababa ang inyong sariling gastos sa paggamit ng mga provider at parmasya ng network. Ang mga parmasya ng network at mga provider ay sang-ayong makipagtulungan sa aming plano. May provider ng network ay nakikipagtulungan sa amin upang matiyak na wala

kayong kailangang bayarang paunang gastos para sa bakuna na sakop ng Medicare Part D.

G2. Ang binabayaran ninyo para sa bakunang sakop ng Medicare Part D

Ang binabayaran ninyo para sa bakuna ay depende sa uri ng bakuna (kung para saan ang bakuna).

- Itinuturing ang ilang mga bakuna na mga pangkalusugang benepisyo sa halip na mga gamot. Sakop ang mga bakuna nang wala kayong babayaran. Para almin ang tungkol sa coverage sa mga bakunang ito, tingnan ang Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Ang ibang mga bakuna ay itinuturing na mga gamot ng Medicare PartD. Mahahanap ninyo ang mga bakunang ito sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano. Maaaring mayroon kayong babayaran na copay para sa mga bakuna na sakop ng Medicare Part D. Kung inirerekomenda para sa mga nasa hustong gulangng organisasyong tinatawag na **Lupon ng Tagapayo para sa mga Kasanayan sa Pagbabakuna (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)** wala kayong gagastusin sa bakuna.

Narito ang tatlong karaniwang paraan na maaari kayong makakuha ng bakuna sa Medicare Part D.

1. Makukuha ninyo ang bakuna saMedicare Part D at ang inyong shotsa isang parmasya ng network.
   - Para sa karamihan ng mga bakuna sa Part D na para sa nasa hustong gulang, wala kayong babayaran.
   - Para sa iba pang bakuna sa Part D, wala kayong babayaran o magbabayad kayo ng copay para sa bakuna.
2. Makukuha ninyo ang bakuna sa Medicare Part D sa opisina ng doktor, at ang inyong doktor ang magbibigay ng shot.
   - Wala kayong babayaran o copay sa doktor para sa bakuna.
   - Binabayaran ng aming plano ang gasto spara sa pagbibigay ng shot sa inyo.
   - Dapat tawagan ng opisina ng doktor ang aming plano sa ganitong sitwasyon para matiyak namin na alam niyang kayong babayaran ***o*** copay para sa bakuna.

3. Makukuha ninyo ang bakunang gamot ng Medicare Part D sa isang parmasya, at dadalhin ninyo ito sa opisina ng inyong doktor para magpa-shot.
    - Para sa karamihan ng mga bakuna sa Part D na para sa nasa hustong gulang, wala kayong babayaran para sa mismong bakuna.
    - Para sa iba pang bakuna sa Part D na bakuna, wala kayong babayaran ***o*** magbabayad kayo ng copay para sa bakuna.
    - Binabayaran ng aming plano ang gasto spara sa pagbibigay ng shot sa inyo.

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa singil na inyong natanggap para sa mga sakop na serbisyo o gamot

Panimula

Sasabihin sa inyo ng kabanatang ito kung paano at kailan kami papadalhan ng singil para pagbabayad. Sasabihin din nito sa inyo kung paano umapela kung hindi kayo sang-ayon sa isang desisyon sa coverage. Makikita ang mga mahalagang salita at kahulugan ng mga ito na nakaayos nang alpabetiko sa huling Kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Paghiling sa amin na bayaran ang inyong mga serbisyo o gamot 213

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad.....218

C. Mga desisyon sa coverage.....218

D. Mga apela 219

A. Paghiling sa amin na bayaran ang inyong mga serbisyo o gamot

Hindi namin pinapayagan ang mga provider ng CareAdvantage na singilin kayo para sa mga serbisyo o gamot na ito. Direkta kaming nagbabayad sa aming mga provider, at pinoprotektahan namin kayo mula sa anumang singil.

Kung nakatanggap kayo ng singil para sa buong gastos ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot, huwag bayaran ang singil at ipadala ang singil sa amin. Para magpadala sa amin ng singil, tingnan ang **Seksyon B**.

- Kung sakop namin ang mga serbisyo o gamot, direkta naming babayaran ang provider.
- Kung sakop namin ang mga serbisyo o gamot na nabayaran na ninyo nang higit sa inyong bahagi sa gastos, karapatan ninyong mabayaran.
    - Kung nagbayad kayo ng mga serbisyong sakop ng Medicare, babayaran namin kayo.
- Kung nagbayad kayo para sa mga serbisyo ng Medi-Cal na natanggap na ninyo, maaari kayong maging kwalipikadong ma-reimburse (maibalik ang ibinayad ninyo) kung matutugunan ninyo ang lahat ng sumusunod na kondisyon:
    - Ang natanggap ninyong serbisyo ay isang sakop na serbisyo ng Medi-Cal na dapat responsable kaming bayaran. Hindi namin kayo ire-reimburse para sa isang serbisyong hindi sakop ng CareAdvantage.
    - Natanggap ninyo ang sakop na serbisyo pagkatapos ninyong maging kuwalipikadong miyembro ng CareAdvantage.
    - Hiniling ninyo na mabayaran kayo sa loob ng isang taon mula sa petsa kung kailan ninyo natanggap ang sakop na serbisyo.
    - Nagbigay kayo ng katunayan na binayaran ninyo ang sakop na serbisyo, tulad ng detalyadong resibo mula sa provider.
    - Natanggap ninyo ang sakop na serbisyo mula sa provider na naka-enroll sa Medi-Cal sa network ng CareAdvantage. Hindi ninyo kailangang matugunan ang kondisyong ito kung ang natanggap ninyo ay mga pang-emergency na pangangalaga, mga serbisyo para sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyong pinapayagan ng Medi-Cal na isagawa ng mga provider na wala sa network nang walang paunang pag-apruba (paunang pahintulot).

- Kung karaniwang nangangailangan ng paunang pag-apruba (paunang pahintulot) ang sakop na serbisyo, kailangan ninyong magbigay ng katunayan mula sa provider na nagpapakita ng medikal na pangangailangan para sa sakop na serbisyo.

- Sasabihin sa inyo ng CareAdvantage kung ire-reimburse nila kayo sa sulat na tinatawag na Abiso ng Pagkilos. Kung matutugunan ninyo ang lahat ng kondisyon sa itaas, dapat kayong bayaran ng provider naka-enroll sa Medi-Cal para sa buong halagang ibinayad ninyo. Kung tumanggi bayaran kayo ng provider, babayaran kayo ng CareAdvantage para sa buong halagang ibinayad ninyo. Ire-reimburse namin kayo sa loob ng 45 araw ng trabaho pagkatapos matanggap ang claim. Kung naka-enroll ang provider sa Medi-Cal, pero wala siya sa aming network at ayaw niya kayong bayaran, babayaran kayo ng CareAdvantage, pero hanggang sa halaga lang na babayaran ng May Bayad na Serbisyo (Fee-for-Service, FFS) na Medi-Cal. Babayaran kayo nang buo ng CareAdvantage para sa buong halaga mula sa sariling bulsa para sa mga pang-emergency na serbisyo, mga serbisyo para sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyong pinapayagan ng Medi-Cal na ibigay ng mga provider na wala sa network nang hindi nangangailangan ng paunang pag-apruba. Kung hindi ninyo matutugunan ang isa sa mga kondisyon sa itaas, hindi namin kayo babayaran.

- Hindi namin kayo babayaran kung:

    - Humingi kayo at nabigyan ng mga serbisyong hindi sakop ng Medi-Cal, tulad ng mga cosmetic service.

    - Ang serbisyo ay hindi sakop na serbisyo para sa CareAdvantage.

    - Nagpunta kayo sa doktor na hindi tumatanggap ng Medi-Cal at pumirma ng form na sinasabi na gusto pa rin ninyong matingnan at kayo ang magbabayad ng mga serbisyo.

- Kung hindi namin sakop ang mga serbisyo o gamot, sasabihin namin sa inyo.

Kontakin ang CareAdvantage Unit kung mayroon kayong anumang tanong. Kung hindi ninyo alam kung ano ang dapat ninyong bayaran, o kung nakatanggap kayo ng singil na hindi ninyo alam kung ano ang dapat gawin, makakatulong kami. Maaari rin kayong tumawag kung nais ninyo na magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa hinihiling sa pagbabayad na naipadala ninyo na sa amin.

Kasama sa mga halimbawa ng mga panahon na maaaring kailangan ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo o bayaran ang singilin:

1. Kapag kumuha kayo ng pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalagang pangkalusugan mula sa provider na wala sa network

Hilingin sa provider na singilin kami.

- Kung binayaran ninyo ang buong halaga noong natanggap ninyo ang pangangalaga, hilingin sa amin na bayaran kayo para sa aming bahagi sa gastos. Ipadala sa amin ang singil at katunayan ng anumang ginawa ninyong pagbabayad.
- Maaaring makatanggap kayo ng singil mula sa provider na humihingin ng bayad na sa tingin ninyo ay hindi ninyo dapat bayaran. Ipadala sa amin ang singil at katunayan ng anumang ginawa ninyong pagbabayad.
    - Kung dapat bayaran ang provider, direkta naming babayaran ang provider.
    - Kung nakapagbayad na kayo nang higit sa inyong bahagi ng gastos para sa serbisyo ng Medicare, babayaran namin kayo.

2. Kapag nagpadala sa inyo ng singil ang provider ng network

Dapat palagi kaming singilin ng mga provider ng network. Mahalagang ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro kapag nakatanggap kayo ng anumang serbisyo o gamot; gayunpaman, minsan ay nagkakamali ang mga provider ng network, at hinihiling sa inyo na magbayad kayo para sa inyong mga serbisyo o mahigit sa inyong bahagi sa mga gastos. **Tawagan ang CareAdvantage Unit** sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung **makatanggap kayon g anumang singil.**

- Bilang miyembro ng plano, babayaran lang ninyo ang copay kapag nakatanggap kayo ng mga serbisyong sakop namin. Hindi namin pinapayagan ang mga provider na singilin kayo nang mahigit sa halagang ito. Totoo ito kahit na mas mababa ang binabayaran namin sa provider kaysa sa sisingilin ng provider para sa serbisyo. Kahit na magpasya kaming huwag magbayad para sa ilang pagsingil, hindi pa rin ninyo kailangang bayaran ang mga ito.
- Kapag nakatatanggap kayo ng singil mula sa provider ng network na sa palagay ninyo ay mahigit sa dapat ninyong bayaran, ipadala sa amin ang singil. Kokontakin namin nang direkta ang provider at aayusin ang problema.
- Kung nabayaran na ninyo ang singil mula sa provider ng network para sa mga serbisyong sakop ng Medicare, pero pakiramdam ninyo ay sobra ang ibinayad ninyo, ipadala sa amin ang singil kasama ang katibayan ng anumang mga pagbayad na ginawa ninyo. Babayaran namin kayo para sa mga sakop na

serbisyo **o** ang diperensiya sa pagitan ng halaga na inyong ibinayad at ang halagang dapat ninyong bayaran sa ilalim ng aming plano.

3. Kung kayo ay dati na naka-enroll sa aming plano

Minsan maaaring i-retroactive ang pag-enroll ninyo sa plano. (Nangangahulugan ito na lumipas na ang unang araw ng inyong pag-enroll. Maaari itong noong nakaraang taon.)

- Kung retroactive kayong nag-enroll at nagbayad kayo ng singil pagkalipas ng petsa ng pag-enroll, maaari ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo.
- Ipadala sa amin ang singil at katunayan ng anumang ginawa ninyong pagbabayad.

4. Kapag gumamit kayo ng parmasya na wala sa network para punan ang gamot

Kapag gumamit kayo ng parmasya na wala sa network, kailangan ninyong bayaran ang buong halaga ng inyong gamot.

- Sa ilang sitwasyon lang, sasakupin namin ang mga gamot na napunan ng mga parmasya na wala sa network. Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag hiniling ninyo sa aming na bayaran kayo para sa aming bahagi sa gastos.
- Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para alamin pa ang tungkol sa mga parmasya na wala sa network.
- Maaaring hindi namin kayo bayaran sa pagkakaiba ng ibinayad ninyo sa gamot sa parmasya na wala sa metwrok at sa halagang binayaran namin sa isang parmasya na nasa network.

5. Kapag binayaran ninyo ang kabuuang halaga para sa gamot sa Medicare Part D dahil hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro

Kung wala sa inyo ang inyong ID Card ng Miyembro, maaari ninyong hilingin sa parmasya na tawagan kami o tingnan ang impormasyon ninyo sa pag-enroll sa plano.

- Kung hindi kaagad makuha ng parmasya ang impormasyon, maaaring kailangan ninyong bayaran ang buong halaga ng gamot o bumalik sa parmasya nang dala ang inyong ID Card ng Miyembro.
- Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag hiniling ninyo sa aming na bayaran kayo para sa aming bahagi sa gastos.

- Maaaring hindi namin kayo bayaran para sa kabuuang gastos na ibinayad ninyo kung ang presyo sa cash na ibinayad ninyo ay mas mataas kaysa sa napagkasunduang presyo para sa gamot.

6. Kapag binayaran ninyo ang buong gastos sa gamot sa Medicare Part D para sa isang gamot na hindi sakop

Maaaring bayaran ninyo ang buong halaga ng gamot dahil ang gamot ay hindi sakop.

- Ang gamot ay maaaring wala sa aming *Listahan ng mga Sakop na Gamot* (Listahan ng Gamot) sa aming website; o mayroon itong kinakailangan o limitasyon na hindi ninyo alam o sa palagay ninyo ay hindi naaangkop sa inyo. Kung nagdesisyon kayo na kunin ang gamot, maaaring kailangan ninyong bayaran ang buong halaga.
    - Kung hindi ninyo babayaran ang gamot at sa halip ay palagay ninyong sakop namin dapat ito, maaari kayong humiling ng desisyon sa coverage (tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito).
    - Kung sa palagay ninyo at ng inyong doktor o ibang tagareseta na kailangan ninyo ang gamot kaagad, (sa loob ng 24 oras), maaari kayong humiling ng isang mabilis na desisyon sa coverage (tingnan ang tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito).
- Ipadala sa amin ang kopya ng inyong resibo kapag humiling kayo sa amin na bayaran kayo. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailanganin naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa inyong doktor o iba pang tagareseta para bayaran kayo para sa aming bahagi sa gastos sa gamot. Maaaring hindi namin kayo bayaran para sa kabuuang gastos na ibinayad ninyo kung ang presyong ibinayad ninyo ay mas mataas kaysa sa napagkasunduang presyo para sa gamot

Kapag kayo ay nagpadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad, susuriin namin ito at magpapasya kami kung ang serbisyo o gamot ay dapat na masakop. Tinatawag itong na pagsasagawa ng “desisyon sa coverage”. Kung napagdesisyunan naming dapat sakupin ang serbisyo o gamot, babayaran namin ang: aming bahagi ng gastos nito.

Kung tanggihan namin ang inyong hiling para sa pagbabayad, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Upang malaman kung paano maghain ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad

Ipadala sa amin ang singil sa inyo at katunayan ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo para sa mga serbisyo ng Medicare o tawagan kami. Ang katibayan ng pagbabayad ay maaaring kopya ng tseke na isinulat ninyo o resibo mula sa provider. **Magandang idea na gumawa ng kopya ng inyong singil at mga resibo para sa inyong mga rekord.** Kailangan ninyong ipadala sa amin ang inyong impormasyon sa loob ng 365 araw simula sa petsa noong natanggap ninyo ang serbisyo, item, o gamot.

Ipadala sa koreo ang inyong kahilingan parasa pagbabayad kasama ang anumang singil o mga resibo sa address na ito:

Health Plan of San Mateo
Attn: CareAdvantage Unit
801 Gateway Blvd, #100
South San Francisco, CA 94080

C. Mga desisyon sa coverage

Kapag nakuha namin ang inyong kahilingan para sa pagbabayad, gagawa kami ng desisyon sa coverage. Nangangahulugan itong magdedesisyon kami kung sakop ang aming plano ang inyong serbisyo, item, o gamot. Pagdedesisyunan din namin ang halaga ng pera, kung mayroon, na kailangan ninyong bayaran.

- Ipapaalam namin sa inyo kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon mula sa inyo.
- Kung nagdesisyon kaming sakupin ng aming plano ang serbisyo, item, o gamot at sinunod ninyo ang lahat ng mga panuntunan pagkuha nito, babayaran namin ang aming bahagi sa gastos para dito. Kung binayaran na ninyo ang serbisyo o gamot, magpapadala kami sa inyo ng tseke sa koreo bilang bayad para sa aming bahagi sa gastos. Kung binayaran ninyo ang buong halaga ng gamot, maaaring hindi ma-reimburse sa inyo ang buong halagang binayaran ninyo (halimbawa, kung nakuha ninyo ang gamot sa isang parmasya na wala sa network o kung ang cash na presyo ay mas mataas kaysa sa napagkasunduan naming presyo). Kung hindi pa kayo nagbabayad, direkta kaming magbabayad sa provider.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga panuntunan para masakop ang inyong mga serbisyo.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga panuntunan para masakop ang inyong mga gamot sa Medicare Part D.

- Kung napagpasyahan naming huwag bayaran ang aming bahagi sa gastos ng serbisyo o gamot, papadalhan namin kayo ng isang sulat na may kasama ang mga dahilan. Ipinapaliwanag din ng sulat ang inyong karapatang umapela.
- Para alamin pa ang tungkol sa mga desisyon sa coverage, tingnan ang **Kabanata 9**.

D. Mga apela

Kung sa palagay ninyo ay nagkamali sa pagtanggi sa inyong kahilingan para sa pagbabayad, maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang aming desisyon. Tinatawag itong “pag-apela.” Maaari din kayong umapela kung hindi kayo sumasang-ayon sa halagang binabayaran namin.

Ang pormal na proseso ng mga apela ay may mga detalyadong pamamaraan at deadline. Para alamin pa tungkol sa mga apela, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito:

- Para umapela tungkol sa mabayaran para sa serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, tingnan ang **Seksyon F**.
- Para umapela tungkol sa mabayaran para sa isang gamot, tingnan ang **Seksyon G**.

Kabanata 8: Ang inyong mga karapatan at responsibilidad

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang inyong mga karapatan at responsibilidad bilang miyembro ng aming plano. Dapat naming igalang ang inyong mga karapatan. Makikita ang mga mahalagang salita at kahulugan ng mga ito na nakaayos nang alpabetiko sa huling Kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa isang paraan na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan....221

B. Ang aming responsibilidad para sa inyong napapanahong pag-access sa mga sakop na serbisyo at gamot....222

C. Ang aming responsibilidad para protektahan ang inyong personal na impormasyon ng kalusugan (PHI)....223

C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong (PHI)....224

C2. Mayroon kayong karapatang tingnan ang inyong mga medikal na rekord....225

D. Ang aming responsibilidad na bigyan kayo ng impormasyon....225

E. Kawalan ng kakayahan ng mga provider ng network na direkta kayong singilin....226

F. Ang inyong karapatang umalis sa aming plano....227

G. Ang inyong karapatang magdesisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan 227

G1. Ang inyong karapatang malaman ang tungkol sa inyong mga pagpipilian sa paggamot at magdesisyon....227

G2. Ang karapatan ninyong sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makakagawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyong sarili....228

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinusunod ang inyong mga tagubilin....229

H. Ang inyong karapatang magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang mga desisyon namin....230

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha pa ng impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan 230

I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano 230

A. Inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa isang paraan na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan

Kailangan naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal o hindi klinikal, ay maibibigay sa inyo sa paraang may kakayahan nang ayon sa kulltura at naa-acacess kasama ang para sa mga may limitadong kahusayan sa Ingles, limitadong kasanay sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong background. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa isang paraan na maaari ninyong maunawaan. Dapat sabihin namin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraan na mauunawaan ninyo, tawagan ang CareAdvantage Unit. Ang aming plano ay may libreng mga serbisyo ng interpreter para masagot ang mga katanungan sa iba’t ibang wika.
- Maaari ding magbigay sa inyo ang aming plano ng mga babasahin sa mga wika bukod sa Ingles, kabilang ang Espanyol, Chinese, Tagalog, at sa mga format tulad ng malaking letra, braille, o audio. Para makakuha ng mga babasahin sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tawagan ang CareAdvantage Unit o mag-email sa CareAdvantageSupport@hpsm.org o sumulat sa:

  Health Plan of San Mateo
  Attn: CareAdvantage Unit
  801 Gateway Blvd., Suite 100
  South San Francisco, CA 94080

  - Pananatilihin ang inyong mas gustong wika at ang format ay ilalagay sa file para sa mga sulat sa hinaharap, kaya hindi ninyo kailangang humiling sa bawat pagkakataon.
  - Upang baguhin o kanselahin ang inyong mas gustong wika, mangyaring kontakin ang CareAdvantage Unit.
  - Available online ang lahat ng babasahin ng miyembro sa www.hpsm.org/member/resources.

Kung nagkakaproblema kayo sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Opisina para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.
- Departamento ng mga Serbisyo sa Kalusugan at Pantao ng U.S., Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

B. Ang aming responsibilidad para sa inyong napapanahong pag-access sa mga sakop na serbisyo at gamot

Mayroon kayong mga karapatan bilang miyembro ng aming plano.

- May karapatan kayong pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga (Primary Care Provider, PCP) sa aming network. Ang provider ng network ay provider na nakikipagtulungan sa amin. Makakakita kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga uri ng mga provider na maaaring kumilos bilang isang PCP at kung paano pumili ng PCP sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
    - Tawagan ang CareAdvantage Unit o pumunta sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para alamin pa ang tungkol sa mga provider ng network at sinumang mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- May karapatang kayong sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang hindi kumukuha ng referral. Ang referral ay pag-apruba mula sa inyong PCP para gamitin ang isang provider na hindi ninyo PCP.
- Mayroon kayong karapatang makakuha ng mga sakop na serbisyo mula sa provider ng network sa loob ng makatwirang tagal ng panahon.
    - Kasama na rito ang karapatang makakuha ng napapanahong mga serbisyo mula sa mga espesyalista.
    - Kung hindi kayo makakakuha ng mga serbisyo sa loob ng makatwirang tagal ng panahon, dapat naming bayaran ang pangangalaga na wala sa network.

- May karapatan kayong tumanggap ng mga pang-emergency na serbisyo o pangangalaga na agarang kinakailangan nang walang paunang pahintulot (Prior Authorization, PA).
- Mayroon rin kayong karapatan na punan ang inyong mga gamot sa alinman sa aming mga parmasya ng network nang walang mahabang pagkaantala.
- Mayroon kayong karapatang malaman kung kailan kayo maaaring gumamit ng provider na wala sa network. Para malaman ang tungkol sa mga provider na wala sa network, tingnan ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Sa unang beses ng pagsali ninyo sa aming plano, may karapatan kayong panatilihin ang inyong mga kasalukuyang provider at mga pahintulot sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang ilang partikular na kondisyon. Upang malaman ang mas marami pa tungkol sa pagpapanatili ng inyong mga tagabigay ng serbisyo at mga pahintulot para sa serbisyo, tingnan ang **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- May karapatan kayong gumawa ng sarili ninyong mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan nang may tulong mula sa inyong team sa pangangalaga at tagapamahala ng pangangalaga.

Sinasabi ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang maaari ninyong gawin kung sa palagay ninyo ay hindi kayo nakakakuha ng inyong mga serbisyo o gamot sa loob ng makatwirang tagal ng panahon. Sinasabi din nito sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung aming tinanggihan ang coverage para sa inyong mga serbisyo o mga gamot at hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon.

C. Ang aming responsibilidad para protektahan ang inyong personal na impormasyon ng kalusugan (PHI)

Pinoprotektahan namin ang inyong personal na impormasyon ng kalusugan (Personal Health Information, PHI) tulad ng hinihiling ng batas na federal at estado.

Kabilang sa inyong PHI ang personal na impormasyong ibinigay ninyo sa amin noong nag-enroll kayo sa aming plano. Kabilang din dito ang inyong mga medikal na rekord at ibang medikal at pangkalusugan na impormasyon.

Mayroon kayong karapatan pagdating sa inyong impormasyon at pagkontrol sa kung paano ginagamit ang inyong PHI. Nagbibigay kami sa inyo ng nakasulat na abiso na nagpapayo sa inyo tungkol sa mga karapatang ito at ipinaliliwanag kung paano namin pinoprotektahan ang pagiging pribado ng inyong personal na impormasyon ng kalusugan (personal health information, PHI). Ang abiso ay tinatawag na “Abiso ng Kasanayan sa Pagkapribado.”

Ang mga miyembro na maaaring magbigay ng pahintulot para makatanggap ng mga sensitibong serbisyo ay hindi kailangan kumuha ng anumang pahintulot ng ibang miyembro para makatanggap ng mga sensitibong serbisyo o para magsumite ng claim para sa mga sensitibong serbisyo. Ididirekta ng CareAdvantage ang mga komunikasyon tungkol sa mga sensitibong serbisyo sa alternatibong nakatalagang mailing address, email address, o numero ng telepono ng isang miyembro o, kung walang nakatalaga, sa pangalan ng miyembro sa address o numero ng telepono na nasa file. Hindi isisiwalat ng ang CareAdvantage ang medikal na impormasyon kaugnay ng mga sensitibong serbisyo sa sinumang miyembro nang walang nakasulat na pahintulot mula sa miyembrong tumatanggap ng pangangalaga. Tutugon ang CareAdvantage sa mga kahilingan para sa kumpidensiyal na komunikasyon sa anyo at format na hiniling, kung madali itong magagawa sa hiniling na anyo at format, o sa mga alternatibong lokasyon. Ang kahilingan ng isang miyembro para sa mga kumpidensiyal na komunikasyon kaugnay ng mga sensitibong serbisyo ay magiging valid hanggang bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsusumite ng bagong kahilingan para sa mga kumpidensiyal na komunikasyon.

Para humiling ng mga kumpidensiyal na komunikasyon, dapat ninyong gawin ang inyong kahilingan na nakasulat.

Ang inyong mga nakasulat na kahilingan ay maipapadala sa pamamagitan ng:

Sa koreo: Health Plan of San Mateo
Attn: CareAdvantage Unit
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

Email: CareAdvantagesupport@hpsm.org

Fax: 1-650-616-2190

C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong (PHI)

Sinisiguro naming hindi matitingnan o mababago ng mga hindi awtorisadong tao ang inyong mga rekord.

Maliban sa mga sitwasyong nakatala sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang inyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay sa inyo ng pangangalaga o nagbabayad para sa inyong pangangalaga. Kung gagawin namin iyon, dapat kaming kumuha muna ng nakasulat na pahintulot mula sa inyo. Kayo, o ang isang taong may legal na pahintulot na magdesisyon para sa inyo, ay maaaring magbigay ng nakasulat na pahintulot.

Minsan hindi namin kailangang kumuha muna ng nakasulat na pahintulot mula sa inyo. Ang mga eksepsyong ito ay pinahihintulutan at hinihiling ng batas:

- Dapat kaming maglabas ng PHI sa mga ahensiya ng pamahalaan na tinitingnan ang kalidad ng pangangalaga ng aming plano.

- Maaari kaming maglabas ng PHI kung ipinag-utos ng hukuman, pero kapag pinapayagan lang ng batas sa California.
- Dapat naming ibigay sa Medicare ang inyong PHI kasama ang impormasyon tungkol sa inyong mga gamot sa Medicare Part D. Kung ilalabas ng Medicare ang inyong PHI para sa pananaliksik o iba pang paggamit, gagawin nila ito ayon sa mga pederal na batas.

C2. Mayroon kayong karapatang tingnan ang inyong mga medikal na rekord

- Mayroon kayong karapatan na tingnan ang iyong mga medikal na rekord, at makakuha ng kopya ng inyong mga rekord.
- Mayroon kayong karapatang hilingin sa amin na baguhin o itama ang inyong mga medikal na rekord. Kung hihilingin ninyo sa amin na gawin ito, makikipagtulungan kami sa inyong provider sa pangangalagang pangkalusugan upang magpasya kung may mga dapat baguhin.
- Mayroon kayong karapatan na malaman kung at kung paano ibinabahagi ang inyong PHI sa iba para sa anumang layuning hindi pangkaraniwan.

Kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin tungkol sa pagkapribado ng inyong PHI, tawagan ang CareAdvantage Unit.

D. Ang aming responsibilidad na bigyan kayo ng impormasyon

Bilang miyembro ng aming plano, mayroon kayong karapatang makakuha ng impormasyon mula sa amin tungkol sa aming plano, aming mga provider ng network, at inyong mga sakop na serbisyo.

Kung hindi kayo nagsasalita ng Ingles, mayroon kaming mga serbisyo ng interpreter para sagutin ang mga tanong na mayroon kayo tungkol sa aming plano. Para kumuha ng interpreter, tawagan ang CareAdvantage Unit. Isa itong libreng serbisyo para sa inyo. Isinasali-wika namin ang mga babasahin sa Espanyol, Chinese, at Tagalog. Maaari din namin kayong bigyan ng impormasyon sa malaking letra, braille, o audio.

Kung gusto ninyo ng impormasyon tungkol sa anuman sa mga sumusunod, tawagan ang CareAdvantage Unit:

- Paano pumili o magpalit ng mga plano
- Aming plano, kabilang ang:
    - impormasyon sa pinansyal

  - paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plano
  - ang bilang ng mga apelang ginawa ng mga miyembro
  - paano umalis sa aming plano
- Ang aming mga provider ng network at aming mga parmasya ng network, kabilang ang:
  - paano pumili o magpalit ng provider ng pangunahing pangangalaga
  - mga kwalipikasyon ng aming mga provider at mga parmasya ng network
  - paano namin binabayaran ang mga provider sa aming network
- Mga sakop na serbisyo at gamot, kabilang ang:
  - mga serbisyo (tingnan ang **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito) at gamot (tingnan ang **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito) na sakop ng aming plano
  - mga limitasyon sa inyong coverage at mga gamot
  - mga panuntunan na dapat ninyong sundin upang makakuha ng mga sakop na serbisyo at gamot
- Bakit hindi sakop ang isang bagay at ano ang magagawa ninyo tungkol dito (tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito), kabilang ang paghiling sa aming:
  - isulat kung bakit hindi sakop ang isang bagay
  - baguhin ang isang desisyong nagawa namin
  - bayaran ang singil na nakuha ninyo

E. Kawalan ng kakayahan ng mga provider ng network na direkta kayong singilin

Ang mga doktor, ospital, at ibang mga provider sa aming network ay hindi kayo pagbabayarin para sa mga sakop na serbisyo. Hindi rin nilang maaaring singilin o i-charge kung mas kaunti ang aming binabayaran kaysa sa halagang siningil ng provider. Para alamin kung ano ang gagawin kung subukan ng provider ng network na singilin kayo para sa mga sakop na serbisyo, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

F. Ang inyong karapatang umalis sa aming plano

Walang makakapilit sa inyong manatili sa aming plano kung ayaw ninyo.

- Mayroon kayong karapatang masulit ang mga serbisyo sa inyo para sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Original Medicare o iba pang plano ng Medicare Advantage (MA).
- Maaari ninyong makuha ang mga benepisyo para sa gamot na sakop ng Medicare Part D mula sa isang plano para sa gamot o mula sa ibang MA na plano.
- Tingnan ang **Kabanata 10** ng *Handbook ng Miyembro* na ito:
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan kayo maaaring sumali sa bagong MA o plano ng benepisyo sa gamot.
  - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano ninyo makukuha ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal kung aalis kayo sa aming plano.

G. Ang inyong karapatang magdesisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan

Mayroon kayong karapatan sa buong impormasyon mula sa inyong mga doktor at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan para matulungan kayong magdesisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan.

G1. Ang inyong karapatang malaman ang tungkol sa inyong mga pagpipilian sa paggamot at magdesisyon

Dapat ipaliwanag sa inyo ng inyong mga provider ang inyong kondisyon at ang inyong mga pagpipilian sa paggamot sa paraan na mauunawaan ninyo. Mayroon kayong karapatang:

- **Alamin ang inyong mga pagpipilian.** Mayroon kayong karapatang masabihan tungkol sa lahat ng opsyon sa paggamot.
- **Malaman ang mga panganib.** Mayroon kayong karapatan na masabihan tungkol sa anumang panganib na maaaring mangyari. Dapat na naming sabihin sa inyo nang maaga kung may anumang serbisyo o paggamot na bahagi ng eksperimento sa pananaliksik. Mayroon kayong karapatang tanggihan ang mga paggamot na sinusubukan pa lang.
- **Kumuha ng pangalawang opinyon.** Mayroon kayong karapatang gumamit ng ibang doktor bago magpasya sa paggamot.

- **Tumanggi.** Mayroon kayong karapatang tanggihan ang anumang paggamot. Kabilang dito ang karapatan na umalis sa ospital o iba pang medikal pasilidad, kahit na ipinayo ng inyong doktor na huwag umalis. Mayroon kayong karapatang itigil ang pag-inom ng iniresetang gamot. Kung tanggihan ninyo ang paggamot o itigil ang pag-inom ng iniresetang gamot, hindi namin kayo tatanggalin sa aming plano. Gayunpaman, kung tanggihan ninyo ang paggamot oitigil ang pag-inom ng iniresetang gamot, tinatanggap ninyo ang buong responsibilidad kung ano ang mangyari sa inyo.

- **Hilingin sa aming ipaliwanag kung bakit tinanggihan ng provider ang pangangalaga.** Mayroon kayong karapatang makakuha ng paliwanag mula sa amin kung tinanggihan ng provider ang pangangalaga na sa tingin ninyo ay dapat ninyong matanggap.

- **Hilingin sa amin na sakupin ang serbisyo o gamot na tinangggihan namin o karaniwang hindi sinasakop.** Tinatawag itong desisyon sa coverage. Sinasabi sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano humiling sa amin ng desisyon sa coverage.

G2. Ang karapatan ninyong sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makakagawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyong sarili

Minsan ay hindi makapagdesisyon ang mga tao tungkol sa kanilang pangangalagang pangkalusugan. Bago mangyari ito sa inyo, maaari ninyong:

- Punan ang nakasulat na form na **nagbibigay sa isang tao ng karapatang magdesisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyo** kung sakaling hindi kayo makapagdesisyon para sa inyong sarili.

- **Bigyan ang inyong mga doktor ng nakasulat na tagubilin** tungkol sa kung paano pangasiwaan ang inyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi kayo makapagdesisyon para sa sarili ninyo, kabilang ang pangangalagang **ayaw** ninyo.

Ang legal na dokumento na ginagamit ninyo para ibigay ang inyong mga direksyon ay tinatawag na “paunang direktiba.” Mayroong iba’t ibang uri ng mga nauna nang paunang direktiba at iba’t ibang pangalan para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay living will at power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi ninyo kinakailangang magkaroon ng paunang direktiba, pero maaari ninyo itong gawin. Narito ang dapat gawin kung gusto ninyong gumamit ng paunang direktiba:

- **Kunin ang form.** Maaari ninyong kunin ang form mula sa inyong doktor, abogado, social worker, o ilang tindahan ng mga supply sa opisina. Kadalasang mayroong mga form ang mga parmasya at opisina ng provider. Makakakita kayo ng libreng form online at mada-download ninyo ito. Maaari din ninyong kontakin ang CareAdvantage Unit para humingi ng form.

- **Punan ang form at primahan ito.** Ang form na ito ay isang legal na dokumento. Pag-isipang kumuha ng abogado o iba pang taong pinagkakatiwalaan ninyo, gaya ng miyembro ng pamilya o inyong pangunahing provider ng pangangalaga (PCP), na tulungan kayong kumpletuhin ito.

- **Bigyan ng mga kopya ng form ang mga taong dapat makaalam.** Bigyan ng kopya ng form ang inyong doktor. Dapat din ninyong bigyan ng kopya ang taong pinangalanan ninyo na siyang magdedesisyon para sa inyo kung hindi ninyo kaya. Maaaring gusto ninyong magbigay ng mga kopya sa malalapit na kaibigan o mga miyembro ng pamilya. Magtago ng kopya sa bahay.

- Kung nasa ospital at mayroon kayong pinirmahang paunang direktiba, **magdala ng kopya nito sa ospital**.

    - Itatanong ng ospital kung mayroon kayong pinirmahang form ng paunang direktiba at kung dala ninyo ito.

    - Kung wala kayong pinirmahang form ng paunang direktiba, may mga form sa ospital at tatanungin kayo kung nais ninyo na pirmahan ang isa.

Mayroon kayong karapatang:

- Mailagay ang inyong paunang direktiba sa inyong mga medikal na rekord.

- Baguhin o kanselahin ang inyong paunang direktiba anumang oras.

- Malaman ang mga pagbabago sa mga batas sa paunang direktiba. Sasabihin sa inyo ng CareAdvantage tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado nang hindi lalampas sa 90 araw pagkatapos ng pagbabago.

Ayon sa batas, walang sinuman ang maaaring tanggihan ang inyong pangangalaga o diskriminahin kayo batay sa kung pinirmahan ninyo ang paunang direkta. Tawagan ang CareAdvantage Unit para sa higit pang impormasyon.

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinusunod ang inyong mga tagubilin

Kung pinirmahan ninyo ang paunang direktiba at sa tingin ninyo na ang doktor o ospital ay hindi sinunod ang mga instruksyon dito, maaari kayong magreklamo sa Medical Board of California. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-633-2322.

H. Ang inyong karapatang magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang mga desisyon namin

Sinasabi **ng Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang magagawa ninyo kung mayroon kayong anumang problema o alalahanin tungkol sa inyong mga sakop na serbisyo o pangangalaga. Halimbawa, magagawa ninyong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa coverage, umapela sa amin upang baguhin ang isang desisyon sa coverage, o magreklamo.

Mayroon kayong karapatang makakuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamong inihain laban sa amin ng iba pang miyembro ng plano. Tawagan ang CareAdvantage Unit para makuha ang impormasyong ito.

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha pa ng impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan

Kung naniniwala kayong hindi naging patas ang pagtrato namin sa inyo – at **hindi** ito tungkol sa diskriminasyon sa mga dahilang nakalista sa **Kabanata 11** ng *Handbook ng Miembro* na ito – o kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan, maaari ninyong tawagan ang:

- Ang CareAdvantage Unit.
- Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222. Para sa higit pang detalye tungkol sa HICAP, tingnan ang **Kabanata 2 Seksyon C**.
- Ang Medi-Cal Ombudsman sa 1-888-452-8609. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa programang ito, sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. (Maaari din ninyong basahin o i-download ang “Medicare Rights & Protections,” na makikita sa website ng Medicare sa www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano

Bilang miyembro ng plano, mayroon kayong responsibilidad na gawin ang mga bagay na nakalista sa ibaba. Kung mayroon kayong anumang anong, tawagan ang CareAdvantage Unit.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro*** na ito upang malaman kung ano ang sakop ng aming plano at ang mga panuntunan na kailangang sundin upang

makakuha ng mga sakop na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa inyong:

- Mga sakop na serbisyo, tingnan ang **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Sinasabi sa inyo ng mga kabanatang iyon kung ano ang sakop, ano ang hindi sakop, ano mga panuntunan na kailangan ninyong sundin, at ano ang inyong babayaran.
- Mga sakop na gamot, tingnan ang **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- **Sabihin sa amin ang tungkol sa anumang ibang pang coverage sa kalusugan o gamot na mayroon kayo.** Dapat naming tiyaking ginagamit ninyo ang lahat ng inyong opsyon sa coverage kapag matanggap ninyo ang pangangalagang pangkalusugan. Tawagan ang CareAdvantage Unit kung mayroon kayong iba pang coverage.
- **Sabihin sa inyong doktor at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan** na miyembro kayo ng aming plano. Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro tuwing kukuha kayo ng mga serbisyo o mga gamot.
- **Tulungan ang inyong mga doktor** at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na ibigay sa inyo ang pinakamagandang pangangalaga.
  - Ibigay sa kanila ang impormasyong kailangan nila tungkol sa inyo at inyong kalusugan. Alamin ang lahat na kayo ninyong malaman tungkol sa inyong problema sa kalusugan. Sundin ang mga plano sa paggamot at instruksyon na pinagkasunduan ninyo at ng inyong mga provider.
  - Tiyakin na alam ng inyong mga doktor at ng iba pang provider ang lahat ng gamot na inyong iniinom. Kabilang dito ang mga gamot, gamot na kailangan ng reseta, mga bitamina, at supplement.
  - Magtanong ng anumang katanungan na mayroon kayo. Dapat ipaliwanag sa inyo ng inyong mga doktor at ibang provider ang mga bagay sa isang paraan na mauunawaan ninyo. Kung matatanong kayo at hindi ninyo maunawaan ang sagot, magtanong ulit.
- M**akipagtulungan sa inyong tagapamahala ng pangangalaga** kabilang ang pagkumpleto sa taunang pag-assess ng panganib sa kalusugan.
- **Maging maunawain.** Inaasahan namin na ang lahat ng miyembro ng plano na igalang ang karapatan ng iba. Inaasahan din naming kikilos kayo nang may

paggalang sa opisina ng inyong doktor, sa mga ospital, at sa iba pang opisina ng provider.

- **Bayaran ang dapat ninyong bayaran.** Bilang miyembro ng aming plano, responsable kayo sa mga pagbabayad na ito:
  - Ang mga premium ng Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng miyembro ng CareAdvantage, binabayaran ng Medi-Cal ang inyong premium ng Medicare Part A at para sa inyong premium ng Medicare Part B.
  - Para sa ilan sa inyong mga gamot na sakop ng aming plano, kailangan ninyong bayaran ang inyong bahagi ng gastos kapag makuha na ninyo ang gamot. Magiging copay ito. Sinasabi ng **Kabanata 6** sa inyo kung ano ang dapat ninyong bayaran para sa iyong mga gamot.
  - **Kung makakuha kayo ng anumang serbisyo o gamot na hindi sakop ng aming plano, dapat ninyong bayaran ang buong halaga.** **(Tandaan:** Kung hindi kayo sang-ayon sa aming desisyon na huwag sakupin ang isang serbisyo o gamot, maaari kayong umapela. Mangyaring tingnan ang **Kabanata 9 Seksyon E2** upang malaman kung paano umapela.)
- **Sabihin sa amin kung lilipat kayo.** Kung balak ninyong lumipat, sabihin ito kaagad sa amin. Tawagan ang CareAdvantage Unit.
  - **Kung lilipat kayo sa labas ng aming pinaglilingkurang lugar, hindi kayo maaaring manatili sa aming plano.** Ang mga tao lang na nakatira sa aming pinaglilingkurang lugar ang maaaring maging miyembro ng planong ito. Pinapayuhan kayo ng **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang tungkol sa aming pinaglilingkurang lugar.
  - Maaari namin kayong tulungang malaman kung lilipat kayo sa lugar na labas sa aming pinaglilingkurang lugar.
  - Sabihin sa Medicare at Medi-Cal ang inyong bagong address kapag lumipat kayo. Tingnan ang **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga numero ng telepono para sa Medicare at Medi-Cal.
  - **Kung lilipat kayo at mananatili sa aming aming pinaglilingkurang lugar, ang San Mateo County, kailangan pa rin naming malaman.** Kailangan naming mapanatiling napapanahon ang inyong rekord ng pagiging miyembro at alam kung paano kontakin kayo.

  - **Kung lilipat kayo, sabihin sa Social Security (o ang Railroad Retirement Board).**

- **Sabihin sa amin kung mayroon kayong bagong numero ng telepono** o mas magandang paraan para kontakin kayo.
- **Tawagan ang CareAdvantage Unit para sa tulong kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin.**

Kabanata 9. Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa coverage, apela, at reklamo)

Panimula

Ang Kabanata na ito ay may impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Basahin ang Kabanata na ito upang malaman kung ano ang gagawin kapag:

- Kayo ay may problema sa o may reklamo hinggil sa inyong plano.
- Kailangan ninyo ng serbisyo, item, o gamot na sinabi ng inyong plano na hindi nito babayaran.
- Hindi kayo sang-ayon sa desisyon na ginawa ng aming plano tungkol sa inyong pangangalaga.
- Sa inyong palagay ay masyadong maagang matapos ang inyong mga sakop na serbisyo.
- May problema o reklamo kayo sa inyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kabilang dito ang Mga Serbisyong sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS) at Pasilidad ng Pangangalaga (Nursing Facility, NF)

Nasa iba’t ibang Seksyon ang kabanatang ito para madali kayong tulungan sa kung ano ang hinahanap ninyo. **Kung kayo ay may problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa inyong sitwasyon.**

Dapat kayong makakuha ng pangangalaga sa kalusugan, mga gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta na natukoy ng inyong doktor at iba pang provider na kailangan para sa inyong pangangalaga bilang bahagi ng inyong plano sa pangangalaga. **Kung may problema kayo sa pangangalaga, matatawagan ninyo ang Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077 para sa tulong.** Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang iba't ibang opsiyon ninyo para sa iba't ibang problema at reklamo, pero maaari ninyong tawagan anumang oras ang Programa ng Ombudsman para matulungan kayong gabayan sa inyong problema. Para sa mga karagdagang pinagkukunan upang matugunan ang inyong mga alalahanin at mga paraan para sa mga paraan para makontak ang mga ito, tingnan ang **Kabanata 2** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin 237

A1. Tungkol sa mga legal na salita 237

B. Saan hihingi ng tulong 237

B1. Para sa mga karagdagang impormasyon at tulong 237

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela sa Medicare at Medi-Cal sa aming plano 239

D. Mga problema sa inyong mga benepisyo 240

E. Mga desisyon sa coverage at mga apela....240

E1. Mga desisyon sa coverage....241

E2. Mga apela 241

E3. Tulong sa mga desisyon sa coverage at mga apela....242

E4. Aling Seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo 243

F. Medikal na pangangalaga 244

F1. Gamit ang seksyong ito....244

F2. Paghiling ng desisyon sa coverage 245

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela 248

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela 253

F5. Mga problema sa pagbabayad 260

G. Mga gamot sa Medicare Part D 262

G1. Mga desisyon sa coverage at mga apela sa Medicare Part D....262

G2. Mga eksepsyon sa Medicare Part D 264

G3. Mahahalagang bagay na malaman tungkol sa paghiling para sa isang eksepsyon....265

G4. Paghiling ng desisyon sa coverage, kabilang ang eksepsyon....266

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela....269

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela 272

H. Paghiling sa amin na sakupin ang mas matagal na pamamalagi sa ospital 274

H1. Alamin ang inyong mga karapatan sa Medicare 275

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela 276

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela 278

I. Paghiling sa amin na patuloy na sakupin ang ilang partikular na medikal na serbisyo 280

I1. Paunang abiso bago matapos ang inyong saklaw 280

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela 280

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela 283

J. Dalhin ang inyong apela higit pa sa Antas 2 284

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare 284

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal 286

J3. Ang mga Antas 3, 4, at 5 na Apela para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Medicare Part D 286

K. Paano magreklamo 287

K1. Anong mga uri ng mga problema ang dapat mga reklamo 287

K2. Mga panloob na reklamo 290

K3. Mga panlabas na reklamo 291

A. Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano pangangasiwaan ang mga problema at alalahanin. Ang prosesong ginagamit ninyo sa uri ng problemang mayroon kayo. Gumamit ng isang proseso para sa **mga desisyon sa coverage at apela** at isa pa para sa pagrereklamo (tinatawag ding mga karaingan).

Upang masiguro ang pagiging patas at pagiging maagap, ang bawat proseso ay may mga set ng panuntunan, pamamaraan, at deadline na dapat namin at ninyong sundin.

A1. Tungkol sa mga legal na salita

May mga legal na salita sa kabanatang ito para sa ilang panuntunan at deadline. Mahirap maunawaan ang marami sa mga salitang ito, kaya gumagamit kami ng mga mas simpleng salita bilang kapalit ng ilang partikular na legal na salita hangga't magagawa namin. Kaunti ang aming ginagamit na mga daglat (abbreviations).

Halimbawa, sinasabi naming:

- “Pagrereklamo” sa halip na “paghahain ng karaingan”
- “Desisyon sa coverage sa halip na “pagpapasya ng organisasyon,” “pagpapasya sa benepisyo,” “pagpapasya ng nasa panganib,” o “pagpapasya sa coverage”
- “Mabilis na desisyon sa coverage” sa halip na “pinabilis na pagpapasya”
- “Organisasyon ng Hiwalay na Pagsusuri” (Independent Review Organization, IRO) sa halip na “Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri” (Independent Review Entity, IRE)

Ang pag-alam sa mga tamang pambatas na salita ay makakatulong sa inyong makipag-usap nang mas malinaw, kaya ibinibigay din namin ang mga iyon.

B. Saan hihingi ng tulong

B1. Para sa mga karagdagang impormasyon at tulong

Minsan nakalilitong simulan o sundan ang proseso ng pagharap sa problema. Nagiging mas totoo ito kung hindi maganda ang pakiramdam ninyo o limitado ang lakas. Sa ibang pagkakataon, maaaring wala kayong impormasyon na kailangan ninyo para gawin ang susunod na hakbang.

Tulong mula sa aming plano

Maaari ninyong tawagan ang aming plano sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. para tumulong harapin ang problema o sagutin ang mga tanong.

Tulong mula sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program)

Matatawagan ninyo ang Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 1-800-434-0222. Maaari ninyo ring suriin ang kanilang website sa www.hicapsanmateocounty.org Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong at matutulungan nila kayong maunawaan kung ano ang gagawin sa inyong problema. Hindi konektado sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan ang HICAP. Ang HICAP ay may mga sinanay na tagapayo sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre. The numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222.

Tulong mula sa Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal

Matatawagan ninyo ang Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal at makipag-usap sa isang tagapagtaguyod tungkol sa mga tanong sa coverage sa kalusugan. Maaaring makapagbigay sila ng ng libreng legal na tulong. Hindi konektado ang Programa ng Ombudsman sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang kanilang numero ng telepono ay1-855-501-3077, at ang kanilang website ay www.healthconsumer.org.

Tulong at impormasyon mula sa Medicare

Para sa higit pang impormasyon at tulong, maaari ninyong kontakin ang Medicare. Narito ang dalawang paraan upang humingi ng tulong mula sa Medicare:

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang website ng Medicare (www.medicare.gov).

Tulong mula sa Mga Serbisyo ng Departamento sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makakatulong ang Ombudsman ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care Ombudsman) ng Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Health Care Services DMHC). Matutulungan nila kayo kung may problema kayo sa pagsali, pagbabago, o pag-alis sa isang plano ng kalusugan. Matutulungan din nila kayo kung lumipat kayo at nagkakaproblema sa paglipatng inyong Medi-Cal sa inyong bagong county. Matatawagan ninyo ang Ombudsman Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8 a.m. hanggang 5 p.m. sa 1-888-452-8609.

Tulong mula sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Kontakin ang Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC) para sa libreng tulong. Ang DMHC ay responsable sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga taong may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Ang mga indibidwal na bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ay maaaring gumamit ng walang bayad na numero ng TDD, 1-877-688-9891. Maaari rin ninyong bisitahin ang website ng DMHC sa www.dmhc.ca.gov.

Ang Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California ang responsable para sa pangangasiwa sa mga plano ng serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan. Kung may karaingan kayo sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna kayong tumawag sa inyong planong pangkalusugan sa **1-866-880-0606** at dapat ninyong gamitin ang proseso para sa karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago ninyo kontakin ang departamento. Hindi pinagbabawalan ang paggamit ng pamamaraan para sa karaingan ang anumang posibleng mga karapatang legal o remedyo na maaaring available sa inyo. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan na may kinalaman sa emerhensiya, ang karaingan na hindi pa lubusang nalulutas ng inyong planong pangkalusugan, o karaingan na nanatiling hindi pa nalulutas nang mahigit 30 araw, maaari ninyong tawagan ang departamento upang humingi ng tulong. Maaari rin kayong maging kwalipikado sa Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR). Kung kwalipikado kayo para sa IMR, bibigyan kayo ng proseso para sa IMR ng walang-kinikilingang pagsusuri ng mga medikal na desisyon na ginawa ng planong pangkalusugan kaugnay sa medikal na kinakailangan ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon sa coverage para sa mga paggamot na sinusubukan pa lang o sinisiyasat at mga pagtatalo tungkol sa pagbabayad para sa emergency o agarang mga medikal na serbisyo. Ang departamento ay mayroon ding walang bayad na numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) para sa may kapansanan sa pandinig at pananalita. Ang internet website ng departamento na **www.dmhc.ca.gov** ay may mga form para sa reklamo, form para sa application sa IMR at mga instruksyon sa online.

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela sa Medicare at Medi-Cal sa aming plano

Mayroon kayong Medicare at Medi-Cal. Naaangkop ang impormasyon sa kabanatang ito sa lahat ng benepisyo ninyo sa Medicare at pinamamahalaang pangangalaga ng Medi-Cal. Minsan tinatawag itong “pinagsamang proseso” dahil pinag-iisa, o pinagsasama nito ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Minsan hindi maaring pagsamahin ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal. Sa mga sitwasyong ito, gagamitin ninyo ang isang proseso para sa benepisyo ng Medicare at ang isa pang proseso para sa benepisyo ng Medi-Cal. Ipinapaliwanag ng **Seksyon F4** ang mga sitwasyong ito.

D. Mga problema sa inyong mga benepisyo

Kung kayo ay may problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa inyong sitwasyon. Matutulungan kayo ng susunod na chart na mahanap ang tamang Seksyon sa kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Ang inyo bang problema o alalahanin ay tungkol sa inyong mga benepisyo o coverage? Kabilang dito ang mga problema kung sakop ba o hindi ang isang partikular na medikal na pangangalaga (mga medikal na item, mga serbisyo, at/o mga gamot sa Part B), ang paraan kung paano sinasakop ang mga ito, at mga problema sa pagbabayad para sa mga medikal na pangangalaga.	
Oo. Ang problema ko ay tungkol sa mga benepisyo o coverage. Tingnan ang **Seksyon E**, “Mga desisyon sa coverage at apela.”	**Hindi.** Ang problema ko ay hindi tungkol sa mga benepisyo o coverage. Tingnan ang **Seksyon K**, “Paano maghain ng reklamo.”

E. Mga desisyon sa coverage at mga apela

Ang proseso ng paghingi ng desisyon sa coverage at pag-apela ay hinaharap ang mga problemang nauugnay sa inyong mga benepisyo at coverag para sa inyong medikal na pangangalaga (mga serbisyo, item, at mga gamot sa Part B, kabilang ang pagbabayad). Para panatilihing simple ang mga bagay, karaniwan naming tinutukoy ang mga medikal na item, serbisyo, at mga gamot sa Part B bilang medikal na pangangalaga. Ginagamit ninyo ang proseso ng desisyon sa coverage at mga apela para sa mga isyu tulad ng kung ang isang bagay ay sakop o hindi at ang paraan kung paano sakop ang isang bagay.

E1. Mga desisyon sa coverage

Ang desisyon sa coverage ay isang desisyong ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at coverage o tungkol sa halagang binabayaran namin para sa inyong mga medikal na serbisyo o mga gamot. Makokontak rin ninyo kami o ng inyong doktor at humiling ng desisyon sa coverage. Maaaring kayo o ang inyong doktor ay hindi sigurado kung sakop namin ang isang partikular na medikal na serbisyo o maaari kaming tumangging magbigay ng medikal na pangangalaga na sa tingin ninyo ay kailangan ninyo. **Kung gusto ninyong malaman kung sasakupin namin ang medikal na serbisyo bago ninyo ito makuha, maaari ninyong hilingin sa aming gumawa ng desisyon sa coverage para sa inyo.**

Gagawa kami ng desisyon sa coverage kapag suriin namin ang kahilingan para sa serbisyo o claim. Sa ilang sitwasyon, maaari kaming magdesisyong hindi sakop o hindi na sakop ng Medicare o Medi-Cal para sa inyo ang serbisyo o gamot. Kung hindi kayo sang-ayon sa desisyon sa coverage na ito, maaari kayong umapela.

E2. Mga apela

Kung nagdesisyon kami sa coverage at hindi kayo nasisiyahan sa desisyong ito, maaari ninyong “iapela” ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang desisyon sa coverage na ginawa namin.

Kapag iapela ninyo ang isang desisyon sa unang pagkakataon, tinatawag itong Apela na Antas 1. Sa apelang ito, sinusuri namin ang desisyon sa coverage na ginawa namin para tingnan kung sinunod namin nang tama ang lahat ng panuntunan. Pinapangasiwaan ng iba't ibang reviewer ang inyong apela sa halip na ang gumawa ng orihinal na hindi pabor na desisyon.

Sa karamihan ng sitwasyon, kailangan ninyong simulan ang inyong apela sa Antas 1. Kung agaran ang inyong problema sa kalusugan o kinabibilangan ng napipinto at seryosong banta sa inyong kalusugan, o kung kayo ay nasa matinding pananakit at kailangan ng mas mabilis na desisyon, maaari kayong humiling ng Medikal na Pagsusuri ng IMR mula sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dmhc.ca.gov. Tingnan ang **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon.

Kapag nakumpleto na namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon. Sa ilang partikular na sitwasyon, ipinaliwanag sa huling bahagi sa kabanatang ito **Seksyon F2**, maaari kayong humiling ng pinabilis o "mabilis na desisyon sa coverage)” o “mabilis na apela” ng desisyon sa coverage.

Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa isang bahagi o lahat ng inyong hiniling, padadalhan namin kayo ng sulat. Kung ang inyong problema ay tungkol sa coverage ng isang medikal na pangangalaga ng Medicare, sasabihin sa inyo ng sulat na ipinadala namin ang inyong kaso sa Organisasyon sa Hiwalay na Pagususuri (Independent Review Organization, IRO) para sa Antas 2 na Apela. Kung ang inyong problema ay tungkol sa coverage ng serbisyo o item ng Medicare Part D o Medicaid, sasabihin sa inyo ng sulat kung paano kayo maghahain mismo ng

Antas 2 na Apela. Tingnan ang **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 2 na mga Apela.

Kung hindi kayo nasisiyahan sa desisyon sa Antas 2 na Apela, maaari kayong dumaan sa mga karagdagang antas ng apela.

E3. Tulong sa mga desisyon sa coverage at mga apela

Maaari kayong humingi ng tulong sa alinman sa mga sumusunod:

- **Ang CareAdvantage Unit** sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- **Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077.**
- **Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)** sa 1-800-434-0222.
- **Ang Help Center sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan** (Department of Managed Health Care, DMHC) para sa libreng tulong. Tinutulungan ng DMHC ang mga taong may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Ang mga indibidwal na bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ay maaaring gumamit ng walang bayad na numero ng TDD, 1-877-688-9891. Maaari rin ninyong bisitahin ang website ng Pinamamahalaan na DMHC sa www.dmhc.ca.gov. Bagama't maaaring tulungan ng Pinamamahalaan na DMHC ang mga taong nasa mga Pinamamahalaang Medi-Cal na plano, hindi nito matutulungan ang mga taong nasa mga Medicare na plano lang at nasa mga sumusunod na Sistemang Pangkalusugan na Inorganisa ng County (County Organized Health Systems, COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health, at CalOptima. Pinamamahalaan ng pederal na gobyerno ang mga plano ng Medicare, at pinamamahalaan ng Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ang mga plano ng COHS.
- **Ang inyong doktor o ibang provider**. Ang inyong doktor o ibang provider ay maaaring humiling ng desisyon sa coverage o apela sa inyong ngalan.
- **Kaibigan o miyembro ng pamilya**. Maaari kayong pumili ng ibang tao para kumilos sa inyo bilang inyong "kinatawan" at humiling ng desisyon sa coverage o mag-apela.

- **Abogado**. May karapatan kayong kumuha ng abogado, **pero hindi ninyo kinakailangang kumuha ng abogado** para humiling ng desisyon sa coverage o mag-apela.
    - Tumawag sa sarili ninyong abogado o kunin ang pangalan ng isang abogado mula sa lokal na samahan ng mga abogado o iba pang serbisyo para sa referral. Bibigyan kayo ng ilang grupo ng mga abogado ng mga libreng serbisyo legal kung kwalipikado kayo.
    - Humiling ng abogado para sa legal na tulong sa Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077.

Punan ang form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan kung gusto ninyong may abogado o ibang tao na kikilos bilang inyong kinatawan. Binibigyan ng pahintulot ng form na ito ang isang tao na kumilos para sa inyo.

Tumawag sa CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina at humingi ng form para sa “Pagtatalaga ng Kinatawan”. Makukuha rin ninyo ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa www.hpsm.org/member/your-representation. **Dapat ninyo kaming bigyan ng kopya ng pinirmahang form.**

E4. Aling Seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo

Mayroong apat na sitwasyon na kinabibilangan ng mga desisyon sa coverage at mga apela. Ang bawat sitwasyon ay may iba’t ibang mga panuntunan at mga deadline. Magbibigay kami ng mga detalye para sa bawat isa sa hiwalay na Seksyon ng kabanatang ito. Tingnan ang seksiyon na naaangkop:

- **Seksyon F**, “Medikal na pangangalaga”
- **Seksyon G**, “Mga gamot sa Medicare Part D”
- **Seksyon H**, “Paghiling sa amin na bayaran ang mas mahabang pananatili sa ospital”
- **Seksiyon I**, “Paghiling sa amin na patuloy na bayaran ang ilang partikular na medikal na serbisyo” (Naaangkop lang ang Seksyon na ito sa mga serbisyong ito: pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, at mga serbisyo ng Pasilidad para sa Komprehensibong Outpatient na Rehabilitasyon (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

Kung hindi kayo sigurado kung aling Seksyon ang gagamitin, tumawag sa CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina.

F. Medikal na pangangalaga

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang dapat gawin kung may mga problema kayo sa pagkuha ng coverage para sa medikal na pangangalaga o kung gusto ninyong ibalik namin ang inyong ibinayad para sa aming hati sa gastos sa inyong pangangalaga. Para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng mas mahabang pananatili sa ospital, tingnan ang **Seksyon H**.

Tungkol ang seksyong ito sa inyong mga benepisyo para sa medikal na pangangalaga na inilalarawan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito sa tsart ng mga benepisyo. Sa ilang sitwasyon, maaaring gumamit ng iba't ibang mga panuntunan sa gamot na nasa Medicare Part B. Kapag ginawa iyon, ipinapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga gamot na nasa Medicare Part B sa mga panuntunan para sa mga medikal na serbisyo at mga item.

F1. Gamit ang seksyong ito

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang magagawa ninyo sa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa tingin ninyo ay sinasakop namin ang medikal na pangangalaga na kailangan ninyo pero hindi ninyo ito nakukuha.

   Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa coverage. Tingnan ang **Seksyon F2**.

2. Hindi namin inaprubahan ang medikal na pangangalagan na gustong ibigay sa inyo ng inyong doktor o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan, at sa tingin ninyo ay dapat namin itong ibigay.

   Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Tingnan ang **Seksyon F3**.

3. Nakakuha kayo ng medikal na pangangalaga na sa tingin ninyo ay sakop namin, pero hindi namin babayaran.

   Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari ninyong iapela ang desisyon namin na hindi magbayad. Tingnan ang **Seksyon F5**.

4. Kayo ay nakakuha ng at nagbayad para sa medikal na pangangalaga na akala ninyo ay sakop namin, at gusto ninyong ibalik namin ang ibinayad ninyo.

   Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong ibinayad. Tingnan ang **Seksyon F5**.

5. Binawasan o itinigil namin ang inyong coverage para sa ilang partikular na medikal na pangangalaga, at sa tingin ninyo ay maaaring makasama sa inyong kalusugan ang desisyon namin.

   Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari ninyong iapela ang aming desisyong bawasan o itigil ang medikal na pangangalaga. Tingnan ang **Seksyon F4**.

   - Kung ang coverage ay para sa pangangalaga ng ospital, pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, o mga serbisyo ng komprehensibong rehabilitasyon para sa outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), may gagamitin na mga espesyal na panuntunan. Tingnan ang **Seksyon H** o **Seksyon I** para alamin pa.
   - Para sa lahat ng iba pang sitwasyong kinabibilangan ng pagbawas o pagtigil ng inyong coverage para sa ilang partikular na medikal na pangangalaga, gamitin ang seksyong ito (**Seksyon F**) bilang inyong gabay.

6. Nakakaranas kayo ng mga pagkaantala sa pangangalaga o hindi kayo makahanap ng doktor.

   Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari kayong magsampa ng reklamo. Tingnan ang **Seksyon K2**.

F2. Paghiling ng desisyon sa coverage

> Kapag ang desisyon sa coverage ay kinabibilangan ng inyong medikal na pangangalaga, tinatawag itong **pinagsamang pagpapasya ng organisasyon**.

Kayo, ang inyong doktor, o ang inyong kinatawan ay maaaring humiling sa amin ng desisyon sa coverage sa pamamagitan ng:

- pagtawag sa: 1-866-880-0606, TTY: 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1.
- pag-fax sa: 1-650-616-2190.
- pagsulat sa:

  Health Plan of San Mateo
  Attn: CareAdvantage Unit
  801 Gateway Blvd., Suite100
  South San Francisco, CA 94080

Karaniwang desisyon sa coverage

Kapag binigyan namin kayo ng aming desisyon, gagamitin namin ang “karaniwan” na mga deadline maliban kung sasang-ayon kami na gamitin ang “mabilis” na mga deadline. Ang karaniwang desisyon sa coverage ay nangangahulugang bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng**:**

- Limang araw ng negosyo, at hindi lalampas sa pitong araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan para medikal na serbisyo o item na napapailalim sa aming mga panuntunan sa paunang pahintulot.
- Limang araw ng negosyo, at hindi lalampas sa 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang kahilingan ninyo para sa lahat ng iba pang medikal na serbisyo o mga item.
- **72 oras** matapos naming matanggap ang inyong kahilingan para sa isang gamot na nasa **Medicare Part B**.

Para sa isang medikal na item o serbisyo, maaari kaming abutin ng hanggang 14 na karagdagang araw sa kalendaryo kung hihingi kami ng mas maraming oras o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon na maaaring makabuti sa inyo (tulad ng mga medikal na rekord mula sa mga provider na wala sa network). Kung gagamit kami ng mga karagdagang araw para gumawa ng desisyon, sasabihin namin sa inyo sa sulat. **Hindi kami maaaring kumuha ng mga karagdagang araw kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot na nasa Medicare Part B.**

Kung sa tingin ninyo ay **hindi** kami dapat gumamit ng mga karagdagang araw, maaari kayong gumawa ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na gumamit ng mga karagdagang araw. Kapag gumawa kayo ng mabilis na reklamo, bibigyan namin kayo ng sagot sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras. Ang proseso para sa pagrereklamo ay iba sa proseso para sa mga desisyon sa coverage at mga apela. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagrereklamo, kabilang ang mabilis na pagrereklamo, tingnan ang **Seksyon K**.

Mabilis na desisyon sa coverage

> Ang legal na salita para sa mabilis na desisyon sa coverage ay **pinabilis na pagpapasya**.

Kapag hiniling ninyo sa amin na gumawa ng desisyon sa coverage tungkol sa inyong medikal na pangangalaga na nangangailangan ng mabilis na tugon, hilingin sa amin na gumawa ng “mabilis na desisyon sa coverage.” Ang mabilis na desisyon sa coverage ay nangangahulugang bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng:

- **72 araw** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan **para medikal na serbisyo o item**.

- **24 na oras** matapos naming matanggap ang inyong kahilingan **para sa gamot na nasa Medicare Part B**.

Para sa medikal na item o serbisyo, maaari kaming maglaan ng hanggang 14 na karagdagang araw sa kalendaryo kung malalaman namin na ang impormasyon na maaaring makabuti sa inyo ay kulang (tulad ng mga medikal na rekord mula sa mga provider na wala sa network) o kung kailangan ninyo ng oras para ibigay sa amin ang impormasyon para sa pagsusuri. Kung gagamit kami ng mga karagdagang araw para gumawa ng desisyon, sasabihin namin sa inyo sa sulat. **Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras kung ang inyong kahilingan ay para sa gamot na nasa Medicare Part B.**

Kung sa tingin ninyo ay **hindi kami dapat** maglaan ng karagdagang mga araw para gawin ang desisyon sa coverage, maaari kayong gumawa ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na maglaan ng karagdagang mga araw. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagrereklamo, kabilang ang mabilis na pagrereklamo, tingnan ang **Seksyon K**. Tatawagan ka namin agad kapag nakagawa na kami ng desisyon.

Para makakuha ng mabilis na desisyon sa coverage, kailangan ninyong matugunan ang dalawang kinakailangan:

- Humihiling kayo ng coverage para sa mga medikal na item at/o serbisyo **hindi** ninyo **nakuha**. Hindi kayo makakahiling ng mabilis na desisyon sa coverage tungkol sa pagbabayad para sa mga item o serbisyong nakuha na ninyo.
- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay **maaaring magdulot ng malubhang pinsala sa inyong kalusugan** o makasama sa kakayahan ninyong kumilos.

Awtomatiko namin kayong bibigyan ng mabilis na desisyon sa coverage kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kinakailangan ito ng inyong kalusugan. Kung humiling kayo nang walang suporta ng inyong doktor, kami ang magdedesisyon kung makakatanggap kayo ng mabilis na desisyon sa coverage.

- Kung magdedesisyon kami na hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa mabilis na desisyon sa coverage, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagsasabi nito, sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang deadline. Sasabihin sa inyo ng sulat na:
    - Awtomatiko namin kayong bibigyan ng mabilis na desisyon sa coverage kung hihilingin ito ng inyong doktor.
    - Kung paano kayo makakapaghain ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa coverage sa halip na mabilis na desisyon sa coverage. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa

pagrereklamo, kabilang ang mabilis na pagrereklamo, tingnan ang **Seksyon K**.

Kung Tatanggi kami sa bahagi o sa buong kahilingan ninyo, magpapadala kami sa inyo ng sulat na magpapaliwanag ng mga dahilan.

- Kung **Tatanggi** kami, may karapatan kayong mag-apela. Kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami, ang pag-apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at baguhin ito.
- Kung nagdesisyon kayong mag-apela, pupunta kayo sa Antas 1 ng proseso ng mga apela (tingnan ang **Seksyon F3**).

Sa mga limitadong sitwasyon, maaari naming ipawalang-saysay ang inyong kahilingan para sa desisyon sa coverage, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa kung kailan ipapawalang-saysay ang isang kahilingan ang:

- kung hindi kumpleto ang kahilingan,
- kung may taong hihiling sa ngalan ninyo pero hindi legal na pinapahintulutang gawin iyon, **o**
- kung hihilingin ninyong bawiin ang inyong kahilingan.

Kung ipapawalang-saysay namin ang isang kahilingan para sa desisyon sa coverage, magpapadala kami sa inyo ng abiso na nagpapaliwanag kung bakit ipinawalang-saysay ang kahilingan at kung paano hihiling ng pagsusuri ng pagpapawalang-saysay. Ang pagsusuring ito ay tinatawag na apela. Tatalakayin ang mga apela sa susunod na seksiyon.

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Para magsimula ng apela na may kaugnayan sa tinanggihang serbisyo o item, o para ipagpatuloy ang isang serbisyo o item na natatanggap na ninyo, kayo, ang inyong doktor, o ang inyong awtorisadong kinatawan ay dapat makipag-ugnayan sa amin. Tawagan kami sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

Humiling ng karaniwang apela o mabilis na apela sa pamamagitan ng pagsulat o sa pagtawag sa amin sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

- Kung hihilingin ng inyong doktor o iba pang provider na ipagpatuloy ang isang serbisyo o produkto na nakukuha na ninyo sa panahon ng inyong apela, maaaring kailanganin ninyo silang tukuyin bilang inyong kinatawang kikilos sa ngalan ninyo.

- Kung may ibang tao maliban sa inyong doktor na mag-aapela para sa inyo, magsama ng form sa Pagtatalaga ng Kinatawan na nagpapahintulot sa taong ito na kumatawan sa inyo. Makukuha ninyo ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa www.hpsm.org/member/your-representation.
- Maaari naming tanggapin ang isang apela nang walang form, pero hindi namin maaaring simulan o kumpletuhin ang aming pagsusuri hanggang sa matanggap namin ito. Kung hindi namin makukuha ang form bago ang aming deadline sa pagdedesisyon sa inyong apela:
    - Ipapawalang-saysay namin ang inyong kahilingan, at
    - Padadalhan namin kayo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng inyong karapatang hilingin sa IRO na suriin ang aming desisyong ipawalang-saysay ang inyong apela.
- Kailangan ninyong humiling ng apela sa loob ng 65 araw sa kalendaryo mula sa petsa ng sulat na ipinadala namin para sabihin sa inyo ang aming desisyon.
- Kung hindi kayo umabot sa deadline at may magandang dahilan para hindi umabot dito, maaari namin kayong bigyan ng karagdagang panahon para mag-apela kayo. Ang mga halimbawa ng mga magandang dahilan ay mga bagay na tulad ng nagkaroon kayo ng malubhang sakit o nagbigay kami sa inyo ng maling impormasyon tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela kapag kayo ay nag-apela.
- Mayroon kayong karapatan na humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Kayo at ang inyong doktor ay maaaring magbigay sa amin ng mga karagdagang impormasyon para suportahan ang inyong apela.

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela.

> Ang legal na salita para sa “mabilis na apela” ay **“pinabilis na muling pagsasaalang-alang.”**

- Kung kayo ay mag-aapela sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa coverage para sa pangangalaga, kayo at/o ang inyong doktor ay maaaring humiling ng mabilis na apela.

Awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilis na apela kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan. Kung humiling kayo nang walang suporta ng inyong doktor, kami ang magdedesisyon kung makakakuha kayo ng mabilis na apela.

- Kung magdedesisyon kami na hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa mabilis na apela, padadalhan namin kayo ng sulat na sinasabi tungkol dito at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang deadline. Sasabihin sa inyo ng sulat na:
    - Awtomatiko namin kayong bibigyan ng mabilis na apela kung hihilingin ito ng inyong doktor.
    - Kung paano kayo makakapaghain ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang apela sa halip na mabilis na apela. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagrereklamo, kabilang ang mabilis na pagrereklamo, tingnan ang **Seksyon K**.

Kung sasabihin namin sa inyo na ititigil o babawasan namin ang mga serbisyo o item na nakukuha na ninyo, maipagpapatuloy ninyo ang mga serbisyo o item na iyon sa panahon ng inyong apela.

- Kung magdedesisyon kaming baguhin o itigil ang coverage para sa isang serbisyo o item nakukuha ninyo, magpapadala kami sa inyo ng abiso bago kami umaksyon.
- Kung hindi kayo sang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain sa Antas 1 na Apela.
- Patuloy naming sasakupin ang serbisyo o item kung hihiling kayo sa Antas 1 na Apela sa loob ng sampung araw ng kalendaryo sa petsa sa aming sulat o bago ang nilalayong petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pagkilos, alinman ang mas matagal.
    - Kung matugunan ninyo ang deadline na ito, matatanggap ninyo ang serbisyo o item nang walang mga pagbabago habang pending ang inyong Antas 1 na apela.
    - Makukuha rin ninyo ang lahat ng iba pang serbisyo o item (na hindi paksa ng inyong apela) nang walang mga pagbabago.
    - Kung hindi kayo aapela bago ang mga petsang ito, hindi ipagpapatuloy ang inyong serbisyo o item habang naghihintay kayo para sa inyong desisyon sa apela.

Isasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

- Kapag suriin namin ang inyong apela, tinitingnan naming muli nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan para sa desisyon sa coverage ng medikal na pangangalaga.
- Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng panuntunan noong kapag sinabi naming **Hindi** sa inyong kahilingan.
- Nangangalap kami ng higit pang impormasyon kung kailangan namin ito. Maaari naming kontakin kayo o inyong doktor upang makakuha ng karagdagang impormasyon.

May mga deadline para sa mabilis na apela.

- Kapag ginamit namin ang mabibilis na deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ng mas mabilis na tugon ng inyong kalusugan.** Kung tatanggihan namin ang isang mabilis na apela, bibigyan namin kayo, ang inyong doktor, tagapagreseta, o kinatawan ng berbal na pagkumpirma ng pagtanggi.
    - Kung hindi kami magbibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos, susuriin ito ng isang IRO. Aabisuhan kayo ng IRO sa sulat kapag natanggap na nito ang inyong apela. Sa huling bahagi ng kabanatang ito sa **Seksyon F4,** sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa coverage ng isang serbisyo o item ng Medicaid, puwede kayong maghain mismo ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado kapag natapos na ang limitasyon sa oras. Sa California ang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa Pagdinig ng Estado sa huling bahagi ng kabanatang ito.
- **Kung sabihin namin Oo sa isang bahagi o lahat ng inyong kahilingan**, kinakailangan naming magbigay ng pahintulot o ibigay ang coverage na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela, o mas maaga kung kailangan ito ng kalusugan ninyo.
- **Kung sabihin namin Hindi sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan**, ipapadala namin ang inyong apela sa IRO para sa Antas 2 na Apela.

May mga deadline para sa karaniwang apela.

- Kapag ginamit namin ang mga karaniwang deadline, kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela para sa coverage para sa mga serbisyong hindi ninyo natanggap.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa gamot sa Medicare Part B na hindi ninyo natanggap, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng pitong araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela o mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
    - Kung hindi namin maibibigay sa inyo ang aming sagot bago ang deadline, kinakailangan naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos, susuriin ito ng isang IRO. Sa huling bahagi ng kabanatang ito sa **Seksyon F4,** sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa coverage ng isang serbisyo o item ng Medicaid, puwede kayong maghain mismo ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado kapag natapos na ang limitasyon sa oras. Sa California ang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa Pagdinig ng Estado sa huling bahagi ng kabanatang ito.

Kung sabihin naming Oo sa bahagi o lahat ng kahilingan ninyo, dapat naming payagan o ibigay ang coverage na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang inyong hiling na apela, o kasing bilis na kailangan ng inyong kondisyon ng kalusugan ninyo at sa loob ng 72 oras mula noong binago namin ang aming desisyon, o sa loob ng pitong araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin nakuha ang inyong apela, kung ang kahilingan ninyo ay para sa isang gamot sa Medicare Part B.

Kung sabihin naming **Hindi** sa isang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, **mayroon kayong mga karagdagang karapatan sa pag-apela:**

- Kung sabihin naming **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling, papadalhan namin kayo ng sulat.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa coverage ng serbisyo o item ng Medicare, sinasabi sa inyo ng sulat na ipinadala namin ang inyong kaso sa IRO para sa Antas 2 na apela.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa coverage ng serbisyo o item ng Medi-Cal, sinasabi sa inyo ng sulat kung paano kayo maghahain mismo ng Antas 2 na Apela.

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung sabihin naming **Hindi** sa isang bahagi o lahat ng inyong Antas 1 na Apela, magpapadala kami sa inyo ng sulat. Sinasabi sa inyo ng sulat na ito kung karaniwang sinasakop ng Medicare, Medi-Cal, o parehong programa ang serbisyo o item.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo o item na karaniwang sinasakop ng **Medicare**, awtomatiko naming ipapadala ang inyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng mga apela kapag nakumpleto na ang Antas 1 na Apela.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo o item na karaniwang sinasakop ng **Medi-Cal**, puwede kayong maghain mismo ng Antas 2 na Apela. Sinasabi sa inyo ng sulat kung paano ito gagawin. Magdaragdag din kami ng mas marami pang impormasyon sa huling bahagi ng kabanatang ito.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo o item na maaaring sakupin ng **Medicare at Medi-Cal**, awtomatiko kayong makakakuha ng Antas 2 na Apela sa IRO. Bilang karagdagan sa awtomatikong Antas 2 na Apela, puwede rin kayong humiling ng Pagdinig ng Estado at Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa estado. Gayunpaman, hindi magiging available ang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri kung nagpakita na kayo ng ebidensiya sa Pagdinig ng Estado.

Kung kwalipikado kayo para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo noong inihain ninyo ang inyong Antas 1 na Apela, maaari ring magpatuloy sa Antas 2 ang inyong mga iniaapelang benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot. Tingnan ang **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng inyong mga benepisyo sa Antas 1 na Apela.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo na karaniwang sinasakop lang ng Medicare, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay hindi na nagpapatuloy sa proseso ng mga apela sa Antas 2 sa IRO.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa serbisyong karaniwang sinasakop lang ng Medi-Cal, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay magpapatuloy kung magsusumite kayo ng Antas 2 na Apela sa loob ng sampung araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang aming sulat tungkol sa desisyon.

Kapag ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo o item karaniwang sinasakop ng Medicare

Susuriin ng IRO ang inyong apela. Isa itong hiwalay na organisasyong inupahan ng Medicare.

> Ang pormal na pangalan para sa “Organisasyon para sa Hiwalay na Pagsusuri (Independent Review Organization, IRO) ay **Hiwalay Entidad sa Pagsusuri** (Independent Review Entity, IRE),” na tinatawag minsan na **IRE**.

- Hindi konektado sa amin ang organisasyong ito at hindi rin ito ahensiya ng pamahalaan. Pinili ng Medicare ang kumpanyang magiging IRO, at pinapangasiwaan ng Medicare ang trabaho nila.
- Ipapadala namin sa organisasyong ito ang impormasyon tungkol sa inyong apela (inyong “case file). May karapatan kayo sa libreng kopya ng inyong file case.
- May karapatan kayo na magbigay sa IRO ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.
- Titingnan nang mabuti ng mga reviewer ang IRO ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Kung nakakuha kayo ng mabilis na apela sa Antas 1, magkakaroon din kayo ng mabilis na apela Antas 2.

- Kung nagkaroon kayo ng mabilis na apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakatanggap ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kayong bigyan ng sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos makuha ang inyong apela.

Kung kayo ay nakakuha ng karaniwang apela sa Antas 1, magkakaroon din kayo ng karaniwang apela sa Antas 2.

- Kung nagkaroon kayo ng karaniwang apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakatanggap ng karaniwang apela sa Antas 2.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa medikal na produkto o serbisyo, dapat kayong bigyan ng sagot ng IRO sa inyong Apela sa Antas 2 **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang inyong apela.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa gamot na sakop ng Medicare Part B, dapat kayong bigyan ng sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng pitong araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang inyong apela.

Kung ibibigay ng IRO sa inyo ang sagot nito sa sulat at ipapaliwanag nito ang mga dahilan.

- **Kung sabihin ng IRO ay Oo sa isang bahagi o lahat ng inyong kahilingan para sa medikal na item o serbisyo**, dapat agad naming ipatupad kaagad ang desisyon:

- Magbigay ng pahintulot sa coverage sa medikal na pangangalaga **sa loob ng 72 oras, o**
- Ibigay ang serbisyo sa loob ng **limang 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 sabihin ng IRO ay Oo sa isang bahagi o lahat ng inyong kahilingan para sa gamot na sakop ng Medicare Part B, dapat naming pahintulutan o ibigay ang pinagtatalunang gamot na sakop ng Medicare Part B:**
  - **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 sabihin ng IRO Hindi sa isang bahagi o lahat ng inyong apela,** nangangahulugan itong sumasang-ayon silang hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong kahilingan) para sa coverage para sa medikal na pangangalaga.. Tinatawag itong “hindi pagbabago sa desisyon” o “pagtanggi sa inyong apela.”
  - Kung natutugunan ng inyong kaso ang mga kinakailangan, kayo ay mamimili kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas ang inyong apela.
  - May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuang bilang na limang antas.
  - Kung ang inyong Antas 2 na Apela ay tinanggihan at natutugunan ninyo ang mga kinakailangan para ipagpatuloy ang proseso ng mga apela, kailangan ninyong magdesisyon kung magpapatuloy sa Antas 3 at gumawa ng pangatlong apela. Ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nakasulat sa abiso na inyong makukuha pagkatapos ng Antas 2 na Apela.
  - Pinapangasiwaan ng Hukom ng Batas Administratibo (Administrative Law Judge, ALJ) o attorney adjudicator ang Antas 3 na Apela. Tingnan ang **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

Kapag ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo o item karaniwang sinasakop ng Medi-Cal

Mayroong dalawang mga 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 Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC)

Maaari kayong maghain ng reklamo sa o mag-apply para sa Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR) mula sa Help Center sa DMHC. Sa paghahain ng reklamo, susuriin ng Pinamamahalaan na DMHC ang aming desisyon. Magsasagawa ang DMHC ng sarili nilang imbestigasyon sa inyong reklamo o magpapasya kung kwalipikado ang kaso para sa IMR. Ang IMR ay maaaring maging available para sa anumang serbisyo o item na sakop ng Medi-Cal na nagtataglay ng medikal na katangian. Ang IMR ay isang pagsusuri ng inyong kaso ng mga eksperto na hindi bahagi ng aming plano o bahagi ng Pinamamahalaan na DMHC. Kung pabor sa inyo ang IMR dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyo o item na inyong hiniling. Wala kayong babayaran para sa IMR.

Maaari kayong maghain ng reklamo o mag-apply para sa IMR kung ang aming plano ay:

- Tinanggihan, binago, o inaantala ang serbisyo o paggamot ng Medi-Cal dahil nalaman ng aming plano na hindi ito medikal na kinakailangan.
- Hindi sasakupin ang sinusubukan pa lang o sinisiyasat pa lang na paggamot ng Medi-Cal para sa malubhang medikal na kondisyon.
- Mga hindi pagkakasundo kung cosmetic o reconstructive ang isang surgical na serbisyo o procedure.
- Hindi babayaran ang emergency o agarang mga serbisyo ng Medi-Cal na inyong natanggap na.
- Hindi nalutas ang inyong Antas 1 na Apela para sa isang serbisyo ng Medi-Cal sa loob ng 30 araw sa kalendaryo para sa karaniwang apela o 72 oras, o mas maaga, kung kailangan ito ng kalusugan ninyo, para sa mabilis na apela.

Sa karamihang sitwasyon, dapat kayong maghain ng apela sa amin bago humiling ng IMR. Tingnan ang **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa aming proseso ng apela sa Level 1. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong magsumite ng IMR Application/Complaint Form sa Pinamamahalaan na DMHC.

TANDAAN: Kung ang naghain ng apela para sa inyo ang inyong provider, pero hindi namin natanggap ang inyong form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan (Appointment of Representative), kakailanganin ninyong muling ihain ang inyong apela sa amin bago kayo

makapaghain ng Antas 2 ng IMR sa DMHC maliban na lang kung ang inyong apela ay kasama ng napipinto at malubhang banta sa inyong kalusugan, kasama ang, ngunit hindi limitado sa, matinding panankitt, posibleng pagkawala ng buhay, kamay o paa, o pangunahing paggana ng katawan.

Maaari kayong humiling ng IMR at Pagdinig ng Estado, ngunit hindi kayo pinapayagan na pumunta sa IMR kung nakapagpakita na kayo ng ebidensiya sa isang Pagdinig ng Estado o nagkaroon ng Pagdinig ng Estado para sa parehong isyu.

Kung ang inyong paggamot ay tinanggihan dahil sinusubukan o sinisiyasat pa lang, hindi ninyo kailangan sumali sa aming proseso ng apela bago kayo mag-apply para sa IMR.

Kung ang inyong problema ay agaran o kasama ang agaran at malubhang banta sa inyong kalusugan o kung kayo ay may matinding pananakit, maaari itong ipaalam kaagad sa atensyon ng DMHC nang hindi muna dadaan sa aming proseso ng apela.

Dapat kayong **mag-apply para sa IMR sa loob ng anim na buwan** pagkatapos naming magpadala sa inyo ng nakasulat na desisyon tungkol sa inyong apela. Maaaring tanggapin ng DMHC ang inyong application pagkalipas ng anim na buwan sa magandang dahilan, tulad ng nagkaroon kayo ng medikal na kondisyon na pumigil sa inyo sa paghiling ng IMR sa loob ng anim na anim na buwan, o hindi kayo nakatanggap ng sapat na abiso mula sa amin ng proseso ng IMR.

Para maghain ng reklamo o humiling ng IMR:

- Punan ang Form ng IMR/Reklamo na available sa: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tawagan ang Help Center ng DMHC sa 1-888-466-2219. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-688-9891.
- Kung mayroon kayo, ilakip ang mga kopya ng mga sulat o ibang mga dokumento tungkol sa serbisyo o item na aming tinanggihan. Mapapabilis nito ang proseso ng IMR. Ipadala ang mga kopya ng mga dokumento, hindi mga orihinal. Hindi maisasauli ng Help Center ng anumang dokumento.
- Punan ang Authorized Assistant Form kung may taong tumutulong sa inyo sa inyong IMR. Makukuha ninyo ang form sa www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tumawag sa Help Center ng Departamento sa 1-888-466-2219. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-688-9891.
- Isumite ang IMR/Complaint Form at anumang kalakip na dokumento sa DMHC online: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

- Ipadala sa pamamagitan ng koreo o fax:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

Sa loob ng pitong araw, susuriin ng DMHC ang inyong application at padadalhan kayo ng sulat sa pagkilala na natanggap na ito. Kung natukoy ng DMHC na kuwalipikado ang kaso para sa IMR, isasagawa ang desisyon sa IMR sa loob ng 45 araw pagkatapos matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

Kung agaran ang inyong kaso at kwalipikado para sa IMR, kadalasan ay magsasagawa ng desisyon sa IMR sa loob ng pitong araw pagkatapos matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

Kung hindi kayo nasiyahan sa resulta ng IMR, maaari pa rin kayong humiling ng isang Pagdinig ng Estado.

Maaaring mas tumagal ang isang IMR kung hindi matatanggap ng DMHC ang lahat ng medikal na rekord na kinakailangan mula sa inyo o sa doktor na gumagamot sa inyo. Kung gumagamit kayo sa isang doktor na hindi kasama sa network ng inyong planong pangkalusugan, mahalagang makuha at maipadala ninyo sa amin ang inyong mga medikal na rekord mula sa doktor na iyon. Kailangan ng inyong planong pangkalusugan na makuha ang mga kopya ng inyong mga medikal na rekord mula sa mga doktor na nasa network.

Kung pinagpasyahan ng DMHC na hindi kwalipikado para sa Hiwalay na IMR ang inyong kaso, susuriin ng DMHC ang inyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso nito ng reklamo ng consumer. Dapat na malutas ang inyong reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo ng pagsumite ng nakumpletong application. Kung agaran ang inyong reklamo, mas maaga itong malulutas.

(2) Pagdinig ng Estado

Maaari kayong humiling ng Pagdinig ng Estado para sa mga serbisyo at item na sakop ng Medi-Cal. Kung ang inyong doktor o iba pang provider ay humihiling ng serbisyo o item hindi namin aaprubahan, o hindi na namin patuloy na babayaran ang serbisyo o item na mayroon na kayo at tinanggihan namin ang inyong Antas 1na apela, mayroon kayong karapatang humiling ng Pagdinig ng Estado.

Sa karamihang sitwasyon, **mayroon kayong 120 araw para humiling ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos na maipadala sa inyo sa koreo ang abisong “Sulat ng Desisyon sa Apela”.

TANDAAN: Kung hihiling kayo ng Pagdinig ng Estado dahil sinabi namin sa inyo na babaguhin o ititigil na ang serbisyong kasalukuyan ninyong nakukuha, **mayroon kayong kakaunting araw**

para isumite ang inyong kahilingan kung gusto ninyong patuloy na makuha ang serbisyong iyon habang pending ang inyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang “Magpapatuloy pa ba ang aking mga benepisyo sa Antas 2 na mga apela” sa pahina 205 para sa higit pang impormasyon.

Maaari kayong humiling ng Pagdinig ng Estado sa mga sumusunod na paraan:

- Online sa www.cdss.ca.gov.
- Sa telepono: Tumawag sa 1-800-743-8525. Maaaring maging napakaabala ang numerong ito. Maaari kayong makatanggap ng mensahe na tumawag muli sa ibang pagkakataon Kung hindi kayo makapagsalita o makarinig nang maayos, mangyaring tumawag sa TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang isang form para sa Pagdinig ng Estado o sumulat. Ipadala ito sa pamamagitan ng koreo o fax sa:
- Sa 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 walang bayad sa 1-833-281-0903
- Maaari ninyong kumpletuhin ang "Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado" sa likod ng abiso ng pagkilos. Siguraduhing isama ang iyong pangalan, tirahan, numero ng telepono, Social Security Number at/o numero ng CIN at ang dahilan kung bakit ninyo gustong humiling ng Pagdinig ng Estado Kung may tumutulong sa iyo sa paghiling ng Pagdinig ng Estado, idagdag ang kanyang pangalan, tirahan, at numero ng telepono sa form o sulat. Kung kailangan ninyo ng interpreter, sabihin sa State Hearings Division kung anong wika ang inyong sinasalita. Hindi ninyo kailangang magbayad para sa isang interpreter. Ang State Hearings Division ang kukuha nito para sa inyo. Kung mayroon kayong kapansanan, ang State Hearings Division ay maaaring kumuha ng mga espesyal na akomodasyon nang walang bayad upang matulungan kang makilahok sa pagdinig. Mangyaring isama ang impormasyon tungkol sa iyong kapansanan at ang akomodasyong kailangan mo.

Sasagutan man ninyo ang form ng “Paghiling ng Pagdinig ng Estado” sa pamamagitan ng koreo, fax, o hihiling man kayo ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng telepono, kayo dapat mismo ang gumawa ng Antas 2 na apela. Ang Health Plan of San Mateo (HPSM) ay hindi maghahain ng apela para sa inyo. Susuriin ng Sangay ng Pagdinig ng Estado ang inyong apela at ipapaalam sa inyo ang desisyon nito gaya ng sinabi sa ibaba. Ibibigay sa inyo ng Sangay ng mga Pagdinig ng Estado ang kanilang desisyon sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag nito ang mga dahilan.

- Kung sabihin ng Sangay ng mga Pagdinig ng Estado ay **Oo** sa isang bahagi o lahat ng kahilingan para sa isang 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 sabihin ng Sangay ng mga Pagdinig ng Estado ay **Hindi** sa isang bahagi o lahat ng inyong apela, nangangahulugan itong sumasang-ayon silang hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong kahilingan) para sa coverage para sa medikal na pangangalaga. Tinatawag itong “hindi pagbabago sa desisyon” o “pagtanggi sa inyong apela.”

Kung ang desisyon ng IRO o Pagdinig ng Estado ay **Hindi** para sa lahat o bahagi ng inyong kahilingan, mayroon kayong mga karagdagang karapatan sa apela.

Kung ang inyong Antas 2 na Apela ay napunta sa Organisasyon para sa Hiwalay ng Pagsusuri (Independent Review Organization, **IRO**), maaari lang kayong maghain ulit ng apela kung ang halaga sa dolyar ng serbisyo o item na gusto ninyo ay nakakatugon sa isang partikular na mababang halaga. Pinapangasiwaan ng Hukom ng Batas Administratibo (Administrative Law Judge, ALJ) o attorney adjudicator ang Antas 3 na Apela. **Ipapaliwanag ng sulat na makukuha ninyo mula sa IRO ang mga karagdagang karapatan sa apela na maaaring mayroon kayo.**

Ilalarawan ng sulat na makukuha ninyo mula sa Sangay ng mga Pagdinig ng Estado ang susunod na opsyon sa apela.

Tingnan ang **Seksyon J** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan sa pag-apela pagkatapos ng Antas 2.

F5. Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapayagan ang aming mga provider ng network na singilin kayo para sa mga sakop na serbisyo at item. Totoo ito kahit na mas kaunti ang aming ibabayad sa provider kaysa sa sinisingil niya para sa sakop na serbisyo o item. Hindi kailanman hihilingin sa inyong bayaran ang balanse ng anumang singil. Ang halaga lang na dapat hilingin sa inyo na bayaran ninyo ay ang copay para sa mga gamot sa Medicare Part D.

Kung makakatanggap kayo ng singil na mas mataas kaysa sa inyong copay para sa mga sakop na serbisyo at item, ipadala ang singil sa amin. Huwag ninyong babayaran ang singil. Kokontakin namin nang direkta ang provider at aayusin ang problema. Kung babayaran ninyo ang singil, maaari kayong makakuha ng refund mula sa aming plano kung sinunod ninyo ang panuntunan sa pagkuha ng mga serbisyo o item.

Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Inilalarawan nito ang mga sitwasyon kung kailan maaari ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo o bayaran ang singil na natanggap ninyo sa provider. Sinasabii rin nito kung paano ipadala sa amin ang mga papeles na humihiling sa amin ng pagbabayad.

Kung hihilingin ninyong bayaran, humihiling kayo ng desisyon sa coverage. Titingnan namin kung ang binayaran ninyong serbisyo o item ay sakop at kung sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan sa paggamit ng inyong coverage.

- Kung sakop ang serbisyo o item na inyong binayaran at sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa inyo ang aming bahagi sa gastod para sa serbisyo o item na karaniwang ay sa loob ng 30 araw sa kalendaryo, pero hindi lalampas sa 60 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- Kung hindi pa ninyo nababayaran ang mga serbisyo o item, ipapadala namin nang direkta ang bayad sa provider. Kapag ipinadala namin ang pagbabayad, katulad din ito ng pagsasabi ng **Oo** sa inyong kahilingan para sa desisyon sa coverage.
- Kung ang serbisyo o item ay hindi sakop o hindi ninyo sinunod ang lahat ng panuntunan, magpapadala kami ng sulat sa inyo na sinasabi sa inyo na hindi namin babayaran ang serbisyo o item at ipapaliwanag kung bakit.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon na hindi magbayad, **maaari kayong umapela**. Sundan ang proseso ng mga apela na inilalarawan sa **Seksyon F3**. Kapag sumunod kayo sa mga instruksyong ito, tandaan:

- Kung kayo ay aapela para bayaran kayo, kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.

Kung ang sagot namin sa inyong apela ay **Hindi** at karaniwang sakop ng **Medicare** ang serbisyo o item, ipapadala namin ang inyong kaso sa IRO. Magpapadala kami sa inyo ng sulat kung mangyayari ito.

- Kung babaligtarin ng IRO ang aming desisyon at sasabihing dapat namin kayong bayaran, kailangan naming ipadala ang bayad sa inyo o sa provider sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung ang sagot sa inyong apela sa ay **Oo** sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala ang bayad sa inyo o sa provider ng pangangalagang pangkalusugan sa loob ng 60 araw sa kalendaryo.
- Kung sabihin ng IRO sa inyong apela ay **Hindi**, nangangahulugan itong sumasang-ayon silang hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag itong “hindi pagbabago sa desisyon” o “pagtanggi sa inyong apela.” Makakatanggap kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga karagdagang karapatan sa pag-apela na maaaring mayroon kayo. Tingnan ang **Seksyon J**

para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga karagdagang antas ng pag-apela.

Kung ang sagot namin sa inyong apela ay **Hindi** at karaniwang sakop ng Medi-Cal ang serbisyo o item, maaari kayong maghain mismo ng Antas 2 na Apela. Tingnan ang **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon.

G. Mga gamot sa Medicare Part D

Kabilang sa inyong benepisyo bilang miyembro ng aming plano ang coverage para sa mga gamot. Karamihan sa mga ito ay mga gamot sa Medicare Part D. Mayroong ilang gamot na hindi sakop ng Medicare Part D na maaaring sakupin ng Medi-Cal. **Naaangkop lang ang seksyong ito sa mga apela para sa gamot na sakop ng Medicare Part D.** Sasabihin namin "gamot" sa mga natitira pang bahagi ng seksyong ito sa halip na pagsasabi palagi ng "gamot sa Medicare Part D".

Para masakop, kailangang gamitin ang gamot para sa para sa medikal na tinatanggap na paggamit na gamot. Nangangahulugan iyon na ang gamot ay inaprubahanbahan ng Administrasyon para sa Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration, FDA) o sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na reference. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa medikal na tinatanggap na paggamit na gamot.

G1. Mga desisyon sa coverage at mga apela sa Medicare Part D

Narito ang mga halimbawa ng mga desisyon sa coverage na hinihiling ninyong gawin namin tungkol sa inyong mga gamot sa Medicare Part D:

- Maaari inyong hilingin sa amin na gumawa ng eksepsyon, kabilang ang paghiling sa amin na:
    - Sakupin ang isang gamot sa Medicare Part D na wala sa Listahan ng Gamot ng plano namin o
    - Maglaan ng limitasyon sa coverage namin sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa dami na maaari ninyong makuha)
- Tanungin sa amin kung ang gamot ay sakop para sa inyo (tulad ng kung ang inyong gamot ay nasa Listahan ng Gamot ng plano namin pero dapat namin itong aprubahan bago namin ito sakupin)

TANDAAN: Kung sinasabi sa inyo ng parmasya ninyo na ang inyong gamot ay hindi puwedeng mapunan tulad ng nakasulat, bibigyan kayo ng parmasya ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano kami kokontakin para humiling ng desisyon sa coverage.

> Ang inisyal na desisyon sa coverage tungkol sa inyong mga gamot sa Medicare Part D ay tinatawag na "**pagpapasya sa coverage.**"

- Hinihiling ninyo sa amin na bayaran ang isang gamot na nabili na ninyo. Ito ay paghiling ng desisyon sa coverage tungkol sa pagbabayad.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa coverage na ginawa namin, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito kung paano humingi ng mga desisyon sa coverage at kung paano umapela. Gamitin ang talaan sa ibaba para matulungan kayo.

Alin sa mga sitwasyong ito kayo nabibilang?

Kailangan ninyo ng gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o kailangan naming maglaan ng panuntunan o limitasyon sa gamot na aming sakop.	Gusto ninyong sakupin namin ang isang gamot sa aming Listahan ng Gamot, at sa palagay ninyo ay natutugunan ninyo ang mga panuntunan o limitasyon ng plano (tulad ng pagkuha ng maagang pag-apruba) para sa gamot na kailangan ninyo	Gusto ninyong bayaran kayo para sa isang gamot na inyong natanggap at nabayaran na.	Sinabi namin sa inyong hindi namin sasakupin o babayaran ang isang gamot sa paraang gusto ninyo.
Maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng eksepsyon. (Ito ay isang uri ng desisyon sa coverage.)	**Maaari kayong humiling sa amin ng desisyon sa coverage.**	**Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong ibinayad.** (Ito ay isang uri ng desisyon sa coverage.)	**Puwede kayong umapela.** (Nangangahulugan itong hinihiling ninyo sa aming muling isaalang-alang.)
Magsimula sa **Seksyon G2**, at pagkatapos ay tingnan ang **Seksyon G3 at**.	Tingnan ang **Seksyon G4**.	Tingnan ang **Seksyon G4**.	Tingnan ang **Seksyon G5**.

G2. Mga eksepsyon sa Medicare Part D

Kung hindi namin sasakupin ang isang gamot sa paraang gusto ninyo, maaari kayong humiling sa amin na gumawa ng “eksepsyon.” Kung tatanggihan namin ang hiling ninyo para sa eksepsyon, maaari ninyong iapela ang aming desisyon.

Kapag humingi kayo ng eksepsyon, kailangang ipaliwanag ng inyong doktor o iba pang tagareseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan ninyo ng eksepsyon.

> Ang paghiling ng coverage ng isang gamot na wala sa aming Listahan ng mga Gamot o sa pag-alis ng limitasyon sa isang gamot ay tinatawag minsan na paghiling ng **“eksepsyon sa formulary”.**

Narito ang ilang halimbawa ng mga eksepsyon na puwede ninyong hilingin sa amin o ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta:

1. **Pagsakop sa isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot***
   - Kung sasang-ayon kami na gumawa ng eksepsyon at sakupin ang isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot, babayaran ninyo ang copay na naaangkop para sa mga gamot sa Antas 2 para sa mga branded na gamot o Antas 1 para sa mga generic na gamot.
   - Hindi kayo puwedeng makakuha ng eksepsyon sa ikinakailangan halaga ng copay para sa gamot.
2. **Pag-aalis ng limitasyon para sa sakop na gamot**
   - May mga karagdagang panuntunan o limitasyong naaangkop sa ilang partikular na gamot na nasa aming *Listahan ng Gamo*t (tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga karagdagang impormasyon).
   - Kabilang sa mga karagdagang panuntunan at limitasyon para sa ilang partikular na gamot ang:
     - Kinakailangan na gamitin ang generic na gamot sa halip na branded na gamot.
     - Pagkuha ng aming pag-apruba nang maaga bago kami sumang-ayon na sakupin ang gamot para sa inyo. Minsan, tinatawag itong “paunang pahintulot (prior authorization, PA).”
     - Kinakailangan na sumubok ng ibang gamot muna bago kami sumang-ayon na sakupin ang gamot na hinihiling ninyo. Minsan, tinatawag itong “step therapy.”

- Limitasyon sa dami. Para sa ilang mga gamot, may mga limitasyon sa dami ng gamot na maaari kayong magkaroon.

- Kung sang-ayon kami sa eksepsyon para sa inyo at maglaan ng paghihigpit, kayong humiling ng eksepsion sa halaga ng copay na kailangan ninyong bayaran.

3. **Pagpapalit ng coverage ng isang gamot sa mas mababang antas sa paghahati sa gastos.** Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot a*y nasa isa sa dalawang antas sa paghahati sa gastos. Sa pangkalahatan, mas mababa ang antas sa paghahati sa gastos, mas mababa ang hihingiin sa inyong halaga ng copay.

   - Kasama sa *Listahan ng Gamot* namin ang mahigit sa isang gamot para sa paggamot ng partikular na kondisyon. Tinatawag ang mga ito na mga “alternatibong” gamot.

   - Kung ang alternatibong gamot para sa inyong medikal na kondisyon ay nasa mas mababang antas sa paghahati sa gastos kaysa sa iniinom ninyong gamot, maaari ninyong hilingin sa amin na sakupin ito sa halaga ng paghahati sa gastos ng alternatibong gamot. Mapapababa nito ang halaga ng inyong copay para sa gamot.

   - Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan ng eksepsyon sa pagbibigay ng antas at mahigit sa isang mas mababang antas sa paghahati sa gastos sa mga alternatibong gamot na hindi ninyo maaaring inumin, karaniwan binabayaran ninyo ang pinakamababang halaga.

G3. Mahahalagang bagay na malaman tungkol sa paghiling para sa isang eksepsyon

Dapat sabihin sa amin ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta ang mga medikal na dahilan.

Ang inyong doktor o iba pang tagareseta ay dapat na magbigay sa amin ng pahayag na nagpapaliwanag ng mga medikal na dahilan para humiling ng eksepsyon. Para sa mas mabilis na desisyon, isama ang medikal na impormasyon na ito mula sa inyong doktor o ibang tagareseta kapag humingi kayo ng eksepsyon.

Kasama sa *Listahan ng Gamot* namin ang mahigit sa isang gamot para sa paggamot ng partikular na kondisyon. Tinatawag ang mga ito na mga “alternatibong” gamot. Kung ang isang alternatibong gamot ay kasing epektibo ng gamot na inyong hinihiling at hindi magdudulot ng masasamang epekto o iba pang problema sa kalusugan, karaniwang **hindi** namin inaaprubahan ang inyong kahilingan para sa eksepsyon. Kung hihiling kayo ng eksepsyon sa pagbibigay ng antas, karaniwang **hindi** namin inaaprubahan ang inyong kahilingan sa

eksepsyon maliban kung hindi tatalab sa inyo ang lahat ng alternatibong gamot sa (mga) mas mababang antas sa paghahati sa gastos o kung magdudulot ang mga ito ng hindi kanais-nais na reaksyon o iba pang pinsala.

Maaari naming sabihin Oo o Hindi sa inyong kahilingan.

- Kung ang sagot namin ay **Oo** sa inyong kahilingan para sa eksepsyon, ang eksepsyon ay karaniwang tumatagal hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo. Ito ay totoo hanggang patuloy na ireseta ng inyong ang gamot para sa inyo at patuloy na ligtas at epektibo ang gamot sa paggamot ng inyong kondisyon.

- Kung sabihin naming **Hindi** sa inyong kahilingan sa eksepsyon, maaari kayong umapela. Tingnan ang **Seksyon G5** para sa impormasyon sa kung paano pag-apela kung sabihin naming **Hindi**.

Ang susunod na Seksyon ay nagsasabi sa inyo kung paano humiling ng desisyon sa coverage, kabilang na ang eksepsyon.

G4. Paghiling ng desisyon sa coverage, kabilang ang eksepsyon

- Hilingin ang uri ng desisyon sa coverage na gusto ninyo sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-866-880-0606, pagsulat, o pag-fax sa amin. Kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong doktor (o ibang tagareseta) ay maaaring gawin ito. Pakilagay ang inyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa claim.

- Kayo o ang inyong doktor (o iba pang tagareseta) o ibang tao na kumikilos sa ngalan ninyo ay maaaring humiling ng desisyon sa coverage. Maaari ring isang abogado ang kumilos sa ngalan ninyo.

- Tingnan ang **Seksyon E3** para malaman kung paano papangalanan ang isang tao bilang inyong kinatawan.

- Hindi ninyo kailangang magbigay ng nakasulat na pahintulot sa inyong doktor o iba pang tagareseta para humiling sa amin ng desisyon sa coverage sa inyong ngalan.

- Kung gusto ninyong hilingin sa amin na bayaran para sa isang gamot, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- Kung hihiling kayo ng eksepsyon, bigyan kami ng “sumusuportang pahayag.” Kabilang sa sumusuportang pahayag ang mga medikal na dahilan ng inyong doktor o iba pang tagareseta para sa kahilingan sa eksepsyon.

- Maaaring i-fax o ipadala sa amin sa koreo ng inyong doktor o iba pang tagareseta ang sumusuportang pahayag. Maaari rin nilang sabihin sa amin sa telepono at pagkatapos ay i-fax o ipadala sa koreo ang pahayag.

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling sa amin ng "mabilis na desisyon sa coverage."

Ginagamit namin ang mga "karaniwang deadline" maliban kung sasang-ayon kami na gamitin ang "mabibilis na deadline."

- Nangangahulugan ang **karaniwang desisyon sa coverage** na bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.
- Nangangahulugan ang **mabilis na desisyon sa coverage** na bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.

> Ang "mabilis na desisyon sa coverage" ay tinatawag na **"pinabilis na pagpapasya sa coverage."**

Puwede kayong makakuha ng mabilis na desisyon sa coverage kung:

- Para ito sa isang gamot na hindi ninyo nakuha. Hindi kayo makakakuha ng mabilis na desisyon sa coverage kung hihilingin ninyo sa aming bayaran kayo para sa isang gamot na nabili na ninyo.
- Lubhang maaapektuhan ang inyong kalusugan o kakayahang kumilos kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.

Kapag sabihin sa amin ng inyong doktor o tagareseta na kinakailangan ng inyong kalusugan ng mabilis na desisyon sa coverage, susuriin namin ang inyong kahilingan ayon sa timeline ng mabilis na desisyon sa coverage. Padadalhan namin kayo ng sulat kasama ang impormasyong ito.

- Kung hihiling kayo ng mabilis na desisyon sa coverage nang walang suporta mula sa inyong doktor o iba pang tagareseta, kami ang magdedesisyon kung bibigyan kayo ng mabilis na desisyon sa coverage.
- Kung magdedesisyon kami na hindi natutugunan ng inyong medikal na kondisyong ang mga kinakailangan para sa mabilis na desisyon sa coverage, gagamitin namin ang mga karaniwang deadline sa halip.

- Magpapadala kami sa inyo ng sulat na sinasabi sa inyo na gagamitin namin ang karaniwang deadline. Sinasabi din ng sulat sa inyo kung paano umapela tungkol sa aming desisyon.
- Puwede kayong maghain ng mabilis na reklamo at makakuha ng tugon sa loob ng 24 na oras. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagrereklamo, kabilang ang mabilis na pagrereklamo, tingnan ang **Seksyon K**.

Mga deadline para sa mabilis na desisyon sa coverage

- Kapag gagamitin namin ang mabibilis na deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan. Kung hihiling kayo ng eksepiyon, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor. Ibibigay namin sa inyo ang sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa proseso ng mga apela sa Antas 2 para sa pagsusuri ng IRO. Tingnan ang **Seksyon G6** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 2 na Apela.
- Kung sabihin naming **Oo** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang coverage sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor.
- Kung sabihin naming **Hindi** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, magpapadala kami sa inyo ng sulat na kasama ang mga dahilan. Sinasabi din ng sulat sa inyo kung paano umapela.

Mga deadline para sa karaniwang desisyon sa coverage tungkol sa isang gamot na hindi ninyo nakuha

- Kapag gagamitin namin ang mga karaniwang deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan. Kung hihiling kayo ng eksepsyon, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor. Ibibigay namin sa inyo ang sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa proseso ng mga apela sa Antas 2 para sa pagsusuri ng IRO.

- Kung sabihin naming **Oo** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang coverage sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor para sa isang eksepsyon.
- Kung sabihin naming **Hindi** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, magpapadala kami sa inyo ng sulat na kasama ang mga dahilan. Sinasabi din ng sulat sa inyo kung paano umapela.

Mga deadline para sa karaniwang desisyon sa coverage tungkol sa isang gamot na nabili na ninyo

- Kailangan naming ibigay ang aming sagot sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa proseso ng mga apela sa Antas 2 para sa pagsusuri ng IRO.
- Kung sabihin naming **Oo** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, babayaran namin kayo sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo.
- **Kung** sabihin naming **Hindi** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, magpapadala kami sa inyo ng sulat na kasama ang mga dahilan. Sinasabi din ng sulat sa inyo kung paano umapela.

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela

> Ang apela sa aming plano tungkol sa desisyon sa coverage ng gamot sa Medicare Part D ay tinatawag na **“muling pagpapasya”** ng plano.

- Simulan ang inyong **karaniwan** o **mabilis na apela** sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-866-880-0606, pagsulat, o pag-fax sa amin. Kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong doktor (o ibang tagareseta) ay maaaring gawin ito. Pakilagay ang inyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa inyong apela.
- Dapat kayong humiling ng apela **sa loob ng 65 araw sa kalendaryo** mula sa petsa ng sulat na ipinadala namin para sabihin sa inyo ang aming desisyon.
- Kung hindi kayo umabot sa deadline at may magandang dahilan para hindi umabot dito, maaari namin kayong bigyan ng karagdagang panahon para mag-apela kayo. Ang mga halimbawa ng magandang dahilan ay kung nagkaroon kayo ng malubhang sakit, o nagbigay kami sa inyo ng maling impormasyon

tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela kapag kayo ay nag-apela.

- Mayroon kayong karapatan na humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Kayo at ang inyong doktor ay maaaring magbigay sa amin ng mga karagdagang impormasyon para suportahan ang inyong apela.

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela.

> Ang mabilis na apela ay tinatawag ding **"pinabilis na muling pagpapasya."**

- Kung mag-aapela kayo sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa isang gamot na hindi ninyo natanggap, kayo at ang inyong doktor o ibang tagareseta ang magdedesisyon kung kailangan ninyo ng mabilis na apela.
- Ang mga kinakailangan para sa mabilis na apela ay katulad para sa mabilis na desisyon sa coverage. Tingnan ang **Seksyon G4** para sa higit pang impormasyon.

Isasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

- Sinusuri namin ang inyong apela at tinitingnan naming mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan sa coverage.
- Tinitingnan namin kung sinunod namin ang mga panuntunan noong sinabi naming **Hindi** sa inyong kahilingan.
- Maaari naming kontakin kayo o ang inyong doktor o ibang nagbigay ng reseta para sa makakuha ng higit pang impormasyon.

Mga deadline para sa mabilis na apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang mabibilis na deadline, kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
    - Ibibigay namin sa inyo ang sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.

  - Kung hindi kami magbibigay sa inyo ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Tingnan ang **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon para sa pagsusuri at sa proseso sa Antas 2 na mga apela.

- Kung sabihin naming **Oo** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibigay ang coverage na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.

- Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa inyo kung paano kayo umapela.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline, kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng pitong araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela para sa isang gamot na hindi ninyo natanggap.

- Magbibigay kami ng desisyon sa lalong madaling panahon kung hindi ninyo natanggap ang gamot at kinakailangan ito ng inyong kondisyon ng kalusugan. Kung naniniwala kayong kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela.

  - Kung hindi kami makakapagbigay sa inyo ng desisyon sa loob ng pitong araw sa kalendaryo araw, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Tingnan ang **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon para sa pagsusuri at sa proseso ng mga apela sa Antas 2.

Kung sabihin naming **Oo** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Kailangan naming **ibigay ang coverage** na sinang-ayunan naming ibigay nang mabilis ayon sa kinakailangan ng inyong kalusugan pero **hindi lalampas sa pitong araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.

- Kailangan naming **magpadala ng bayad sa inyo** para sa isang gamot na binili ninyo **sa loob ng 30 araw** sa **kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.

Kung sabihin naming **Hindi** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Magpapadala kami sa inyo ng sulat na ipinapaliwanag ang mga dahilan at sinasabi sa inyo kung paano kayo umapela.
- Kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot tungkol sa pagbabayad sa inyo para sa isang gamot na binili ninyo **sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
    - Kung hindi kami makakapagbigay sa inyo ng desisyon sa loob ng 14 na araw, kakailanganin naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Tingnan ang **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon para sa pagsusuri at sa proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung sabihin naming **Oo** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat namin kayong bayaran sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa inyo kung paano kayo umapela.

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung sabihin naming **Hindi** sa inyong Antas 1 na Apela, maaari ninyong tanggapin ang aming desisyon o umapela ulit. Kung magdedesisyon kayong umapela ulit, gagamitin ninyo ang proseso ng mga apela sa Antas 2 na Apela. Susuriin ng **IRO** ang aming desisyon kapag ang sinabi naming **Hindi** sa inyong unang apela. Ang organisasyong ito ang magdedesisyon kung dapat naming baguhin ang aming desisyon.

> Ang pormal na pangalan para sa “Organisasyon para sa Hiwalay na Pagsusuri” (IRO) ay ang **“Entidad sa Hiwalay na Pagsusuri (Independent Review Entity, IRE)”,** na tinatawag minsan na **“IRE”.**

Para gumawa ng Antas 2 na Apela, dapat kontakin ninyo, kinatawan ninyo, o inyong doktor o ibang tagareseta na kontakin ang IRO **sa pamamagitan ng sulat** at humiling ng pagsusuri ng inyong kaso.

- Kung sabihin naming **Hindi** sa inyong Antas 1 na Apela, ang sulat na ipapadala namin sa inyo ay **may kasamang mga instruksyon kung paano gumawa ng Antas 2 na Apela** sa IRO. Sasabihin ng mga instruksyon kung sino ang maaaring gumawa ng Antas 2 na apela, kung ano ang mga susundin na deadline, at kung paano kokontakin ang organisasyon.

- Kapag umaple kayo sa IRO, ipapadala namin ang impormasyon na mayroon kami tungkol sa inyong apela sa organisasyon. Ang impormasyong ito tinatawag na “case file”. **May karapatan kayo sa libreng kopya ng inyong case file.** Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng libreng kopya ng inyong case file, tumawag sa 1-866-880-0606.
- May karapatan kayo na magbigay sa IRO ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Susuriin ng IRO ang inyong Antas 2 na Apela ng Medicare Part D at bibigyan kayo nito ng sagot sa pamamagitan ng sulat. Tingnan ang **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa IRO.

Mga deadline para sa mabilis na apela sa Antas 2

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela sa IRO.

- Kung sasang-ayon sila sa mabilis na apela, dapat nila kayong bigyan ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan sa pag-apela.
- Kung sahibi nila na **Oo** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, kailangan naming ibigay ang inaprubahang coverage sa gamot **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos makuha ang desisyon ng IRO.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 2

Kung kayo ay may karaniwang apela sa Antas 2, dapat kayong bigyan ng sagot ng IRO.

- **sa loob ng pitong araw sa kalendaryo** pagkatapos nilang makuha ang inyong apela para sa isang gamot na hindi niyo natanggap.
- **sa loob ng 14 na araw** pagkatapos matanggap ang inyong apela para sa pagbabayad muli para sa isang gamot na inyong binili.

Kung sabihin ng IRO ay **Oo** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Kailangan naming ibigay ang inaprubahang coverage ng gamot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO.
- Kailangan naming bayaran kayo para sa isang gamot na binili ninyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO.
- Kung sabihin ng IRO sa inyong apela ay **Hindi**, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa aming desisyong hindi aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag itong “pagbabago sa desisyon” o “pagtanggi sa inyong apela”.

Kung sabihin ng IRO ay **Hindi** sa inyong Antas 2 na Apela, mayroon kayong karapatan sa Antas 3 na Apela kung ang halaga sa dolyar ng coverage sa gamot na hinihiling ninyo ay tumutugon sa pinakamababang halaga ng dolyar. Kung ang halaga sa dolyar ng coverage sa gamot na hinihiling ninyo ay mas mababa sa kinakailangang minimum, hindi kayo maaring umapela ulit. Dahil sa sitwasyong iyon, pinal na ang desisyon sa Antas 2 na Apela. Magpapadala sa inyo ng sulat ang IRO na sinasabi sa inyo ng pinakamababang halaga ng dolyar na kinakailangan para makapagpatuloy sa Antas 3 na Apela.

Kung ang halaga sa dolyar ng inyong kahilingan ay nakakatugon sa kinakailangan, mapipili ninyo kung gusto pa ninyong umapela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2.
- Kung sabihin ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela ay **Hindi** at natutugunan ninyo ang kinakailangan para ipagpatuloy ang proseso ng mga apela, kayo:
    - Ang magdedesisyon kung gusto ninyong gumawa ng Antas 3 na Apela.
    - Tingnan ang sulat na ipinadala sa inyo ng IRO pagkatapos ng inyong Antas 2 na Apela para sa mga detalye tungkol sa kung paano gumawa ng Antas 3 na Apela.

Pinapangasiwaan ng Hukom ng Batas Administratibo (Administrative Law Judge, ALJ) o attorney adjudicator ang Antas 3 na mga Apela. Tingnan ang **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

H. Paghiling sa amin na sakupin ang mas matagal na pamamalagi sa ospital

Kapag na-admit kayo sa isang ospital, mayroon kayong karapatan na makuha ang lahat ng serbisyo sa ospital na aming sakop na kinakailangan para ma-diagnose at gamutin ang inyong sakit o pinsala. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa coverage sa ospital ng aming plano, tingnan ang **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro na ito.*

Sa namamalagi ninyo sakop na ospital, nakikipagtulungan sa inyo ang inyong doktor at kawani ng ospital para sa maghanda sa araw ng paglabas ninyo sa ospital. Tumutulong din sila sa pag-aayos ng pangangalaga na maaaring kailanganin ninyo paglabas ninyo.

- Ang araw nang pag-alis ninyo sa ospital ay tinatawag na “petsa ng paglabas sa ospital.”
- Sasabihin sa inyo ng doktor o kawani ng ospital ang petsa ng paglabas ninyo sa ospital.

Kung sa palagay ninyo kayo ay maagang pinapalabas sa ospital o nag-aalala kayo sa inyong pangangalaga kapag nakalabas na kayo sa ospital, puwede kayong humiling ng mas matagal na pamamalagi sa ospital. Sinasabi ng seksyong ito sa inyo kung paano humiling.

Sa kabila ng mga apelang tinalakay sa **Seksyon H** na ito, maaari rin kayong maghain ng reklamo at humiling ng DMHC para sa ipagtuloy ang inyong pamamalagi sa ospital. Pakitingnan ang **Seksyon F4** para malaman kung paano magsampa ng reklamo sa DMHC at humiling sa kanila ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Maaari kayong humingi ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.

H1. Alamin ang inyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos ninyong ma-admit sa ospital, may isang tao sa ospital, tulad ng nurse o caseworker, na magbibigay sa inyo ng nakasulat na abiso na tinatawag na “Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan.” Ang lahat ng may Medicare ay makakakuha ng kopya ng abiso kapag na-admit sila sa ospital.

Kung hindi ninyo matatanggap ang abisong ito, hingin ito sa kahit na sinong empleyado ng ospital. Kung kailangan ninyo ng tulong, tumawag sa CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina. Natatawagan din ninyo ang 1-800-MEDICARE, (1-800-633-4227) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

- **Basahin ang abiso** nang mabuti at magtanong kung hindi ninyo ito maintindihan. Sinasabi sa inyo ng abiso ang inyong mga karapatan bilang pasyente sa ospital, kabilang ang inyong mga karapatan na:
    - Makakuha ng mga serbisyong sakop ng Medicare habang at pagkatapos ng inyong pamamalagi sa ospital. Mayroon kayong karapatan na malaman kung ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito, at kung saan ninyo makukuha ang mga ito.
    - Maging bahagi ng anumang desisyon tungkol sa haba ng inyong pamamalagi sa ospital.
    - Malaman kung saan iuulat ang anumang alalahaning mayroon kayo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga sa ospital.
    - Maghain ng apela kung sa palagay ninyo ay masyadong maaga kayong pinapalabas sa ospital.
- **Pirmahan ang abiso** para ipakitang natanggap ninyo ito at nauunawaan ninyo ang inyong mga karapatan.

  - Kayo o ang sinumang kumikilos sa ngalan ninyo ay maaaring pirmahan ang abiso.
  - Ipinapakita **lang** pagpirma sa abiso na nakuha ninyo ang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Ang pagpirma ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon kayo sa petsa ng paglabas sa ospital na maaaring sinabi sa inyo ng inyong doktor o kawani ng ospital.

- **Itabi ang inyong kopya** ng pinirmahang abiso para mayroon kayong impormasyon kung kakailanganin ninyo ito.

Kung pipirmahan ninyo ang abiso nang mahigit dalawang araw bago ang araw ng paglabas ninyo sa ospital, makakakuha kayo ng panibagong kopya bago kayo lumabas.

Maaari ninyong tingnan ang kopya ng abiso nang maaga kung inyong:

- Tatawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina
- Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Para hilingin sa amin na sakupin ang inyong mga serbisyo sa inpatient sa ospital nang mas matagal, umapela. Sinusuri ng Organisasyon ng Pagpapabuti ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ang Antas 1 na Apela para malaman kung ang nakaplano ninyong petsa ng paglabas sa ospital ay medikal na naaangkop para sa ninyo.

Ang QIO ay grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Tinitingnan at tumutulong ang mga ekspertong ito na pagandahin ang kalidad para sa mga taong may Medicare. Hindi sila bahagi ng aming plano.

Sa California, QIO ay Commence Health Tawagan sila sa 1-877-588-1123. Nasa abiso rin ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan, “Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan,” at sa **Kabanata 2**.

Tawagan ang QIO bago kayo lumabas ng ospital at hindi tatagal sa inyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital.

- **Kung tatawag kayo bago kayo umalis**, maaari kayong mamalagi sa ospital pagkatapos ng inyong petsa ng nakaplanong paglabas sa ospital nang hindi nagbabayad para dito habang hinihintay ninyo ang desisyon ng QIO tungkol sa inyong apela.

- **Kung hindi kayo tatawag para umapela**, at magdesisyon kayong mamalagi sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital, maaari ninyong bayaran ang lahat ng gastos para sa pangangalaga sa ospital na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng paglabas.
- Dahil sakop ng Medicare at Medi-Cal ang mga pamamalagi sa ospital, kung ayaw dinggin ng Quality Improvement Organization ang inyong kahilingan na ipagpatuloy ang pamamalagi ninyo sa ospital, o naniniwala kayong agaran ang inyong sitwasyon, o kabilang ang agaran at seryosong banta sa inyong kalusugan, o kung may matinding pananakit kayo, maaari rin kayong maghain ng reklamo sa o humiling sa Departamento ng DMHC ng California ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Pakitingnan ang **Seksyon F4** para malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC).

Humngi ng tulong kung kailangan ninyo ito. Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ninyo ng tulong anumang oras

- Tawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222.

Humiling ng mabilis na pagsusuri. Kumilos nang mabilis at kontakin ang QIO para humiling ng mabilis na pagsusuri ng inyong paglabas sa ospital.

> Ang legal na salita para sa **“mabilis na pagsusuri”** ay **“agarang pagsusuri”** o **“pinabilis na pagsusuri.”**

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilis na pagsusuri

- Tatanungin kayo o ang kinatawan ninyo ng mga reviewer sa QIO kung bakit naniniwala kayo na dapat magpatuloy ang coverage pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital. Hindi ninyo kinakailangang sumulat ng pahayag, pero puwede ninyo itong gawin.
- Titingnan din ng mga reviewer ang inyong medikal na impormasyonl, makikipag-usap sila sa inyong doktor, at susuriin nila ang impormasyong ibinigay ng ospital at ng aming plano sa kanila.
- Bago magtanghali ng araw pagkatapos sabihin ng mga reviewer sa aming plano ang tungkol sa inyong apela, makakakuha kayo ng sulat na may petsa ng inyong

paglabas sa ospital. Nagbibigay din ang sulat ng mga dahilan kung bakit sa tingin ng inyong doktor, ng ospital, at namin na ito ang tamang petsa ng paglabas ninyo sa ospital na medikal na naaangkop para sa ninyo.

> Ang legal na salita para sa nakasulat na paliwanag na ito ay ang **"Detalyadong Abiso ng Paglabas."** Puwede kayong makakuha ng sample sa pamamagitan ng pagtawag sa CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina o sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.) Puwede rin kayong sumangguni sa halimbawa ng abiso online sa www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nito, ibibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Oo**:

- Ibibigay namin ang inyong mga sakop na serbisyo sa inpatient sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung sabihin ng QIOsa inyong apela ay **Hindi**:

- Naniniwala silang medikal na naaangkotp ang inyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital.
- Ang aming coverage para sa inyong mga inpatient na serbisyo sa ospital ay matatapos sa katanghalian pagkatapos ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.
- Maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng pangangalaga sa ospital na matatanggap ninyo pagkatapos ng katanghalian sa araw pagkatapos ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.
- Maari kayong gumawa ng Apela sa Antas 2 kung tatanggihan ng QIO ang inyong Antas 1 na Apela **at** mamamalagi kayo sa ospital pagkatapos ng petsa ng inyong nakaplanong paglabas sa ospital.

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hilingin ninyo sa QIO na tingnan ulit ang desisyong ginawa nila sa inyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa 1-877-588-1123.

Kailangan ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa Antas 1 na Apela. Maaari ninyo **lang** hilingin ang

pagsuusring ito kung mamalagi kayo sa ospital pagkatapos ng araw kung kailan natapos ang inyong coverage para sa pangangalaga.

Ang mga reviewer ng QIO ay:

- Titingnan ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw ng pagtanggap ng inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Oo**:

- Kailangan namin kayong bayaran para sa aming bahagi ng mga gastos sa pangangalaga sa ospital mula tanghali pagkatapos ng petsa kung kailan tinanggihan ng QIO ang inyong Antas 1 na Apela.
- Ibibigay namin ang inyong mga sakop na serbisyo sa inpatient sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung sabihin ng QIO sa inyong apela ay **Hindi**:

- Sumasang-ayon sila sa kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 1 na Apela at hindi na nila ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na sinasabi sa inyo kung ano ang magagawa ninyo kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at maghain ng Antas 3 na Apela.
- Maaari din kayong maghain ng reklamo o hilingin Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri para sa patuloy ninyong pamamalagi sa ospital. Pakitingnan ang **Seksyon E4** para malaman kung paano maghain ng reklamo sa at hilingin DMHC Hiwalay na Medikal na Pagsusuri.

Pinapangasiwaan ng Hukom ng Batas Administratibo (Administrative Law Judge, ALJ) o attorney adjudicator ang Antas 3 na mga Apela. Tingnan ang **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

I. Paghiling sa amin na patuloy na sakupin ang ilang partikular na medikal na serbisyo

Ang seksyong ito ay tungkol lang sa tatlong uri ng serbisyong maaari ninyong nakukuha:

- mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan
- skilled nursing care sa skilled nursing facility, **at**
- rehabilitasyon na pangangalaga bilang outpatient sa isang komprehensibong rehabilitasyon para sa outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) na inaprubahan ng Medicare. Karaniwan itong nangangahulugan na nakakatanggap kayo ng paggamot para sa sakit o aksidente, o kayo ay nagpapagaling mula sa isang malaking operasyon.

Sa alinman sa tatlong uri ng serbisyong ito, may karapatan kayong makakuha ng mga sakop na serbisyo hangga't sinasabi ng doktor na kailangan ninyo ang mga ito.

Kapag nagdesisyon kaming itigil ang pagsakop sa anuman sa mga ito, kailangang sabihin namini sa inyo **bago** matapos ang inyong mga serbisyo. Kapag natapos ang inyong saklaw para sa serbisyong iyon, titigil kami sa pagbabayad nito.

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos na namin nang napakaaga ang saklaw ng inyong pangangalaga, **maaari ninyong iapela ang aming desisyon**. Ang Seksyon na ito ay nagsasabi sa inyo kung paano humingi ng apela.

I1. Paunang abiso bago matapos ang inyong saklaw

Magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na abiso na matatanggap ninyo nang hindi bababa sa dalawang araw bago kami tumigil sa pagbabayad ng inyong pangangalaga. Tinatawag itong "Abiso ng Walang Saklaw ng Medicare." Sinasabi sa inyo ng abiso ang petsa kung kailan kami titigil sa pagsakop sa inyong pangangalaga at kung paano iapela ang aming desisyon.

Kailangan ninyo o ng inyong kinatawan na pirmahan ang abiso para ipakita na natanggap ninyo ito. Ipinapakita **lang** ng pagpirma sa abiso na nakuha ninyo ang impormasyon. Ang pagpirma ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon kayo sa aming desisyon.

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos na namin nang napakaaga ang saklaw ng inyong pangangalaga, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito ang tungkol sa proseso ng Antas 1 na Apela at kung ano ang gagawin.

- **Tugunan ang mga deadline.** Mahalaga ang mga deadline. Unawain at sundin ang mga deadline na naaangkop sa mga bagay na dapat ninyong gawin. Kailangan din ng plano namin na sumunod sa mga deadline. Kung sa tingin

ninyo ay hindi kami umaabot sa mga deadline namin, maaari kayong maghain ng reklamo. Tingnan ang **Seksyon K** para sa impormasyon tungkol sa paghahain ng mga reklamo.

- **Humiling ng tulong kung kailangan ninyo ito.** Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ninyo ng tulong anumang oras
  - Tawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina.
  - Tawagan ang HICAP sa 1-800-434-0222.
- **Kontakin ang QIO.**
  - Tingnan ang **Seksyon H2** o tingnan ang **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa QIO at kung paano sila kokontakin.
  - Hilingin sa kanilang suriin ang inyong apela at magdesisyon kung babaguhin ang desisyon ng aming plano.
- **Kumilos nang mabilis at humiling ng "fast-track na apela".** Tanungin ang QIO kung medikal na naaangkop na tapusin ang saklaw ng inyong mga medikal na serbisyo.

Ang inyong deadline sa pagkontak sa organisasyong ito

- Kailangan ninyong kontakin ang QIO para simulan ang inyong apela bago ang katanghalian ng araw bago ang petsa ng pagkakaroon ng bisa sa "Abiso ng Walang Saklaw ng Medicare" na ipinadala namin sa inyo.
- Kung ayaw dinggin ng Quality Improvement Organization ang inyong kahilinganna ipagpatuloy ang saklaw sa inyong mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan o kung naniniwala kayo na palagay ay agaran ang inyong sitwasyon o may agaran at seryosong banta sa inyong kalusugan o kung may matinding pananakit kayo, maaari kayong maghain ng reklamo at humiling ng Hiwalay na Medikal Pagsusuri sa Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC) ng California. Pakitingnan ang **Seksyon F4** para malaman kung paano magsampa ng reklamo sa DMHC at humiling sa kanila ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri.

Ang legal na salita para sa nakasulat na abiso ay **"Abiso ng Walang Saklaw ng Medicare".** Para makakuha ng sample na kopya, tawagan ang CareAdvantage Unit sa mga numero sa ibaba ng pahina o tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag 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 mangyayari sa isang fast-track na apela

- Tatanungin kayo o ang kinatawan ninyo ng mga reviewer sa QIO kung bakit naniniwala kayo na dapat magpatuloy ang saklaw. Hindi ninyo kinakailangang sumulat ng pahayag, pero puwede ninyo itong gawin.
- Titingnan ng mga reviewer ang inyong medikal naimpormasyon, makikipag-usap sila sa inyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.
- Magpapadala rin ang aming plano sa inyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng mga dahilan ng pagtatapos sa saklaw sa inyong mga serbisyo. Matatanggap ninyo ang abiso sa katapusan ng araw kung kailan ipapaalam sa amin ng mga reviewer ang inyong apela.

Ang legal na salita para sa abisong paliwanag ay **"Detalyadong Paliwanag ng Walang Saklaw".**

- Sasabihin sa inyo ng mga reviewer ang kanilang desisyon sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyon na kailangan nila.

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Oo**:

- Ibibigay namin sa iyo ang mga sakop na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.

Kung sabihin ng QIO sa inyong apela ay **Hindi**:

- Matatapos ang inyong saklaw sa petsang sinabi namin sa inyo.
- Ititigil namin ang pagbabayad sa bahagi namin sa mga gastos sa pangangalagang ito sa petsa sa abiso.

- Babayaran ninyo mismo ang buong halaga ng pangangalagang ito kung magdedesisyon kayong ipagpatuloy ang pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga ng skilled nursing facility, o mga serbisyo sa komprehensibong rehabilitasyon para sa outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) pagkatapos ng petsa ng pagtatapos ng inyong saklaw
- Kayo ang magdedesisyon kung gusto ninyong ipagpatuloy ang mga serbisyong ito at gumawa ng Antas 2 na Apela.

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hilingin ninyo sa QIO na tingnan ulit ang desisyong ginawa nila sa inyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa 1-877-588-1123.

Kailangan ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa Antas 1 na Apela. Maaari ninyo hilingin **lang** ang pagsusuring ito kung ipagpapatuloy ninyo ang pangangalaga pagkatapos ng petsa kung kailan natapos ang inyong saklaw para sa pangangalaga.

Ang mga reviewer ng QIO ay:

- Titingnan ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw ng pagtanggap ng inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Oo**:

- Babayaran namin kayo para sa aming bahagi sa gastos sa pangangalaga na inyong natanggap simula sa petsa kung kailan namin sinabing matatapos na ang inyong saklaw.
- Magbibigay kami ng saklaw para sa pangangalaga hangga’t ito ay medikal na kinakailangan.

Kung sabihin ng QIO sa inyong apela ay **Hindi**:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyon na tapusin na ang inyong pangangalaga at hindi na ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na sinasabi sa inyo kung ano ang magagawa ninyo kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at maghain ng Antas 3 na Apela.

- Maaari kayong maghain ng reklamo at humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa DMHC para sa patuloy na saklaw ng inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Pakitingnan ang **Seksyon F4** para malaman kung paano humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa DMHC. Maaari kayong maghain ng reklamo at humingi ng Hiwalay na Medikal na DMHC bilang karagdagan o sa halip na Antas 3 na Apela.

Pinapangasiwaan ng Hukom ng Batas Administratibo (Administrative Law Judge, ALJ) o attorney adjudicator ang Antas 3 na mga Apela. Tingnan ang **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

J. Dalhin ang inyong apela higit pa sa Antas 2

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare

Kung kayo ay gumawa ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo o item ng Medicare, at tinanggihan ang parehong apela ninyo, maaaring may karapatan kayo sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung ang halaga sa dolyar ng serbisyo o item ng Medicare na iniapela ninyo ay hindi nakakatugon sa isang partikular na minimum na halaga ng dolyar, hindi na kayo maaaring umapela pa. Kung sapat na mataas ang halaga sa dolyar, maaari ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela. Ang sulat na matatanggap ninyo mula sa IRO para sa inyong Antas 2 na Apela ay ipinapaliwanag kung sino ang kokontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Antas 3 ng m proseso ng mga apela ay isang pandinig ng Pinapangasiwaan ng Hukom ng Batas Administratibo (Administrative Law Judge, ALJ). Ang taong nagdedesisyon ay ang ALJ o attorney adjudicator na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung sabihin ng ALJ o attorney adjudicator sa inyong apela ay **Oo,** mayroon kaming karapatang umapela ng desisyon sa Antas 3 na pabor sa inyo.

- Kung nagdesisyon kami na **iapela** ang desisyon, papadalhan namin kayo ng kopya ng kahilingan ng Antas 4 na Apela na may anumang kasamang dokumento. Maaari kaming maghintay para sa desisyon sa Antas 4 na Apela bago magbigay ng pahintulot o pagbigay ng serbisyong pinagtatalunan.

- Kung magdedesisyon kami na **hindi iapela** ang desisyon, dapat namin kayong pahintulutan o bigyan ng serbisyo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos makuha ang desisyon ng ALJ o attorney adjudicator.

  - Kung sabihin ng ALJ o attorney adjudicator sa inyong apela ay **Hindi**, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magdedesisyon kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, ang proseso ng mga apela ay tapos na.

- Kung magdedesisyon kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong makukuha ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Sinusuri ng Konseho sa Mga Apela sa Medicare (Konseho) ang inyong apela at bibigyan nila kayo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

Kung ang sabihin ng Konseho ay **Oo** sa inyong Antas 4 na Apela o tatanggihan ang aming kahilingang suriin ang desisyon sa Antas 3 na Apela na pabor sa inyo, mayroon kaming karapatang umapela sa Antas 5 na Apela.

- Kung magdedesisyon kaming **iapela** ang desisyon, sasabihin namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat.

- Kung magdedesisyon kaming **hindi iapela** ang desisyon, dapat namin kayong pahintulutan o bigyan ng serbisyo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos makuha ang desisyon ng Konseho.

Kung sabihin ng Konseho na **Hindi** o tatanggihan nila ang kahilingan namin sa pagsusuri, maaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magdedesisyon kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, ang proseso ng mga apela ay tapos na.

- Kung magdedesisyon kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tinatanggihan ang inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Ang abisong matatanggap ninyo ay magsasabi sa inyo kung maaari kayong pumunta sa Antas 5 na Apela at kung ano ang gagawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng hukom sa Federal District Court ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magdedesisyon ito kung **Oo** o **Hindi.** Ito ang pinal na desisyon. Wala nang iba pang antas ng pag-apela na mas mataas sa Federal District Court.

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal

Mayroon din kayong iba pang karapatan sa pag-apela kung ang inyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o item na karaniwang sakop ng Medi-Cal. Ang sulat na makukuha ninyo mula sa Sangay ng mga Pagdinig ng Estado ay magsasabi sa inyo kung ano ang gagawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

J3. Ang mga Antas 3, 4, at 5 na Apela para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Medicare Part D

Naaangkop sa inyo ang seksyong ito kung gumawa kayo ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela, at parehong tinanggihan ang inyong mga apela.

Kung ang halaga sa gamot na iniaapela ninyo ay nakatutugon sa partikular na halaga sa dolyar, maaari kayong magpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela. Ipinapaliwanag ng nakasulat na tugon na natanggap ninyo sa inyong Antas 2 na Apela kung sino ang kokontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Antas 3 ng m proseso ng mga apela ay isang pandinig ng ALJ. Ang taong nagdedesisyon ay ang ALJ o attorney adjudicator na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung sabihin ng ALJ o attorney adjudicator sa inyong apela ay **Oo**:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kailangan naming pahintulutan o ibigay ang inaprubahang saklaw sa gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung sabihin ng ALJ o attorney adjudicator sa inyong apela ay **Hindi**, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magdedesisyon kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, ang proseso ng mga apela ay tapos na.
- Kung magdedesisyon kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong makukuha ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Sinusuri ng Konseho ang inyong apela at bibigyan nila kayo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

Kung sabihin ng Konseho sa inyong apela ay **Oo**:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kailangan naming pahintulutan o ibigay ang inaprubahang saklaw sa gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung sabihin ng Konseho sa inyong apela ay **Hindi** o kung tanggihan ng Konseho na suriin ang kahilingan, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magdedesisyon kayong **tanggapin** ang desisyon na tinatanggihan ang inyong apela, ang proseso ng mga apela ay tapos na.
- Kung magdedesisyon kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tinatanggihan ang inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Ang abisong matatanggap ninyo ay magsasabi sa inyo kung maaari kayong pumunta sa Antas 5 na Apela at kung ano ang gagawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng hukom sa Federal District Court ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magdedesisyon ito kung **Oo** o **Hindi.** Ito ang pinal na desisyon. Wala nang iba pang antas ng pag-apela na mas mataas sa Federal District Court.

K. Paano magreklamo

K1. Anong mga uri ng mga problema ang dapat mga reklamo

Ang proseso ng reklamo ay ginagamit lang sa ilang partikular na uri ng problema, tulad ng mga problema tungkol sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, pangangasiwa ng pangangalaga, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng problema na hinahawakan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng inyong medikal na pangangalaga	• Hindi kayo nasisiyahan sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng natanggap ninyong pangangalaga sa ospital.
Paggalang sa inyong pagiging pribado	• Sa inyong palagay, may hindi iginalang ang inyong karapatan sa pagkapribado o nagbahagi ng kumpidensiyal na impormasyon tungkol sa inyo.

Reklamo	Halimbawa
Kawalan ng respeto, hindi magandang serbisyo sa customer, o iba pang hindi magandang pag-uugali	• Ang provider o kawani sa pangangalagang pangkalusugan ay bastos o hindi magalang sa inyo. • Hindi maganda ang pagtrato sa inyo ng aming kawani. • Sa palagay ninyo ay sapilitang inalis kayo sa aming plano.
Accessibility at tulong sa wika	• Hindi ninyo aktwal na ma-access ang mga serbisyo at pasilidad para sa pangangalagang pangkalusugan sa opisina ng doktor o provider. • Hindi nagbibigay ng interpreter ang inyong doktor o provider para sa wikang sinasalita ninyo na hindi Ingles (tulad ng American Sign Language o Espanyol). • Hindi kayo binibigyan ng inyong provider ng iba pang makatwirang accommodation na kailangan ninyo at hinihingi.
Mga oras ng paghihintay	• Nagkakaproblema kayo sa pagpapa-appointment o naghihintay kayo nang masyadong matagal para makakuha nito. • Pinaghihintay rin kayo nang masyadong matagal ng mga doktor, pharmacist, o iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, CareAdvantage Unit, o iba pang kawani ng plano.
Kalinisan	• Sa palagay ninyo ay hindi malinis ang klinika, ospital o opisina ng doktor.

Reklamo	Halimbawa
Impormasyon na inyong nakukuha mula sa amin	• Sa palagay ninyo ay nabigo kami sa pagbigay sa inyo ng abiso o sulat na dapat ninyong natanggap. • Sa palagay ninyo, ang nakasulat na impormasyong ipinadadala namin sa inyo ay masyadong mahirap maunawaan.
Pagiging napapanahon na nauugnay sa mga desisyon sa saklaw o apela	• Sa palagay ninyo ay hindi namin natutugunan ang aming mga deadline sa paggawa ng desisyon sa saklaw o pagsagot sa inyong apela. • Sa tingin ninyo na, pagkatapos makakuha ng desisyon o apela sa saklaw na pabor sa inyo, hindi namin natugunan ang mga deadline sa pag-aapruba o pagbibigay sa inyo ng serbisyo o pagbabayad sa inyo para sa ilang partikular na medikal na serbisyo. • Kung sa tingin na hindi namin naipadala ang inyong kaso sa Organisasyon para sa Hiwalay ng Pagsusuri (Independent Review Organization, IRO) nang nasa oras.

May iba't ibang uri ng mga reklamo. Maaari kayong gumawa ng panloob na reklamo at/o panlabas na reklamo. Ang isang panloob na reklamo ay inihahain sa at sinusuri ng aming plano. Ang isang panlabas na reklamo ay inihahain sa at sinusuri ng isang organisasyong hindi nauugnay sa aming plano. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paggawa ng panloob at/o panlabas na reklamo, maaari ninyong tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

> Ang legal na salita para sa *“reklamo”* ay ***“karaingan.”***
>
> Ang legal na salita para sa *“pagrereklamo”* ay ***“paghahain ng karaingan.”***

K2. Mga panloob na reklamo

Para maghain ng panloob na reklamo, tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Maaari kayong magreklamo anumang oras maliban kung tungkol ito sa gamot sa Medicare Part D. Kung ang reklamo ay tungkol sa gamot sa Medicare Part D, dapat ninyo itong gawin **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos na magkaroon kayo ng problemang gusto ninyong ireklamo.

- Kung may iba pang bagay na kailangan ninyong gawin, sasabihin sa inyo ng CareAdvantage Unit.
- Maaari ninyong isulat ang inyong reklamo at ipadala sa amin. Kung isinulat ninyo ang inyong reklamo, sasagot kami sa inyong reklamo sa sulat.
- Upang simulan ang inyong karaingan, kayo, ang inyong doktor, ang iba pang provider, o ang inyong kinatawan, ay dapat kontakin kami. Tawagan ang CareAdvantage Unit sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
- Maaari kayong humiling sa amin ng “karaniwang karaingan” o ng “mabilis na karaingan.”
- Kung kayo ay humihiling ng karaniwang karaingan o mabilis na karaingan, isulat ang inyong karaingan o tawagan kami.
- Maaari kayong magsumite ng nakasulat na karaingan sa mga sumusunod na address:

  Grievance and Appeals Unit
  Health Plan of San Mateo
  801 Gateway Blvd., Suite 100
  South San Francisco, CA 94080

- Maaari ninyong isumite ang inyong karaingan online sa: www.grievance.hpsm.org
- Maaari rin ninyong ihain ang inyong karaingan sa pamamagitan ng pagtawag sa Grievance and Appeals Unit sa 1-888-576-7227, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
- Magpapadala kami ng sulat sa inyo sa loob ng 5 araw pagkatapos matanggap ang inyong karaingan para ipaalam sa inyong natanggap namin ito.

> **Ang legal na salita** para sa “mabilis na reklamo” ay **“pinabilis na karaingan.”**

Kung posible, sasagutin namin kayo kaagad. Kung tumawag sa amin ng may reklamo, maaari kaming magbigay ng sagot sa parehong tawag sa telepono. Kung hinihingi ng kondisyon ng inyong kalusugan na sumagot kami nang mabilis, gagawin namin ito.

- Sinasagot namin ang karamihan sa mga reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung hindi kami magdedesisyon sa loob ng 30 araw dahil kailangan namin ng mga karagdagang impormasyon, aabisuhan namin kayo sa pamamagitan ng sulat. Nagbibigay rin kami ng uppdate status at tinatayang oras bago ninyo makuha ang sagot.

- Kung kayo ay magrereklamo dahil tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang “mabilis na desisyon sa saklaw” o isang “mabilis na apela,” awtomatiko namin kayong bibigyan ng “mabilis na reklamo” at sasagot kami sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

- Kung kayo ay magrereklamo dahil nagdagdag kami ng panahon para gumawa ng desisyon sa saklaw o apela, awtomatiko namin kayong bibigyan ng “mabilis na reklamo” at sasagot kami sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

Kung hindi kami sumasang-ayon sa ilan o lahat ng inyong reklamo, sasabihin namin sa inyo at ibibigay namin sa inyo ang mga dahilan namin. Sasagot kami kung sumasang-ayon kami sa reklamo o hindi.

K3. Mga panlabas na reklamo

Medicare

Maaari ninyong sabihin sa Medicare ang tungkol sa inyong reklamo o ipadala ito sa Medicare. Ang Form ng Reklamo sa Medicare (Medicare Complaint Form) ay available sa: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hindi ninyo kailangang maghain ng reklamo sa CareAdvantage bago maghain ng reklamo sa Medicare.

Sineseryoso ng Medicare ang inyong mga reklamo at ginagamit nito ang impormasyong ito para makatulong na mapaganda ang kalidad ng programa sa Medicare.

Kung mayroon kayong anumang iba pang feedback o alalahanin, o sa palagay ninyo ay hindi natutugunan ng planong pangkalusugan ang inyong problema, matatawagan din ninyo ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay tumawag sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Medi-Cal

Maaari kayong magsampa ng reklamo sa Ombudsman ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal ng Departamento ng mga Serbisyo para sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Health Care Services, DHCS) sa pamamagitan ng

pagtawag sa 1-888-452-8609. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 711. Tumawag Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8 a.m. at 5 p.m.

Maaari kayong magsampa ng reklamo sa Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California. Ang DMHC ay responsable sa pangangasiwa ng mga planong pangkalusugan. Maaari ninyong tawagan ang Help Center ng DMHC para humingi ng tulong tungkol sa mga reklamo sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Para sa mga hindi agarang usapin, maaari kayong maghain ng reklamo sa DMHC kung hindi kayo sang-ayon sa desisyon sa inyong Antas 1 na apela o kung hindi nalutas ng plano ang inyong reklamo pagkalipas ng 30 araw sa kalendaryo. Gayunpaman, maaari ninyong kontakin ang DMHC nang hindi naghahain ng Antas 1 na apela kung kailangan ninyo ng tulong sa isang reklamong na kabilang ang agarang isyu o may kasamang agaran at seryosong banta sa inyong kalusugan, kung may matinding pananakit kayo, kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon ng aming plano tungkol sa inyong reklamo, o kung hindi nalutas ng aming plano ang inyong reklamo pagkatapos ng 30 araw sa kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan upang humingi ng tulong mula sa Help Center:

- Tumawag sa 1-888-466-2219. Ang mga indibidwal na bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ay maaring gumamit nang walang bayad sa numero ng TTY, 1-877-688-9891. Libre ang tawag.
- Bisitahin ang website ng Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (www.dmhc.ca.gov).

Opisina para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights, OCR)

Maaari kayong magreklamo sa Departamento ng mga Serbisyo sa Kalusugan at Pantao (Health and Human Services, HHS) OCR kung sa tingin ninyo ay hindi kayo patas na tinatro. Halimbawa, maaari kayong magreklamo tungkol sa pag-access ng may kapansanan o tulong sa wika. Ang numero ng telepono ng OCR ay 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697. Puwede ninyong bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa mga karagdagang impormasyon.

Maaari rin ninyong kontakin ang lokal na opisina ng OCR sa:

Office for Civil Rights – Pacific Region
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Customer Response Center:
1-800-368-1019
Fax: 202-619-3818
TDD: 1-800-537-7697
Email: OCRMail@hhs.gov

Maaari rin kayong magkaroon ng karapatan sa ilalim ng Americans with Disability Act (ADA) at sa ilalim ng anumang naaangkop na batas ng estado. Maaari ninyong kontakin ang Opisina ng Ombudsman sa 1-888-452-8609 o tingnan ang Kabanata 2 ng inyong Handbook ng Miyembro.

QIO

Kapag ang inyong reklamo ay tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mayroon kayong dalawang mapagpipilian:

- Maaari kayong direktang mareklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa QIO.
- Maaari kayong maghain ng reklamo sa QIO at sa aming plano. Kung magrereklamo kayo sa QIO, makikipagtulungan kami sa kanila para malutas ang inyong reklamo.

Ang QIO ay isang pangkat ng mga nagsasanay na doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang tingnan at pagandahin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. Para alamin pa ang tungkol sa QIO, tingnan ang **Seksyon H2** o tingnan ang **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sa California, tinatawag na Commence Health ang QIO. Ang numero ng telepono ng Commence Health ay 1-877-588-1123.

Kabanata 10: Pagtatapos ng inyong pagiging miyembro sa aming plano

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano ninyo matatapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano at ang inyong mga pagpipilian sa saklaw sa kalusugan matapos ninyong umalis sa aming plano. Kung aalis kayo sa aming plano, nasa mga programa pa rin ng Medicare at Medi-Cal kayo hangga't kwalipikado kayo. Makikita ang mga mahalagang salita at kahulugan ng mga ito na nakaayos nang alpabetiko sa huling Kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano 295

B. Paano tapusin ang pagiging miyembro sa aming plano 296

C. Paano makakuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang hiwalay 297

C1. Ang inyong mga serbisyo ng Medicare 297

C2. Ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal 302

D. Ang inyong mga medikal na item, serbisyo, at gamot hanggang matapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano 302

E. Iba pang mga sitwasyon kapag natapos ang inyong pagiging miyemrbo sa aming plano ... 303

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyong umalis sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa kalusugan 305

G. Ang inyong karapatan na magreklamo kung tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano 305

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtapos ng inyong pagiging miyembro sa plano 305

A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Karamihan sa mga taong may Medicare ang maaari tapusin ang kanilang pagiging miyembro sa mga partikular na panahon ng taon. Dahil mayroon kayong Medi-Cal, may ilang pagpipilian kayo para tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano kasama ang anumang buwan ng taon.

Bilang karagdagan, puwede ninyong tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano sa mga sumusunod na panahon bawat taon:

- Ang **Bukas na Panahon ng Pag-enroll**, na tatagal mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magtatapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano sa Disyembre 31 at magsisimula ang inyong pagiging miyembro sa bagong plano sa Enero 1.
- Ang B**ukas na Panahon ng Pag-enroll (Open Enrollment Period) sa Medicare Advantage (MA)**, na tatagal mula Enero 1 hanggang Marso 31 at pati na rin sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na naka-enroll sa isang plano, mula sa buwan ng pagiging may karapatan sa Part A at Part B hanggang sa huling araw ng ika-3 buwan ng pagiging may karapatan. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magsisimula ang inyong pagiging miyembro sa bagong plano sa unang araw ng susunod na buwan.

Maaaring may iba pang sitwasyon kung saan kwalipikado kayong gumawa ng pagbabago sa inyong pag-enroll. Halimbawa, kapag:

- umalis kayo sa aming pinaglilingkurang lugar,
- nabago ang pagiging kuwalipikado ninyo para sa Medi-Cal o Karagdagang Tulong, **o**
- kung kakalipat lang ninyo, kung kasalukuyan kayong inaalagaan, o kung kakalabas lang ninyo sa pasilidad ng pangangalaga o ospital ng pangmatagalang pangangalaga.

Ang inyong pagiging miyembro ay magtatapos sa huling araw ng buwan na makuha namin ang iyong kahilingan na umalis sa aming plano. Halimbawa, kung makuha namin ang inyong kahilingan sa Enero 18, ang saklaw sa aming plano ay magtatapos sa Enero 31. Kung mag-e-enroll kayo sa ibang plano, magsisimula ang inyong bagong saklaw sa unang araw ng susunod na buwan (Pebrero 1, sa halimbawang ito).

Kung aalis kayo sa aming plano, makakakuha kayo ng impormasyon tungkol sa inyong:

- Mga opsyon sa Medicare sa talahanayan sa **Seksyon C1**.
- Mga opsyon at serbisyo sa Medi-Cal sa **Seksyon C2**.

Makakakuha pa kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa paano ninyo itigil ang inyong pagiging miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa:

- Ang CareAdvantage Unit sa numero sa ibaba ng pahinang ito. Nakalista rin ang numero para sa mga gumagamit ng TTY.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pangmpormasyon o para hanapin ang lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP. Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 6 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077.
- Ombudsman ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal sa 1-888-452-8609, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. o mag-e-mail sa MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

TANDAAN: Kung kayo ay nasa isang programa sa pamamahala ng gamot (Drug Management Program, DMP), maaaring hindi kayo makakapagpalit ng mga plano. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa mga programa sa pamamahala ng gamot.

B. Paano tapusin ang pagiging miyembro sa aming plano

Kung magdesisyon kayong tapusin ng inyong pagiging miyembro magagawa ninyo ito sa pamamagitan ng pag-enroll sa ibang plano ng Medicare o paglipat sa Original Medicare. Gayunpaman, kung nais ninyong lumipat mula sa aming plano sa Original Medicare ngunit hindi kayo pumili ng hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, dapat ninyong hilingin na maalis kayo sa pagkaka-enroll sa aming plano. May dalawang paraan upang humiling na maalis sa pagkaka-enroll:

- Maaari kayong humiling sa pamamagitan ng pagsulat sa amin. Kontakin ang CareAdvantage Unit sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon 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 kayo sa 1-800-MEDICARE, maaari din kayong magp-enroll sa ibang planong pangkalusugan o plano ng gamot ng Medicare. Higit pang impormasyon sa pagkuha ng inyong mga serbisyo sa Medicare kapag umalis kayo sa aming plano ay nasa chart sa pahina 249.
- Kasama sa **Seksyon C** sa ibaba ang mga hakbang na magagawa ninyo para mag-enroll sa ibang plano, na magtatapos din ng inyong pagiging miyembro sa aming plano.

C. Paano makakuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang hiwalay

May mga pagpipiliankayo sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal kung pipiliin ninyong umalis sa aming plano.

C1. Ang inyong mga serbisyo ng Medicare

Mayroon kayong tatlong opsyon para sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba sa anumang buwan ng taon. Mayroon kayong karagdagang opsyon na nakalista sa ibaba sa ilang partikular na pagkakataon sa taon kasama ang **Bukas na Panahon ng Pag-enroll** at ang **Bukas na Panahon ng Pag-enroll sa Medicare Advantage** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksyon A**. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko ninyong tatapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano.

1. Maaari kayong lumipat sa: **Ang Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) ay isang uri ng plano ng Medicare Advantage. Para ito sa mga taong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa iisang plano. Ang mga Medi-Medi Plan ay pinangangasiwaan ang lahat ng benepisyo at serbisyo saparehong mga programa, kabilang ang lahat ng serbisyong sakop ng Medicare at Medi-Calo planong Programa na Kasama ang Lahat ng Serbisyo ng Pangangalaga para sa Nakatatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), kung kayo ay kwalipikado.** **Tandaan**: Ang salitang Medi-Medi Plan ay ang pangalan para sa pinagsamang dual eligible special needs plans (mga D-SNP) sa California.	**Ito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong tungkol sa Programa na Kasama ang Lahat ng Serbisyo ng Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para mahanap ang lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP. **O** Mag-enroll sa bagong Medi-Medi Plan. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming Medicare na plano kapag nagsimula na ang inyong saklaw ng inyong bagong plano. Magbabago ang inyong plano sa Medi-Cal para tumugma sa inyong Medi-Medi Plan.

2. Maaari kayong lumipat sa: **Original Medicare na may hiwalay na plano ng gamot ng Medicare, at isang Plano ng Medi-Cal.**	**Ito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para mahanap ang lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP. **O** Mag-enroll sa bagong plano ng gamot ng Medicare. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong saklaw sa Original Medicare. Mananatili kayong naka-enroll sa inyong Plano ng Medi-Cal maliban kung pumili kayo ng ibang plano.

3. Maaari kayong lumipat sa: **Original Medicare na walang hiwalay na plano ng gamot ng Medicare kung mayroon kayong valid na dahilan para sa pag-alis sa pag-enroll** **TANDAAN**: Kapag lumipat kayo sa Original Medicare at hindi nagpa-enroll sa hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, maaaring i-enroll kayo ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban na lang kung sasabihin ninyo sa Medicare na ayaw ninyong sumali. Dapat lang ninyong tanggalin ang coverage sa gamot kung mayroon kayong saklawsa gamot mula sa ibang mapagkukunan, tulad ng employer o unyon. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa kung kailangan ninyo ng saklaw sa gamot, tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para mahanap ang lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP.	**Ito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para mahanap ang lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong saklaw sa Original Medicare. Mananatili kayong naka-enroll sa inyong Plano ng Medi-Cal maliban kung pumili kayo ng ibang plano.

4. Maaari kayong lumipat sa: **Anumang planong pangkalusugan ng Medicare** sa ilang partikular na panahon sa taon kasama ang **Panahon ng Bukas na Pag-enroll** at ang **Panahon ng Bukas na Pag-enroll sa Medicare Advantage** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksyon A**.	**Ito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong tungkol sa Programa na Kasama ang Lahat ng Serbisyo ng Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng California sa Pagtataguyod at Pagpapayo sa Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para mahanap ang lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP. **O** Mag-enroll sa bagong Medicare na plano. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming Medicare na plano kapag nagsimula na ang inyong saklaw ng inyong bagong plano. Maaaring magbago ang inyong Plano ng Medi-Cal.

C2. Ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano makukuha ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal pagkatapos ninyong umalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 6 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077. O bisitahin ang www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Itanong kung paano makakaapekto ang pagsali sa ibang plano o pagbalik sa Original Medicare sa kung paano ninyo nakukuha ang inyong saklaw sa Medi-Cal. Kung kayo ay may mga tanong tungkol sa inyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal, maaari kayong makipag-ugnayan sa mga sumusunod:

- Kung kayo ay mayroong Medi-Cal sa pamagitan ng Ahensya ng Mga Serbisyo sa Tao ng County ng San Mateo, dapat ninyong kontakin ang 1-800-223-8383.
- Kung kayo ay mayroong Medi-Cal sa pamamagitan ng mga benepisyo sa SSI, dapat ninyong kontakin ang inyong lokal na opisina ng Social Security Administration sa 1-800-772-1213.

D. Ang inyong mga medikal na item, serbisyo, at gamot hanggang matapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung aalis kayo sa aming plano, maaaring magtagal bago matapos ang inyong pagiging miyembro at magsimula ang inyong bagong saklaw sa Medicare at Medi-Cal. Sa panahong ito, patuloy kayong makakakuha ng inyong mga gamot at pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magsimula ang inyong bagong plano.

- Gamitin ang aming mga provider ng network para makatanggap ng medikal na pangangalaga.
- Gamitin ang mga parmasya ng aming network kabilang ang aming mga serbisyo ng mail-order na parmasya para mapuno ang inyong mga gamot.
- Kung maoospital kayo sa araw na matatapos ang inyong pagiging miyembro sa CareAdvantage, sasakupin ng aming plano ang pananatili ninyo sa ospital hanggang palabasin kayo sa ospital. Mangyayari ito kahit na ang inyong bagong saklaw sa kalusugan ay nagsimula bago kayo nakalabas ng ospital.

E. Iba pang mga sitwasyon kapag natapos ang inyong pagiging miyemrbo sa aming plano

Ang mga ito ay mga sitwasyon kung kailan dapat naming tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano:

Kapag may pahinga sa inyong saklaw sa Medicare Part A at Medicare Part B.

- Kung hindi na kayo kwalipikado para sa Medi-Cal o nagbago ang inyong mga sitwasyon na ginagawang hindi na kayo kwalipikado para sa CareAdvantage, maaaring patuloy ninyong makuha ang inyong mga benepisyo mula sa CareAdvantage sa loob ng karagdagang 4 na buwan. Ang karagdagang panahon na ito ay pahihintulutan kayong itama ang inyong impormasyon para sa pagiging kwalipikado kung naniniwala kayo na kwalipikado pa rin kayo. Makakatanggap kayo ng sulat mula sa amin tungkol sa pagbabago sa inyong pagiging kwalipikado kasama ang mga instruksyon para maitama ang inyong impormasyon sa pagiging kwalipikado. Para manatiling miyembro ng CareAdvantage, dapat kayong maging kwalipiikado ulit sa huling araw ng 4 na buwan na panahon.
- Kapag hindi kayo magiging kwalipikado sa pagtatapos ng 4 na buwan na panahon, maaalis kayo sa pagkaka-enroll sa CareAdvantage. Halimbawa, kung natapos ang inyong Medi-Cal noong Hunyo 1, aalisin namin kayo sa pagkaka-enroll sa CareAdvantage kung hindi pa rin aktibo ang inyong Medi-Cal sa Oktubre 1. Kung mangyayari ito, awtomatiko kayong mae-enroll sa Original Medicare.

- Kung umalis kayo sa aming pinaglilingkurang lugar.

- Kung malayo kayo sa aming pinaglilingkurang lugar nang mahigit sa anim na buwan. Maaari kayong manatiling naka-enroll sa plano nang hanggang 6 na buwan simula sa umpisa ng inyong biyahe. Kung hindi kayo babalik sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano sa katapusan ng ika-6 na buwan, tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano.

    - Kung lilipat kayo o kung magbibiyahe kayo nang matagal, tawagan ang CareAdvantage Unit para malaman kung ang lugar na lilipatan o pupuntahan ninyo ay nasa pinaglilingkurang lugar ng aming plano.

    - Tingnan ang **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa pagtanggap ng pangangalaga sa pamamagitan ng mga benepisyo namin sa bisita o naglalakbay kapag wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano.

- Kung makukulong o mabibilanggo kayo dahil sa kriminal na pagkakasala.
- Kung magsisinungaling kayo o hindi magbibigay ng impormasyon tungkol sa ibang insurance na mayroon kayo para sa mga gamot.
- Kung hindi kayo mamamayan o national ng Estados Unidos, o kwalipikadong hindi mamamayan.
    - Dapat kayong maging mamamayan o national ng Estados Unidos, o kwalipikadong hindi mamamayan para maging miyembro ng aming plano.
    - Aabisuhan kami ng Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) kung hindi kayo kwalipikado na manatiling miyembro sa basehan na ito.
    - Dapat namin kayong alisin sa pagkaka-enroll kung hindi kayo nakakatugon sa kinakailangan na ito.
- Kung hindi na kayo kwalipikado para sa Medi-Cal o nagbago ang inyong mga sitwasyon sa na gagawin kayong hindi na kwalipikado para sa CareAdvantage, maaaring patuloy ninyong makuha ang inyong mga benepisyo mula sa CareAdvantage sa loob ng karagdagang 4 na buwan na panahon. Ang karagdagang panahon na ito ay pahihintulutan kayong itama ang inyong impormasyon sa pagiging kwalipikado kung naniniwala kayo na kwalipikado pa rin kayo. Makakatanggap kayo ng sulat mula sa amin tungkol sa pagbabago sa inyong pagiging kwalipikado kasama ang mga instruksyon para maitama ang inyong impormasyon sa pagiging kwalipikado.
    - Para manatiling miyembro ng CareAdvantage, dapat kayong maging kwalipiikado ulit sa huling araw ng 4 na buwan na panahon.
    - Kung hindi kayo kwalipikado sa pagtatapos ng 4 na buwan na panahon, maaalis kayo sa pagkaka-enroll sa CareAdvantage.

Maaari naming paalisin kayo sa aming plano dahil sa mga sumusunod na dahilan lang kung makakakuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare at Medi-Cal:

- Kung sinasadya ninyong magbigay sa amin ng maling impormasyon noong nagpapa-enroll kayo sa aming plano at makakaapekto ang impormasyong iyon sa inyong pagiging kwalipikado sa aming plano.
- Kung patuloy kayong kikilos sa paraan na makakaantala at magiging mahirap sa amin na magbigay ng medikal na pangangalaga para sa inyo at iba pang mga miyembro ng aming plano.

- Kung hahayaan ninyo ang ibang tao na gamitin ang inyong ID Card ng Miyembro para makakuha ng medikal na pangangalaga. (Maaaring hilingin ng Medicare sa Inspector General na imbestigahan ang inyong kaso kung tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro sa dahilang ito.)

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyong umalis sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa kalusugan

Hindi namin kayo maaaring paalisin sa aming plano sa anumang dahilan na may kaugnayan sa inyong kalusugan. Kung sa tingin ninyo ay hinihiling namin sa inyong umalis sa aming plano sa anumang dahilang may kaugnayan sa kalusugan, **tumawag sa Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

G. Ang inyong karapatan na magreklamo kung tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano, kailangang sabihin namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat ang aming mga dahilan para sa pagtapos ng inyong pagiging miyembro. Dapat din naming ipaliwanag kung paano kayo makakapaghain ng karaingan o makakapagreklamo tungkol sa aming desisyon na tapusin ang inyong pagiging miyembro. Maaari rin ninyong tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon kung paano magreklamo.

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtapos ng inyong pagiging miyembro sa plano

Kung mayroon kayong mga tanong o kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtapos ng inyong pagiging miyembro, maaari ninyong tawagan ang CareAdvantage Unit sa numerong nakalista sa ibaba ng pahinang ito.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga legal na abisong naaangkop sa inyong pagiging miyembro sa aming plano. Makikita ang mga mahalagang salita at kahulugan ng mga ito na nakaayos nang alpabetiko sa huling Kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Abiso tungkol sa mga batas....307

B. Pederal na abiso tungkol sa walang diskriminasyon....307

C. Abiso tungkol sa walang diksriminasyon para sa Medi-Cal....307

D. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang nagbabayad at Medi-Cal bilang huling magbabayad....309

E. Abiso tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal sa ari-arian....309

A. Abiso tungkol sa mga batas

Maraming batas ang naaangkop sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Maaaring maapektuhan ng mga batas na ito ang inyong mga karapatan at responsibilidad kahit na hindi kasama o ipinaliwanag sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Ang mga pangunahing batas na naaangkop ay ang mga batas ng pederal at estado tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Maaari ring naaangkop ang iba pang batas ng pederal at ng estado.

B. Pederal na abiso tungkol sa walang diskriminasyon

Hindi kami nandidiskrimina batay sa lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa isip o pisikal na kapansanan, kalagayan ng kalusugan, karanasan sa mga claim, medikal na kasaysayan, impormasyon ng genes, katibayan ng pagiging kwalipikado para maisama sa 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 na sumunod sa 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, Seksyon 1557 ng Affordable Care Act, lahat ng ibang mga batas na naaangkop sa mga organisasyon na nakakatanggap ng pederal na pondo, at anumang iba pang mga batas at panuntunang naaangkop para sa anumang ibang dahilan.

Kung gusto pa ninyo ng impormasyon o mayroon kayong mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato:

- Tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Kalusugan at Tao, Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-800-537-7697. Maaari din kayong bumisita sa www.hhs.gov/ocr para sa higit pang impormasyon.

C. Abiso tungkol sa walang diksriminasyon para sa Medi-Cal

Hindi kami nandidiskrimina o tinatrato kayo nang iba dahil sa inyong lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa isip o katawan, kalagayan ng kalusugan, karanasan sa mga claim, medikal na kasaysayan, impormasyon ng genes, katibayan ng pagiging kwalipikado para maisama sa insurance, o heograpikong lokasyon sa loob ng pinaglilingkurang lugar. Dagdag pa rito, hindi kami labag sa batas na nandidiskrimina, nagbubukod ng mga tao, o tinatrato sila nang iba nang dahil sa ninuno, pagkakakilanlan ng grupo ng etniko, kinikilalang kasarian, marital status, o medikal na kondisyon.

Kung gusto pa ninyo ng impormasyon o mayroon kayong mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato:

Tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan, Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 711 (Telecommunications Relay Service). Kung naniniwala kayong nadiskrimina kayo at nais ninyong maghain ng karaingan sa diskriminasyon, kontakin ang Tagapangasiwa ng Mga Karapatang Sibil ng Health Plan of San Mateo (HPSM). Maaari kayong maghain ng karaingan sa sulat, sa personal, o sa elektronikong paraan. Tumawag sa Tagapangasiwa ng Mga Karapatang Sibil ng Health Plan of San Mateo (HPSM) sa 1-888-576-7227, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Maaari rin ninyong punan ang form ng reklamo o ipadala sa:

Health Plan of San Mateo
Attn: HPSM Civil Rights Coordinator
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

Available ang mga form ng reklamo sa: grievance.hpsm.org

Kung ang inyong karaingan ay tungkol sa diskriminasyon sa programa ng Medi-Cal, maaari rin kayong maghain ng reklamo sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan, Opisina para sa Mga Karapatang Sibil, sa pamamagitan ng telepono, sulat, o sa elektronikong paraan:

- Sa telepono: Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi kayo makapagsalita o makarinig nang maayos, pakitawagan ang 711 (Telecommunications Relay Service).
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form ng reklamo o magpadala ng sulat sa:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

- Available ang mga form ng reklamo sa www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Sa elektronikong paraan: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

Kung mayroon kayong kapansanan at kailangan ng tulong sa pag-access ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o provider, tawagan ang CareAdvantage Unit. Kung mayroon kayong reklamo, tulad ng problema sa pag-access sa wheelchair, maaaring makatulong ang CareAdvantage Unit.

D. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang nagbabayad at Medi-Cal bilang huling magbabayad

Minsan kailangan may ibang tao munang magbayad para sa mga serbisyong ibinibigay namin sa inyo. Halimbawa, kung naaksidente kayo sa sasakyan o kung nasaktan kayo sa trabaho, ang insurance o ang Bayad-Pinsala para sa mga Manggagawa muna ang dapat ang magbayad.

Mayroon kaming karapatan at responsibilidad na maningil para sa mga sakop na serbisyo ng Medicare kung saan ang Medicare ay hindi ang unang magbabayad.

Sumusunod kami sa mga batas at regulasyon ng pederal at estado na may kaugnayan sa legal na pananagutan ng mga ikatlong partido para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga miyembro. Ginagawa namin ang lahat ng makatwirang hakbang para matiyak na ang Medi-Cal ang huling magbabayad.

Dapat gamitin ng mga miyembro ng Medi-Cal ang lahat ng iba pang saklaw sa kalusugan (Other Health Coverage, OHC) bago ang Medi-Cal kapag available ang parehong serbisyo sa ilalim ng inyong coverage sa kalusugan dahil Medi-Cal ang huling magbabayad. Ibig sabihin nito, sa karamihan ng mga sitwasyon, Medi-Cal ang magiging pangalawang magbabayad sa iba pang coverage sa kalusugan (OHC) sa Medicare, na sasakupin ang mga pinahihintulutang gastos na hindi binayaran ng aming plano o iba pang iba pang coverage sa kalusugan (other health coverage, OHC) hanggang sa rate ng Medi-Cal.

E. Abiso tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal sa ari-arian

Ang programang Medi-Cal ay dapat hilinging bayaran mula sa mga probated estate ng ilang partikular na pumanaw na mga miyembro para sa mga benepisyo ng Medi-Cal na natanggap sa o pagkatapos ng kanilang ika-55 kaarawan. Kasama sa pagbabayad ang May Bayad na Serbisyo at mga premium/capitation payment sa pasilidad ng pangangalaga para sa mga serbisyo sa pasilidad ng pangangalaga ng nars, mga serbisyo sa tahanan at komunidad, at nauugnay na mga serbisyo ng ospital at inireresetang gamot na natanggap noong ang miyembro ay inpatient sa pasilidad ng pangangalaga o tumatanggap ng mga serbisyo sa tahanan o komunidad. Ang pagbabayad ay hindi maaaring lumampas sa halaga ng probated estate ng miyembro.

Para alamin pa, pumunta sa estate recovery website ng Departamento ng Mga Serbisyo ng Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dhcs.ca.gov/er o tumawag sa 916-650-0590.

Kabanata 12: Mga depinisyon ng mahahalagang salita

Panimula

Ang kabanatang ito ay may kasamang mga pangunahing salita na ginagamit sa buong *Handbook ng Miyembro* na ito kasama ang mga depinisyon ng mga ito. Nakalista nang nakaalpabetiko ang mga salita. Kung hindi ninyo makita ang salitang hinahanap ninyo o kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon bukod sa kasama sa depinisyon, makipag-ugnayan sa CareAdvantage Unit.

Mga aktibidad sa araw-araw na pamumuhay (activities of daily living, ADL): Ang mga bagay na ginagawa ng mga tao sa isang karaniwang araw, tulad ng pagkain, paggamit ng palikuran, pagbibihis, paliligo, o pagsisipilyo.

Pinapangasiwaan ng hukom ng batas administratibo: Ang isang ALJ ay isang hukom na dumidinig at nagdedesisyon sa mga kasong kinasasangkutan ng mga ahensya ng gobyerno. Isang hukom na sumusuri sa 3 na apela.

Tulong na programa sa gamot para sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): Isang programang tumutulong sa mga kuwalipikadong indibidwal na namumuhay nang may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakasagip ng buhay.

Sentro para sa operasyon sa outpatient: Pasilidad na nagbibigay ng outpatient operasyon sa mga pasyenteng hindi nangangailangan ng pangangalaga sa ospital at hindi inaasahan na mangailangan ng mahigit sa 24 na oras na pangangalaga.

Apela: Isang paraan para hamunin ninyo ang aming mga aksyon kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami. Maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang desisyon sa saklaw sa pamamagitan ng paghahain ng apela. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga apela, kabilang ang kung paano mag-apela.

Pagsingil ng balanse: Ang kasanayan kung saan naniningil ang isang provider sa pasyente para sa diperensiya sa pagitan ng buong siningil ng provider at ng halagang binayaran ng planong pangkalusugan ng pasyente.

Pag-uugali: Tumutukoy sa ating emosyonal, pangkaisipan at panlipunang kagalingan. Sa mas simpleng salita: Tungkol ito sa ating mga iniisip, nadarama, at kung paano tayo nakikipag-ugnayan sa iba. Ito ay kumpletong salita na tumutukoy sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip at sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak.

Biological na produkto: Isang gamot na gawa mula sa mga natural at may buhay na source tulad ng mga cell ng hayop, cell ng halaman, bacteria, o yeast. Mas kumplikado ang mga biological na produkto kumpara sa iba pang mga gamot at hindi ito makokopya nang eksakto, kaya tinatawag na mga biosimilar ang mga alternatibong anyo. (Tingnan din ang “Orihinal na biological na produkto” at “Biosimilar”).

Biosimilar: Isang biological na gamot na halos kapareho, pero hindi talaga katulad, ng orihinal na biological na produkto. Ang mga biosimilar ay kasingligtas at kasing-bisao ng orihinal na biological na produkto. May ilang biosimilar na puwedeng ipalit sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta. (Pumunta sa “Interchangeable na biosimilar”).

Branded na gamot: Ang gamot na ginagawa at ibinibenta ng kumpanya ng gamot na orihinal na gumawa ng gamot. Ang mga branded na gamot ay may parehong mga sangkap tulad ng sa generic na mga bersyon ng mga gamot. Karaniwang ginagawa at ibinibenta ng iba pang mga

kumpanya ng gamot ang mga generic na gamot at karaniwang hindi available hangga't hindi natatapos ang patent ng branded na gamot.

CareAdvantage Unit: Isang departamento sa aming plano na responsable sa pagsagot sa inyong mga tanong tungkol sa inyong pagiging miyembro, mga benepisyo, mga karaingan, at mga apela. Tingnan ang Kabanata 2 ng inyong Handbook ng Miyembro para sa higit pang impormasyon tungkol sa CareAdvantage Unit.

Tagapamahala ng pangangalaga: Isang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa inyo, sa planong pangkalusugan, at sa inyong mga provider para masiguro na nakukuha ninyo ang pangangalaga na kailangan ninyo.

Plano sa pangangalaga: Tingnan ang “Pang-indibidwal na plano ng pangangalaga.”

Team sa pangangalaga: Tingnan ang “Team ng pangangalaga na mula sa iba’t ibang disiplina.”

Yugto ng catastrophic na saklaw: Ang yugto ng benepisyo sa gamot ng Medicare Part D kung saan ang aming plano ang magbabayad ng lahat ng inyong gastos sa gamot hanggang sa katapusan ng taon. Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag nakagastos na kayo (o ang iba pang kwalipikadong partido sa ngalan ninyo) ng $2,400 para sa Part D na mga sakop na gamot sa loob ng taon. Wala kayong babayaran.

Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Ang pederal na ahensya na nangangasiwa sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano kontakin ang Mga Sentro para sa CMS.

Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS): Outpatient na nasa pasilidad na programa ng serbisyo na nagbibigay ng may kakayahang pangangalaga ng nars, mga serbisyong panlipunan, mga occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/tagapag-alaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang mga serbisyo sa mga kwalipikadong miyembro na naaangkop na pamantayan ng pagiging kwalipikado.

Reklamo: Isang nakasulat o sinasalitang pahayag na mayroon kayong problema o alalahanin tungkol sa inyong mga sakop na serbisyo o pangangalaga. Kabilang dito ang anumang mga alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, kalidad ng pangangalaga sa inyo, ang aming mga provider ng network, o aming mga parmasya ng network. Ang pormal na pangalan para sa “pagrereklamo" ay “paghahain ng karaingan”.

Komprehensibong outpatient na pasilidad ng rehabilitasyon (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo ng rehabilitasyon pagkatapos ng sakit, aksidente, o malaking operasyon. Nagbibigay ito ng sari-saring serbisyo, kabilang ang physical therapy, panlipunan o pangkaisipang serbisyo,

respiratory therapy, occupational therapy, speech therapy, at mga serbisyo sa pagsusuri ng kapaligiran sa tahanan.

Copay: Hindi nagbabagong halaga na babayaran ninyo bilang inyong bahagi sa gastos tuwing kumukuha kayo ilang partikular na gamot. Halimbawa, maaari kayong magbayad ng $2 o $5 para sa isang gamot.

Paghahati sa gastos: Ang halaga na kailangan ninyong bayaran kapag kumukuha kayo ng ilang partikular na gamot. Kabilang ang mga copay sa paghahati sa gastos:

Antas ng paghahati sa gastos: Grupo ng mga gamot na may parehong copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* (kilala rin bilang *Listahan ng Gamot*) ay nasa isa sa dalawang (2) antas ng paghahati sa gastos. Sa pangkalahatan, mas mataas ang antas ng paghahati sa gastos, mas mahal ang gastos ninyo sa gamot.

Desisyon sa saklaw: Desisyon tungkol sa kung anong mga benepisyo ang sakop namin. Kabilang dito ang mga desisyon tungkol sa mga sakop na gamot at serbisyo o ang halaga na binabayaran namin para sa mga serbisyo sa inyong kalusugan. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano humiling sa amin ng desisyon sa saklaw.

Mga sakop na gamot: Ang salitang ginagamit namin para mangahulugan sa lahat ng inireresetang gamot at gamot na hindi kailangan ng reseta (Over-The-Counter, OTC) na sakop ng aming plano.

Mga sakop na serbisyo: Ang karaniwang salita na ginagamit namin para mangahulugan sa lahat ng pangangalagang pangkalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, mga inirereseta at hindi kailangan ng reseta na mga gamot, kagamitan, at iba pang mga serbisyong sakop ng aming plano.

Pagsasanay sa kaalaman tungkol sa kultura: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang instruksiyon para sa ating mga provider sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong sa kanilang mas maunawaan ang inyong background, mga pagpapahalaga, at mga paniniwala para maiangkop ang mga serbisyo para matugunan ang inyong mga panlipunan, pangkulutra, at pangwika na pangangailangan.

Araw-araw na rate ng paghahati sa gastos: Ang rate na maaaring gamitin kapag nagreseta ang doktor ninyo ng mas kaunti sa isang buwan na supply para sa ilang partikular na gamot para sa inyo at kailangan ninyong magbayad ng copay. Ang rate ng araw-araw na paghahati sa gastos ay ang copay na hinahati sa bilang ng mga araw sa supply ng isang buwan.

Narito ang halimbawa: Sabihin natin na ang inyong copay para sa isang buong buwang supply (supply para sa 30 araw) ng inyong gamot ay $1.35. Ibig sabihin nito ang halagang babayaran ninyo para sa inyong gamot ay wala pang $0.05. Kung kukuha kayo ng pitong araw na supply ng gamot, ang inyong bayad ay wala pang $0.05 kada araw na imu-multiply sa pitong araw, para sa kabuuang bayad na mas mababa sa $0.35.

Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS): Ang departamento ng estado sa California ang nangangasiwa sa Programa ng Medicaid (tinutukoy bilang Medi-Cal).

Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC): Ang departamento ng estado sa California na responsable para sa pangangasiwa ng karamihan sa mga planong pangkalusugan. Tumutulong ang DMHC sa mga taong may mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Ang DMHC ay nagsasagawa rin ng mga Hiwalay na Medikal na Pagsususri (Independent Medical Review, IMR).

Pag-alis sa pagkaka-enroll: Ang proseso ng pagtapos ng inyong pagiging miyembro sa aming plano. Ang pag-alis sa pagkaka-enroll ay maaaring boluntaryo (sarili ninyong pagpapasya) o hindi boluntaryo (hindi kayo ang nagpasya).

Programa sa Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program, DMP): Isang programang tinitiyak na ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang mga gamot na madalas abusuhin.

Mga antas ng gamot: Mga grupo ng mga gamot na nasa aming *Listahan ng Gamot*. Ang mga generic, brand name, o hindi kailangan ng reseta (Over-The-Counter, OTC) na gamot ay mga halimbawa ng mga antas ng gamot. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Gamot* ng plano ay nasa isa sa 2 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 D-SNP.

Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME): Ang ilang bagay na ino-order ng inyong doktor para gamitin sa sarili ninyong bahay. Ang halimbawa ng mga bagay na ito ay ang mga wheelchair, saklay, powered mattess system, supply sa diyabetiko, mga hospital bed na in-order ng provider para gamitin sa bahay, mga IV infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at mga supply, nebulizer, at mga walker..

Emerhensiya: Nangyayari ang isang medikal na emergency kapag kayo, o iba pang tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala mayroon kayong mga medikal na sintomas na nangangailangan agad gamutin para maiwasan ang kamatayan, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng o malubhang pinsala sa paggana ng katawan (at kung buntis kayo, nalaglag ang hindi pa naisisilang na bata). Ang mga medikal na sintomas ay maaaring karamdaman, pinsala, matinding pananakit, o medikal na kondisyon mabilis na lumalala.

Pangangalagang pang-emergency: Mga sakop na serbisyo na ibinibigay ng sinanay na provider para magbigay ng mga pang-emergency na serbisyo at kinakailangan para gamutin ang isang medikal na emergency o emergency sa pag-uugali.

Eksepsiyon: Pahintulot na makakuha ng saklaw para sa isang gamot na hindi karaniwang sinasakop o para gamitin ang gamot nang wala ang ilang partikular na panuntunan at limitasyon.

Mga hindi isinamang serbisyo: Mga serbisyong hindi sakop ng planong pangkalusugan na ito.

Karagdagang Tulong (Extra Help): Programa ng Medicare na tumutulong sa mga tao na may limitadong mga kita at mapagkukunan na bawasan ang mga gastos sa gamot na sakop ng Medicare Part D, tulad ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong (Extra Help) ay tinatawag ding “Subsidiya para sa Mababang Kita (Low-Income Subsidy)” o “LIS”.

Generic na gamot: Isang gamot na inaprubahan ng Administrasyon para sa Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration, FDA) na gamitin kapalit ng branded na gamot. Ang generic na gamot ay may parehong mga sangkap gaya ng sa branded na gamot. Ito ay kadalasang mas mura at kasing-bisa rin ng branded na gamot.

Karaingan: Isang reklamo ginagawa ninyo laban sa amin o sa isa sa mga provider o parmasya ng aming network. Kabilang dito ang reklamo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga o sa kalidad ng serbisyong ibinibigay ng inyong planong pangkalusugan.

Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Isang programang nagbibigay ng libre at batay sa mga katunayan na impormasyon at pagpapayo tungkol sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano kontakin ang HICAP.

Planong pangkalusugan: Isang organisasyong binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, provider ng mga pangmatagalang serbisyo at iba pang mga provider. Mayroon din itong mga tagapangasiwa ng pangangalaga para tulungan kayong pamahalaan ang lahat ng inyong provider at serbisyo. Silang lahat ay nagtutulungan para ibigay pangangalagang kailangan ninyo.

Pag-assess ng panganib sa kalusugan (Health risk assessment, HRA): Pagsusuri ng inyong medikal na kasaysayan at kasalukuyang kondisyon. Ginagamit ito para malaman ang tungkol sa inyong kalusugan at kung paano ito maaaring magbago sa hinaharap.

Pantahanang pangangalagang pangkalusugan: Isang tao na nagbibigay ng mga serbisyo na hindi kailangan ng mga kakayahan ng isang may lisensyang nars o therapist, tulad ng tulong sa personal na pangangalaga (halimbawa, paliligo, paggamit ng banyo, pagbibihis, o paggawa ng mga inirekomendang ehersisyo). Ang mga pantahanang pangangalagang pangkalusugan ay walang lisensiya sa pangangalaga o pagbibigay ng therapy.

Hospisyo (Hospice): Isang programa ng pangangalaga at suporta para matulungan ang mga taong may prognosis ng sakit na wala nang lunas para matulungan silang mamuhay nang kumportable. Ang ibig sabihin ng terminal na prognosis ay medikal na sertipikado ang isang tao

bilang may nakamamatay na sakit, ibig sabihin, may taning siyang anim na buwan o mas mababa para mabuhay.

- Ang naka-enroll na may terminal na prognosis ay may karapatang piliin ang hospice.
- Team ng mga propesyonal at tagapag-alaga na espesyal na sinanay na nagbibigay ng pangangalaga para sa buong tao, kabilang ang mga pangangailangan sa katawan, emosyonal, panlipunan at pang-ispirituwal.
- Kailangan naming bigyan kayo ng listahan ng mga provider ng hospice sa inyong heograpikong lugar.

Mali/hindi naaangkop na pagsingil: Isang sitwasyon kung saan ang isang provider (tulad ng doktor o ospital) ay maniningil sa inyo ng mahigit sa halaga ng aming hati sa gastos para sa mga serbisyo. Tawagan ang CareAdvantage Unit kung makakatanggap kayo ng anumang bill na hindi ninyo maunawaan.

Dahil binabayaran namin ang buong halaga para sa inyong mga serbisyo, **wala** kayong anumang paghahati sa gastos na dapat bayaran. Hindi kayo dapat singilin ng mga provider para sa mga serbisyong ito.

Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS): Tutulong ang IHSS na bayaran ang mga naka-enroll na provider ng pangangalaga para sa mga serbisyong ibinibigay sa inyo para ligtas kayong mananatili sa sarili ninyong tahanan. Alternatibo ang IHSS sa pangangalaga na wala sa tahanan, tulad ng mga nursing home o mga board and care facility. Para makatanggap ng mga serbisyo, nagsasagawa ng pag-assess para 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 serbisyong maaaring pahintulutan sa pamamagitan ng Mga IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga (tulad ng tulong sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, pag-aayos ng sarili, at mga paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal na appointment, at pagbabantay para magbigay ng proteksiyon para sa mga may kapansanan sa pag-iisip. Ang mga ahensya sa panlipunang serbisyo ng county ang nagbibigay ng Mga IHSS.

Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR): Kung tatanggihan namin ang inyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, maaari kayong mag-apela. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon at ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo ng Medi-Cal, kabilang ang mga supply at gamot ng DME, maaari kayong humiling ng IMR mula sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California. Ang IMR ay isang pagsusuri ng kaso ninyo ng mga eksperto na hindi bahagi ng aming plano. Kung pabor sa inyo

ang desisyon sa IMR, dapat naming ibigay ang hiniling ninyong serbisyo o paggamot. Wala kayong babayaran para sa IMR.

Organisasyon sa hiwalay na pagsusuri (Independent Review Organization, IRO): Isa itong hiwalay na organisasyon na kinuha ng Medicare na sumusuri sa antas 2 na apela. Hindi ito konektado sa amin at hindi ahensya ng gobyerno. Ang organisasyong ito ay magdedesisyon kung ang desisyon na ginawa namin ay tama o kung dapat itong baguhin. Pinangangasiwaan ng Medicare ang trabaho nito. Ang pormal na tawag ay **Entity ng Hiwalay na Pagsusuri (Independent Review Entity).**

Pang-indibidwal na Plano ng Pangangalaga (Individualized Care Plan, ICP): Isang plano para sa mga serbisyong makukuha ninyo at kung paano ninyo makukuha ang mga ito. Maaaring kasama sa inyong plano ang mga medikal na serbisyo, mga serbisyo sa pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Inisyal na yugto ng saklaw: Ang yugto bago umabot sa $2,400 ang inyong kabuuang gastos sa gamot na nasa Medicare Part D. Kabilang dito ang mga halaga na binayaran ninyo, ang binayaran ng aming plano para sa inyo, at ang subsidiya para sa mababang kita. Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag napunan ang inyong unang gamot ng taon. Sa yugtong ito, babayaran namin ang bahagi ng mga gastos para sa inyong mga gamot, at babayaran ninyo ang inyong bahagi.

Inpatient: Ang salitang ginagamit kapag kayo ay pormal na na-admit sa ospital para sa mga dalubhasang medikal na serbisyo. Kung kayo ay hindi pormal na na-admit, maaari pa rin kayong maituring na outpatient sa halip na inpatient kahit na kayo ay magdamag na namalagi.

Integrated D-SNP: Isang dual-eligible special needs plan na sakop ang Medicare at ang karamihan o lahat ng serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng iisang planong pangkalusugan o mga affiliated na planong pangkalusugan para sa ilang partikular na grupo ng mga indibidwal na kwalipikado para sa parehong Medicare at Medicaid. Kilala ang mga indibidwal na ito bilang mga indibidwal na kwalipikado sa dalawa.

Interchangeable na biosimilar: Isang biosimilar na maaaring ipalit sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta dahil natutugunan nito ang mga karagdagang kinakailangan tungkol sa potensyal para sa awtomatikong pagpapalit. Ang awtomatikong pagpapalit sa parmasya ay napapailalim sa batas ng estado.

Team sa pangangalaga na mula sa iba't ibang disiplina (Interdisciplinary Care Team, ICT o team sa pangangalaga): Ang team sa pangangalaga ay maaaring may kasamang mga doktor, nars, tagapayo, o iba pang mga propesyonal sa kalusugan na nandiyan para matulungan kayong makakuha ng pangangalaga na kailangan ninyo. Tutulungan din kayo ng inyong team sa pangangalaga sa paggawa ng plano sa pangangalaga.

Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Listahan ng Gamot): Isang listahan ng mga gamot na inirereseta at hindi kailangan ng reseta (over-the-counter, OTC) na sakop namin. Pinipili namin ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Sinasabi sa inyo ng *Listahan ng Gamot* kung mayroong anumang mga panuntunan na kailangan ninyong sundin para makuha ang inyong mga gamot. Ang *Listahan ng Gamot* ay tinatawag din minsan bilang "formulary".

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long- Term Services and Supports, LTSS): Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta ay nakakatulong sa pagpapabuti ng pangmatagalang medikal na kondisyon. Karamihan sa mga serbisyong ito ay tinutulungan kayong manatili sa inyong tahanan para hindi na ninyo kailangang pumunta sa pasilidad ng pangangalaga o ospital. Kasama sa LTSS na sakop ng aming plano ang Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community-Bases Adult Services, CBAS), na kilala rin bilang adult day health care, Mga Nursing Facility (NF), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang mga IHSS at 1915(c) waiver program ay Medi-Cal na LTSS na ibinibigay sa labas ng aming plano.

Subsidiya para sa Mababang Kita (Low-Income Subsidy, LIS): Tingnan ang "Karagdagang Tulong (Extra Help)"

Mga programang mail-order: Ang ilang plano ay maaaring magbigay ng programang mail-order na nagpapahintulot sa inyong makakuha ng hanggang tatlong buwang supply ng inyong mga sakop na inireresetang gamot na direktang ipinapadala sa inyong tahanan. Maaaring isa itong sulit at madaling paraan para punan ang mga gamot na regular ninyong iniinom.

Medicaid (o Tulong na Medikal): Isang programang pinapatakbo ng pederal na gobyerno at estado na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastos. Ang Medi-Cal ay ang programa ng Medicaid para sa Estado ng California.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programang Medicaid ng California. Pinamamahalaan ng estado ang Medi-Cal at binabayaran ito ng estado at ng pederal na gobyerno.

- Tinutulungan nito ang mga tao na may limitadong kita at mapagkukunan na bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastos.
- Sakop nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi sakop ng Medicare.
- Nag-iiba-iba ang mga programa ng Medicaid sa bawat estado, pero ang halos lahat ng gastos sa pangangalagang pangkalusugan ay sakop kung kwalipikado kayo sa parehong Medicare at Medi-Cal.

Mga plano ng Medi-Cal: Mga plano na sinasakop lang ang mga benepisyo ng Medi-Cal, tulad 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 mga gamot na kailangan ninyo para maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang isang medikal na kondisyon o para mapanatili ang kasalukuyang kalagayan ng inyong kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na pananatili kayong hindi pumunta sa ospital o pasilidad ng pangangalaga. Nangangahulugan din ito ang mga serbisyo, supply, o gamot na nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan sa medical practice.

Medicare: Ang pederal na programa sa insurance sa kalusugan ng mga tao na may edad 65 o mas matanda, ilang tao na mas bata sa 65 na may kapansanan, at mga tao na may end-stage renal disease (kadalasang mga taong may permanenteng sakit sa bato na nangangailangan ng dialysis o kidney transplant). Ang mga taong may Medicare ay maaaring makuha ang kanilang saklaw sa kalusugan sa Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o plano ng pinamamahalaang pangangalaga (tingnan ang “Planong pangkalusugan”).

Medicare Advantage: Isang programa ng Medicare, kilala rin bilang “Medicare Part C” o “MA,” na nagbibigay ng mga plano ng MA sa pamamagitan ng mga pribadong kumpanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kumpanyang ito para sakupin ang mga benepisyo ninyo sa Medicare.

Konseho ng mga Apela ng Medicare (Konseho): Isang konsehong sumusuri sa antas 4 na apela. Ang Konseho ay bahagi ng Pederal na gobyerno.

Mga serbisyong sakop ng Medicare: Mga serbisyong sakop ng Medicare Part A at Medicare Part B. Ang lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kabilang ang aming plano, ay dapat sakupin ang lahat ng serbisyong sakop ng Medicare Part A at Medicare Part B.

Programa ng Medicare sa Pag-iwas sa Diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): Isang nakaayos na programa sa pagbabago sa pag-uugali na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa diet, nadagdagang pisikal na aktibidad, at mga estratehiya para malampasan ang mga hamon para mapanatili ang pagbawas ng timbang at malusog na pamumuhay.

Naka-enroll sa Medicare-Medi-Cal: Isang tao na kwalipikado para sa saklaw ng Medicare at Medicaid. Ang naka-enroll sa Medicare-Medicaid ay tinatawag ding “indibidwal na kwalipikado sa dalawa”.

Medicare Part A: Ang programa ng Medicare na sakop ang karamihan sa pangangalaga ng ospital, skilled nursing facility, home health, at hospice na medikal na kinakailangan.

Medicare Part B: Ang programa ng Medicare na sakop ang mga serbisyo (tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo, mga operasyon, at mga pagpapatingin sa doktor) at mga supply (tulad ng mga wheelchair at mga walker) na medikal na kinakailangan para sa paggamot ng

sakit o kondisyon. Sakop din ng Medicare Part B ang mararaming serbisyo para sa pag-iwas sa sakit at screening.

Medicare Part C: Ang programa ng Medicare, na kilala rin bilang “Medicare Advantage” o “MA” na nagpapahintulot sa mga pribadong kumpanya ng insurance sa kalusugan na magbigay ng mga benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng Plano ng MA.

Medicare Part D: Ang programa ng benepisyo sa gamot ng Medicare. “Part D” ang maikling tawag namin sa programang ito. Sakop ng Medicare Part D ang mga gamot para sa outpatient, mga bakuna at ilang mga supply na hindi sakop ng Medicare Part A o Medicare Part B o Medicaid. Kasama sa aming plano ang Medicare Part D.

Mga gamot na nasa Medicare Part D: Mga gamot na sakop sa ilalim ng Medicare Part D. Partikular na hindi isinasama ng kongreso ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot sa saklaw ng Medicare Part D. Maaaring sakupin ng Medicaid ang ilan sa mga gamot na ito.

Pamamahala ng Therapy gamit ang Gamot (Medication Therapy Management, MTM): Isang programa ng Medicare Part D para sa mga kumplikadong pangangailangan sa kalusugan 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 pakikipag-usap sa pharmacist o provider ng pangangalagang pangkalusugan para suriin ang mga gamot. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

Planong Medi-Medi: Ang Medi-Medi Plan ay isang uri ng plano ng Medicare Advantage. Para ito sa mga taong parehong mayroong Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa iisang plano. Pinangangasiwaan ng mga Planong Medi-Medi ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa dalawang programa, kabilang ang lahat ng serbisyong sakop ng Medicare at Medi-Cal.

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano): Isang tao na mayroong Medicare at Medi-Cal na kwalipikadong makakuha ng mga sakop na serbisyo, na nag-enroll sa aming plano, at na ang pag-enroll ay nakumpirma ng Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) at estado.

***Handbook ng Miyembro* at impormasyon sa paghahayag:** Ang dokumentong ito, kasama ang inyong form sa pag-enroll at anumang iba pang mga nakalakip, o mga rider, na nagpapaliwanag ng inyong saklaw, kung ano ang dapat naming gawin, mga karapatan ninyo, at kung ano ang inyong dapat na gawin bilang miyembro ng aming plano.

Parmasya ng network: Isang parmasya (botika) na sumang-ayon sa pagpuno ng mga gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Tinatawag namin ang mga ito na “mga parmasya ng network” dahil sumang-ayon ang mga ito na makipagtulungan sa aming plano. Sa karamihan ng mga sitwasyon, sinasakop lang namin ang inyong mga gamot kapag pinapunan sa isa sa aming mga parmasya ng network.

Provider ng network: Ay mga provider na nakikipagtulungan sa aming plano. Ang mga provider na ito ay sumasang-ayon na tumanggap ng aming bayad nang buo. Direkta kaming sinisingil ng mga provider ng network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa inyo. Kapag gumamit kayo provider ng network, karaniwang wala kayong babayaran para sa mga sakop na serbisyo. Ang “provider” ay ang pangkalahatang salita na ginagamit namin para sa mga doktor, nars, at iba pang mga tao na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama din sa salitang ito ang mga ospital, mga home health agency, mga klinika, at iba pang mga lugar na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan, medikal na kagamitan, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Tahanan o pasilidad ng pangangalaga: Isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga sa mga taong hindi makukuha ang kanilang pangangalaga sa bahay ngunit hindi kailangang maospital.

Ombudsperson: Isang opisina sa inyong estado na nagsisilbing tagapagtaguyod sa inyong ngalan. Masasagot nila ang mga tanong kung mayroon kayong problema o reklamo at matutulungan nila kayong maunawaan kung ano ang gagawin. Walang bayad ang mga serbisyo ng ombudsperson. Makakakita kayo ng higit pang impormasyon sa **Kabanata 2 at 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Pagpapasya ng organisasyon: Ang aming plano ay gumagawa ng pagpapasya ng organisasyon kapag kami, o ang isa sa aming mga provider, ay magdedesisyon kung ang mga serbisyo ay sakop o kung magkano ang inyong dapat bayaran para sa mga sakop na serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na “mga desisyon sa saklaw”. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga desisyon sa saklaw.

Orihinal na biological na produkto: Isang biological na produktong inaprubahan ng Administrasyon para sa Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration, FDA) at nagsisilbing batayan ng mga manufacturer na gumagawa ng biosimilar na bersyon. Tinatawag din itong reference na produkto.

Original Medicare (traditional Medicare o may bayad na serbisyong Medicare): Nagbibigay ang gobyerno ng Original Medicare. Sa ilalim ng Original Medicare, ang mga serbisyo ay sakop sa pamamagitan ng mga pagbabayad sa mga doktor, ospital, at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan ng mga halagang tutukuyin ng Kongreso.

- Maaari kayong gumamit ng sinumang doktor, ospital, o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. Ang Original Medicare ay may dalawang bahagi: Medicare Part A (insurance sa ospital) at Medicare Part B (medikal na insurance).
- Ang Original Medicare ay available kahit saan sa Estados Unidos.
- Kung ayaw ninyong sumali sa aming plano, maaari ninyong piliin ang Oiriginal Medicare

Parmasya na wala sa network: Parmasyang hindi sumang-ayon na makipagtulungan sa aming plano para pangasiwaan o ibigay ang mga sakop na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi sinasakop ng aming plano ang karamihan ng gamot na inyong nakukuha mula sa mga parmasya na wala sa network maliban kung mayroong ilang partikular na mga kondisyon.

Provider na wala sa network o Pasilidad na wala sa network: Ang provider o pasilidad na hindi empleyado, pag-aari, o pinatatakbo ng aming plano at hindi nakakontrata para magbigay ng mga sakop na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga provider o pasilidad na wala sa nework.

Mga gastos na mula sa sariling bulsa: Ang kinakailangan sa paghahati sa gastos na babayaran ng mga miyembro para sa bahagi ng mga serbisyo o gamot na nakukuha nila ay tinatawag ding kinakailangan para sa gastos na “mula sa sariling bulsa”. Tingnan ang depinisyon para sa “paghahati sa gastos” sa itaas.

Mga gamot na hindi kailangan ng reseta (Over-The-Counter, OTC): Ang mga gamot na hindi kailangan ng reseta ay mga gamot na mabibili ng isang tao nang walang reseta mula sa provider ng pangangalagang pangkalusugan.

Part A: Tingnan ang “Medicare Part A.”

Part B: Tingnan ang “Medicare Part B.”

Part C: Tingnan ang “Medicare Part C.”

Part D: Tingnan ang “Medicare Part D.”

Mga gamot na nasa Part D: Tingnan ang “Mga gamot na nasa Medicare Part D.”

Personal na impormasyong pangkalusugan (tinatawag ding Protektadong impormasyong pangkalusugan) (Protected Health Information, PHI): Impormasyon tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan, gaya ng inyong pangalan, address, social security number, mga pagpapatingin sa doktor, at medikal na kasaysayan. Tingnan ang aming Abiso ng Mga Kasanayan sa Privacy para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan, ginagamit, at ibinabahagi ang inyong PHI, pati rin ang mga karapatan ninyo pagdating sa inyong PHI.

Mga serbisyo para sa pag-iwas sa sakit: Pangangalagang pangkalusugan para maiwasan ang sakit o matukoy ang sakit sa maagang yugto nito, kung kailan pinakamabisa ang paggamot (halimbawa, kabilang sa mga serbisy para sa pag-iwas sa sakit ang mga Pap test, flu shot, at mga screening mammogram).

Pangunahing provider ng pangangalaga (Primary Care Provider, PCP): Ang doktor o iba pang provider na una ninyong ginagamit para sa karamihan ng mga problemang pangkalusugan. Tinitiyak nila na kayo ay makakakuha ng pangangalaga na inyong kailangan para manatiling malusog.

- Maaari rin silang makipag-usap sa iba pang mga doktor at mga provider ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa inyong pangangalaga at ire-refer kayo sa kanila.
- Sa karamihan sa mga planong pangkalusugan ng Medicare, kailangan ninyong gamitin ang inyong pangunahing provider ng pangangalaga bago ninyo gamitin ang sinumang iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan.
- Tiingnan ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga mula sa mga pangunahing provider ng pangangalaga.

Paunang pahintulot (Prior Authorization, PA): Isang pahintulot na dapat ninyong makuha mula sa amin bago kayo makakuha ng partikular na serbisyo o gamot, o gumamit ng provider na wala sa network. Kung hindi muna kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi sakupin ng aming plano ang serbisyo o gamot.

Masasakop lang ng aming plano ang ilang medikal na serbisyo na nasa nework kung makakakuha ng PA mula sa amin ang inyong doktor o iba pang provider ng network.

- Minarkahan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga sakop na serbisyong nangangailangan ng PA ng aming plano.

Masasakop lang ng aming plano ang ilang gamot kung makakakuha kayo ng PA mula sa amin.

- Minarkahan sa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* ang mga sakop na gamot na nangangailangan ng PA ng aming plano at naka-post sa aming website ang mga panuntunan.

Programa ng Kumpletong Pangangalaga para sa Matanda (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Isang programa coverage ang mga benepisyo ng Medicare at Medicaid para sa mga taong edad 55 at mas matanda na nangangailangan ng mas mataas na antas ng pangangalaga para tumira sa bahay.

Mga prosthetic at orthotic: Mga medikal na device na in-order ng inyogn doktor o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa, braso, likod, at mga brace sa leeg; mga artipisyal na paa at kamay; mga artipisyal na mata; at mga device na kailangan para palitan ang panloob na bahagi ng katawan o paggana, kabilang ang mga ostomy supply at enteral at parenteral nutrition therapy.

Mga Provider: Ang mga doktor, nars, at iba pang mga tao na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga at lisensyado ng estado. Kasama rin sa mga provider ang mga ospital, ahensya ng kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng

pag-uugali, medikal na kagamitan at ilang partikular na Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS).

Organisasyon ng Pagpapabuti ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO): sang grupo ng mga doktor at ibang mga eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong para mapaganda ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Ang pederal na gobyerno ang magbabayad sa QIO para suriin at pagandahin ang pangangalaga na ibinibigay sa mga pasyente. Tingnan ang **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa QIO.

Mga limitasyon sa dami: Limitasyon sa dami ng gamot na maaari ninyong makuha. Maaari naming limitahan ang dami ng gamot na sinasakop namin kada reseta.

Real Time na Tool ng Benepisyo (Real Time Benefit Tool): Isang portal o computer application kung saan makakapaghanap ang mga naka-enroll ng kumpleto, tama, napapanahon, at klinikal na naaangkop na impormasyon tungkol sa mga sakop na gamot at benepisyo na partikular sa naka-enroll. Kasama rito ang mga halaga ng paghahati sa gastos, mga alternatibong gamot na maaaring gamitin para sa parehong kondisyon sa kalusugan gaya ng ibinigay na gamot at mga paghihigpit sa saklaw (paunang pahintulot, step therapy, mga limitasyon sa dami) na naaangkop sa mga alternatibong gamot.

Referral: Ang referral ay ang pag-apruba ng inyong pangunahing provider ng pangangalaga (PCP) o namin para gumamit ng provider maliban sa inyong PCP. Kung hindi muna kayo makakakuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin sakupin ang mga serbisyo. Hindi ninyo kailangan ng referral para gumamit ng ilang espesyalista, gaya ng mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan. Makakakita kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga referral sa **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Mga serbisyo ng rehabilitasyon: Paggamot na nakukuha ninyo upang matulungan kayong gumaling mula sa sakit, aksidente o malaking operasyon. Kasama sa mga serbisyong ito ang inpatient na pangangalaga sa pamamagitan ng rehabilitasyon, physical therapy (outpatient), speech at language therapy, at occupational therapy. Tingnan ang **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para alamin pa ang tungkol sa mga serbisyo ng rehabilitasyon.

Mga sensitibong serbisyo: Mga serbisyo kaugnay ng kalusugan ng pag-iisip o pag-uugali, sekswal na kalusugan at kalusugan kaugnay sa pag-aanak, pagpaplano ng pamilya, mga impeksiyon na naihahawa sa pakikipagtalik (Sexually Transmitted Infections, STI), HIV/AIDS, sekswal na pag-atake at aborsyon, sakit dahil sa pag-abuso sa droga o alak, pangangalaga na partikular sa kasarian, at karahasan sa intimate partner.

Pinaglilingkurang lugar: Ang heogarpikong lugar kung saan tinatanggap ng planong pangkalusugan ang mga miyembro kung nililimitahan nito ang pagiging miyembro batay kung saan nakatira ang mga tao. Para sa mga planong may limitasyon kung aling mga doktor at ospital ang maaari ninyong gamitin, karaniwang ito ang lugar kung saan kayo ay

nakakatanggap ng mga regular (hindi pang-emergency) na serbisyo. Ang mga tao lang na nakatira sa aming pinaglilingkurang lugar ang makaka-enroll sa aming plano.

Paghahati sa gastos: Ang bahagi ng inyong mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan na maaaring bayaran ninyo bawat buwan bago maging epektibo ang inyong mga benepisyo. Ang halaga ng inyong paghahati sa gastos ay iba-iba depende sa inyong kita at mapagkukunan.

Pangangalaga sa skilled nursing facility (Skilled Nursing Facility, SNF): Isang pasilidad ng pangangalaga na may mga kawani at gamit para magbigay dalubhasang pangangalaga at, sa karamihan ng mga kaso, mga dalubhasang serbisyo ng rehabilitasyon at iba pang kaugnay na mga serbisyong pangkalusugan.

Pangangalaga sa skilled nursing facility (Skilled Nursing Facility, SNF): Dalubhasang pangangalaga ng nars at mga serbisyo ng rehabilitasyon na ibinibigay nang tuloy-tuloy, araw-araw, sa isang skilled nursing facility. Ang mga halimbawa ng pangangalaga mula sa skilled nursing facility ay kinabibilangang ng physical therapy o intravenous (IV) na mga iniksyon na maibibigay ng rehistradong nars o doktor.

Espesyalista: Doktor na gumagamot ng ilang partikular na mga uri ng mga problema sa pangangalaga ng pangkalusugan. Halimbawa, ginagamot ng orthopedic surgeon ang mga nabaling buto; ang allergist ay gumagamot sa mga alerhiya; at ang cardiologist ay gumagamot sa mga problema sa puso. Sa karamihan ng sitwasyon, kakailanganin ng miyembro ng referral mula sa kanilang PCP para makapunta sa espesyalista.

Parmasyang may espesyalidad: Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para alamin pa ang tungkol sa mga parmasyang may espesyalidad.

Pagdinig ng estado: Kung ang inyong doktor o ibang provider ay hihiling ng isang serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin aaprubahan, o hindi namin itutuloy ang pagbabayad para sa isang serbisyo ng Medi-Cal na mayroon na kayo, maaari kayong humiling ng Pagdinig ng Estado. Kung ang Pagdinig ng Estado ay nagpasya nang pabor sa inyo, kailangan namin ibigay sa inyo ang serbisyong hiniling ninyo.

Step therapy: Isang panuntunan sa saklaw na hinihiling sa inyong sumubok ng isa pang gamot bago namin sakupin ang gamot na hinihiling ninyo.

Supplemental Security Income (SSI): Isang buwanang benepisyo na binabayaran ng Social Security sa mga tao na may mga limitadong kita at mapagkukunan na mga may kapansanan, bulag, o may edad na 65 pataas. Ang mga benepisyo sa SSI ay hindi kapareho ng mga benepisyo sa Social Security.

Agarang kinakailangang pangangalaga: Ang pangangalaga na makukuha ninyo para sa hindi inaasahang sakit, pinsala, o kondisyon na hindi emergency ngunit nangangailangan ng agarang pangangalaga. Maaari kayong makakuha ng agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network kapag hindi kayo makapunta sa kanila dahil sa inyong oras, lugar, o mga sitwasyon, hindi ito posible, o hindi makatwirang makakuha ng mga serbisyo mula sa mga provider ng network (halimbawa kapag kayo ay nasa labas ng pinaglilingkurang lugar ng plano at kailangan ninyo ng medikal na kinakailangang agarang mga serbisyo para sa hindi inaasahang kondisyon pero hindi isang medikal na emergency).

CareAdvantage

TUMAWAG SA	1-866-880-0606 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang aming mga oras ay Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Ang CareAdvantage ay mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitang telepono at para lamang sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang aming mga oras ay Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
FAX	(650) 616-2190
SUMULAT	Health Plan of San Mateo CareAdvantage Unit 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080 Email: CareAdvantageSupport@hpsm.org
WEBSITE	www.hpsm.org/careadvantage

Pahayag ng Pagsisiwalat ng PRA Ayon sa Batas ng Pagbabawas ng Papeles 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), walang sinuman ang kailangang sumagot sa pagkolekta ng impormasyon maliban na lang kung mayroon itong valid na control number ng Opisina ng Pamamahala at Budget (Office of Management and Budget, OMB). Ang valid na OMB control number para sa pangongolektang ito ng impormasyon ay 0938-1444. Kung mayroon kayong mga komento o mungkahi para sa pagpapabuti ng form na ito, sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850


San Mateo County
El Condado de San Mateo
N
W
E
S
Daly City
South
San Francisco
San Bruno
SFO
Pacifica
Millbrae
Burlingame
Montara
Hillsborough
Foster City
San Mateo
Belmont
San Carlos
Moss-Beach
Redwood City
East Palo Alto
Menlo Park
Half Moon Bay
Atherton
Woodside
Portola
Valley
Santa Clara County

Kalusugan ay para sa lahat

HealthPlan OF SAN MATEO
Healthy is for everyone

801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

tel 866.880.0606 toll-free
tel 650.616.0050 local
fax 650.616.0060
tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

Call Center Hours:
Monday through Sunday
8:00 a.m. to 8:00 p.m.

www.hpsm.org/careadvantage

ACCREDITED NCQA HEALTH PLAN ★★★★☆