H0148_20_200a_SD_TA Accepted 09122020

2021

Katibayan ng Saklaw/ HandbookngMiyembro

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)
San Diego County

blue california
Promise Health Plan

Ang Blue Shield of California Promise Health ay isang independenteng licensee ng Blue Shield Association
CMC-EOC-SD-TA-1020

Enero 01, 2021 – Disyembre 31, 2021

Ang Iyong Saklaw sa Kalusugan at Gamot sa ilalim ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Handbook ng Miyembro Panimula

Sinasabi ng handbook na ito sa iyo ang iyong saklaw sa ilalim ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan hanggang Disyembre 31, 2021. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugang pangkaisipan at karamdaman dahil sa labis na paggamit ng droga o alak), saklaw sa inireresetang gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Tumutulong ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta sa iyo upang manatili sa tahanan sa halip na pumunta sa isang nursing home o ospital. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Isa itong importanteng legal na dokumento. Mangyaring itabi ito sa isang ligtas na lugar.

Inihahandog itong Cal MediConnect Plan ng Blue Shield of California Promise Health Plan. Kapag sinabi nitong Handbook ng Miyembro ang “kami,” “namin,” o “amin,” nangangahulugan ito na Blue Shield of California Promise Health Plan. Kapag sinabi nito na “ang plan” o “aming plan,” nangangahulugan ito na Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公，早上8:00 點至晚上8:00 點或。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오,오후 8시, 7 일 주일 오전 8시.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)

فارسی:(Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members)

توجه :اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد .با
تماس بگیرید 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية:(Arabic)

ملحوظة :إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان .اتصل برقم)رقم هاتف الصم والبكم:
(رقم هاتف الصم والبكم: 711) Cal-MediConnect 1-855-905-3825

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

اُردُو:(Urdu)

خبردار :اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں
Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, tulad ng malalaking letra, braille, at/o audio. Tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw kada linggo. Libre ang tawag.

Maaari kang humiling na makakuha ng dokumentong ito sa wikang hindi Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap. Upang humiling, mangyaring makipag-ugnayan sa

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Itatabi ng Customer Care ang iyong mas gustong wika at format sa file para sa mga panghinaharap na komunikasyon. Upang gumawa ng anumang pagbabago sa iyong mga kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Mga Pagtatatuwa

- Ang Blue Shield of California Promise Health Plan ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa Medicare at Medi-Cal para magbigay ng mga benepisyo ng dalawang programang ito sa mga nagpatala.
- Ang saklaw sa ilalim ng Blue Shield of California Promise Health Plan ay saklaw ng kuwalipikadong kalusugan na tinatawag na “pinakamababang mahalagang saklaw” o “minimum essential coverage.” Tinutugunan nito ang kailangan na indibidwal na nakabahaging responsibilidad ng Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Bisitahin ang website ng Internal Revenue Service (IRS) sa www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kailangan na indibidwal na nakabahaging responsibilidad.

2021 Handbook ng Miyembro - Talaan ng mga Nilalaman

Dito sa listahang ito ng mga kabanata at numero ng pahina ka magsisimula. Para sa higit pang tulong sa paghahanap ng impormasyong kailangan mo, pumunta sa unang pahina ng bawat kabanata. **Makikita mo ang detalyadong listahan ng mga paksa sa simula ng bawat kabanata.**

Talaan ng mga Nilalaman

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro....6

Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at mapagkukunan....18

Kabanata 3: Paggamit sa pagsaklaw ng plan para sa iyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang mga saklaw na serbisyo....39

Kabanata 4: Tsart ng mga Benepisyo....65

Kabanata 5: Pagkuha ng iyong mga inireresetang gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng plan....131

Kabanata 6: Ano ang babayaran mo para sa iyong resetang gamot ng Medicare at Medi-Cal....152

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bayarin na nakuha mo para sa mga saklaw na serbisyo o gamot....166

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at pananagutan....172

Kabanata 9: Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, at reklamo)....192

Kabanata 10: Pagwawakas sa pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect plan....253

Kabanata 11: Mga legal na abiso....264

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita....270

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro

Panimula

Kabilang sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, isang planong pangkalusugan na sinasaklaw ang lahat ng iyong serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, at ang iyong pagiging miyembro dito. Sinasabi rin nito kung ano ang dapat mong asahan at kung anong iba pang impormasyon ang makukuha mo mula sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Maligayang Pagdating sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan....8

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal....8

B1. Medicare....8

B2. Medi-Cal....8

C. Mga kalamangan ng plan na ito....9

D. Mga lugar na pinagseserbisyuhan ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan....10

E. Paano ka magiging karapat-dapat upang maging miyembro ng plan....10

F. Ano ang dapat asahan sa una mong pagsali sa planong pangkalusugan....11

G. Ang iyong Pangkat ng Pangangalaga at Plano ng Pangangalaga....12

G1. Pangkat ng Pangangalaga....12

G2. Plano ng Pangangalaga....12

H. Buwanang premium ng plan ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan....13

I. Ang *Handbook ng Miyembro*....13

J. Iba pang impormasyong makukuha mo mula sa amin....13

J1. Ang Iyong ID Card ng Miyembro sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan....14

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya*....14

J3. *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*....16

J4. Ang *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* 16

K. Paano mapananatiling up to date ang iyong rekord ng pagiging miyembro 17

K1. Pagkapribado ng personal na impormasyon ng kalusugan (PHI) 17

A. Maligayang Pagdating sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ay isang Cal MediConnect Plan. Ang Cal MediConnect Plan ay isang organisasyon na binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, Provider ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, Provider ng kalusugan ng pag-uugali, at iba pang Provider. Mayroon din itong mga Care Navigator at pangkat ng pangangalaga para tulungan kang pamahalaan ang lahat ng iyong Provider at serbisyo. Magkakasama silang nagtutulungan para magbigay ng pangangalagang kailangan mo.

Inaprubahan ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ng Estado ng California at ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) upang magbigay sa inyo ng mga serbisyo bilang bahagi ng Cal MediConnect.

Ang Cal MediConnect ay isang programang pagpapakilala na magkasamang sinusubaybayan ng California at pederal na gobyerno upang magbigay ng mas mahuhusay na pangangalaga para sa mga taong mayroon ng parehong Medicare at Medi-Cal. Sa ilalim ng pagpapakilalang ito, gusto ng estado at pederal na gobyerno na subukan ang mga bagong paraan upang mapahusay kung paano mo nakukuha ang mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

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 65 taong gulang o mas matanda pa,
- Ilang tao na wala pa sa edad na 65 na may ilang kapansanan, at
- Mga tao na may end-stage renal disease (pagpalya ng bato).

B2. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ay ang pangalan ng programa ng Medicaid sa California. Estado ang namamalakad sa Medi-Cal at binabayaran ito ng estado at ng pederal na pamahalaan. Tinutulungan ng Medi-Cal ang mga tao na may mga limitadong kita at mga pinagkukunan na bayaran ang Mga Pangmatagalan Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS) at mga gastos na pang-medikal. Saklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi saklaw ng Medicare.

Nagpapasya ang bawat estado kung:

- ano ang kabilang sa kita at mapagkukunan,
- sino ang mga kuwalipikado,
- ano ang mga serbisyong saklaw, at

- ang gastos para sa mga serbisyo.

Maaaring magpasya ang mga Estado kung paano nila patatakbuhin ang kanilang mga programa, hangga't sumusunod sila sa mga patakaran ng pederal.

Inaprubahan ng Medicare at ng California ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Maaari kang makakuha ng mga serbisyo mula sa Medicare at Medi-Cal sa pamamagitan ng aming plan hangga't:

- Pipiliin naming ihandog ang plan, at
- pinahihintulutan kami ng Medicare at Estado ng California na patuloy na ihandog ang plan na ito.

Kahit na tumigil magnegosyo ang aming plan sa hinaharap, ang iyong pagiging karapat-dapat para sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal ay hindi maaapektuhan.

C. Mga kalamangan ng plan na ito

Maaari mo nang makuha ngayon ang lahat ng saklaw mong serbisyo ng Medicare at Medi-Cal mula sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, kabilang ang mga inireresetang gamot. **Ikaw ay hindi magbabayad ng ekstra sa pagsali sa pangkalusugan na planong ito**

Tutulong ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan na mas gumana nang sama-sama ang iyong mga benepisyo sa Medicare at Medi-Cal at mas mahusay na gumana para sa iyo. Kasama sa ilang pakinabang ang:

- Ikaw ay may kakayahan na makipagtulungan sa **isang** planong pangkalusungang para sa **lahat** ng pangangailangan ng iyong insurance sa kalusugan.
- Magkakaroon ka ng isang pangkat ng pangangalaga na kasama kang tutulong na buuin. Maaaring kasama sa iyong pangkat ng pangangalaga ang iyong sarili, ang iyong tagapag-alaga, mga doktor, nurse, tagapayo, o ibang mga propesyonal sa kalusugan.
- Magkakaroon ka ng access sa isang Care Navigator. Isang tao ito na nakikipagtulungan sa iyo, sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, at sa iyong pangkat ng pangangalaga upang tumulong na gumawa ng plano ng pangangalaga.
- Magagawa mong pamahalaan ang pangangalaga sa iyong sarili sa tulong ng iyong pangkat ng pangangalaga at ng Care Navigator.
- Ang pangkat ng pangangalaga at Care Navigator ay makikipagtulungan sa iyo para makabuo ng isang plano ng pangangalaga na partikular na ginagawa para matugunan ang iyong mga pangangailangan sa kalusugan. Tutulong ang pangkat ng

pangangalaga sa pamamahala ng mga kailangan mong serbisyo. Ang ibig sabihin nito, halimbawa:

- Titiyakin ng iyong pangkat ng pangangalaga na alam ng iyong mga doktor ang tungkol sa lahat ng gamot na iyong iniinom para makatiyak sila na iniinom mo ang mga tamang gamot, at para mabawasan ng iyong mga doktor ang anumang hindi magandang epekto na maaaring magkaroon ka mula sa mga gamot.
- Titiyakin ng iyong pangkat ng pangangalaga na ibinahagi sa lahat ng iyong doktor at ibang mga provider ang mga resulta ng pagsusuri sa iyo, kung naaangkop.

D. Mga lugar na pinagseserbisyuhan ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Kasama sa aming lugar na pinagseserbisyuhan ang mga county na ito sa California: San Diego.

Ang mga tao lamang na nakatira sa aming lugar na pinagseserbisyuhan ang makasasali sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Kung ikaw ay lilipat sa labas ng aming lugar na pinagseserbisyuhan, hindi ka maaaring manatili sa plan na ito. Tingnan sa Kabanata 8 Seksyon J para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga epekto ng pag-alis sa aming lugar na pinagseserbisyuhan. Kakailanganin mong makipag-ugnayan sa tauhan para sa pagiging karapat-dapat sa county sa iyong lugar:

San Diego County Department of Social Services - Family Resources Customer Service Center (Kagawaran ng Mga Serbisyong Panlipunan - Center para sa Serbisyo sa Customer ng Mga Mapagkukunan ng Pamilya)	TUMAWAG SA: 1-866-262-9881 Libre ang tawag na ito. TTY: 1-619-589-4459 Mga oras: 7:00 a.m. – 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes, bukod sa mga pista opisyal

E. Paano ka magiging karapat-dapat upang maging miyembro ng plan

Karapat-dapat ka sa aming plan hangga't ikaw ay:

- Nakatira aming lugar na pinagseserbisyuhan, **at**
- May edad na 21 at mas matanda sa panahon ng pagpapatala, **at**
- Mayroon ng parehong Medicare Part A at Medicare Part B, **at**
- Kasalukuyang karapat-dapat para sa Medi-Cal, **at**

- Isang mamamayan ng United States o legal ang pamamalagi sa United States.

Maaaring may mga karagdagang patakaran sa pagiging karapat-dapat sa iyong county. Tumawag sa Customer Care para sa karagdagang impormasyon.

F. Ano ang dapat asahan sa una mong pagsali sa planong pangkalusugan

Sa una mong pagsali sa plan, kukuha ka ng health risk assessment (HRA) sa loob ng unang 45– 90 araw kasunod ng petsa na nagkabisa ang iyong saklaw.

Inaatasan kaming tapusin ang isang HRA para sa iyo. Ang HRA na ito ay ang batayan sa pagbuo ng iyong indibiduwal na plano ng pangangalaga (individual care plan, ICP). Isasama sa HRA ang mga tanong upang tukuyin ang iyong mga pangangailangang medikal, LTSS, at kalusugan ng pag-uugali at kakayahang kumilos.

Makikipag-ugnayan kami sa iyo para kumpletuhin ang HRA. Maaaring kumpletuhin ang HRA sa pamamagitan ng isang personal na pagpunta, pagtawag sa telepono, o pagsulat.

Padadalhan ka namin ng higit pang impormasyon hinggil sa HRA na ito.

Kung ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ay bago para sa iyo, maaaring patuloy kang makapagpatingin sa mga doktor na pinupuntahan mo ngayon sa isang partikular na haba ng panahon. Mapananatili mo ang iyong mga kasalukuyang Provider at mga pahintulot sa serbisyo sa oras na nagpatala ka hanggang sa 12 buwan kung natutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong Provider ay direktang hihilingin sa amin na magpatuloy na magpatingin sa iyong kasalukuyang Provider.
- Mapatutunayan namin na mayroon kang umiiral na kaugnayan sa isang Provider ng pangunahin o may espesyalidad na pangangalaga, na may ilang pagbubukod. Kapag sinabi naming umiiral na kaugnayan, nangangahulugan ito na nagpatingin ka sa isang Provider na wala sa network nang kahit minsan para sa isang hindi pang-emergency na pagbisita sa panahon ng 12 buwan bago ang petsa ng iyong unang pagpapatala sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
    - Aalamin namin ang isang umiiral nang kaugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa impormasyon ng iyong kalusugan na makukuha namin o impormasyong ibinibigay mo sa amin.
    - Mayroon kaming 30 araw para sumagot sa iyong kahilingan. Maaari mo ring hilingin sa amin na gumawa ng isang mas mabilis na desisyon at dapat sumagot kami sa loob ng 15 araw.

- Ikaw o ang iyong Provider ay dapat magpakita ng dokumentasyon ng isang umiiral nang kaugnayan at sumang-ayon sa ilang tuntunin kapag gumagawa ka ng kahilingan.

Tandaan: Ang kahilingang ito ay **hindi** magagawa para sa mga Provider ng Matibay na Kagamitang Medikal (DME), transportasyon, iba pang pantulong na serbisyo, o mga serbisyong hindi kasama sa ilalim ng Cal MediConnect.

Pagkatapos magwakas ang panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga, kakailanganin mong magpatingin sa mga doktor at iba pang Provider sa network ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan na kaanib sa grupong medikal ng iyong doktor ng pangunahing pangangalaga, maliban kung gumawa kami ng kasunduan sa iyong doktor na wala sa network. Ang Provider na nasa network ay isang Provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Ang grupong medikal o Malayang Samahan ng mga Doktor (Independent Physician Association, IPA) ay isang organisasyon na binuo sa ilalim ng batas ng California na nakikipagkontrata sa mga planong pangkalusugan upang magbigay o magsaayos ng mga pagbibigay ng mga serbisyong pangangalagang pangkalusugan sa mga nagpatala sa planong pangkalusugan. Ang grupong medikal o IPA ay isang samahan ng mga doktor ng pangunahing pangangalaga at mga espesyalista na nilikha upang magbigay ng mga pinagtutulungang serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan sa iyo. Tingnan sa Kabanata 3 Seksyon D para sa karagdagang impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga.

G. Ang iyong Pangkat ng Pangangalaga at Plano ng Pangangalaga

G1. Pangkat ng Pangangalaga

Kailangan mo ba ng tulong sa pagkuha sa pangangalagang iyong kailangan? Makakatulong sa iyo ang isang pangkat ng pangangalaga. Maaaring kabilang sa isang pangkat ng pangangalaga ang iyong doktor, isang Care Navigator, o iba pang taong nauugnay sa kalusugan na iyong pipiliin.

Ang Care Navigator isang taong sinanay na tulungan kang pamahalaan ang pangangalagang iyong kailangan. Kukuha ka ng isang Care Navigator kapag nagpatala ka Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Isasangguni ka rin ng taong ito sa mga madudulugan sa komunidad, kung hindi magbigay ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ng mga serbisyong kailangan mo.

Maaari mo kaming tawagan sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo upang humingi ng pangkat ng pangangalaga.

G2. Plano ng Pangangalaga

Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat ng pangangalaga para bumuo ng isang plano ng pangangalaga. Sasabihin ng isang plano ng pangangalaga sa iyo at sa iyong mga doktor kung ano ang mga serbisyong iyong kailangan, at kung paano mo makukuha ang mga ito. Kabilang dito ang iyong mga medikal na pangangailangan, kinakailangan para sa kalusugan ng pag-uugali at

kinakailangang LTSS. Ang iyong plano sa pangangalaga ay bubuuin para lang sa iyo at sa iyong mga pangangailangan.

Mapapabilang sa iyong plano sa pangangalaga ang:

- Mga layunin mo sa pangangalaga sa kalusugan.
- Isang timeline na magsasabi kung kailan mo dapat kunin ang mga serbisyong iyong kailangan.

Pagkatapos ng iyong health risk assessment, makikipagkita sa iyo ang iyong pangkat ng pangangalaga. Kakausapin ka nila tungkol sa mga serbisyong iyong kailangan. Masasabi rin nila ang tungkol sa mga serbisyong maaaring gusto mong pag-isipang kunin. Ibabatay sa iyong mga pangangailangan ang iyong plano ng pangangalaga. Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat ng pangangalaga para i-update ang iyong plano ng pangangalaga nang hindi bababa sa isang beses bawat taon.

H. Buwanang premium ng plan ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Walang buwanang premium ng plan ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

I. Ang *Handbook ng Miyembro*

Itong *Handbook ng Miyembro* ay bahagi ng kontrata namin sa iyo. Ang ibig sabihin nito dapat naming sundin ang lahat ng patakaran sa dokumentong ito. Kung sa palagay mo ay may ginawa kaming isang bagay na labag sa mga patakaran na ito, maaari kang umapela, o hamunin ang aming pagkilos. Para sa impormasyon tungkol sa kung paano mag-aapela, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon D, o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Makakahingi ka ng *Handbook ng Miyembro* sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo. Maaari mo ring tingnan ang *Handbook ng Miyembro* sa www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o i-download ito mula sa website na ito.

May bisa ang kontrata para sa mga buwan na nakatala ka sa Blue Shield Promise Cal MediConnect sa pagitan ng Enero 01, 2021 at Disyembre 31, 2021.

J. Iba pang impormasyong makukuha mo mula sa amin

Dapat natanggap mo na ang isang ID Card ng Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, at impormasyon tungkol sa paano i-access ang *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*.

J1. Ang Iyong ID Card ng Miyembro sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Sa ilalim ng aming plan, magkakaroon ka ng isang card para sa mga serbisyo sa iyo ng Medicare at Medi-Cal, kasama ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta, ilang serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga inireresetang gamot. Dapat mong ipakita ang card na ito kapag kumukuha ka ng anumang serbisyo o inireresetang gamot. Narito ang isang halimbawa ng card para ipakita sa iyo kung ano ang magiging hitsura ng sa iyo:

Kapag nasira, nawala o nanakaw ang iyong card sa Cal MediConnect, tawagan kaagad ang Customer Care at padadalhan ka namin ng bagong card. Maaari kang tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo.

Hangga't miyembro ka ng aming plan, hindi mo kailangan gamitin ang iyong pula, puti at asul na card ng Medicare o ang iyong card sa Medi-Cal para makakuha ng mga serbisyo sa Cal MediConnect. Itago ang mga card na iyon sa isang ligtas na lugar, sakaling kailanganin mo ang mga ito sa ibang pagkakataon. Kung ipapakita mo ang iyong Medicare card sa halip na iyong ID Card ng Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, maaaring singilin ng Provider ang Medicare sa halip na aming plan, at maaari kang makatanggap ng bayarin. Tingnan sa Kabanata 7 Seksyon A upang makita kung ano ang dapat gawin kung makatanggap ka ng bayarin mula sa isang Provider.

Mangyaring tandaan, para sa mga serbisyo sa kalusugan ng isipan na may espesyalidad na maaari mong matanggap mula sa plano para sa kalusugan ng isipan (mental health plan, MHP) ng county, kakailanganin mo ang iyong card sa Medi-Cal para ma-access ang mga serbisyong iyon.

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya*

Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang mga Provider at parmasya sa network ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan . Habang miyembro ka ng aming plan, dapat mong gamitin ang mga Provider na nasa network upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo. May ilang pagbubukod sa una mong pagsali sa aming plan (tingnan sa pahina 42).

Maaari kang humingi ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo. Maaari mo ring tingnan sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* sa www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o i-download ito mula sa website na ito.

Nakatala sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan (tulad ng mga doktor, nurse, practitioner, at psychologist), mga pasilidad (tulad ng mga ospital o klinika), at Provider ng suporta (tulad ng mga Provider ng Kalusugan sa Araw ng Mga Nasa Hustong Gulang at Kalusugan sa Tahanan) na maaari mong bisitahin bilang Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Nakalista rin sa Direktoryo ang mga parmasyang maaari mong gamitin upang makuha ang iyong mga resetang gamot. Ibinibigay rin ng Direktoryo ang ilang impormasyon sa mga sumusunod:

- Kapag kailangan ang mga referral para magpatingin sa ibang Provider, espesyalista o pasilidad, at
- Kung paano pumili ng doktor, at
- Kung paano palitan ang doktor, at
- Kung paano humanap ng mga doktor, espesyalista, parmasya o pasilidad sa iyong lugar at/o grupong medikal/IPA, at
- Kung paano makakakuha ng Long-Term Services and Supports (LTSS), In-Home Supportive Services (IHSS) o Multipurpose Senior Services Programs (MSSP), at
- Impormasyon sa kung paano makakakuha ng order sa koreo, home infusion o mga botika para sa pangmatagalang pangangalaga.

Kahulugan ng mga Provider sa network

- Kabilang sa mga Provider sa network ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang:
  - Mga doktor, nurse, at ibang mga propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na maaari mong puntahan bilang isang miyembro ng aming plan;
  - Mga klinika, ospital, mga nursing facility, at iba pang mga lugar na nagbibigay ng mga serbisyo sa kalusugan sa aming plan, at
  - LTSS, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, mga home health agency, mga supplier ng mga matibay na kagamitang medikal, at iba pang nagbibigay ng mga produkto at serbisyo na makukuha mo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

Sumang-ayon ang mga Provider na nasa network na tumanggap ng bayad mula sa aming plan para sa mga saklaw na serbisyo bilang kumpletong bayad.

Kahulugan ng mga parmasya sa network

- Ang mga parmasya na nasa network ay mga parmasya (mga botika) na sumang-ayon na magbigay ng mga inireresetang gamot para sa mga miyembro ng aming

plan. Gamitin ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* upang mahanap ang parmasya na nais mong magamit.

- Maliban sa panahon ng isang emergency, kailangan mong kuhanin ang iyong mga inireresetang gamot sa isa sa aming parmasya na nasa network kung gusto mong tulungan ka ng aming plan na bayaran ang mga ito.

Tumawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo para sa karagdagang impormasyon. Makapagbibigay sa iyo ang parehong website ng Customer Care at Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ng pinakabagong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga parmasya at Provider na nasa network..

J3. *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*

Ang plan ay mayroong *Listahan ng mga Saklaw na Gamot.* Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot” para maikli. Sinasabi nito sa iyo kung aling mga inireresetang gamot ang saklaw ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Sinasabi rin sa iyo ng Listahan ng Gamot kung mayroong anumang patakaran o paghihigpit sa anumang mga gamot, tulad ng isang limitasyon sa dami ng maaari mong makuha. Tingnan sa Kabanata 5 Seksyon C para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga patakaran at paghihigpit na ito.

Bawat taon, padadalhan ka namin ng impormasyon tungkol sa kung paano ma-access ang Listahan ng Gamot, nguni't maaaring mangyari ang ilang pagbabago sa buong taon. Upang makuha ang pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang saklaw, bisitahin ang www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o tumawag sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo.

J4. Ang *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo*

Kapag ginamit mo ang iyong mga benepisyo sa inireresetang gamot sa Part D, padadalhan ka namin ng isang buod na ulat para tulungan kang maunawaan at masubaybayan ang mga pagbabayad para sa iyong mga inireresetang gamot sa Part D. Ang buod ng ulat na ito ay tinawag na *Explanation of Benefits* (EOB).

Sinasabi sa iyo ng EOB ang kabuuang halaga na iyong nagastos, o ng iba pa sa ngalan mo, sa iyong Part D na mga resetang gamot at ang kabuuang halaga na binayaran namin para sa bawat isa sa iyong mga resetang gamot ng iyong Part D para sa buwan. May mas maraming impormasyon ang EOB tungkol sa mga gamot na iniinom mo. Nagbibigay ang Kabanata 6 ng karagdagang impormasyon tungkol sa EOB at kung paano ito makatutulong sa iyo na masubaybayan mo ang iyong saklaw sa gamot.

Makukuha rin ang EOB kapag humingi ka ng isa. Upang kumuha ng kopya, tumawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo.

K. Paano mapananatiling up to date ang iyong rekord ng pagiging miyembro

Maaari mong mapanatiling up-to-date ang iyong record ng pagiging miyembro sa pamamagitan ng pagpapaalam sa amin kapag nagbago ang iyong impormasyon.

Kailangan ng mga Provider at parmasya na nasa network ng plan na magkaroon ng tamang impormasyon tungkol sa iyo. **Ginagamit nila ang iyong record ng pagiging miyembro para malaman kung ano ang mga serbisyo at gamot na kinukuha mo at kung magkano ang magagastos mo rito.** Dahil dito, napakahalagang tulungan mo kaming panatilihing up-to-date ang iyong impormasyon.

Ipaalam sa amin ang mga sumusunod:

- Mga pagbabago sa iyong pangalan, address, o numero ng iyong telepono.
- Kung mayroon kang anumang mga pagbabago sa anumang ibang pagsaklaw ng insurance sa kalusugan, tulad ng mula sa iyong employer, ang employer ng iyong asawa, o kabayaran sa mga manggagawa.
- Anumang claim para sa pananagutan, tulad ng mga claim mula sa isang aksidente sa sasakyan.
- Pagpasok mo sa isang nursing home o ospital.
- Pangangalaga sa isang ospital o emergency room.
- Mga pagbabago sa kung sino ang iyong tagapag-alaga (o sinuman na responsable para sa iyo)
- Bahagi ka o naging bahagi ka ng isang pananaliksik na pag-aaral sa klinika.

Kung magbago ang anumang impormasyon, mangyaring ipaalam sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo.

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

Maaaring kasama sa impormasyon sa iyong record ng pagiging miyembro ang impormasyon ng personal na kalusugan (PHI). Iniuutos ng batas ng estado at pederal na panatilihin naming pribado ang iyong PHI. Tinitiyak namin na protektado ang iyong PHI. Para sa higit pang mga detalye tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI, tingnan sa Kabanata 8 Seksyon C.

Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at mapagkukunan

Panimula

Binibigyan ka ng kabanatang ito ng impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa mahahalagang mapagkukunan na makatutulong sa iyo na sagutin ang iyong mga tanong tungkol sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan at ang iyong mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari mo ring gamitin ang kabanatang ito para makakuha ng impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa iyong Care Navigator at iba pang maaaring magtanggol para sa iyo. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro.*

Talaan ng mga Nilalaman

A. Paano makikipag-ugnayan sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 20

A1. Kailan makikipag-ugnayan sa Customer Care 20

B. Paano makikipag-ugnayan sa iyong Care Navigator 23

B1. Kailan makikipag-ugnayan sa iyong Care Navigator 23

C. Paano tumawag sa Nurse Advice Call Line 25

C1. Kailan tatawagan ang Nurse Advice Call Line 25

D. Paano tatawagan ang Behavioral Health Crisis Line 26

D1. Kailan matatawagan ang Behavioral Health Crisis Line 26

E. Paano makipag-ugnayan sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 28

E1. Kailan tatawagan ang HICAP 28

F. Paano makikipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization (QIO) 29

F1. Kailan makikipag-ugnayan sa Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) 29

G. Paano makikipag-ugnayan sa Medicare 30

H. Paano makikipag-ugnayan sa Medi-Cal Health Care Options 31

I. Paano makikipag-ugnayan sa Cal MediConnect Ombuds Program.....32

J. Paano makikipag-ugnayan sa County Social Services 33

K. Paano tatawagan ang iyong County Specialty Mental Health Plan 34

K1. Tawagan ang specialty mental health plan tungkol sa:.....34

L. Paano tatawagan ang California Department of Managed Health Care 35

M. Iba pang mapagkukunan 36

A. Paano makikipag-ugnayan sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Oh ng Pakikipag-ugnayan	
TUMAWAG SA	1-855-905-3825 Libre ang tawag na ito. 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw bawat linggo. Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, tulad ng malalaking letra, Braille at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa numerong nasa itaas. Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito. 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw bawat linggo.
SUMULAT	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
WEBSITE	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

A1. Kailan makikipag-ugnayan sa Customer Care

- Mga tanong tungkol sa plan
- Mga tanong tungkol sa mga claim, pagsingil o mga ID Card ng Miyembro
- Mga desisyon sa saklaw tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan
  - Ang desisyon sa saklaw tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan ay isang desisyon tungkol sa:
    - Ang iyong mga benepisyo at saklaw na mga serbisyo, **o**
    - Ang halaga na babayaran namin para sa iyong mga serbisyo para sa kalusugan.
  - Tawagan kami kung mayroon kang mga tanong tungkol sa desisyon sa saklaw tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan.

- Para malaman pa ang tungkol sa mga desisyon sa saklaw, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon D.

- Mga apela tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan
  - Ang isang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pagsaklaw sa iyo at paghiling sa amin na palitan ito kung sa palagay mong kami ay nagkamali.
  - Upang malaman kung paano magsampa ng apela, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon D.
- Mga reklamo tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan
  - Maaari kang magreklamo tungkol sa amin o sa sinumang Provider (kasama ang isang Provider na wala sa network o nasa network). Ang Provider na nasa network ay isang Provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Maaari ka rin magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga na natanggap mo sa amin o sa Quality Improvement Organization (tingnan sa Seksyon F sa ibaba).
  - Maaari mo rin kaming tawagan at ipaliwanag ang iyong reklamo. Tumawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo.
  - Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa saklaw sa pangangalaga ng iyong kalusugan, maaari kang maghain ng apela (tingnan ang seksyon sa itaas).
  - Maaari kang magpadala ng reklamo tungkol sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa Medicare. Magagamit mo ang isang online form sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O maaari mong tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.
  - Maaari mong ireklamo ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa Cal MediConnect Ombuds Program sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077 (TTY: 1- 855- 847-7914), Lunes hanggang Biyernes, 9:00 a.m. – 5:00 p.m.
  - Para malaman pa ang tungkol sa paghahain ng reklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon J.
- Mga desisyon sa saklaw tungkol sa iyong mga gamot
  - Ang desisyon sa saklaw tungkol sa iyong mga gamot ay isang desisyon tungkol sa:
    - Ang iyong mga benepisyo at saklaw ng mga gamot, **o**

  - Ang halaga na babayaran namin para sa mga gamot mo.
  - Naaangkop ito sa iyong mga gamot sa Part D, mga inireresetang gamot ng Medi-Cal, at mga over-the-counter na gamot ng Medi-Cal.
  - Para malaman pa ang tungkol sa mga desisyon sa saklaw sa iyong mga resetang gamot, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon F.
- Mga apela tungkol sa iyong mga gamot
  - Ang apela ay isang paraan para hilingin sa amin na palitan ang isang desisyon sa saklaw.
  - Upang mag-apela sa isang desisyon sa saklaw para sa alinman sa iyong mga gamot na nasa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (Pormularyo) ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, tumawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo. Minarkahan ng asterisk(*) ang mga gamot ng Medi-Cal sa Pormularyo.
  - Para malaman pa ang tungkol sa paghahain ng apela tungkol sa iyong mga resetang gamot, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon J.
- Mga reklamo tungkol sa iyong mga gamot
  - Maaari mo kaming ireklamo o ang alinmang parmasya. Kasama rito ang isang reklamo tungkol sa iyong mga inireresetang gamot.
  - Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa saklaw sa iyong mga inireresetang gamot, maaari kang maghain ng apela. (tingnan ang seksyon sa itaas)
  - Maaari kang magpadala ng reklamo tungkol sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa Medicare. Magagamit mo ang isang online form sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O maaari mong tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.
  - Para malaman pa ang tungkol sa paghahain ng apela tungkol sa iyong mga resetang gamot, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon J.
- Pagbabayad para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot na binayaran mo na
  - Para malaman pa kung paano hingin sa amin na bayaran ka, o upang bayaran ang bayarin na natanggap mo, tingnan sa Kabanata 7 Seksyon A.
  - Kung hihilingin mo sa amin na bayaran ang isang bayarin at tinanggihan namin ang anumang bahagi ng iyong kahilingan, maaari kang umapela sa aming desisyon. Tingnan sa Kabanata 9 Seksyon D2 para malaman pa ang tungkol sa mga apela.

B. Paano makikipag-ugnayan sa iyong Care Navigator

Ang Care Navigator ay isang tao na espesyal na sinanay para tulungan ka sa pangangasiwa ng proseso ng pangangalaga. Ang iyong Care Navigator ay magiging bahagi ng iyong Pangkat ng Pangangalaga, at magsisilbi siyang isang pangunahing mapagkukunan ng makakaugnayan mo. Itatalaga sa iyo ang isang Care Navigator kapag nagpatala ka sa planong pangkalusugan. Tatawagan ka ng Care Navigator para magpakilala siya sa iyo at tumulong sa pagtukoy ng iyong mga pangangailangan. Maaari kang makipag-ugnayan sa iyong Care Navigator sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan at pagpili sa opsyon na Care Navigator sa queue. Kapag nakapagtalaga na ng isang Care Navigator sa iyo, maaari ka ring makipag-ugnayan sa kanya sa pamamagitan ng pagtawag sa kanilang direktang linya ng telepono. Para hilingin na palitan ang iyong Care Navigator, maaari kang tumawag sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Uri ng Pakikipag-ugnayan	
TUMAWAG SA	1-855-905-3825 Libre ang tawag na ito. 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo Maaari mong makuha ang impormasyon nang libre sa iba pang mga format tulad ng malalaking letra, Braille at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa numerong nasa itaas. Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito. 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw bawat linggo.
SUMULAT	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
WEBSITE	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

B1. Kailan makikipag-ugnayan sa iyong Care Navigator

- Mga tanong tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan

- Mga tanong tungkol sa pagkuha ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugang pangkaisipan at karamdaman sa labis na paggamit ng substansya)
- Mga tanong tungkol sa transportasyon
- Mga tanong tungkol sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports, LTSS)

Kasama sa LTSS ang Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS), Programa ng Maraming Gamit na Serbisyo sa Matatanda (Multipurpose Senior Services Program, MSSP), at Mga Nursing Facility (NF).

Tinutukoy ng Long-Term Services and Supports (LTSS) ang malawak na hanay ng mga serbisyo na sumusuporta sa mga matatanda na mayroong mga kapansanan at /o may malubhang mga karamdaman upang mamuhay nang mag-isa sa komunidad o sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga. Ang LTSS ay para sa mga miyembrong nangangailangan ng tulong sa paggawa ng mga pang-araw-araw na gawain gaya ng paliligo, pagbibihis, paghahanda ng pagkain, at paggamit ng mga gamot. Kung kailangan mo ng tulong upang patuloy na mabuhay nang nagsasarili, pakitawagan ang Customer Care para sa isang referral.

Kabilang sa LTSS ang: Community-Based Adult Services (CBAS), In-Home Supportive Services (IHSS), Multipurpose Senior Services Program (MSSP), Long-Term Care/Custodial Care.

Minsan maaari kang makakuha ng tulong sa iyong pangangalaga sa kalusugan sa araw-araw at mga pangangailangan sa pamumuhay.

Maaari mong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS),
- Programa ng Maraming Gamit na Serbisyo sa Matatanda (MSSP),
- May kakayahang pangangalaga,
- Physical therapy,
- Occupational therapy,
- Speech therapy,
- Medikal na mga serbisyong panlipunan, at
- Pangangalaga ng kalusugan sa tahanan.

C. Paano tumawag sa Nurse Advice Call Line

Nag-aalok ang Blue Shield Promise of California Health Plan Nurse Advice Line ng suporta na may mga rehistradong nurse na handang sumagot sa mga tanong 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Tumawag sa Nurse Advice Line sa (800) 609-4166 (TTY 711). Handa ang mga nurse sa pamamagitan ng telepono na sumagot sa mga tanong tungkol sa pangkalahatang kalusugan at magbigay ng tagubilin sa mga karagdagang mapagkukunan para sa karagdagang impormasyon. Sa Nurse Advice Line, mahihiling ng mga miyembro na maipadala sa kanila sa email ang buod ng pakikipag-uusap sa kanila na kabilang ang lahat ng impormasyon at link para sa madaling pagsangguni.

Uri ng Pakikipag-ugnayan	
TUMAWAG SA	(800) 609-4166 (TTY 711) Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo Maaari mong makuha ang impormasyon nang libre sa iba pang mga format, tulad ng malalaking letra, Braille at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa numerong nasa itaas. Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito. 24 na oras kada araw, pitong araw kada linggo.

C1. Kailan tatawagan ang Nurse Advice Call Line

- Mga tanong tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan

D. Paano tatawagan ang Behavioral Health Crisis Line

Uri ng Pakikipag-ugnayan	
TUMAWAG SA	San Diego Access at Crisis Line 1-888-724-7240 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito. 24 na oras kada araw, pitong araw kada linggo.
TUMAWAG SA	Blue Shield of California Promise Health Plan Managed Behavioral Health Organization – Beacon Health Options 1-855-321-2211 Libre ang tawag na ito 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito. 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo

D1. Kailan matatawagan ang Behavioral Health Crisis Line

- Mga tanong tungkol sa kalusugan ng pag-uugali at mga serbisyo sa pag-abuso ng substansya
- Kapag nakararanas ng Krisis sa Kalusugan ng Pag-iisip tumawag sa San Diego Access Crisis line na magagamit 24 na oras kada araw at 7 araw kada linggo. Makikita sa itaas ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- Kapag may mga tanong ka tungkol sa mga serbisyong Kalusugan ng pag-iisip at Mga Sakit sa Pag-abuso ng Substansya makipag-ugnayan sa Blue Shield of California Promise Health Plan Behavioral Health Services. Makikita sa itaas ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

- Ang mga planong pangkalusugan ng Cal MediConnect ang responsable sa pagbibigay ng access sa mga nakatala sa lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (paggamot sa kalusugang pangkaisipan at labis na paggamit ng substansya) na kasalukuyang saklaw ng Medicare at Medi-Cal.

Para sa mga tanong tungkol sa mga serbisyo ng espesyalista sa kalusugan ng pag-iisip sa inyong county, pumunta sa pahina 34.

E. Paano makipag-ugnayan sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

Ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ay nagbibigay ng libreng pagpapayo tungkol sa insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare. Masasagot ng mga tagapayo sa HICAP ang iyong mga tanong at tutulungan kang maintindihan kung ano ang dapat gawin para pamahalaan ang iyong problema. Mayroong mga sinanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo.

Ang HICAP ay walang koneksyon sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan.

Uri ng Pakikipag-ugnayan	
TUMAWAG SA	Elder Law and Advocacy 1-858-565-8772 Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
TTY	711 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	San Diego County HICAP Office 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
WEBSITE	http://www.aging.ca.gov/HICAP/

E1. Kailan tatawagan ang HICAP

- Mga tanong tungkol sa iyong Cal MediConnect plan o iba pang tanong sa Medicare
  - Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang iyong mga tanong tungkol sa pagpapalit sa bagong plan at tutulungan ka na:
    - maunawaan ang iyong mga karapatan,
    - maunawaan ang iyong mga mapagpipiliang plan,
    - gumawa ng mga reklamo tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan o paggamot, **at**
    - ayusin ang mga problema sa iyong mga bayarin.

F. Paano makikipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization (QIO)

May isang organisasyon sa ating estado na tinatawag na Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO). Ito ay isang grupo ng mga doktor at iba pang mga propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na tumutulong pahusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Hindi konektado sa aming plan ang Livanta BFCC-QIO.

Uri ng Pakikipag-ugnayan

TUMAWAG SA	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
WEBSITE	https://www.livantaqio.com/en

F1. Kailan makikipag-ugnayan sa Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO)

- Mga tanong tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan
  - Maaari kang magreklamo tungkol sa pangangalagang natanggap mo kung:
    - mayroon kang problema sa kalidad ng pangangalaga,
    - sa palagay mo na ang iyong pananatili sa ospital ay malapit nang matapos, **o**
    - sa palagay mo na ang iyong mga serbisyong pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, at Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) ay magtatapos sa lalong madaling panahon.

G. Paano makikipag-ugnayan sa Medicare

Ang Medicare ay pederal na programa ng insurance sa kalusugan para sa mga tao na 65 taong gulang o mas matanda pa, ilang tao na wala pa sa edad na 65 na may mga kapansanan, at mga tao na may end-stage renal disease (permanenteng pagpalya ng bato na kailangan ng dialysis o transplant ng bato).

Ang pederal na ahensiya na namamahala sa Medicare ay ang Centers for Medicare & Medicaid Services, o CMS.

Uri ng Pakikipag-ugnayan	
TUMAWAG SA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo.
TTY	1-877-486-2048 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.
WEBSITE	www.medicare.gov Ito ang opisyal na website para sa Medicare. Nagbibigay ito sa iyo ng up-to-date na impormasyon tungkol sa Medicare. Mayroon din itong impormasyon tungkol sa mga ospital, nursing home, doktor, mga home health agency, at pasilidad para sa dialysis. Kasama rito ang mga librito na maaari mong i-print mula mismo sa iyong computer. Maaari mo ring mahanap ang mga contact ng Medicare sa iyong estado sa pamamagitan ng pagpili sa “Forms, Help & Resources” at pagkatapos ay pagki-click sa “Phone numbers & websites.” Ang website ng Medicare ay mayroong sumusunod na gamit para tulungan kang maghanap ng mga plan sa iyong lugar: **Medicare Plan Finder:** Nagbibigay ng naka-personalize na impormasyon tungkol sa mga plan ng Medicare para sa inireresetang gamot, planong pangkalusugan ng Medicare at mga polisiya ng Medigap (Medicare Supplement Insurance) sa iyong lugar. Piliin ang “Humanap ng mga plano.” Kung wala kang computer, maaari kang tulungan ng iyong lokal na aklatan o center para sa matatanda na puntahan ang website na ito gamit ang kanilang computer. O, maaari mong tawagan ang Medicare sa numero na nasa itaas at sabihin sa kanila kung anong impormasyon ang hinahanap mo. Hahanapin nila ang impormasyon sa website, ipi-print ito, at ipapadala ito sa iyo.

H. Paano makikipag-ugnayan sa Medi-Cal Health Care Options

Matutulungan ka ng Medi-Cal Health Care Options kung mayroon kang mga tanong tungkol sa pagpili ng Cal MediConnect plan o iba pang mga problema sa pagpapatala.

Uri ng Pakikipag-ugnayan	
TUMAWAG SA	1-844-580-7272 Ang mga kinatawan ng Health Care Options ay available sa pagitan ng mga oras na 8:00 a.m. at 6:00 p.m., Lunes hangggang Biyernes.
TTY	1-800-430-7077 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
WEBSITE	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

I. Paano makikipag-ugnayan sa Cal MediConnect Ombuds Program

Nagiging tagapagtanggol ang Cal MediConnect Ombuds Program para sa iyo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo at matutulungan ka na maintindihan kung ano ang dapat gawin. Matutulungan ka rin ng Cal MediConnect Ombuds Program sa mga problema sa serbisyo o bayarin. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay walang koneksyon sa aming plan o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Libre ang kanilang mga serbisyo.

Uri ng Pakikipag-ugnayan	
TUMAWAG SA	1-855-501-3077 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
TTY	1-855-847-7914 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Legal Aid Society of San Diego Consumer Center for Health Education & Advocacy 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110
WEBSITE	www.healthconsumer.org

J. Paano makikipag-ugnayan sa County Social Services

Kung kailangan mo ng tulong sa iyong mga benepisyo ng serbiyong pangkalusugan at panlipunan sa San Diego County , makipag-ugnayan sa inyong lokal na County Social Services Department.

Uri ng Pakikipag-ugnayan	
TUMAWAG SA	1-866-262-9881 Libre ang tawag na ito. Ang mga kinatawan ng Health and Human Services ay nariyan sa pagitan ng mga oras na 8:00 a.m. at 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Ang Access Self-Service line ay magagamit 24 na oras, 7 araw kada linggo. Kailangang ipasok ng mga tumatawag ang kanilang Social Security Number (SSN) upang magamit ang system.
TTY	1-619-589-4459 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Health and Human Services Agency County of San Diego PO Box 85027 San Diego, CA 92186
WEBSITE	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

K. Paano tatawagan ang iyong County Specialty Mental Health Plan

Ang mga may espesyalidad na serbisyo sa kalusugang pangkaisipan ng Medi-Cal ay makukuha mo sa pamamagitan ng plano ng kalusugang pangkaisipan (mental health plan, MHP) ng county kung matutugunan mo ang mga pamantayan ng medikal na kinakailangan.

Uri ng Pakikipag-ugnayan	
TUMAWAG SA	1-888-724-7240 Libre ang tawag na ito. 24 na oras kada araw, pitong araw kada linggo. Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito. 24 na oras kada araw, pitong araw kada linggo.

K1. Tawagan ang specialty mental health plan tungkol sa:

- Mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na ibinibigay ng county
- Ang mga espesyal na pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip kabilang ang ngunit hindi limitado sa:
    - Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient,
    - Paggamot sa araw,
    - Pakikialam at pagpapanatag sa krisis,
    - Pamamahala ng partikular na kaso,
    - Paggamot sa adulto na panresidensyal, at
    - Paggamot para sa krisis sa tahanan.

L. Paano tatawagan ang California Department of Managed Health Care

Ang California Department of Managed Health Care (DMHC) ang may pananagutan sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Matutulungan ka ng Help Center ng DMHC sa mga apela at reklamo laban sa iyong planong pangkalusugan hinggil sa mga serbisyo ng Medi-Cal.

Uri ng Pakikipag-ugnayan

TUMAWAG SA	1-888-466-2219 Available ang mga kinatawan ng DMHC sa pagitan ng mga oras na 8:00 a.m. at 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
TTY	1-877-688-9891 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang 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. Iba pang mapagkukunan

Paano makikipag-ugnayan sa San Diego County Aging and Independence Services (AIS)

Ibinibigay ng AIS ang mga serbisyo sa mga matatanda, mga taong may kapansanan at mga miyembro ng kanilang pamilya, upang mapanatili silang ligtas sa kanilang mga tahanan, itaguyod ang malusog at mahalagang pamumuhay, at ilathala ang mga positibong kontribusyon ng mga matatanda at mga taong may kapansanan.

TUMAWAG SA	1-800-510-2020 Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
TTY	711 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
WEBSITE	http://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais/

Paano makikipag-ugnayan sa San Diego County Regional Centers

Ang mga panrehiyong sentro ay mga hindi pangkalakal na pribadong korporasyon na nakikipagkontrata sa Department of Developmental Services para magbigay o magtugma ng mga serbisyo at suporta para sa mga taong may problema sa pag-unlad. Mayroon silang mga opisina sa buong California upang makapagbigay ng mga lokal na mapagkukunan para makahanap at ma-access ang maraming serbisyo na magagamit ng mga indibidwal at kanilang mga pamilya.

TUMAWAG SA	1-858-576-2996 Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
SUMULAT	San Diego Regional Center 4355 Ruffin Rd, Suite 200 San Diego, CA 92123
WEBSITE	http://sdrc.org/

Paano makikipag-ugnayan sa Legal Aid Society of San Diego

Bilang karagdagan sa health consumer center ng Legal Aid Society of San Diego (LASSD) at programa ng mga serbisyo ng CMC Ombuds, nag-aalok din ang LASSD ng buong hanay ng mga aktibong legal na serbisyo. Nagbibigay ang LASSD ng mga legal na serbisyo sa mga lugar ng batas sa pabahay (hal. pagtatanggol sa pagpapaalis, pagigin matitirahan, patas na mga paglabag sa pabahay, atbp.), batas ukol sa pamilya (diborsyo, pangangalaga, pagbisita at mga pagtatalo sa suporta, atbp.), batas sa imigrasyon (mga petisyon na nakabatay sa pamilya, mga U/T visa, atbp.), proteksyon sa mamimili (pagtatanggol sa koleksyon, mga pagtatalo sa kontrata, atbp.) at marami pa.

TUMAWAG SA	1-877-534-2524 Lunes hanggang Biyernes, 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
TTY	1-800-735-2929 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat mayroon kang espesyal na kagamitan na telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	**Southeast San Diego Office** 110 S. Euclid Avenue San Diego, CA 92114 **Midtown San Diego Office** 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110 **North County Office** 216 S. Tremont Street Oceanside, CA 92054
WEBSITE	www.lassd.org

Kabanata 3: Paggamit sa pagsaklaw ng plan para sa iyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang mga saklaw na serbisyo

Panimula

Ang kabanatang ito ay may mga partikular na termino at patakaran na kailangan mong malaman upang makakuha ng pangangalagang pangkalusugan at iba pang saklaw na serbisyo sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Sinasabi rin nito ang tungkol sa iyong Care Navigator, paano kumuha ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng Provider at sa ilalim ng tiyak na mga espesyal na pangyayari (kabilang ang mula sa mga Provider o parmasya na wala sa network), ano ang dapat gawin kapag siningil ka nang direkta para sa mga serbisyong saklaw ng aming plan, at ang mga patakaran sa pagmamay-ari ng Matibay na Kagamitang Medikal (DME). Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa “mga serbisyo,” “mga saklaw na serbisyo,” “mga Provider,” at “mga Provider na nasa network” 42

B. Mga patakaran sa pagkuha ng iyong pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) na saklaw ng plan 42

C. Impormasyon tungkol sa iyong Care Navigator 44

C1. Ano ang isang Care Navigator 44

C2. Paano ka makikipag-ugnayan sa iyong Care Navigator 44

C3. Paano mo mapapalitan ang iyong Care Navigator 45

D. Pangangalaga mula sa mga Provider ng pangunahing pangangalaga, mga espesyalista, iba pang medikal na Provider sa network, at mga medikal na Provider na wala sa network 45

D1. Pangangalaga mula sa isang Provider ng pangunahing pangangalaga 45

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang mga network Provider 48

D3. Ano ang gagawin kapag umalis sa plano ang Provider 49

D4. Paano kumuha ng pangangalaga mula sa mga Provider na wala sa network 49

E. Paano kumuha ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports, LTSS) 50

F. Paano kumuha ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isipan at karamdaman sa pag-abuso sa substansya) 51

F1. Ano-anong serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ng Medi-Cal ang ibinibigay sa labas ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa pamamagitan ng County of San Diego Behavioral Health Services? 51

G. Paano kumuha ng mga serbisyong transportasyon 53

H. Paano kumuha ng mga saklaw na serbisyo kapag mayroon kang medikal na emergency o agarang pangangailangan para sa pangangalaga, o sa panahon ng sakuna 54

H1. Pangangalaga kapag ikaw ay mayroong emrgency sa medikal 54

H2. Agarang kinakailangan na pangangalaga 56

H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna 57

I. Ano ang gagawin kung direkta kang sisingilin para sa mga serbisyo na saklaw ng aming plan 57

I1. Ano ang gagawin kung ang mga serbisyo ay hindi saklaw ng aming plan 57

J. Saklaw sa mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, kapag ikaw ay nasa pag-aaral na pananaliksik sa klinika 58

J1. Kahulugan ng pag-aaral na pananaliksik sa klinika 58

J2. Ang bayad para sa mga serbisyo kapag ikaw ay nasa klinikal na pag-aaral ng pananaliksik 59

J3. Pag-aralan pa ang tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral 59

K. Paano sinasaklaw ang mga serbisyo ng iyong pangangalaga sa kalusugan kung kumukuha ka ng pangangalaga sa panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga sa kalusugan 60

K1. Kahulugan ng institusyong pangangalaga sa kalusugan na hindi pang-medikal 60

K2. Pagkuha ng pangangalaga mula sa institusyong pangangalagang pangkalusugan na hindi pang-medikal 60

L. Matibay na kagamitang medikal (DME) 61

L1. DME bilang miyembro ng aming plan 61

L2. Pagmamay-ari ng DME kapag lumipat ka sa Orihinal na Medicare o Advantage ng Medicare 62

L3. Mga benepisyo ng kagamitan para sa oxygen bilang miyembro ng aming plan 62

L4. Kagamitan para sa oxygen kapag lumipat ka sa Original Medicare o Medicare Advantage 63

A. Impormasyon tungkol sa "mga serbisyo," "mga saklaw na serbisyo," "mga Provider," at "mga Provider na nasa network"

Ang mga serbisyo ay pangangalagang pangkalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, inireseta at over-the-counter na mga gamot, kagamitan at iba pang mga serbisyo. **Ang mga saklaw na serbisyo** ay alinman sa mga serbisyo na ito na binabayaran ng aming plano. Nakalista ang mga saklaw na pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4 Seksyon D.

Provider ang mga doktor, mga nurse, at iba pang tao na magbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa salitang mga Provider ang mga ospital, home health agency, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, kagamitang medikal, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS).

Ang mga Provider na nasa network ay mga Provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Sumang-ayon ang mga Provider na ito na tanggapin ang aming bayad bilang buong pagbabayad. Direkta kaming sinisingil ng mga Provider sa network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa iyo. Kapag nagpatingin ka sa isang Provider sa network, karaniwang wala kang babayaran para sa mga saklaw na serbisyo.

B. Mga patakaran sa pagkuha ng iyong pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) na saklaw ng plan

Sinasaklaw ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang lahat ng serbisyong saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Kabilang dito ang kalusugan ng pag-uugali at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS).

Karaniwang babayaran ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga serbisyong pangangalaga ng kalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS na natatanggap mo kung sinusunod mo ang mga patakaran ng plan. Sasaklawin ng aming plan:

- Ang makukuha mo na pangangalaga ay dapat na nasa **plan benefit.** Ang ibig sabihin nito ay dapat kasama ito sa Tsart ng mga Benepisyo ng plan. (Ang tsart ay nasa Kabanata 4 Seksyon D ng handbook na ito).
- Dapat matukoy ang pangangalaga bilang **kinakailangan dala ng medikal na dahilan.** Sa pamamagitan ng medikal na pangangailangan, ibig naming sabihin na kailangan mo ng mga serbisyo upang maiwasan ang, pag-diagnose, o paggamot sa iyong kondisyon o mapanatili ang iyong kasalukuyan na katayuan sa kalusugan. Kasama rito ang pangangalaga na iniiwasan kang pumunta sa isang ospital o nursing

home. Nangangahulugan din ito na ang mga serbisyo, supply, o gamot ay nakatutugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na pagsasanay.

- Para sa mga serbisyong medikal, dapat kang mayroong **Provider ng pangunahing pangangalaga (PCP)** na nasa network na nagtagubilin ng pangangalaga o nagsabi sa iyo na magpatingin sa isa pang doktor**.** Bilang miyembro ng plan, dapat kang pumili ng Provider sa network na maging iyong PCP.
  - Sa karamihang pangyayari, dapat bigyan ka ng pag-apruba ng aming plan bago ka magpatingin sa isang tao na hindi mo PCP o gumamit ng ibang Provider na nasa network ng plan. Tinatawag ito na **referral**. Kung hindi ka makakuha ng pag-apruba, maaaring hindi saklawin ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga serbisyo. Hindi mo kailangan ng referral para magpatingin sa ilang partikular na espesyalista, tulad ng mga espesyalista sa kalusugan ng mga kababaihan. Para malaman pa ang tungkol sa mga referral, tingnan sa pahina 47.
  - Kaanib ang mga PCP ng aming plan sa mga grupong medikal. Kapag pumili ka ng iyong PCP, pinipili mo na rin ang kaanib na grupong medikal. Ibig sabihin nito na ire-refer ka ng iyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong kaanib din ng kanyang grupong medikal. Ang grupong medikal ay isang samahan ng mga doktor ng pangunahing pangangalaga at mga espesyalista na ginawa upang magbigay ng pinagtutulungang mga serbisyong pangangalaga sa kalusugan para sa iyo.
  - Hindi mo kailangan ng referral mula sa iyong PCP para sa pangangalagang pang-emergency o agarang kinakailangan na pangangalaga o para magpatingin sa isang Provider para sa kalusugan ng kababaihan. Maaari kang makakuha ng iba pang uri ng pangangalaga nang walang referral mula sa iyong PCP. Para malaman pa ang tungkol dito, tingnan sa pahina 47.
  - Para alamin pa ang tungkol sa pagpili ng isang PCP, tingnan sa pahina 46.
- **Dapat mong kunin ang iyong pangangalaga mula sa mga Provider sa network na kaanib sa grupong medikal ng iyong PCP***.* Karaniwan, hindi sasaklawin ng plano ang pangangalaga mula sa isang Provider na hindi nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan at grupong medikal ng iyong PCP. Narito ang ilang kaso kapag hindi naaangkop ang patakaran na ito:
  - Sinasaklaw ng plan ang pangangalaga sa emergency o agarang kinakailangan na pangangalaga mula sa isang Provider na wala sa network. Para malaman pa at makita kung ano ang ibig sabihin ng emergency o ng agarang kinakailangan na pangangalaga, tingnan sa Seksyon H, pahina 54.
  - Kung kailangan mo ng pangangalaga na sinasaklaw ng aming plan at hindi ito maibibigay sa iyo ng aming mga Provider na nasa network, maaari mong makuha

ang pangangalaga mula sa isang Provider na wala sa network. Kailangan ang isang pahintulot at dapat kuhanin mula sa plan bago humingi ng pangangalaga. Sa sitwasyong ito, sasaklawin namin ang pangangalaga na parang nakuha mo ito mula sa isang Provider sa network. Upang malaman ang tungkol sa pagkuha ng pag-apruba upang magpatingin sa isang Provider na wala sa network, tingnan sa Seksyon D, pahina 45.

- Sinasaklaw ng plan ang mga serbisyong dialysis ng kidney kapag nasa labas ka ng lugar na pinagseserbisyuhan nang maikling panahon. Maaari mong matanggap ang mga serbisyong ito sa isang pasilidad ng dialysis na sertipikado ng Medicare.
- Kapag sumali ka sa plan sa unang pagkakataon, maaari mong hilingin na patuloy na magpatingin sa mga kasalukuyan mong Provider. Sa ilang pagbubukod, kailangan naming aprubahan ang kahilingang ito kung mapapatunayan namin na nagkaroon ka ng umiiral na kaugnayan sa mga Provider (tingnan sa Kabanata 1, pahina 10). Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan, maaari kang patuloy na magpatingin sa mga Provider kung kanino ka nagpapatingin sa kasalukuyan sa loob ng hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyon, makikipag-ugnayan sa iyo ang iyong Care Navigator upang tumulong sa iyo sa paghanap ng mga Provider sa aming network na kaanib sa grupong medikal ng iyong PCP. Pagkatapos ng 12 buwan, hindi na namin sasaklawin ang iyong pangangalaga kung ipagpatuloy mo ang pagpapatingin sa mga Provider na wala sa aming network at hindi kaanib sa grupong medikal ng iyong PCP.

C. Impormasyon tungkol sa iyong Care Navigator

C1. Ano ang isang Care Navigator

Ang Care Navigator ay isang tao na espesyal na sinanay para tulungan ka sa pangangasiwa ng proseso ng pangangalaga. Ang iyong Care Navigator ay magiging bahagi ng iyong Pangkat ng Pangangalaga, at magsisilbi siyang isang pangunahing mapagkukunan ng impormasyon/makakaugnayan mo. Itatalaga sa iyo ang isang Care Navigator kapag nagpatala ka Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Tatawagan ka ng Care Navigator para magpakilala siya sa iyo at tumulong sa pagtukoy ng iyong mga pangangailangan.

C2. Paano ka makikipag-ugnayan sa iyong Care Navigator

Maaari kang makipag-ugnayan sa iyong Care Navigator sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan at pagpili sa opsyon na Care Navigator sa queue. Kapag nakapagtalaga na ng isang Care Navigator sa iyo, maaari ka ring makipag-ugnayan sa kanya sa pamamagitan ng pagtawag sa kanilang direktang linya ng telepono.

C3. Paano mo mapapalitan ang iyong Care Navigator

Para hilingin na palitan ang iyong Care Navigator, maaari mong tawagan ang Care Navigator ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo.

D. Pangangalaga mula sa mga Provider ng pangunahing pangangalaga, mga espesyalista, iba pang medikal na Provider sa network, at mga medikal na Provider na wala sa network

D1. Pangangalaga mula sa isang Provider ng pangunahing pangangalaga

Dapat kang pumili ng Provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) upang magbigay at pangasiwaan ang iyong pangangalaga. Kaanib ang mga PCP ng aming plan sa mga grupong medikal. Kapag pumili ka ng iyong PCP, pinipili mo na rin ang kaanib na grupong medikal.

Kahulugan ng "PCP," at ano ang nagagawa ng PCP para sa iyo

Ang iyong PCP ay isang doktor na tumutugon sa mga pangangailangan ng estado at sinanay para bigyan ka ng panguhaning pangangalagang medikal. Ang isang PCP ay maaaring isang Doktor na Pampamilya, Pangkalahatang Doktor, Provider na Internal Medicine at isang espesyalista kung hihilingin. Maaari kang pumili ng isang espesyalista bilang iyong PCP kung ang espesyalista ay sumasang-ayon na ibigay ang lahat ng serbisyong kinaugaliang ibinibigay ng mga PCP. Para hilingin sa iyong espesyalista na maging PCP mo, makipag-ugnayan sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (naka-print sa ilalim ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras ng operasyon). Ang isang klinika, tulad ng mga Federally Qualified Health Center (FQHC), ay maaari mo ring maging PCP. Makukuha mo ang iyong rutina o pangunahing pangangalaga mula sa iyong PCP. Maaari ding i-coordinate ng iyong PCP ang iba pa sa mga sinasaklaw na serbisyong kailangan mo. Kasama sa mga saklaw na serbisyong ito ang:

- Mga X-ray
- Mga pagsusuri sa laboratoryo
- Mga therapy
- Pangangalaga mula sa mga doktor na mga espesyalista
- Mga pagkakaospital, at
- Follow-up na pangangalaga.

Ang mga PCP ng aming plan ay mga kaanib sa mga partikular na grupong medikal. Ang grupong medikal o isang independent physician association (IPA) ay isang organisasyong nabuo sa ilalim ng batas ng California na nakikipagkontrata sa mga planong pangkalusugan upang magbigay o magsaayos ng mga probisyon para sa mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan para sa mga nakatala sa planong pangkalusugan. Kapag pumili ka ng iyong

PCP, pinipili mo na rin ang kaanib na grupong medikal. Ibig sabihin nito na ire-refer ka ng iyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong kaanib din ng kanyang grupong medikal.

Sa karamihang pangyayari, dapat kang magpatingin sa iyong PCP para kumuha ng referral bago ka magpatingin sa sinumang iba pang Provider ng pangangalaga ng kalusugan o bumisita sa isang espesyalista. Maaari kang sumangguni sa isang obstetrical at gynecological (OBGYN) na espesyalista sa loob ng iyong nakakontratang grupong medikal o IPA para sa isang rutinang Pap smear, eksaminasyon sa pelvic at taunang pagsusuri sa dibdib. Sa sandaling inaprubahan ang referral na ito ng grupong medikal ng iyong PCP, maaari kang makipag-appointment sa espesyalista o iba pang Provider para matanggap ang kailangan mong paggamot. Ipapaalam ng espesyalista sa iyong PCP kapag natapos na ang paggamot sa iyo o ang serbisyo upang maaaring ipagpatuloy ng iyong PCP ang pamamahala sa pangangalaga sa iyo.

Para makatanggap ka ng ilang partikular na serbisyo, kailangang makakuha ng maagang pag-apruba mula sa Plano ang iyong PCP, o, sa ilang sitwasyon, ang kaanib na grupong medikal ng iyong PCP. Ang maagang pag-apruba na ito ay tinatawag na “paunang pahintulot.”

Ang iyong pagpili ng PCP

Kapag naging miyembro ka ng aming plan, dapat kang pumili ng isang Provider sa plano para maging PCP mo. Para pumili ng iyong PCP, maaari kang:

- Gumamit ng iyong Direktory ng Provider at Parmasya. Maghanap sa indise ng “Doktor ng Pangunahing Pangangalaga” na makikita sa likod ng direktoryo para mahanap ang gusto mong doktor. (Nakaayos ang indise ayon sa alpabeto at ayon sa mga apelyido ng mga doktor); o
- Pumunta sa aming website sa www.bluehshieldca.com/promise/calmediconnect at hanapin ang gusto mong PCP; o
- Tumawag sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para humingi ng tulong (naka-print sa ilalim ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras ng trabaho).

Upang malaman kung ang Provider ng pangangalagang pangkalusugan ay available o tumatanggap ng mga bagong pasyente, sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* na makikita sa aming website sa www.bluehshieldca.com/promise/calmediconnect, o tumawag sa Customer Care (naka-print ang numero ng telepono at oras ng trabaho sa ilalim ng pahinang ito).

Kung mayroong partikular na espesyalista o ospital ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan na gusto mong gamitin, mahalagang tingnan kung kaanib sila sa grupong medikal ng iyong PCP. Maaari kang maghanap sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* na makikita sa aming

website sa www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect, o hilingin sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan na tingnan kung gumagawa ang PCP na gusto mo ng mga referral sa espesyalista na iyon o kung ginagamit niya ang ospital na iyon.

Opsyon na palitan ang iyong PCP

Maaari mong palitan ang iyong PCP para sa anumang dahilan, sa anumang oras. At, maaari ding umalis ang iyong PCP sa network ng aming plan. Kung aalis ang iyong PCP sa network ng aming plan, matutulungan ka naming maghanap ng bagong PCP na nasa loob ng network ng aming plan kung ang PCP mo ngayon ay umalis sa aming network.

Maaari mong sundin ang mga hakbang sa “Ang iyong pagpili ng PCP” sa itaas para palitan ang iyong PCP. Siguruhing tawagan ang Customer Care upang ipaalam sa kanila na papalitan mo ang iyong PCP (naka-print ang numero ng telepono at oras ng trabaho sa ilalim ng pahinang ito).

Kapag nahiling na ang iyong pagpapalit, mangyayari ang pagtatalaga sa bagong PCP at kanyang kaanib na Grupong Medikal sa unang araw ng susunod na buwan kasunod ng paghiling mo ng pagpapalit ng iyong PCP.

Ang pangalan at numero ng telepono ng opisina ng iyong PCP ay nakasulat sa iyong membership card. Kung papalitan mo ang iyong PCP, makakatanggap ka ng bagong membership card.

Tandaang kaanib ang mga PCP ng aming plan sa mga grupong medikal. Kung nagpalit ka ng PCP, maaaring nagpalit ka rin ng grupong medikal. Kapag hiniling mo ang pagpapalit, tiyaking sabihin sa Customer Care kung magpapatingin ka sa espesyalista o kukuha ka ng iba pang saklaw na serbisyong nangangailangan ng pag-apruba ng PCP. Makakatulong ang Customer Care na matiyak na maipagpapatuloy mo ang iyong pangangalaga ng espesyalista at iba pang serbisyo kapag nagpalit ka ng iyong PCP.

Mga serbisyong makukuha mo nang hindi muna kumukuha ng pag-apruba mula sa iyong PCP

Sa karamihang kaso, kakailanganin mo ng pag-apruba mula sa iyong PCP bago magpatingin sa iba pang mga Provider. Ang pag-apruba na ito ay tinawag na **referral.** Maaari kang makakuha ng mga serbisyo tulad ng mga nakalista sa ibaba nang hindi muna kumukuha ng pag-apruba mula sa iyong PCP:

- Mga serbisyong pang-emergency mula sa mga Provider na nasa network o mga Provider na wala sa network.
- Agarang kinakailangan na pangangalaga mula sa mga Provider na nasa network.
- Agarang kinakailangan na pangangalaga mula sa mga Provider na wala sa network kapag hindi ka makapunta sa mga Provider na nasa network (halimbawa, kapag nasa labas ka ng lugar na pinagseserbisyuhan ng plan).

- Mga serbisyo ng dialysis ng bato na nakukuha mo sa isang pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag ikaw ay nasa labas ng lugar na pinagseserbisyuhan ng plan. (Mangyaring tumawag sa Customer Care bago ka umalis sa lugar na pinagseserbisyuhan. Matutulungan ka naming makakuha ng dialysis habang ikaw ay malayo.)
- Mga iniksyon sa trangkaso, mga bakuna para sa hepatitis B, at mga bakuna para sa pulmonya basta't nakukuha mo ang mga ito mula sa isang Provider na nasa network.
- Karaniwang pangangalaga ng kalusugan ng mga kababaihan at mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Kabilang dito ang mga pagsusuri ng suso, pag-screen na mammogram (mga x-ray ng suso), Pap test, at pelvic exam hangga't kinukuha mo ang mga ito mula sa isang Provider na nasa network.
- Dagdag pa rito, kung karapat-dapat kang makakuha ng mga serbisyo mula sa mga Indian na Provider ng kalusugan, maaari mong puntahan ang mga Provider na ito nang walang referral.

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang mga network Provider

Ang isang espesyalista ay isang doktor na nagbibigay ng pangangalaga sa kalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan. Maraming uri ng espesyalista. Narito ang ilang halimbawa:

- Nangangalaga ang mga Oncologist sa mga pasyenteng may kanser.
- Nangangalaga ang mga Cardiologist sa mga pasyenteng may mga problema sa puso.
- Nangangalaga ang Orthopedist sa mga pasyente na may mga problema sa buto, kasu-kasuan, o kalamnan.

Kung kailangan mo ng espesyal na pangangalaga o mga karagdagang serbisyo na hindi maibibigay ng iyong PCP, bibigyan ka niya ng referral. Sa sandaling inaprubahan ang referral na ito ng grupong medikal ng iyong PCP, maaari kang makipag-appointment sa espesyalista o iba pang Provider para matanggap ang kailangan mong paggamot. Ipapaalam ng espesyalista sa iyong PCP kapag natapos na ang paggamot sa iyo o ang serbisyo upang maaaring ipagpatuloy ng iyong PCP ang pamamahala sa pangangalaga sa iyo.

Kailangang makakuha ng maagang pag-apruba ang iyong PCP mula sa Plan para makatanggap ka ng ilang partikular na serbisyo. Ang maagang pag-apruba na ito ay tinatawag na “paunang pahintulot.” Halimbawa, kinakailangan ang pahintulot para sa lahat ng hindi emergency na pasyente na nanatili sa ospital. Kung minsan, maaaring ang kaanib na grupong medikal ng iyong PCP, at hindi ang aming plan, ang magbibigay ng pahintulot sa serbisyo sa iyo.

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa kung sino ang responsable para sa pagsusumite at pag-apruba ng mga pauang pahintulot para sa mga serbisyo, makipag-ugnayan sa kaanib na grupong medikal ng iyong PCP. Maaari mo ring tawagan ang Customer Care. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang pahintulot, mangyaring sumangguni sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4, Seksyon D.

D3. Ano ang gagawin kapag umalis sa plano ang Provider

Maaaring umalis mula sa aming plan ang isang Provider na nasa network na ginagamit mo. Kung umalis sa plan ang isa sa iyong mga Provider, may mga partikular na karapatan ka at proteksyon na nakabuod sa ibaba:

- Kahit na maaaring magbago ang aming mga Provider na nasa network sa buong taon, dapat ka naming bigyan ng tuluy-tuloy na pag-access sa mga kuwalipikadong Provider.
- Gagawa kami ng tapat na pagsisikap na makapagbigay sa iyo ng abiso na hindi bababa sa 30 araw upang may panahon kang makapili ng bagong Provider.
- Tutulungan ka naming pumili ng bagong Provider para ipagpatuloy ang pamamahala sa iyong mga pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan.
- Kung sumasailalim ka sa medikal na paggamot, mayroon kang karapatan na hilingin, at makikipagtulungan kami sa iyo para tiyakin na hindi maaantala ang paggamot na medikal na kinakailangan na natatanggap mo.
- Kung naniniwala ka na hindi namin napalitan ang iyong dating Provider ng isang kuwalipikadong Provider o hindi napapamahalaang mabuti ang pangangalaga sa iyo, mayroon kang karapatan na magsampa ng apela sa aming desisyon.

Kung malaman mo na aalis sa aming plan ang isa sa iyong mga Provider, pakitawagan kami upang matulungan ka namin sa paghanap ng bagong Provider at sa pangangasiwa ng iyong pangangalaga. Pakitawagan ang Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw kada linggo.

D4. Paano kumuha ng pangangalaga mula sa mga Provider na wala sa network

Kung kailangan mo ng medikal na pangangalaga na hinihingi ng Medicare at/o Medi-Cal na saklawin ng aming plano at hindi maibigay ng mga Provider sa aming network ang pangangalagang ito, makukuha mo ang pangangalagang ito mula sa isang Provider na wala sa network. Ang iyong Primary Care Physician ay responsable na isumite ang paghiling para sa pahintulot sa out-of-netwok na mga serbisyo. Dapat kang kumuha ng pahintulot mula sa plan o sa kaanib na grupong medikal ng iyong PCP bago humingi ng pangangalaga mula sa isang Provider na wala sa network. Sa ganitong sitwasyon, pareho ang babayaran mo katulad ng babayaran mo kung nakuha mo ang pangangalaga mula sa isang Provider na nasa network.

Kung pupunta ka sa isang Provider na wala sa network, dapat kuwalipikadong lumahok ang Provider sa Medicare at/o Medi-Cal.

- Hindi namin mababayaran ang isang Provider na hindi karapat-dapat lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.
- Kung pupunta ka sa isang Provider na hindi karapat-dapat lumahok sa Medicare, dapat mong bayaran ang buong halaga ng mga serbisyong makukuha mo.
- Kailangang sabihin sa iyo ng mga provider kung hindi sila karapat-dapat lumahok sa Medicare.

E. Paano kumuha ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports, LTSS)

Binubuo ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) ng Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS), Programa ng Maraming Gamit na Serbisyo sa Matatanda (MSSP), at Mga Nursing Facility (NF). Ang mga serbisyong ito ay maaaring mangyari sa iyong tahanan, komunidad, o sa isang pasilidad. Inilalarawan sa ibaba ang iba't ibang uri ng LTSS:

- **Community Based Adult Services (CBAS):** Programa ng serbisyo sa pasilidad para sa outpatient na nagbibigay ng may kakayahang pangangalaga, mga serbisyong panlipunan, mga occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta ng pamilya/tagapangalaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang mga serbisyo kung natutugunan mo ang mga naaangkop na pamantayan sa pagiging karapat-dapat.
- **Multipurpose Senior Services Program (MSSP)** Isang programa na partikular sa California na nagbibigay ng Home and Community-Based Services (HCBS) sa mga mahihina at matatandang kliyente na maaaring bigyan ng sertipikasyon na ilagay sa isang nursing facility ngunit gustong manatili sa komunidad.
    - Maaaring maging kuwalipikado para sa programang ito ang mga indibidwal na kuwalipikado sa Medi-Cal na 65 taong gulang na o mas matanda pa na may mga kapansanan. Ang programang ito ay isang alternatibo para sa pagpasok sa isang nursing facility.
    - Ang mga serbisyo ng MSSP ay maaaring kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa: Adult Day Care/Support Center, tulong sa bahay tulad ng mga pisikal na pag-aangkop at pantulong na aparato, tulong sa gawaing-bahay at personal na pangangalaga, pagbabantay nang may proteksyon, pamamahala sa pangangalaga, at iba pang uri ng mga serbisyo.

- **Nursing Facility (NF):** Isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi ligtas na makapamuhay sa tahanan ngunit hindi kailangang maging nasa ospital.

Tutulungan ka ng iyong Care Navigator na maintindihan ang bawat programa. Upang malaman pa ang tungkol sa alinman sa mga programang ito, tumawag sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan upang makakonekta sa Care Navigator (naka-print ang numero ng telepono at oras ng trabaho sa ilalim ng pahinang ito.

F. Paano kumuha ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isipan at karamdaman sa pag-abuso sa substansya)

Magkakaroon ka ng access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na kinakailangan dala ng medikal na dahilan na saklaw ng Medicare at Medi-cal. Nagbibigay ng access ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medicare. Hindi ibinibigay ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medi-Cal, ngunit magagamit ng mga karapat-dapat na miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa pamamagitan ng County of San Diego Behavioral Health Services.

F1. Ano-anong serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ng Medi-Cal ang ibinibigay sa labas ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa pamamagitan ng County of San Diego Behavioral Health Services?

Ang mga may espesyalidad na serbisyo sa kalusugang pangkaisipan ng Medi-Cal ay makukuha mo sa pamamagitan ng plano ng kalusugang pangkaisipan (mental health plan, MHP) ng county kung matutugunan mo ang mga pamantayan ng medikal na kinakailangan na mga may espesyalidad na serbisyo sa kalusugang pangkaisipan ng Medi-Cal. Kabilang sa mga may espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isipan ng Medi-Cal na ibinibigay ng County of San Diego Behavioral Health Services ang:

- Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip (pagsusuri, therapy, rehabilitasyon, pansuporta at pagbuo ng plan)
- Mga serbisyong pansuporta sa gamot
- Masusing paggamot sa araw
- Rehabilitasyon sa araw
- Pakikialam sa krisis
- Pagpapatatag sa krisis
- Mga serbisyo sa paggamot ng matanda sa tahanan

- Mga serbisyo sa paggamot para sa krisis sa tahanan
- Mga serbisyo ng pasilidad para sa kalusugan ng may sakit sa isip
- Mga serbisyo ng ospital para sa inpatient dahil sa sakit sa isip
- Pamamahala ng partikular na kaso

Magagamit mo ang mga serbisyo ng Drug Medi-Cal sa pamamagitan ng County of San Diego Behavioral Health Services kung matugunan mo ang pamantayan ng Drug Medi-Cal sa medikal na pangangailangan. Kabilang sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na ibinibigay ng County of San Diego Behavioral Health Services ang:

- Masusing mga serbisyo sa paggamot para sa outpatient
- Mga serbisyo sa paggamot sa tahanan
- Mga serbisyo sa pag-iwas sa droga para sa outpatient
- Mga serbisyo sa paggamot ng narkotiko
- Mga serbisyo ng Naltrexone para sa pag-asa sa opioid

Dagdag pa sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na nakalista sa itaas, maaari kang magkaroon ng access sa boluntaryong mga serbisyo para sa pag-alis ng lason sa inpatient kung matutugunan mo ang pamantayan sa medikal na pangangailangan.

Pagkanagagamit ng mgga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali

Mayroon kang malawak na hanay ng mga serbisyo na maaari mong makuha. Maaari kang sumangguni sa kinontratang Provider o maisangguni ng iyong PCP, miyembro ng pamilya, atbp. Walang “maling pinto” sa pag-access ng mga serbisyo. Maaari kang makipag-ugnayan sa mga sumusunod para sa tulong sa pagkuha ng mga serbisyo:

- Linya ng County para sa Krisis at Referral (mangyaring tingnan sa Kabanata 2, Seksyon K ng handbook na ito para sa numero ng telepono at mga oras ng operasyon)
- County of San Diego Behavioral Health – Services Substance Use Disorder Services (pakitawagan sa 888-724-7240 (TTY: 711), 24 na oras, 7 araw kada linggo.)
- Linya sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (mangyaring tingnan sa Kabanata 2, Seksyon D ng handbook na ito para sa numero ng telepono at mga oras ng operasyon)
- Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (naka-print sa ilalim ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras ng operasyon).

Proseso sa Pagtukoy ng mga Serbisyong Kinakailangan Dala ng Medikal na Dahilan

Tinutukoy ang medikal na pangangailangan sa pamamagitan ng isang naaangkop na lisensyadong Provider. Ginagamit ang mga pamantayan sa medikal na pangangailangan ng

parehong Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan at ng County, at binuo ng mga eksperto sa kalusugan ng pag-uugali at iba pang mga stakeholder, at naaayon ang mga ito sa mga kinakailangan ng regulasyon.

Proseso ng Referral sa pagitan ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan at ng County
Kung tumatanggap ka ng mga serbisyo mula sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan o sa County, maaari kang isangguni sa iba pang entidad na naaayon sa iyong mga pangangailangan. Maaari kang isangguni ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan o ng County sa pamamagitan ng pagtawag sa entidad kung saan ginagawa ang referral. Sasagutan din ng nagre-refer na Provider ang isang form ng referral, at ipadadala ito sa entidad kung saan ka inire-refer.

Proseso nang Paglutas sa Problema
Kung may pagtatalo sa pagitan mo, at ng County o Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, magpapatuloy kang tatanggap ng pangangalaga sa kalusugan ng pag-uugali na kinakailangan dala ng medikal na dahilan, kabilang ang mga inireresetang gamot, hanggang malutas ang pagtatalo. Nakipagtulungan ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa county upang bumuo ng mga proseso sa paglutas na napapanahon at hindi nakaaapekto nang negatibo sa mga serbisyo na kailangan mong makuha. Maaari mo ring gamitin ang proseso ng Mga Apela ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan o ng County, depende sa entidad kung saan ka may hindi pagkakaunawaan.

G. Paano kumuha ng mga serbisyong transportasyon

Ang mga Serbisyong Medikal na Transportasyon ay mga serbisyo ng pang-emergency na ambulansya. Ang pang-emergency na ambulansyang transportasyon sa unang ospital na tatanggap sa miyembro para sa pangangalagang pang-emergency ay saklaw kaugnay sa mga serbisyo na pang-emergency. Kasama sa mga serbisyong ito ang ambulansya at mga serbisyo ng paghahatid ng ambulansya na ibinigay sa pamamagitan ng “911” emergency response system.

Ang Hindi Pang-Emergency na Medikal na Transportasyon (NEMT) ay saklaw sa ilalim ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Naaangkop ang mga serbisyo ng NEMT kung ayon sa dokumento makakasama ang iba pang paraan ng transportasyon (maaaring ilagay sa panganib ang kalusugan ng tao) at ang paghahatid sa pamamagitan ng ambulansya ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Ang mga serbisyo ng transportasyon ay maaaring ibigay sa pamamagitan ng ambulansya, litter van, o mga medikal na serbisyo ng transportasyon sa pamamagitan ng wheelchair van. Ang paglilipat ng isang miyembro mula sa isang ospital papunta sa isa pang ospital, pasilidad, o mula sa isang pasilidad papunta sa tahanan ay dapat na:

- Kinakailangan dala ng medikal na dahilan, at

- Hiniling ng isang Provider ng Plan, at
- Maagang pinahintulutan Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Nag-aalok din ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ng mga serbisyong **Hindi-Medikal na Transportasyon (NMT)** patungo at mula sa tanggapan ng iyong doktor. Ang mga serbisyong transportasyon ay inilalaan sa pamamagitan ng taxicab, pampasaherong sasakyan, o mga tulad nito. Ang lahat ng miyembro na humihiling ng transportasyon ay dapat na karapat-dapat sa mga serbisyo sa buwan kung kailan hiniling ang transportasyon. Pinangangasiwaan ang mga pagsasaayos ng Hindi Pang-Emergency na Medikal na Transportasyon at Hindi Medikal na Transportasyon ng Customer Care Department ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Maaari kang tumawag sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan upang makakonekta sa pangkat ng transportasyon o tumawag sa kanila nang direkta sa 1-877-433-2178 (TTY: 711), 24 na oras at 7 araw kada linggo. Mahigpit na inirerekomenda na gawin ang mga pagsasaayos ng biyahe nang hindi bababa sa dalawampu't apat (24) na oras nang maaga.

H. Paano kumuha ng mga saklaw na serbisyo kapag mayroon kang medikal na emergency o agarang pangangailangan para sa pangangalaga, o sa panahon ng sakuna

H1. Pangangalaga kapag ikaw ay mayroong emrgency sa medikal

Kahulugan ng medikal na emergency

Ang isang medikal na emergency ay isang medikal na kondisyon na may mga sintomas tulad ng matinding pananakit o malubhang pinsala. Ang kondisyon ay masyadong malubha na, kung hindi ito makakakuha ng agarang medikal na pansin, ikaw o ang sinuman na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina ay maaaring umasa na magreresulta ito sa:

- Seryosong panganib sa iyong kalusugan o sa iyong anak na hindi pa naisisilang; **o**
- Malubhang pinsala sa mga paggana ng katawan; **o**
- Malubhang hindi paggana ng anumang organ o bahagi ng katawan; **o**
- Sa kaso ng isang babaeng buntis na kasalukuyang nagdadamdam sa panganganak, kapag:
    - walang sapat na panahon para ligtas kang mailipat sa isa pang ospital bago manganak.
    - maaaring maging banta ang paglilipat sa isa pang ospital sa kalusugan o kaligtasan mo o ng sanggol sa sinapupunan mo.

Ano ang dapat gawin kung mayroon kang medikal na emergency

Kung mayroon kang isang medikal na emergency:

- **Humingi nang mabilis na tulong hanggang maaari.** Tawagan ang 911 o pumunta sa pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansya kung kailangan mo ito. **Hindi** mo kailangang kumuha muna ng pag-apruba o ng referral mula sa iyong PCP.
- **Sa madaling panahon, siguraduhin na sasabihin mo sa amin ang plan tungkol sa iyong emergency.** Kailangan naming mag-follow up sa iyong pangangalaga sa emergency. Ikaw o ang ibang tao ay kailangang tumawag para sabihin sa amin ang tungkol sa pangangalaga sa iyo sa emergency, karaniwang sa loob ng 48 oras. Gayunpaman, hindi mo kailangang magbayad para sa mga serbisyo sa emergency dahil hindi agad nasabi sa amin. Tumawag sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo. Nasa membership ID card mo ang numero ng telepono ng aming Customer Care.

Saklaw ng mga serbisyo sa medikal na emergency

Maaari kang makakuha ng sakop na pangangalaga sa emerhensiya kapag kailangan mo ito, saanman sa Estados Unidos o mga teritoryo nito. Kung kailangan mo ng isang ambulansya para pumunta sa emergency room, saklaw iyon ng aming plan. Upang malaman pa, tingnan sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4 Seksyon D.

Sa 2021, mag-aalok ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa aming mga miyembro ng saklaw sa medikal na pang-emergency sa tuwing kailangan mo ito, saanman sa mundo. Sasaklawin namin ang aabot sa $25,000 na gastos sa emergency. Upang malaman pa, tingnan sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4, Seksyon D.

Kapag natapos na ang emergency, maaaring kailanganin mo ng kasunod (follow-up) na pangangalaga para masiguro na bubuti ka. Sasaklawin namin ang iyong kasunod na pangangalaga. Kung kukuha ka ng pangangalagang pang-emergency mula sa mga Provider na wala sa network, susubukan naming ipamahala sa mga Provider na nasa network ang pangangalaga sa iyo sa lalong madaling panahon.

Pagkuha ng pangangalagang pang-emergency kung hindi ito isang emergency

Minsan maaring mahirap malaman kung mayroon kang isang medikal na emergency o emergency sa kalusugan ng pag-uugali. Maaaring piliin mo ang pangangalaga sa emergency at sasabihin ng doktor na hindi naman talaga ito isang emergency. Hangga't makatwiran mong aakalain na ang iyong kalusugan ay nasa malubhang panganib, sasaklawin namin ang pangangalaga sa iyo.

Gayunpaman, pagkatapos sabihin ng doktor na ito ay hindi isang emergency, sasaklawin lang namin ang karagdagang pangangalaga sa iyo kung:

- Pumunta ka sa network provider, **o**
- Ang karagdagang pangangalaga na nakukuha mo ay itinuturing na "agarang kinakailangan na pangangalaga" at sinusunod mo ang mga patakaran sa pagkuha ng pangangalagang ito. (Tingnan sa susunod na seksyon.)

H2. Agarang kinakailangan na pangangalaga

Kahulugan ng agarang kinakailangan na pangangalaga

Ang agarang kinakailangan na pangangalaga ay ang pangangalagang nakukuha mo para sa biglaang karamdaman, pinsala, o kondisyon na hindi isang emergency nguni't kailangan kaagad ng pangangalaga. Halimbawa, maaari kang magkaroon ng paglabas ng isang umiiral na kondisyon at kailangan itong gamutin.

Kinakailangan ng agarang pangangalaga kapag ikaw ay nasa serbisyo ng plan

Sa karamihang sitwasyon, sasaklawin lang namin ang agarang kinakailangan na pangangalaga kung:

- Makukuha mo ang pangangalaga na ito mula sa Provider na nasa network, **at**
- Sinusunod mo ang ibang mga patakaran na inilarawan sa kabanatang ito.

Gayunpaman, kung hindi ka makapunta sa isang Provider na nasa network, sasaklawin namin ang agarang kinakailangan na pangangalaga na makukuha mo mula sa isang Provider na wala sa network.

Upang ma-access ang mga serbisyo ng agarang pangangalaga matapos ang oras ng trabaho, ikaw ay maaaring:

Tumawag sa Nurse Advice line ng Blue Shield of California Promise Health Plan sa (800) 609-4166 TTY: 711), 24 na oras kada araw, pitong araw kada linggo. Maaari kang idirekta ng nurse sa center ng agarang pangangalaga sa network ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Agarang kinakailangan na pangangalaga kapag ikaw ay nasa labas ng lugar na pinagseserbisyuhan ng plan

Kapag nasa labas ka ng lugar na pinagseserbisyuhan ng plan, maaaring hindi ka makakuha ng pangangalaga mula sa isang Provider na nasa network. Sa ganitong kaso, sasaklawin ng aming plan ang agarang kinakailangan na pangangalaga na makukuha mo mula sa sinumang Provider.

Nag-aalok ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa aming mga miyembro ng agarang kinakailangan na medikal na saklaw, sa tuwing kailangan mo ito, saanman sa mundo. Sasaklawin namin ang aabot sa $25,000 na agarang kinakailangan na gastos. Upang malaman pa, tingnan sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4, Seksyon D.

H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung magdeklara ang Gobernador ng inyong estado, ang U.S. Secretary of Health and Human Services, o ang Pangulo ng United States ng isang estado ng sakuna o emergency sa inyong heograpikal na lugar, may karapatan ka pa rin sa pangangalaga mula sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Mangyaring bisitahin ang aming website para sa impormasyon tungkol sa kung paano kumuha ng kinakailangang pangangalaga sa panahon ng isang idineklarang sakuna: www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

Sa panahon ng isang idineklarang sakuna, kung hindi ka makagamit ng isang Provider na nasa network, papayagan ka naming kumuha ng pangangalaga mula sa mga Provider na wala sa network nang wala kang gagastusin. Kung hindi ka makagamit ng parmasya na nasa network sa panahon ng idineklarang sakuna, mapupunan mo ang iyong mga inireresetang gamot sa isang parmasya na nasa labas ng network. Pakitingnan sa Kabanata 5 para sa higit pang impormasyon.

I. Ano ang gagawin kung direkta kang sisingilin para sa mga serbisyo na saklaw ng aming plan

Kung pinadalhan ka ng isang Provider ng bayarin sa halip na ipadala ito sa plan, dapat mong hingin sa amin na bayaran ang aming bahagi ng bayarin.

Hindi mo dapat bayaran mismo ang bayarin. Kung binayaran mo, maaaring hindi ka bayaran ng plan.

Kung nagbayad ka ng higit sa iyong bahagi para sa mga saklaw na serbisyo o kung tumanggap ka ng bayarin para sa buong halaga ng mga saklaw na medikal na serbisyo, tingnan sa Kabanata 7 Seksyon A at B upang malaman kung ano ang gagawin.

I1. Ano ang gagawin kung ang mga serbisyo ay hindi saklaw ng aming plan

Sinasaklaw ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang lahat ng serbisyo:

- Na natukoy bilang kinakailangan dala ng medikal na dahilan, **at**
- Na nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo ng plan (tingnan sa Kabanata 4Seksyon D), **at**

- Na nakukuha mo sa pagsunod sa mga patakaran ng plan.

Kung nakakuha ka ng mga serbisyo na hindi saklaw ng aming plano, **dapat na bayaran mo ang kabuuang nagastos mo.**

Kung gusto mong malaman kung babayaran namin ang anumang serbisyong medikal o pangangalaga, mayroon kang karapatan na tanungin kami. May karapatan ka ring hilingin ito sa sulat. Kung sasabihin namin na hindi namin babayaran ang mga serbisyo sa iyo, mayroon kang karapatan na umapela sa aming desisyon.

Ipinaliliwanag sa Kabanata 9 Seksyon D, E, F at G kung ano ang dapat gawin kung gusto mong saklawin namin ang isang medikal na item o serbisyo. Sinasabi rin nito kung paano umapela sa aming desisyon sa saklaw. Maaari ka ring tumawag sa Customer Care para malaman pa ang tungkol sa iyong mga karapatan sa pag-apela.

Babayaran namin ang ilang serbisyo hanggang sa isang partikular na limitasyon. Kung lalampas ka sa limitasyon, kailangan mong bayaran ang buong halaga para makakuha ng higit pa ng ganoong uri ng serbisyo. Tumawag sa Customer Care para malaman kung ano ang mga limitasyon at gaano ka kalapit na maabot ang mga ito.

J. Saklaw sa mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, kapag ikaw ay nasa pag-aaral na pananaliksik sa klinika

J1. Kahulugan ng pag-aaral na pananaliksik sa klinika

Ang isang pag-aaral na pananaliksik sa klinika (tinatawag ding isang klinikal na pagsubok) ay isang paraan ng pagsusuri ng mga doktor sa mga bagong uri ng pangangalaga ng kalusugan o mga gamot. Humihingi sila ng mga boluntaryo para tumulong sa pag-aaral. Ang ganitong uri ng pag-aaral ay tumutulong sa mga doktor na magdesisyon kung ang bagong uri ng pangangalaga sa kalusugan o gamot ay gumagana at kung ito ay ligtas.

Kapag inaprubahan ng Medicare ang isang pag-aaral na gusto mong salihan, ang isang taong nagtatrabaho sa pag-aaral ay makikipag-ugnayan sa iyo. Sasabihin sa iyo ng taong iyon ang tungkol sa pag-aaral at titingnan kung kuwalipikado kang sumali rito. Maaari kang sumali sa pag-aaral basta't natutugunan mo ang mga kinakailangang kondisyon. Dapat mo ring maintindihan at tanggapin kung ano ang kailangan mong gawin para sa pag-aaral.

Habang ikaw ay nasa pag-aaral, maaari kang manatiling nakatala sa aming plan. Sa ganoong paraan patuloy kang makakakuha ng pangangalaga mula sa aming plan na walang kaugnayan sa pag-aaral.

Kung gusto mong sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, hindi mo kailangang kumuha ng pag-apruba mula sa amin o sa iyong Provider ng

pangunahing pangangalaga. Hindi kailangang maging mga Provider na nasa network ang mga Provider na nagbibigay sa iyo ng pangangalaga bilang parte ng pag-aaral.

Kailangan mong sabihin sa amin bago ka magsimulang lumahok sa klinikal na pag-aaral ng pananaliksik.

Kung binabalak mong sumali sa isang pag-aaral na pananaliksik sa klinika, ikaw o ang iyong Care Navigator ay dapat makipag-ugnayan sa Customer Care upang ipaalam sa amin na sasali ka sa isang clinical trial.

J2. Ang bayad para sa mga serbisyo kapag ikaw ay nasa klinikal na pag-aaral ng pananaliksik

Kung magprisinta ka para sa isang pag-aaral na pananaliksik sa klinika na inaprubahan ng Medicare, wala kang babayaran sa mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral at babayaran ng Medicare ang mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral pati na rin ang mga karaniwang gastos na nauugnay sa iyong pangangalaga. Kapag sumali ka sa isang pag-aaral na pananaliksik sa klinika na aprubado ng Medicare, saklaw ka sa karamihan ng mga gamit at serbisyo na makukuha mo bilang bahagi ng pag-aaral. Kasama rito ang:

- Kuwarto at matutuluyan para sa pamamalagi sa ospital na babayaran ng Medicare kahit wala ka sa isang pag-aaral.
- Isang operasyon o ibang medikal na pamamaraan na bahagi ng pag-aaral na pananaliksik.
- Paggamot ng anumang side effect at komplikasyon ng bagong pangangalaga.

Kung ikaw ay bahagi ng pag-aaral na **hindi inaprubahan**, ng Medicare kakailanganin mong bayaran ang anumang gastos habang nasa pag-aaral.

J3. Pag-aralan pa ang tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral

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

K. Paano sinasaklaw ang mga serbisyo ng iyong pangangalaga sa kalusugan kung kumukuha ka ng pangangalaga sa panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga sa kalusugan

K1. Kahulugan ng institusyong pangangalaga sa kalusugan na hindi pang-medikal

Ang isang panrelihiyon na institusyon para sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga na karaniwan mong makukuha sa isang ospital o skilled nursing facility. Kung ang pagkuha ng pangangalaga sa isang ospital o isang skilled nursing facility ay labag sa iyong mga paniniwala sa relihiyon, sasaklawin namin ang pangangalaga sa isang panrelihiyon na institusyon para sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot.

Maaari mong piliin na makakuha ng pangangalaga ng kalusugan sa anumang oras para sa anumang dahilan. Ang benepisyong ito ay para lang sa mga serbisyo ng Medicare Part A sa inpatient (mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot). Babayaran lang ng Medicare ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot na ibinibigay ng mga panrelihiyon na institusyon para sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot.

K2. Pagkuha ng pangangalaga mula sa institusyong pangangalagang pangkalusugan na hindi pang-medikal

Para makakuha ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyon na institusyon para sa pangangalaga ng kalusugan na nauugnay sa paggamot, kailangan mong pumirma ng isang legal na dokumento na nagsasabi na ikaw ay labag na makakuha ng medikal na paggamot na “non-excepted.”

- Ang “non-excepted” na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga na kusang-loob at hindi kailangan ng anumang pederal, estado, o lokal na batas.
- Ang “excepted” na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga na hindi boluntaryo at kinakailangan sa ilalim ng batas ng pamahalaan, estado o lokal.

Para masaklaw ng aming plan, ang pangangalaga na iyong nakukuha mula sa isang panrelihiyon na institusyon para sa pangangalaga ng kalusugan na hindi nauugnay sa paggamot ay dapat matugunan ang mga sumusunod na kondisyon:

- Ang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga ay dapat sertipikado ng Medicare.
- Ang pagsaklaw ng aming plan sa mga serbisyo ay limitado sa mga hindi panrelihiyong aspeto ng pangangalaga.

- Kung makakakuha ka ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ibibigay sa iyo sa isang pasilidad, naaangkop ang mga sumusunod:
  - Kailangan mayroon kang isang medikal na kondisyon na magpapahintulot sa iyo na makakuha ng mga saklaw na serbisyo para sa pangangalaga sa pasyenteng mamamalagi sa ospital o pangangalaga sa skilled nursing facility.
  - Kailangang makakuha ka ng pag-apruba mula sa amin bago ka ipasok sa pasilidad at kung hindi, ang iyong pamamalagi ay hindi sasaklawin.

Walang limitasyon sa bilang ng araw na sasaklawin para sa bawat pamamalagi sa ospital. Para malaman pa ang tungkol dito, sumangguni sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4, Seksyon D.

L. Matibay na kagamitang medikal (DME)

L1. DME bilang miyembro ng aming plan

Ang ibig sabihin ng DME ay ilang gamit na ibinilin ng isang Provider para gamitin sa iyong sariling tahanan. Ang mga halimbawa ng mga bagay na ito ay mga wheelchair, saklay, sistema ng pinagaganang kutson, gamit sa diabetes, kamang pang-ospital na ibinilin ng isang Provider para gamitin sa bahay, pump para sa IV infusion, aparato sa pagbuo ng salita, kagamitan sa oxygen at supply, nebulizer, at walker.

Palagi kang magmamay-ari ng ilang gamit, tulad ng mga prostetiko.

Sa seksyon na ito, tatalakayin namin ang DME na dapat mong upahan. Bilang miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, karaniwang hindi mo aariin ang DME, gaano man katagal mo itong inupahan.

Sa ilang sitwasyon, maaaring ilipat sa iyo ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang pag-aari ng DME depende kung matugunan mo ang isa o lahat ng sumusunod na pamantayan:

- Mayroon kang patuloy na pangangailangang medikal para sa mga item na mas mababa ang halaga sa $150 at/o mga parenteral/infusion pump,
- Sertipikasyon ng doktor, o
- Kung ang aparato o kagamitan ay ginawang angkop para sa’yo.

Sa ilang sitwasyon, ililipat namin ang pagmamay-ari ng item na DME sa iyo. Tumawag sa Customer Care para malaman ang tungkol sa mga kinakailangan na dapat mong matugunan at ang mga dokumento na kailangan mong ibigay.

L2. Pagmamay-ari ng DME kapag lumipat ka sa Orihinal na Medicare o Advantage ng Medicare

Sa programa ng Orihinal na Medicare, ang mga taong umuupa ng ilang uri ng DME ay nagiging pagmamay-ari ito pagkatapos ng 13 buwan. Sa Medicare Advantage plan, maaaring magtakda ang plan ng bilang ng buwan na kailangang upahan ang ilang uri ng DME bago nila ito maging pagmamay-ari.

Tandaan: Maaari mong mahanap ang mga kahulugan ng Orihinal na Medicare at Medicare Advantage Plan sa Kabanata 12. Maaari mong basahin ang Handbook na *Ikaw at ang Medicare 2021* . Kung wala kang kopya ng booklet na ito, makukuha mo ito sa website ng Medicare (www.medicare.gov) o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Kailangan mong gumawa ng 13 sunud-sunod na pagbabayad sa ilalim ng Orihinal na Medicare, o kailangan mong gawing sunud-sunod ang bilang ng pagbabayad na itinakda ng Medicare Advantage plan, upang maging pag-aari ang item na DME kung:

- Hindi ikaw ang naging may-ari ng item na DME habang ikaw ay nasa aming plano, **at**
- Umalis ka sa aming plan at kinuha ang iyong mga benepisyo sa Medicare sa labas ng anumang planong pangkalusugan sa programa ng Orihinal na Medicare o Medicare Advantage plan.

Kung gumawa ka ng mga pagbabayad para sa item ng DME sa ilalim ng Original Medicare o Medicare Advantage plan bago ka sumali sa aming plano, **ang mga Orihinal na pagbabayad ng Medicare o Medicare Advantage ay hindi kabilang sa mga pagbabayad na kailangan mong gawin pagkatapos umalis sa aming plano.**

- Gagawa ka ng 13 mga bagong pagbabayad nang sunud-sunod sa ilalim ng Original Medicare o bilang ng mga bagong pagbabayad sa hilera na itinakda sa pamamagitan ng Medicare Advantage Plan upang maging pag-aari ang item ng DME.
- Walang pagbubukod sa kasong ito kapag bumalik ka sa Orihinal na Medicare o Medicare Advantage plan.

L3. Mga benepisyo ng kagamitan para sa oxygen bilang miyembro ng aming plan

Kung kuwalipikado ka sa kagamitan para sa oxygen na saklaw ng Medicare at miyembro ka ng aming plan, sasaklawin namin ang mga sumusunod:

- Pag-upa ng kagamitan para oxygen
- Paghahatid ng oxygen at mga laman na oxygen

- Mga tubo at kaugnay na aksesorya para sa paghahatid ng oxygen at mga laman na oxygen
- Pagpapanatili at mga pagkukumpuni ng kagamitan para sa oxygen

Dapat maibalik sa may-ari ang kagamitan para sa oxygen kapag hindi na kinakailangan dala ng medikal na dahilan para sa iyo o kung umalis ka sa aming plan.

L4. Kagamitan para sa oxygen kapag lumipat ka sa Original Medicare o Medicare Advantage

Kapag ang kagamitan ng oxygen ay medikal na kinakailangan at **umalis ka sa aming plan at bumalik sa Original Medicare**, uupahan mo ito mula sa supplier sa loob ng 36 buwan. Sinasaklaw ng iyong buwanang pagbabayad ng upa ang kagamitan para sa oxygen at mga supply at serbisyong nakalista sa ibabaw.

Kung ang kagamitan para sa oxygenk ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan **matapos mo itong upahan nang 36 na buwan**:

- dapat magbigay ang iyong supplier ng kagamitan para sa oxygen, mga supply, at serbisyo para sa isa pang 24 buwan.
- dapat magbigay ang supplier mo ng mga kagamitan at supply para sa oxygen nang aabot sa 5 taon kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Kung ang kagamitan para oxygen ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan **sa pagtatapos ng 5-taong panahon**:

- hindi na kailangang ibigay ito ng iyong supplier, at maaari mong piliin na kumuha ng kapalit na kagamitan mula sa sinumang supplier.
- nagsisimula ang bagong 5-taon na panahon.
- uupa ka mula sa isang supplier sa loob ng 36 buwan.
- kaya dapat magbigay ang iyong supplier ng kagamitan para sa oxygen, mga supply, at mga serbisyo para sa isa pang 24 na buwan.
- magsisimula ang bagong siklo kada 5 taon hangga’t kinakailangan dala ng medikal na dahilan ang kagamitan para sa oxygen.

Kapag kinakailangan dala ng medikal na dahilan ang kagamitan para sa oxygen at **umalis ka sa aming plan at lumipat sa isang Medicare Advantage plan**, sasaklawin ng plan ang sinasaklaw ng Original Medicare. Maaari mong tanungin ang iyong Medicare Advantage plan kung anong kagamitan para sa oxygen at mga supply ang sinasaklaw nito at kung magkano ang magiging gastos mo.

Kabanata 4: Tsart ng mga Benepisyo

Panimula

Sinasabi ng kabanatang ito sa iyo ang tungkol sa mga serbisyong sinasaklaw ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan at anumang paghihigpit o limit sa mga serbisyong iyon at kung magkano ang babayaran mo para sa bawat serbisyo. Sinasabi rin nito sa iyo ang mga benepisyo na hindi saklaw sa ilalim ng aming plan. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang iyong mga saklaw na serbisyo at ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa 66

B. Mga patakaran laban sa mga Provider na sumisingil sa iyo para sa mga serbisyo 66

C. Ang Tsart ng mga Benepisyo ng aming plan 66

D. Ang Tsart ng mga Benepisyo 69

E. Mga benepisyong saklaw sa labas ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....126

E1. California Community Transitions (CCT) 126

E2. Programang Medi-Cal Dental 127

E3. Pangangalaga sa Hospisyo.....127

F. Mga benepisyong hindi saklaw ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare, o Medi-Cal 128

A. Ang iyong mga saklaw na serbisyo at ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa

Sinasabi ng kabanatang ito sa iyo kung anong mga serbisyo ang babayaran ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Sinasabi rin nito kung magkano ang babayaran mo para sa bawat serbisyo. Maaari mo ring malaman ang tungkol sa mga serbisyong hindi sinasaklaw. Impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa gamot ay nasa Kabanata 5 Seksyon B, C, at D. Ipinaliliwanag din ng kabanatang ito ang mga limit sa ilang serbisyo.

Para sa ilang serbisyo, sisingilin ka ng isang mula sa bulsang halaga na tinatawag na copay. Ito ay isang hindi nagbabagong halaga (halimbawa, $5) na babayaran mo sa tuwing matatanggap mo ang serbisyong iyon. Babayaran mo ang copay sa oras na makuha mo ang serbisyong medikal.

Kung kailangan mo ng tulong upang maintindihan kung ano-anong serbisyo ang saklaw, tumawag sa inyong Care Navigator at/o Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo.

B. Mga patakaran laban sa mga Provider na sumisingil sa iyo para sa mga serbisyo

Hindi namin pinapayagan ang mga Provider ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan na singilin ka para sa mga saklaw na serbisyo. Direkta naming binabayaran ang aming mga Provider, at pinoprotektahan ka namin mula sa anumang singil. Totoo ito kahit na mas mababa ang ibinabayad namin sa Provider kaysa sa sinisingil ng Provider para sa serbisyo.

Hindi ka dapat kailanman na makatanggap ng isang bayarin mula sa isang Provider para sa mga saklaw na serbisyo. Kung siningil ka, tingnan sa Kabanata 7 Seksyon A o tumawag sa Customer Care.

C. Ang Tsart ng mga Benepisyo ng aming plan

Sinasabi sa iyo ng Tsart ng mga Benepisyo kung aling mga serbisyo ang binabayaran ng plan. Inililista nito ang mga kategorya ng mga serbisyo sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto at ipinapaliwanag ang mga saklaw na serbisyo.

Babayaran namin ang mga serbisyo na nakalista sa Tsart ng Benepisyo maliban kung sinusunod ang mga pahintulot.

- Dapat ibigay ang iyong mga saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal alinsunod sa mga patakarang itinakda ng Medicare at Medi-Cal.
- Dapat na kinakailangan dala ng medikal na dahilan ang mga serbisyo (kabilang ang medikal na pangangalaga, kalusugan ng pag-uugali at mga serbisyo sa pag-abuso ng

substansya, pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, kagamitan, at gamot). Ang ibig naming sabihin sa kinakailangan dala ng medikal na dahilan ay kailangan mo ang mga serbisyo para iwasan, suriin, o gamutin ang iyong medikal na kondisyon o para panatilihin ang kasalukuyang kalagayan ng iyong kalusugan. Kasama rito ang pangangalaga na iniiwasan kang pumunta sa isang ospital o nursing home. Nangangahulugan din ito na ang mga serbisyo, supply, o gamot ay nakatutugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na pagsasanay. Ang isang serbisyo ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan kapag makatuwiran ito at kailangan upang pangalagaan ang buhay, upang maiwasan ang malubhang sakit o malubhang kapansanan, o upang mabawasan ang matinding pananakit.

- Makukuha mo ang iyong pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Sa karamihang kaso, hindi namin babayaran ang pangangalaga na nakukuha mo mula sa isang provider na wala sa network. May karagdagang impormasyon ang Kabanata 3 Seksyon D tungkol sa paggamit ng mga Provider na nasa network at mga wala sa network.

- Mayroon kang isang provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) o isang pangkat ng pangangalaga na nagbibigay at namamahala ng pangangalaga sa iyo. Sa karamihang kaso, dapat bigyan ka ng pag-apruba ng PCP bago ka magpatingin sa isang tao na hindi mo PCP o gumamit ng iba pang mga provider na nasa network ng plan. Tinatawag ito na referral. May karagdagang impormasyon ang Kabanata 3 Seksyon D tungkol sa pagkuha ng referral at ipinaliliwanag kung kailan hindi mo kailangan ng referral.

- Dapat kang kumuha ng pangangalaga mula sa mga provider na nauugnay sa grupong medikal ng iyong PCP. Tingnan sa Kabanata 3 Seksyon D para sa karagdagang impormasyon.

- Ang ilan sa mga serbisyong nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo ay saklaw lang kung kukuha muna ng pag-apruba mula sa amin ang iyong doktor o iba pang provider na nasa network. Tinatawag itong paunang pahintulot. Ang mga saklaw na serbisyo na kailangan muna ng paunang pahintulot ay minarkahan sa Tsart ng mga Benepisyort sa italic type.

- Lahat ng serbisyo upang makaiwas sa sakit ay libre. Makikita mo ang mansanas na ito 🍎 kalapit ng serbisyo upang makaiwas sa sakit sa Tsart ng mga Benepisyo.

- Maaaring magamit ang mga serbisyong Opsyonal na Plano ng Pangangalaga (CPO) sa ilalim ng iyong Indibidwal na Plano ng Pangangalaga. Ang mga serbisyo na ito ay magbibigay sa iyo ng marami pang tulong sa bahay, tulad ng pagkain, tulong para sa iyo o iyong taga pag-alaga, o shower grab bars at ramps. Makatutulong ang mga serbisyong ito na mamuhay ka nang mas nagsasarili ngunit **hindi** pinapalitan ang mga

pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) na awtorisado kang makatanggap sa ilalim ng Medi-Cal. Kabilang sa mga halimbawa ng mga serbisyong CPO na inialok ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa nakalipas ang: Partners in Care Foundation para sa pamamahala ng kaso, mga pagsusuri at mga serbisyo na nakabase sa tahanan at komunidad at LifeSpring para sa mga pagkaing inihahatid sa bahay. Kung kailangan mo ng tulong o nais mong malaman kung paano makakatulong sa iyo ang mga serbisyong CPO, makipag-ugnayan sa iyong Care Navigator.

D. Ang Tsart ng mga Benepisyo

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Abdominal aortic aneurysm na pagsusuri Magbabayad kami para sa pang-isang beses na pag-screen na ultrasound para sa mga taong nanganganib magkaroon nito. Sinasaklaw lang ng plan ang pag-screen na ito kung mayroon kang ilang partikular na sanhi ng panganib at kung makakakuha ka ng referral para dito mula sa iyong doktor, katuwang ng doktor, nurse practitioner, o clinical nurse specialist.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Acupuncture para sa hindi gumaling-galing na kirot sa ibabang likod Kasama sa mga sakop na serbisyo ang: Saklaw ang hanggang 12 pagbisita sa 90 araw para sa mga benepisyaryo ng Medicare sa ilalim ng mga sumusunod na pangyayari: Para sa layunin ng benepisyong ito, tinutukoy bilang hindi gumaling-galing na pananakit ng likod ang: • Tumatagal ng 12 linggo o mas matagal; • hindi partikular, dahil wala itong matukoy na sistematikong dahilan (ibig sabihin, hindi nauugnay sa kumalat, namamaga, nakahahawa, atbp. sakit); • hindi nauugnay sa operasyon; at • hindi nauugnay sa pagbubuntis. Sasaklawin ang karagdagang walong sesyon para sa mga pasyenteng nagpapakita ng paggaling. Maaaring isagawa ang hindi hihigit sa 20 acupuncture na paggamot taon-taon. Dapat ihinto ang paggamot kung hindi bumubuti o humihina ang pasyente. Ibinibigay ang mga benepisyo sa pamamagitan ng kontrata sa American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para sa karagdagang impormasyon, o upang hanapin ang kasaling Provider ng ASH Plans maaari mong tawagan ang ASH Plans sa <(800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746], Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 6 pm>. Maaari mo ring tawagan ang Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect o gamitin ang Hanapin ang Doktor sa **www.blueshieldca.com** upang hanapin ang kasaling Provider ng ASH Plans.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Acupuncture Magbabayad kami para sa hanggang dalawang serbisyo sa acupuncture para sa outpatient sa loob ng alinmang isang buwan sa kalendaryo, o mas madalas kung ang mga ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Ibinibigay ang mga benepisyo sa pamamagitan ng kontrata sa American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para sa karagdagang impormasyon, o upang hanapin ang kasaling Provider ng ASH Plans maaari mong tawagan ang ASH Plans sa <(800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746], Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 6 pm>. Maaari mo ring tawagan ang Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect o gamitin ang **Hanapin ang Doktor** sa blueshieldca.com upang hanapin ang kasaling Provider ng ASH Plans.	$0
	Mga Karagdagang Serbisyo ng Telehealth Nagbibigay ang Teladoc ng mga konsultasyon sa Doktor sa pamamagitan ng telepono o video 24/7/365. Kayang i-diagnose at gamutin ng mga Doktor ng Teladoc mga karaniwang medikal na kondisyon at makakapagresita din sila ng partikular na gamot. Isang karagdagang serbisyo ang Teladoc na hindi naglalayong palitan ang pangangalaga mula sa iyong Doktor ng Pangunahing Pangangalaga. Mangyaring mag-log-in sa blueshieldca.com/teladoc o sa app ng Blue Shield of California upang humiling ng pagbisita. Kung may mga tanong ka, maaari mong tawagan ang Teladoc sa telepono sa 1-800-Teladoc (1-800-835-2363) [TTY: 711], 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo, 365 araw kada taon.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pagsusuri (screening) at pagpapayo sa pagkagumon sa alak Babayaran namin ang isang screening para sa pagkagumon sa alak (alcohol-misuse screening, SBIRT) para sa mga nasa hustong gulang na nagugumon sa alak nguni't hindi umaasa sa alak. Kasama rito ang mga buntis na kababaihan. Kung masusuri kang positibo para sa pagkagumon sa alak, maaari kang makakuha ng hanggang apat na maikli, at harapang mga sesyon ng pagpapayo bawat taon (kung makakaya mo at nakahanda ka sa panahon ng pagpapayo) sa isang kuwalipikadong provider ng pangunahing pangangalaga o practitioner sa isang kapaligiran ng pangunahing pangangalaga. (Mga) maikling interbensyon karaniwang kabilang sa 1 hanggang 3 sesyon, 15 minuto ang tagal bawat sesyon, iniaalok nang personal, sa telepono, o sa pamamagitan ng mga paraan ng telehealth.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo ng ambulansya Kasama sa mga saklaw na serbisyo ng ambulansya ang mga serbisyo ng ground, fixed-wing, at rotary-wing ambulance. Dadalhin ka ng ambulansya sa pinakamalapit na lugar na maaari kang bigyan ng pangangalaga. Dapat ay malubha ang iyong kundisyon sa puntong maaaring makasama sa iyong kalusugan o maging banta sa iyong buhay ang iba pang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar kung saan nagbibigay ng pangangalaga. Ang mga serbisyo ng ambulansya para sa iba pang mga kaso ay kailangan naming aprubahan. Sa mga pangyayaring hindi emergency, maaari naming bayaran ang isang ambulansya. Ang iyong kondisyon ay kailangang sapat na malubha na ang iba pang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar para sa pangangalaga ay maaaring ilagay sa panganib ang iyong buhay o kalusugan. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0
	Taunang eksaminasyon ng katawan Saklaw ka para sa isang rutinang pagsusuri ng katawan tuwing 12 buwan bilang karagdagan sa iyong taunang pagbisita para sa wellness. Kabilang sa pagbisitang ito ang komprehensibong pagsusuri ng kasaysayan ng iyong kalusugan at pamilya, isang detalyadong pagsusuri mula ulo hanggang paa at iba pang mga serbisyo, referral at rekomendasyon na maaaring naaangkop. Hindi saklaw ang anumang lab, mga pamamaraan na pag-diagnose, o iba pang uri ng mga serbisyong itinagubilin sa ilalim ng benepisyong ito at babayaran mo ang halaga ng iyong hati sa gastos ng plan para sa bawat ng mga serbisyong iyon nang magkakahiwalay.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Taunang Pagbisita para sa Wellness Maaari kang makakuha ng taunang checkup. Ito ay para gumawa o i-update ang plan sa pag-iwas sa sakit batay sa iyong mga kasalukuyang sanhi ng panganib. Babayaran namin ito nang isang beses kada 12 buwan.	$0
	Bone mass measurement Babayaran namin ang ilang pamamaraan para sa mga kuwalipikadong miyembro (karaniwan, isang tao na nasa panganib na mabawasan ng bone mass o nasa panganib ng osteoporosis). Tinutukoy ng mga pamamaraan na ito ang bone mass, natutuklasan ang pagrupok ng buto, o nalalaman ang kalidad ng buto. Babayaran namin ang mga serbisyo nang isang beses kada 24 na buwan, o mas malimit kung ang mga ito ay kinakailangandala ng medikal na dahilan. Babayaran din namin ang isang doktor para suriin ito at magkomento sa mga resulta.	$0
	Pagsusuri ng kanser sa Dibdib (mammograms) Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Isang unang (baseline) mammogram sa pagitan ng mga edad na 35 at 39 • Isang screening na mammogram kada 12 buwan para sa mga kababaihan na edad 40 at mas matanda pa • Mga klinikal na eksaminasyon sa suso isang beses kada 24 na buwan	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyong panrehabilitasyon para sa puso Babayaran namin ang mga serbisyo ng rehabilitasyon sa puso tulad ng pag-eehersisyo, edukasyon at pagpapayo. Dapat matugunan ng mga miyembro ang ilang partikular na kondisyon nang may referral ng doktor. Sinasaklaw din namin ang masususing programa ng rehabilitasyon para sa puso, na mas matindi kaysa sa mga programa ng rehabilitasyon para sa puso. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0
	Pagpapatingin upang mabawasan ang panganib ng Cardiovascular (heart) disease (therapy para sa sakit sa puso) Babayaran namin ang isang pagbisita kada taon, o higit pa kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan, sa iyong Provider ng pangunahing pangangalaga upang mapababa ang iyong panganib para sa sakit sa puso. Sa pagpapatingin, ang iyong doktor ay maaaring: • Talakayin ang paggamit ng aspirin, • Tingnan ang presyon ng iyong dugo, **at/o** • Bigyan ka ng mga payo para tiyakin na kumakain ka nang mabuti.	$0
	Pagsusuri ng Cardiovascular (heart) disease Binabayaran namin ang mga pagsusuri sa dugo para masuri ang sakit sa puso nang isang beses kada limang taon (60 buwan). Sinusuri din nitong mga pagsusuri sa dugo ang mga depekto na sanhi ng mataas na panganib ng sakit sa puso.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Cervical at pagsusuri ng kanser sa vagina Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Para sa lahat ng kababaihan: Mga Pap test at eksaminasyon ng balakang isang beses kada 24 na buwan • Para sa kababaihang may mas mataas na panganib sa pagkakaroon ng kanser sa cervix: isang Pap test bawat 12 buwan • Para sa kababaihang nagkaroon ng hindi normal na Pap test sa loob ng nakalipas na 3 taon at nasa edad kung kailan maaaring mabuntis: isang Pap test bawat 12 buwan • Para sa mga kababaihang edad 30-65: pagsusuri sa human papillomavirus (HPV) testing o Pap plus HPV na pagsusuri minsan kada 5 taon	$0
	Chiropractic na mga serbisyo Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Pag-aayos sa gulugod para iwasto ang pagkakahanay	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pagsusuri ng kanser sa colorectal Para sa mga tao na 50 taon at mas matanda pa, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Flexible sigmoidoscopy (o screening gamit ang barium enema para suriin ang sakit sa bituka at kolon) kada 48 buwan • Pagsusuri para makita kung may dugo ang dumi, kada 12 buwan • Pagsusuri ng dugo sa dumi na nakabatay sa Guaiac o fecal immunochemical test, bawat 12 buwan • Pagsusuri ng colorectal na nakabatay sa DNA, kada 3 taon • Colonoscopy kada sampung taon (ngunit hindi sa loob ng 48 buwan pagkatapos ng isang pang-screen na sigmoidoscopy) • Colonoscopy (o pag-screen na barium enema) para sa mga taong mataas ang panganib ng colorectal cancer, bawat 24 na buwan. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Community Based Adult Services (CBAS) Ang CBAS ay isang programa ng serbisyo sa pasilidad para sa outpatient, kung saan dumadalo ang mga tao alinsunod sa isang iskedyul. Nagbibigay ito ng may kakayahang pangangalaga, mga serbisyong panlipunan, therapy (kasama ang occupational, pisikal, at para sa pagsasalita), pangangalaga sa sarili, pagsasanay at suporta ng pamilya o tagapag-alaga, serbisyo sa nutrisyon, sasakyan, at iba pang mga serbisyo. Babayaran namin ang CBAS kung matutugunan mo ang mga pamantayan sa pagiging karapat-dapat. **Tandaan:** Kung walang pasilidad para sa CBAS, maaari naming ibigay sa iyo ang mga serbisyong ito nang magkahiwalay. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pagpapayo sa pagtigil ng paninigarilyo o paggamit ng tabako Kung naninigarilyo ka, wala kang mga senyales o sintomas ng sakit na may kaugnayan sa paninigarilyo, at gusto mong tumigil sa paninigarilyo: • Magbabayad kami para sa dalawang pagpapayo para sa pagtigil sa paninigarilyo sa loob ng 12 buwan bilang isang serbisyo para sa pag-iwas. Libre ang serbisyong ito para sa iyo. Kasama sa bawat pagpapayo para sa pagtigil sa paninigarilyo ang hanggang apat na harapang pagpapayong konsultasyon. Kung gumagamit ka ng tabako at nasuri na may sakit na may kaugnayan sa tabako o umiinom ng gamot na maaaring maapektuhan ng tabako: • Babayaran namin ang dalawang pagpapayo para sa mga pagusbok sa pagtigil sa loob ng 12 buwan na panahon. Kasama sa bawat pagpapayo para tumigil ang hanggang apat na harapang pagkonsulta. Kung buntis ka, maaari kang makatanggap ng walang limitasyon na pagpapayo para sa pagtigil sa paninigarilyo sa pamamagitan ng paunang pahintulot.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo sa ngipin Available ang ilang serbisyo sa ngipin, kabilang ang mga paglilinis, pagpapasta at pustiso sa pamamagitan ng Programa sa Ngipin ng Medi-Cal. Tingnan sa Seksyon F para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyong ito. Sasaklawin ng Denti-Cal ang hanggang $1,800 sa mga serbisyo bawat taon sa kalendaryo. Sumangguni sa website ng Denti-Cal at sa Handbook ng Benepisyaryo ng California Medi-Cal Dental Services para sa karagdagang impormasyon sa www.denti-cal.ca.gov. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo.* *Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0
	Mga pag-screen ng depresyon Babayaran namin ang isang screening para sa depresyon kada taon. Ang screening ay kailangang gawin sa isang pangunahing pangangalaga na setting na makakapagbigay ng kasunod na paggamot at mga referral.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pag-screen ng diabetes Babayaran namin ang screening na ito (kasama ang mga pagsusuri sa glucose ng pasyente na hindi kakain o magpa-fasting) kung mayroon kang alinman sa mga sumusunod dahilan ng panganib: • Mataas na presyon ng dugo (altapresyon) • Kasaysayan ng hindi normal na kolesterol at antas ng triglyceride (dyslipidemia) • Labis na katabaan • Kasaysayan ng mataas na asukal sa dugo (glucose) Ang mga pagsusuri ay maaaring masaklaw sa ilang ibang kaso, tulad ng kung ikaw ay labis ang timbang at mayroong kasaysayan ng diabetes sa pamilya. Depende sa mga resulta ng pagsusuri, maaari kang maging kuwalipikado para sa dalawang pagsusuri (screening) sa diabetes kada 12 buwan.	$0

	Pagsasanay sa pangangasiwa ng sarili ng diabetiko, mga serbisyo, at mga kagamitan Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng tao na may diabetes (gumagamit man sila ng insulin o hindi): • Mga supply para masubaybayan ang glucose ng iyong dugo, kasama ang mga sumusunod: ○ Isang monitor ng glucose sa dugo ○ Mga strip sa pagsusuri ng glucose sa dugo ○ Mga kagamitan para sa lanseta at mga lanseta ○ Mga solution para sa pagkontrol ng glucose para matingnan ang kawastuhan ng mga strip sa pagsusuri at monitor ○ Para sa mga test strip at pang-monitor ng blood glucose, ang Abbott ang mas pinipiling tagagawa. Hindi hihingin sa inyong doktor na kumuha ng pag-apruba nang mas maaga (tinatawag kung minsan na "paunang awtorisasyon") mula sa plan para sa mga test strip at pang-monitor ng blood glucose na FreeStyle® (ginagawa ng Abbott). Hihingin sa inyong doktor na kumuha ng pag-apruba nang mas maaga (tinatawag kung minsan na "paunang awtorisasyon") mula sa plan para sa mga test strip at pang-monitor ng blood glucose mula sa lahat ng iba pang tagagawa. • Para sa mga taong may diabetes na mayroong matinding sakit sa paa sanhi ng diabetes, babayaran namin ang mga sumusunod: ○ Isang pares ng therapeutic custom-molded shoes (kabilang ang mga paglagay), kabilang pagsusukat, at dalawang ekstra na pares ng paglagay sa bawat kalendaryo ng taon, **o** ○ Isang pares ng depth shoes, kabilang ang pagsusukat, at tatlong pares ng mga insert bawat taon (hindi kabilang ang hindi-pasadyang naaalis na mga insert na kasama ng naturang mga sapatos) • Babayaran namin ang pagsasanay upang tulungan ka na pangasiwaan ang iyong diabetes, sa ilang pangyayari. Upang malaman pa, tumawag sa Customer Care. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Matibay na kagamitang medikal (DME) at mga kaugnay na supply (Para sa kahulugan ng "Matibay na kagamitang medikal (DME)," tingnan sa Kabanata 12 ng handbook na ito.) Ang mga sumusunod na gamit ay sinasaklaw: • Mga wheelchair • Mga saklay • Mga sistema ng pinagaganang kutson • Dry pressure pad para sa mattress • Mga supply para sa diyabetiko • Mga kamang pang-ospital na ibinilin ng isang provider para gamitin sa bahay • Intravenous (IV) infusion pumps at pole • Mga enteral pump at supply • Mga aparato sa pagbuo ng salita • Mga kagamitan at supply para sa oxygen • Mga nebulizer • Mga walker • Karaniwang nakakurbang hawakan o quad cane at mga pamalit na supply • Cervical traction (over the door) • Bone stimulator • Kagamitan sa pangangalaga na dialysis Iba pang mga item na maaaring masaklaw. Babayaran namin ang lahat ng kinakailangang medikal na DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung ang aming supplier sa inyong lugar ay wala ng isang partikular na brand o tagagawa, maaari kang humiling sa kanila kung maaari nilang espesyal na orderin ito para sa iyo. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Matibay na kagamitang medikal (DME) at mga kaugnay na supply (ipinagpapatuloy) *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran

	Pangangalagang pang-emergency
	
	Ang ibig sabihin ng pangangalagang pang-emergency ay mga serbisyo na:
	• Ibinibigay ng provider na sinanay sa pagbibigay ng mga serbisyong pang-emergency, **at**
	• Kinakailangan para gamutin ang isang medikal na emergency.
	
	Ang medikal na emergency ay isang medikal na kondisyon na may matinding pananakit o malubhang pinsala. Ang kondisyon ay masyadong malubha na, kung hindi ito makakakuha ng agarang medikal na pansin, ang sinuman na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina ay maaaring umasa na magreresulta ito sa:
	• Seryosong panganib sa iyong kalusugan o sa iyong anak na hindi pa naisisilang; **o**
	• Malubhang pinsala sa mga paggana ng katawan; **o**
	• Malubhang hindi paggana ng anumang organ o bahagi ng katawan; **o**
	• Sa kaso ng isang babaeng buntis na kasalukuyang nagdadamdam sa panganganak, kapag:
	  ○ Walang sapat na panahon para ligtas kang mailipat sa isa pang ospital bago manganak.
	  ○ Maaaring maging banta ang paglilipat sa isa pang ospital sa kalusugan o kaligtasan mo o ng sanggol sa sinapupunan mo.
	
	Babayaran ka ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ng hanggang **$25,000** sa mga serbisyong pang-emergency na natanggap kahit saan sa labas ng Estados Unidos bawat taon sa kalendaryo. Babayaran ka lamang namin kung ang mga natanggap mong serbisyo ay natugunan ang mga pamantayan para sa pangangalagang pang-emergency na nakalista sa itaas. Tingnan sa seksyon ng Worldwide Emergency and Urgent Coverage sa dulo ng tsart na ito para sa higit pang impormasyon.
		$0
		
		Kung makatanggap ka ng pangangalagang pang-emergency sa isang ospital na wala sa network at kailangan ng inpatient na pangangalaga pagkatapos na mapatatag ang iyong emergency, dapat kang bumalik sa isang ospital na nasa network upang magpatuloy na masaklaw ang iyong pangangalaga O dapat na pinahintulutan ng plan ang iyong inpatient na pangangalaga sa ospital na wala sa network. Kung pinahintulutan ang iyong pananatili magiging pareho ang iyong mga gastusin, babayaran mo sa panahon ng iyong pananatili sa isang ospital na nasa network.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya Pinahihintulutan ka ng batas na pumili ng kahit sinong Provider para sa ilang serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Ang ibig sabihin nito ay kahit sinuman o anumang doktor, klinika, ospital, parmasya o opisina sa pagpaplano ng pamilya. Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Eksaminasyon para sa pagpaplano ng pamilya at medikal na paggamot • Laboratoryo para sa pagpaplano ng pamilya at mga diyagnostikong pagsusuri • Mga paraan sa pagpaplano ng pamilya (IUD, mga implant, mga iniksyon, mga birth control pill, patch, o ring) • Mga supply para sa pagpaplano ng pamilya na may reseta (condom, sponge, foam, film, diaphragm, cap) • Pagpapayo at pagsusuri sa pagkabaog, at mga kaugnay na serbisyo • Pagpapayo, pagsusuri, at paggamot para sa mga impeksyong naipapasa sa pakikipagtalik (STI) • Pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang mga kundisyong may kaugnayan sa HIV • Permanenteng Contraception (Dapat ay 21 taong gulang ka na o mas matanda pa upang piliin itong paraan ng pagpaplano ng pamilya. Dapat kang lumagda sa isang pederal na form ng pahintulot para sa isterilisasyon 30 araw o mas matagal pa, ngunit hindi mahigit sa 180 araw bago ang petsa ng operasyon.) • Pagpapayo sa henetiko Babayaran din namin ang ilan sa iba pang mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Gayunpaman, dapat kang magpatingin sa isang provider na nasa network ng aming provider para sa mga sumusunod na serbisyo: • Paggamot para sa medikal na kondisyon ng pagkabaog (Hindi kabilang sa serbisyong ito ang mga artipisyal na paraan upang magbuntis.) • Paggamot para sa AIDS at iba pang mga kondisyon na may kaugnayan sa HIV • Pagsusuri sa henetiko	$0 na copay para sa mga medikal at diyagnostikong serbisyo. Para sa mga inireresetang item, maaaring gamitin ang mga copay sa inireresetang item.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga Programa ng Pangkalusugan at wellness education Nag-aalok kami ng maraming programa na nakatuon sa ilang kondisyong pangkalusugan. Kabilang sa mga ito ang: • Mga klase sa Edukasyong Pangkalusugan; • Mga klase sa Edukasyon Pangnutrisyon; • Pagtigil sa Paninigarilyo at Paggamit ng Tabako; **at** • Nursing Hotline Nag-aalok ang Blue Shield of California Promise Health Plan Nurse Advice Line ng suporta na may mga rehistradong nurse na handang sumagot sa mga tanong 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Tumawag sa Nurse Advice Line sa (800) 609-4166 (TTY 711). Handa ang mga nurse sa pamamagitan ng telepono na sumagot sa mga tanong tungkol sa pangkalahatang kalusugan at magbigay ng tagubilin sa mga karagdagang mapagkukunan para sa karagdagang impormasyon. Sa Nurse Advice Line, mahihiling ng mga miyembro na maipadala sa kanila sa email ang buod ng pakikipag-uusap sa kanila na kabilang ang lahat ng impormasyon at link para sa madaling pagsangguni.	$0
	Health Club Membership at Fitness Classes **SilverSneakers® Fitness** Mga aktibidad na ehersisyo, edukasyon at panlipunan na may access sa: • Libo-libong lokasyon ng fitness sa buong bansa na maaari mong gamitin anumang oras. • Kagamitan sa ehersisyo at mga klase ng SilverSneakers. • Mga kaganapan at aktibidad na panlipunan. • Mga klase ng SilverSneakers FLEX™ gaya ng yoga, sayaw na Latino, at tai chi. • Pakiramdam na nasa klase ka, nang hindi umaalis ng bahay sa SilverSneakers Life	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo sa pandinig Babayaran namin ang mga pagsusuri sa pandinig at balanse na ginagawa ng iyong provider. Sinasabi ng ganitong mga pagsusuri kung kailangan mo ng medikal na paggamot. Ang mga ito ay saklaw bilang pangangalaga na outpatient kapag nakuha mo ang mga ito mula sa isang doktor, audiologist, o iba pang kuwalipikadong provider. Sinasaklaw ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang hanggang sa **$2,000** na halaga ng suplementong benepisyo sa hearing aid para sa parehong tainga na pinagsasama tuwing taon ng benepisyo (January 1 – Disyembre 31). Kabilang sa mga benepisyo ng hearing aid ang: • Mga hearing aid • Mga hulmahan • Mga supply sa pagbabago • Mga aksesorya Bilang karagdagan sa mga suplementong benepisyong nasa itaas, maaaring saklawin ng Medi-Cal ang hanggang **$1,510** na halaga ng mga benepisyo sa hearing aid kada piskal na taon (Hulyo 1 – Hunyo 30). Kung buntis ka, o nakatira ka sa isang nursing facility, babayaran din namin ang mga hearing aid, kasama ang: • Mga hulmahan, supply, at mga ipinapasok • Mga pagkukumpuni na nagkakahalaga ng mahigit sa $25 kada pagkukumpuni • Isang inisyal na set ng mga baterya • Anim na pagbisita para sa pagsasanay, pag-aayos, at pagsukat sa parehong vendor pagkatapos mong makuha ang hearing aid • Panahon ng pagsubok sa mga hearing aid *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga pag-screen ng HIV Babayaran namin ang isang screening na eksaminasyon para sa HIV tuwing 12 buwan para sa mga taong: • Paghingi ng pagsusuri para sa HIV, **or** • Nasa mataas na panganib para sa impeksyon ng HIV. Para sa mga buntis na kababaihan, babayaran namin ang hanggang sa tatlong screening para sa HIV sa panahon ng pagbubuntis.	$0
	Pangangalaga ng ahensya ng kalusugan sa tahanan Bago ka makakakuha ng mga serbisyo para sa kalusugan sa tahanan, dapat sabihin sa amin ng isang doktor na kailangan mo ang mga ito, at dapat ibigay ang mga ito ng isang home health agency. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring pati ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista rito: • Part-time o paulit-ulit na mga serbisyo ng aide para sa may kasanayang pagkalinga at kalusugan sa tahanan (Sasaklawin sa ilalim ng benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, dapat na may kabuuang mas mababa sa 8 oras bawat araw at 35 oras bawat linggo ang pinagsamang mga serbisyo ng iyong aide para sa may kasanayang pagkalinga at kalusugan sa tahanan.) • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Mga serbisyong medikal at panlipunan • Mga kagamitan at supply na pang-medikal *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Therapy na pagsasalin sa bahay Babayaran namin ang therapy na pagsasalin sa bahay, binibigyang-kahulugan bilang mga gamot o sangkap biyolohikal na isinasalin sa isang ugat o inilalapat sa ilalim ng balat at ibinibigay sa iyo sa bahay. Kinakailangan ang mga sumusunod upang isagawa ang pagsasalin sa bahay: • Ang gamot o sangkap biyolohikal, gaya ng antiviral o immune globulin; • Kagamitan, gaya ng isang pambomba; at • Mga supply, gaya ng tubo o catheter. Sasaklawin namin ang mga serbisyong pagsasalin sa bahay na kasama ang ngunit hindi limitado sa: • Mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo sa pag-aalaga, ibinibigay ayon sa iyong plano ng pangangalaga; • Pagsasanay at pagtuturo sa miyembro na hindi kasama sa benepisyo ng DME; • Pagmamanman nang malayuan; at • Mga serbisyo sa pagmamanman para sa pagbibigay ng therapy na pagsasalin sa bahay at mga gamot para sa pagsasalin sa bahay na ibinigay ng isang kuwalipikadong supplier ng therapy na pagsasalin sa bahay. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	Magbabayad ka ng $0 para sa bawat saklaw na pagbisita para sa therapy na pagsasalin sa bahay.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Paghahatid ng pagkain sa bahay Sa paglabas mula sa ospital na pang-inpatient o pananatili sa skilled nursing facility (SNF), sinasaklaw namin ang: • 22 meals and 10 snacks per discharge • Hahatiin ang mga pagkain at meryenda hanggang sa tatlong magkakahiwalay na paghahatid kung kinakailangan • Limitado ang saklaw sa dalawang paglabas kada taon Para sa karagdagang impormasyon, maaari kang tumawag saCustomer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (naka-print ang mga numero ng telepono sa likod na pabalat ng booklet na ito).	Magbabayad ka ng $0 para sa bawat saklaw na paghahatid ng pagkain sa bahay.
	Pangangalaga sa hospisyo Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. May karapatan kang piliin ang hospisyo kung matukoy ng iyong provider at medikal na direktor ng hospisyo na mayroon kang karamdaman na nagtataning sa buhay. Nangangahulugan itong mayroon kang nakamamatay na karamdaman at inaasahang may anim na buwan ka o mas maikli pa para mabuhay. Ang iyong doktor sa hospisyo ay maaaring isang provider na nasa network o isang provider na wala sa network. Magbabayad ang plan para sa mga sumusunod habang nakakatanggap ka ng mga serbisyo ng hospisyo: • Mga gamot para gamutin ang mga sintomas at pananakit • Pansamantalang pangangalaga habang nagpapahinga ang tagapag-alaga • Pangangalaga sa tahanan **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa hospisyo (ipinagpatuloy) **Ang mga serbisyo ng hospisyo at serbisyo na saklaw ng Medicare Part A o B ay sinisingil sa Medicare.** • Tingnan sa Seksyon F ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon. • Kapag nasa isang programa ka ng hospisyo na sertipikado ng Medicare Part A at B ang mga serbisyo na may kaugnayan sa iyong karamdaman na nagtataning sa buhay ay babayaran ng Medicare. Hindi binabayaran ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga serbisyong ito. **Para sa mga serbisyong saklaw ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ngunit hindi saklaw ng Medicare Part A o B:** • Sasaklawin ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga serbisyong saklaw ng plan na hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o B. Sasaklawin ng plan ang mga serbisyo kung may kaugnayan man o wala ang mga ito sa iyong may taning na sakit. Wala kang babayaran sa mga serbisyong ito. **Para sa mga gamot na maaaring saklawin ng Medicare Part D na benepisyo ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:** • Kailanman ay hindi sabay na sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plan ang mga gamot. Para sa karagdagang impormasyon, pakitingnan sa Kabanata 5 Seksyon B, C at D. **Tandaan:** Kung kailangan mo ng pangangalaga na hindi mula sa hospisyo, dapat mong tawagan ang iyong Care Navigator para ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na hindi mula sa hospisyo ay pangangalaga na hindi nauugnay sa iyong karamdaman na nagtataning sa buhay. Upang makipag-usap sa iyong Care Navigator, tumawag sa Customer Care sa numero ng telepono na nasa ibaba ng pahinang ito at piliin ang opsyon na Care Navigator sa queue. Sinasaklaw ng aming plan ang mga serbisyo sa pagkonsulta sa hospisyo (isang beses lamang) para sa isang tao na mayroong karamdaman na nagtataning sa buhay na hindi pinili ang benepisyo ng hospisyo.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pagbabakuna Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Bakuna para sa pulmonya • Mga bakuna sa trangkaso, minsan bawat panahon ng trangkaso sa taglagas at taglamig, na may karagdagang mga bakuna sa trangkaso kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan • Bakuna para sa Hepatitis B kung ikaw ay nasa mataas o gitnang panganib na magkaroon ng hepatitis B • Iba pang mga bakuna kung ikaw ay nasa panganib at natutugunan ng mga ito ang mga patakaran sa pagsaklaw ng Medicare Part B Babayaran namin ang iba pang mga bakuna na tumutugon sa mga patakaran sa saklaw ng Medicare Part D. Basahin ang Kabanata 6 Seksyon H upang malaman pa. Binabayaran din namin ang lahat ng bakuna para sa mga adulto ayon sa inirerekomenda ng Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).	$0
	Pangangalaga sa ospital para sa inpatient Babayaran namin ang sumusunod na mga serbisyo at iba pang serbisyong kinakailangang dala ng medikal na dahilan na hindi nakalista rito: • Semi-private na kuwarto (o isang pribadong kuwarto kung ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan) • Mga pagkain, kasama ang mga espesyal na pagkain • Mga regular na serbisyo sa pangangalaga • Mga gastos ng mga unit para sa espesyal na pangangalaga, tulad ng masusing pangangalaga o mga unit para sa pangangalaga para sa puso • Mga gamot at medikasyon • Mga pagsusuri sa lab • Mga X-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology • Kinakailangan na mga supply para sa operasyon at paggamot **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0 Dapat kang makakuha ng pag-apruba mula sa plano para patuloy kang makakuha ng pangangalaga na inpatient na wala sa network pagkatapos makontrol ang iyong pang-emergency na kalagayan.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa ospital para sa inpatient (ipinagpapatuloy) • Mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair • Mga serbisyo ng operating at recovery room • Physical, occupational, at speech therapy • Mga serbisyo sa inpatient para sa pag-abuso sa substansya • Sa ilang kaso, ang mga sumusunod na uri ng mga transplant: cornea, bato, bato/lapay, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell, at intestinal/multivisceral. Kung kailangan mo ng transplant, susuriin ng isang transplant center na aprubado ng Medicare ang iyong kaso at magdedesisyon kung kandidato ka para sa isang transplant. Maaaring lokal o nasa labas ng lugar na pinagseserbisyuhan ang mga Provider ng transplant. Kung handang tanggapin ng mga lokal na Provider ng transplant ang presyo ng Medicare, maaari mong makuha ang mga serbisyo para sa iyong transplant sa lokal na lugar o sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa inyong komunidad. Kung nagbibigay ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ng mga serbisyong transplant sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa aming komunidad at pinili mong kuhanin ang iyong transplant doon, aayusin namin o babayaran ang iyong mga gastos sa pansamantalang tirahan at biyahe at sa isa pang tao. • Dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • Mga serbisyo ng manggagamot *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0 Dapat kang makakuha ng pag-apruba mula sa plano para patuloy kang makakuha ng pangangalaga na inpatient na wala sa network pagkatapos makontrol ang iyong pang-emergency na kalagayan.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa inpatient Babayaran namin ang mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan na nangangailangan ng pamamalagi sa ospital. • Kung kailangan mo ng mga serbisyo na inpatient sa isang nagsasariling ospital para sa may karamdaman sa isipan, kami ang magbabayad ng unang 190 araw. Pagkatapos noon, babayaran ng lokal na ahensya ng county sa kalusugang pangkaisipan ang mga serbisyo sa ospital para sa may karamdaman sa isipan na kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Ang pahintulot para sa pangangalaga na lampas sa 190 araw ay aayusin kasama ng lokal na ahensya ng county sa kalusugang pangkaisipan. ○ Ang 190 araw na limitasyon ay hindi naaangkop sa mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan ng inpatient at ibinibigay ng isang pangkalahatang ospital sa isang yunit para sa may karamdaman sa isipan. • Kung 65 taong gulang ka na o mas matanda pa, babayaran namin ang mga serbisyong natanggap mo sa isang Institusyon para sa Mga Karamdaman sa Pag-iisip (Institute for Mental Diseases, IMD). *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran

	Pananatili bilang inpatient: Mga saklaw na serbisyo sa ospital o skilled nursing facility (SNF) sa panahon ng hindi saklaw na pananatili bilang inpatient
	Kung hindi makatwiran at kinakailangan dala ng medikal na dahilan ang iyong pananatili bilang inpatient, hindi namin iyon babayaran.
	Gayunpaman, sa ilang sitwasyon kung saan hindi saklaw ang pangangalaga sa inpatient, maaari pa rin naming bayaran ang mga serbisyong nakukuha mo habang nasa ospital o nursing facility ka. Upang malaman pa, tumawag sa Customer Care.
	Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring pati ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista rito:
	• Mga serbisyo ng doktor
	• Mga diyagnostikong pagsusuri, katulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo
	• X-ray, radium, at isotope therapy, kasama ang mga materyales at serbisyo ng technician
	• Mga bendahe para sa operasyon
	• Mga splint, cast, at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa mga bali at pagkawala sa lugar
	• Mga kagamitan na prostetiko at pansuporta, bukod sa pang-ngipin, kasama ang pagpapalit o mga pag-aayos ng mga ganitong kagamitan. Ang mga ito ay mga kagamitan na:
	  ○ Pinapalitan ang lahat o bahagi ng isang panloob na organ ng katawan (kasama ang magkadikit na tisyu), **o**
	  ○ Pinapalitan ang lahat o bahagi ng paggana ng isang hindi gumagana o pumapalyang panloob na bahagi ng katawan.
	• Binti, braso, likod, at brace sa leeg, mga truss (pansuporta), at mga artipisyal na binti, braso, at mga mata. Kasama rito ang mga pag-aayos, pagkukumpuni, at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkasira, pagkawala, o isang pagbabago sa kondisyon ng pasyente
	• Physical therapy, speech therapy, at occupational therapy
	Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.
		$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo at supply sa sakit sa bato Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato para magturo ng pangangalaga sa bato at tulungan ang mga miyembro na gumawa ng mga mabuting desisyon tungkol sa kanilang pangangalaga. Kailangan mayroon kang stage IV na hindi gumagaling na sakit sa bato, at dapat i-refer ka ng iyong doktor. Sasaklawin namin ang hanggang sa anim na sesyon ng mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato. • Mga paggamot sa dialysis na outpatient, kabilang ang mga paggamot na dialysis kapag pansamantalang wala sa lugar na pinagseserbisyuhan, ayon sa ipinaliliwanag sa Kabanata 3 Seksyon D • Mga dialysis na paggamot sa inpatient kung ikaw ay ipinasok sa isang ospital bilang inpatient para sa espesyal na pangangalaga • Pagsasanay para sa pag-dialysis sa sarili, kasama ang pagsasanay para sa iyo at sinumang tumutulong sa iyo sa iyong mga dialysis na paggamot sa iyong tahanan • Kagamitan at supply para sa dialysis sa tahanan • Ilang pansuportang serbisyo sa tahanan, tulad ng mga kinakailangang pagpunta ng mga sinanay na manggagawa sa dialysis para tingnan ang iyong dialysis sa tahanan, para tumulong sa mga emergency, at para tingnan ang iyong kagamitan para sa dialysis at supply ng tubig. Babayaran ng iyong benepisyo sa gamot ng Part B ng Medicare ang ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, pakitingnan ang “Mga inireresetang gamot na nasa Part B ng Medicare” sa tsart na ito. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pag-screen ng kanser sa baga Babayaran ng plan ang pagsusuri sa kanser sa baga kada 12 buwan kung ikaw ay: • May edad na 55-80, **at** • Magkaroon ng pagbisita para sa pagpapayo at pinagtutulungang paggawa ng desisyon sa iyong doktor o ibang kuwalipikadong provider, **at** • Nagsigarilyo ng 1 pakete man lang kada araw sa loob ng 30 taon na walang tanda o sintomas ng kanser sa baga o naninigarilyo ngayon o huminto na sa loob ng nakalipas na 15 taon. Pagkatapos ng unang pag-screen, babayaran ng plan ang isa pang pag-screen bawat taon na may nakasulat na tagubilin mula sa iyong doktor o iba pang kuwalipikadong provider. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Therapy na nutrisyong medikal Ang benepisyo na ito ay para sa mga taong may diabetes o sakit sa bato na walang dialysis. Ito rin ay para sa pagkatapos ng isang transplant ng bato kapag ini-refer ng iyong doktor. Babayaran namin ang tatlong oras na one-on-one na mga serbisyo sa pagpapayo sa unang taon na makakatanggap ka ng mga serbisyo ng therapy para sa medikal na nutrisyon sa ilalim ng Medicare. (Kasama rito ang aming plan, anumang ibang Medicare Advantage plan, o Medicare.) Maaari naming aprubahan ang mga karadagang serbisyo kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Magbabayad kami para sa dalawang oras na one-on-one na mga serbisyo sa pagpapayo bawat taon pagkatapos noon. Kung magbabago ang iyong kondisyon, paggamot, o pagsusuri, maaari kang makakuha ng marami pang oras ng paggamot nang may referral mula sa doktor. Dapat ireseta ng doktor ang mga serbisyong ito at muling baguhin ang referral bawat taon kung kailangan ang paggamot sa iyo sa susunod na taon sa kalendaryo. Maaari naming aprubahan ang mga karadagang serbisyo kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP) Babayaran ng plan ang mga sumusunod. Dinisenyo ang MDPP para tulungan ka na maging mas maganda ang iyong pag-uugali. Nagbibigay ito ng aktuwal na pagsasanay sa: • pangmatagalang pagbabago ng diyeta, **at** • tumaas na pisikal na aktibidad, **at** • mga paraan upang mapanatili ang pagbaba ng timbang at malusog na pamumuhay. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Medicare Part B na mga resetang gamot Ang mga gamot na ito ay saklaw sa ilalim ng Part B ng Medicare. Babayaran ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga sumusunod na gamot: • Mga gamot na hindi mo karaniwang ibinibigay sa iyong sarili at iniiniksiyon o inilalagay sa suwero habang ikaw ay nakakakuha ng mga serbisyo ng doktor, outpatient sa ospital, o center para sa operasyon sa nakakapaglakad • Mga gamot na ginagamit mo gamit ang matibay na kagamitang medikal (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng plan • Mga dahilan para sa pamumuo ng dugo na ibinibigay mo sa iyong sarili sa pamamagitan ng iniksiyon kung mayroon kang hemophilia • Mga gamot na nagpapahina sa resistensiya (immunosuppressive), kung ikaw ay nakatala sa Medicare Part A sa oras ng organ transplant • Mga gamot para sa osteoporosis na iniiniksiyon. Ang mga gamot na ito ay binabayaran kung ikaw ay nakaratay sa kama dahil sa karamdaman, mayroong isang bali sa buto na pinapatunayan ng isang doktor na may kaugnayan sa osteoporosis pagkatapos ng menopause, at hindi mai-iniksiyon nang mag-isa ang gamot • Mga antigen (gumagawa ng antibody na panlaban sa sakit) • Ilang iniinom na gamot na pang-iwas sa kanser at mga gamot na pang-iwas sa pagsuka • Ilang gamot para sa dialysis sa bahay, kabilang ang heparin, panlunas para sa heparin (kapag kinakailangan dala ng medikal na dahilan), mga pampamanhid na ipinapahid sa balat, at mga erythropoiesis-stimulating agent (tulad ng Epoetin Alfa-epbx o AranespÒ) • IV immune globulin para sa paggamot sa bahay ng mga sakit na kakulangan sa primary immune Sinasakaklaw din namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming benepisyo sa gamot na inirereseta ng Medicare Part B at Part D. ***Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina***	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga inireresetang gamot ng Medicare Part B (ipinagpapatuloy) Ipinapaliwanag ng Kabanata 5 ang benepisyo ng inireresetang gamot para sa outpatient. Ipinapaliwanag nito ang mga patakaran na dapat mong sundin para masaklaw ang mga reseta. Ipinapaliwanag ng Kabanata 6 kung ano ang binabayaran mo para sa iyong mga inireresetang gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng aming plan.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Multipurpose Senior Services Program (MSSP) Ang MSSP ay isang programa ng pamamahala sa kaso na nagbibigay ng Mga Serbisyo sa Tahanan at Komunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) sa mga indibidwal na karapat-dapat sa Medi-Cal. Para maging kuwalipikado, dapat ay 65 taong gulang ka na o mas matanda pa, nakatira sa lugar na pinagseserbisyuhan ng isang site, mapaglilingkuran sa loob ng mga limitasyon sa gastos ng MSSP, naaangkop para sa mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga, kasalukuyang kuwalipikado para sa Medi-Cal at sertipikado o masesertipikahan para ilagay sa isang nursing facility. Kasama sa mga serbisyo ng MSSP ang: • Pangangalaga sa Adulto sa Araw/Sentro ng Suporta • Tulong sa Pabahay • Tulong para sa Gawain at Pangangalaga sa Sarili • Pagsubaybay nang may Proteksyon • Pamamahala sa Kaso • Pahinga • Transportasyon • Mga Serbisyo sa Pagkain • Mga Serbisyong Panlipunan • Mga Serbisyo sa Pakikipag-ugnay Saklaw ang benepisyong ito na umaabot sa $5,356.25 bawat taon. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Hindi Pang-emergency na Transportasyong Medikal Pinapayagan ng benepisyong ito ang pinakamatipid at pinakamadaling makuhang paraan ng transportasyon. Maaaring kabilang dito ang: ambulansya, litter van, mga serbisyo ng medikal na transportasyon na wheelchair van, at pagkoordina sa paratransit. Pinapahintulutan ang mga uri ng transportasyon kapag: • Hindi ka pinapayagang magbiyahe ng iyong medikal at/o pisikal na kondisyon sa pamamagitan ng bus, pampasaherong kotse, taxicab, o iba pang anyo ng pampubliko o pribadong transportasyon, **at** • Kinakailangan ang sasakyan para sa layunin ng pagkuha ng kinakailangan na pangangalagang medikal. Depende sa serbisyo, maaaring kailanganin ang paunang pahintulot. Magagamit ang serbisyong ito sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-877-433-2178 (TTY 711) 24 na oras at 7 araw kada linggo. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
Hindi medikal na Transportasyon Pinapahintulutan ng benepisyong ito ang transportasyon sa mga serbisyong medikal sa pamamagitan ng pampasaherong kotse, taxi o iba pang mga anyo ng pampubliko/pribadong transportasyon. Hindi nililimitahan ng benepisyong ito ang iyong benepisyo sa medikal na transportasyon na hindi pang-emergency. Magbibigay kami ng walang limitasyon na sasakyan papunta at pabalik sa mga saklaw na serbisyong kinakailangan dala ng medikal na dahilan, kabilang ang ngunit hindi limitado sa: • Karaniwang pagpapatingin sa doktor o espesyalista • Mga parmasya para sa pagkuha mga inireresetang gamot na hindi pwedeng direktang ipadala sa iyo • Pagkuha ng mga kagamitang pangmedikal, prosthetic, orthotic at iba pang equipment • Espesyal na mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip, serbisyo sa karamdaman sa pag-abuso ng substansya, serbisyong Denti-Cal at iba pang mga serbisyong ibinibigay ng mga programa ng estado o county. Sa ilang kaso, babayaran pa ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang isang kaibigan o miyembro ng pamilya para sa gasolinang nagamit sa bawat milya ng paghatid sa iyo sa saklaw na serbisyo o lokasyon. Magbabayad lamang ang <Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan> kapag walang ibang sasakyan na maaaring gamitin. Kung hindi mo kayang magmaneho o kung sa tingin mo ay kailangang gamitin ng kaibigan o kamag-anak mo ang sarili nilang sasakyan para ihatid ka sa saklaw na serbisyo o lokasyon, mangyaring humingi ng tulong sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bago bumiyahe upang makakuha ng pag-apruba. Magagamit ang serbisyong ito sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-877-433-2178 (TTY 711) 24 na oras at 7 araw kada linggo. *Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa nursing facility Ang isang nursing facility (NF) ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga tao na hindi makakakuha ng pangangalaga sa tahanan ngunit hindi kailangang maospital. Kabilang sa mga serbisyong babayaran namin ang, ngunit hindi limitado sa sumusunod: • Semiprivate na kuwarto (o isang pribadong kuwarto kung ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan) • Mga pagkain, kasama ang mga espesyal na pagkain • Mga serbisyo sa pag-aalaga • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Respiratory therapy • Mga gamot na ibinibigay sa iyo bilang bahagi ng iyong plan ng pangangalaga. (Kasama rito ang mga substansya na likas na nasa katawan, tulad ng mga sanhi ng pamumuo ng dugo.) • Dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • Mga pang-medikal at pang-operasyon na supply na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility • Mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility • Mga serbisyo para sa X-ray at ibang mga serbisyo ng radiology na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility • Paggamit ng mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility • Mga serbisyo ng doktor/propesyonal • Matibay na kagamitang medikal • Mga serbisyo sa ngipin, kasama ang mga pustiso • Mga benepisyo sa paningin **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa Nursing facility (ipinagpapatuloy) • Mga eksaminasyon sa pandinig • Pangangalaga para sa gulugod (Chiropractic) • Mga serbisyo sa paa Karaniwanng makukuha mo ang pangangalaga sa iyo mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaari mong makuha ang pangangalaga sa iyo mula sa isang pasilidad na wala sa aming network. Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tinatanggap ng mga ito ang mga halaga ng bayad ng aming plan: • Isang nursing home o komunidad para sa patuloy na pangangalaga sa pagreretiro kung saan ka nakatira bago ka pumunta sa ospital (basta't ito ay nagbibigay ng pangangalaga ng nursing facility). • Isang nursing facility kung saan nakatira ang iyong asawa sa oras na umalis ka sa ospital. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0
🍎	**Pag-screen sa labis na katabaan at therapy sa pagpapanatili ng pagbaba ng timbang** Kung mayroon kang isang body mass index na 30 o mahigit pa, babayaran namin ang pagpapayo para tulungan kang magbawas ng timbang. Dapat mong makuha ang pagpapayo sa isang kapaligiran ng pangunahing pangangalaga. Sa ganitong paraan, mapapamahalaan ito kasama ang iyong buong plan sa pag-iwas sa sakit. Makipag-usap sa iyong Provider ng pangunahing pangangalaga upang malaman ang higit pa.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo ng programang paggamot sa opioid Babayaran ng plan ang mga sumusunod na serbisyo upang gamutin ang sakit sa paggamit ng opioid: • Mga gamot na aprubado ng Food and Drug Administration (FDA) at, kung naaangkop, pangangasiwa at pagbibigay ng iyong mga gamot • Pagpapayo sa paggamit ng substansya • Pang-indibiduwal at pang-grupong therapy • Pagsusuri para sa mga gamot o kemikal sa iyong katawan (toxicology testing)	$0
	Mga pang-outpatient na diagnostic test at serbisyong therapeutic at supply Babayaran namin ang sumusunod na mga serbisyo at iba pang serbisyong kinakailangang dala ng medikal na dahilan na hindi nakalista rito: • Mga X-ray • Radiation (radium at isotope) therapy, kasama ang mga materyales at supply ng technician • Mga supply para sa operasyon, tulad ng mga bendahe • Mga splint, cast, at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa mga bali at pagkawala sa lugar • Mga pagsusuri sa lab • Dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • Iba pang mga diyagnostikong pagsusuri para sa outpatient *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Obserbasyon sa outpatient sa ospital Ang mga serbisyo sa pag-oobserba ay mga serbisyong pang-outpatient sa ospital na ibinibigay upang matukoy kung kailangan mong ipasok sa ospital bilang inpatient o maaaring mailabas. Upang masaklaw ang mga serbisyong pag-oobserba sa ospital para sa outpatient,dapat matugunan ng mga ito ang pamantayan ng Medicare at maituring na makatuwiran at kinakailangan. Sinasaklaw lang ang mga serbisyong pag-oobserbay kapag ibinigay ng utos ng isang doktor o iba pang indibidwal na awtorisado ng batas sa paglilisensya ng estado at bylaws ng mga kawani ng ospital na tumanggap ng mga pasyente sa ospital o iutos ang mga pagsusuri na outpatient. **Tandaan:** Malibang sumulat ang Provider ng utos na tanggapin ka bilang inpatient sa ospital, ikaw ay isang outpatient at magbabayad ng halaga ng pinaghahatiang gastos para sa mga serbisyo ng ospital sa outpatient. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, maaaring ituring ka pa ring isang “outpatient.” Kung hindi ka tiyak kung ikaw ay isang outpatient, dapat na tanungin mo ang staff ng ospital.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran

	Mga serbisyong pang-outpatient sa ospital
	
	Babayaran namin ang makukuha mong mga serbisyong kinakailangan dala ng medikal na dahilan sa outpatient department ng isang ospital para sa pag-diagnose o paggamot ng isang sakt o pinsala, tulad ng:
	• Mga serbisyo sa isang departamento ng emergency o klinika ng outpatient, tulad ng pag-oopera na hindi kailangang mamalagi sa ospital o mga serbisyong pag-oobserba
	  ○ Tumutulong ang serbisyong pag-oobserba sa doktor mo na malaman kung kailangan mong ipasok sa ospital bilang isang "inpatient."
	  ○ Minsan maaari kang manatili sa ospital nang magdamag at mananatili pa ring isang "outpatient."
	  ○ Makakukuha ka ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagiging isang inpatient o isang outpatient sa fact sheet na ito: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf
	• Mga pagsusuri sa laboratoryo at diagnostic na sisingilin ng ospital
	• Pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan, kasama ang pangangalaga sa isang programa ng bahagyang pagkakaospital, kung mapapatunayan ng isang doktor na mangangailangan ng paggamot sa ospital nang wala ito
	• Mga serbisyo para sa X-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na sinisingil ng ospital
	• Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast
	• Mga screening at serbisyo upang makaiwas sa sakit na nakalista sa buong Tsart ng mga Benepisyo
	• Ilang gamot na hindi mo maibigay sa sarili mo
	
	Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.
		$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient Babayaran namin ang mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan na ibinibigay ng: • Isang psychiatrist o doktor na lisensyado sa estado • Isang klinikal na psychologist • Isang klinikal na social worker • Isang klinikal na espesyalistang nurse • Isang nurse na practitioner • Isang katulong ng doktor • Sinumang iba pang mga propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan ng pag-iisip na kuwalipikado sa Medicare ayon sa pinahihintulutan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring pati ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista rito: • Mga serbisyo sa klinika • Paggamot sa araw • Mga serbisyo ng rehab para sa isipan at pag-uugali • Mga programa ng bahagyang pagkakaospital/masusing pangangalaga para sa outpatient • Pagsusuri at paggamot sa kalusugang pangkaisipan ng indibiduwal at grupo • Pagsusuri sa isipan kapag pinatunayan ng doktor na kailangang masuri ang isang resulta ng kalusugan ng pag-iisip • Mga serbisyo sa outpatient para sa mga layunin ng pagsubaybay sa therapy sa pamamagitan ng gamot • Laboratoryo, mga gamot, supply at suplemento para sa outpatient • Pagkonsulta sa Psychiatrist *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyong panrehabilitasyon sa outpatient Babayaran namin ang physical therapy, occupational therapy, at speech therapy. Maaari kang makakuha ng mga serbisyo para sa rehabilitasyon na outpatient mula sa mga departamento ng ospital na outpatient, mga nagsasariling opisina ng therapist, comprehensive outpatient rehabilitation facilities (mga CORF), at iba pang mga pasilidad. Ang mga serbisyong panrehabilitasyon para sa puso ay may maximum na 2 isang-oras na sesyon bawat araw hanggang sa 36 na sesyon sa 36 na linggo. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0
	Mga serbisyong pang-outpatient para sa pag-abuso sa substansya Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring pati ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista rito: • Pagsusuri (screening) at pagpapayo sa pagkagumon sa alak • Paggamot sa pag-abuso sa droga • Pagpapayo sa grupo o indibiduwal ng isang kuwalipikadong doktor • Hindi masyadong malubhang pag-alis ng lason (detoxification) sa isang pantahanang programa para sa adiksyon • Mga serbisyo para sa alak at/o droga sa isang center para sa masusing paggamot na outpatient • Paggamot sa pamamagitan ng pinalawig na paglabas ng Naltrexone (vivitrol) *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pag-oopera sa outpatient Babayaran namin ang pag-oopera na outpatient at mga serbisyo sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at mga center para sa pag-oopera sa mga nakakapaglakad. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0
	Mga over-the-counter (OTC) na item May karapatan ka sa tuwing ikatlong buwan na allowance ng $120 para sa mga gamot at supply na OTC. Saklaw sa ilalim ng benepisyong ito ang mga item tulad ng aspirin, bitamina, mga partikular na gamot para sa sipon at ubo, at benda. Hindi saklaw sa ilalim ng benepisyong ito ang mga item tulad ng mga kosmetiko at suplementong pagkain. Magagamit online ang catalog ng OTC at mga tagubilin sa pag-order sa www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC. Maaari kang mag-order ng mga item sa 1-888-628-2770 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 9:00 a.m. at 5:00p.m. o online sa www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC. Ipapadala sa iyo nang walang dagdag na bayad ang mga Order mo. Mangyaring maglaan ng humigit-kumulang na 7-10 araw ng negosyo para sa paghahatid Magiging epektibo ang benepisyong ito sa unang araw ng bawat tatlong buwan: Enero, Abril, Hulyo, at Oktubre. Maaari kang mag-order kada tatlong buwan at hindi magagamit ang hindi nagamit na allowance sa susunod na tatlong buwan.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyong bahagyang pagkakaospital Ang bahagyang pagkakaospital ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong paggamot sa karamdaman ng isipan. Ibinibigay ito bilang isang serbisyo na outpatient ng ospital o ng isang center sa komunidad para sa kalusugang pangkaisipan. Ito ay mas matindi kaysa sa pangangalaga na nakukuha mo sa opisina ng iyong doktor o therapist. Matutulungan ka nito na iwasang mamamalagi sa ospital. **Tandaan:** Dahil walang center sa komunidad para sa kalusugang pangkaisipan sa aming network, sinasaklaw lang namin ang bahagyang pagkakaospital bilang serbisyo na outpatient ng ospital. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Sistema ng Pagtugon sa Personal na Emergency (Emergency Response System, PERS) Ang PERS ay isa medical alert monitoring system na nagbibigay ng access na makatulong nang 24/7, sa pamamagitan lamang ng pagpindot ng isang button. Ibinibigay sa iyo ng LifeStation® ang mga benepisyo mo sa PERS. Kabilang sa mga benepisyong matatanggap mo mula sa LifeStation® ang: • Isang personal na emergency response system • Napiling in-home system o mobile device na may GPS/WiFi • Buwanang pagsubaybay • Mga kinakailangang charger at cords **Para makuha ang PERS at magsimulang makatanggap ng serbisyo, tumawag sa grupo ng LifeStation sa 1-855-672-3269, 24 na oras kada araw, pitong araw kada linggo, o bisitahin ang www.medicalalertbenefits.com/bscamedicare.**	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran

	Mga serbisyo ng Doktor/Provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor
	Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:
	• Medikal na kinakailangan na pangangalaga ng kalusugan o mga serbisyo sa pag-oopera na ibinibigay sa mga lugar tulad ng:
	  ○ Opisina ng doktor
	  ○ Sertipikadong center para sa pag-oopera sa nakakapaglakad
	  ○ Departamento ng ospital na outpatient
	• Konsultasyon, pag-diagnose at paggagamot ng isang espesyalista
	• Pangunahing eksamin sa pandinig at pagbalanse na ibinibigay ng iyong Provider ng pangunahing pangangalaga, kung itinagubilin ito ng iyong doktor upang makita kung kailangan mo ng paggamot
	• Ilang karagdagang serbisyo ng telehealth, kabilang ang mga serbisyo ng Doktor upang gamutin ang mga kondisyon na hindi pang-emergency tulad ng sipon at mga sintomas ng trangkaso, alerhiya, brongkitis, impeksyon sa palahingahan, problema sa sinus, pantal, impeksyon sa mata, migraine at marami pa.
	• May opsyong kang kunin ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagbisita o telehealth. Kung pipiliin mong makakuha ng isa sa mga serbisyo ng telehealth, dapat mong gamitin ang Provider ng network na nag-aalok ng serbisyo ng telehealth.
	  • Ang mga serbisyo ng telehealth para sa buwanang mga pagbisita kaugnay ng end-stage renal disease (ESRD) para sa mga miyembro na nagda-dialysis sa bahay sa isang nakabase sa ospital o kritikal na access na renal dialysis center na nakabase sa ospital, renal dialysis center, o bahay ng miyembro
	  • Mga serbisyo ng telehealth upang i-diagnose, suriin, o gamutin ang mga sintomas ng stroke
	  • Mga virtual na pagsusuri (halimbawa, sa telepono o video chat) sa iyong doktor sa loob ng 5-10 minuto kung:
	  ○ ikaw ay hindi bagong pasyente **at**
	  ○ hindi kaugnay ang pag-check in sa pagbisita sa opisina sa nakalipas na 7 araw **at**
	Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina
		$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo ng Doktor/Provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (ipinagpapatuloy) ○ ang pagpapatala ay hindi hahantong sa pagbisita sa opisina sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na available na appointment. • Pagsusuri ng video at/o imahe na ipinapadala mo sa iyong doktor at interpretasyon at pag-follow up ng iyong doktor sa loob ng 24 oras kung: ○ ikaw ay hindi bagong pasyente at ○ hindi kaugnay ang pagsusuri sa pagbisita sa opisina sa nakalipas na 7 araw at ○ ang pagsusuri ay hindi hahantong sa pagbisita sa opisina sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na available na appointment • Ang konsultasyon na ginawa ng iyong doktor sa iba pang doktor sa telepono, sa Internet, o elektronikong rekord ng kalusugan kung hindi ka bagong pasyente • Pangalawang opinyon ng isa pang Provider sa network bago ang operasyon • Hindi karaniwang pangangalaga sa ngipin. Ang mga saklaw na serbisyo ay limitado sa: ○ Pag-oopera ng panga o mga kaugnay na istraktura ○ Pag-aayos sa mga pagkasira ng panga o buto sa mukha ○ Pagbunot sa mga ngipin bago ang mga paggamot sa neoplastic na kanser sa pamamagitan ng radiation ○ Mga serbisyo na masasaklaw kung ibibigay ng isang doktor *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo sa paa Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Pagkilala sa sakit at medikal o pag-oopera na paggamot sa mga pinsala at sakit sa paa (tulad ng hammer toe o heel spur) • Regular na pangangalaga ng paa para sa mga miyembro na may mga kondisyong nakakaapekto sa mga binti, tulad ng diabetes *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0
	Pagsusuri na pag-screen ng kanser sa prostate Para sa mga lalaki na nasa edad na 50 at mas matanda pa, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo ng isang beses kada 12 buwan: • Isang digital na eksaminasyon sa puwit • Isang prostate specific antigen (PSA) na pagsusuri *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

	Mga prosthetic na device at kaugnay na supply Ang mga prosthetic device ay pinapalitan ang lahat o bahagi ng isang bahagi ng katawan o paggana. Babayaran namin ang mga sumusunod na prostetikong kagamitan, at pati ang iba pang mga kagamitan na hindi nakalista rito: • Mga colostomy bag at mga supply na may kaugnayan sa pangangalaga sa colostomy • Enteral at parenteral na nutrisyon, kabilang ang mga kit sa pagpapakain, infusion pump, tubo at adaptor, mga solution, at mga supply para sa pag-iiniksyon sa sarili • Mga pacemaker • Mga brace • Mga prostetikong sapatos • Mga artipisyal na braso at binti • Mga prosthesis sa suso (kasama ang isang bra para sa operasyon pagkatapos ng isang mastectomy o pag-alis ng suso) • Mga prosthesis upang palitan ang lahat ng bahagi ng isang panlabas na bahagi ng mukha na inalis o napinsala bilang resulta ng sakit, pinsala o sakit sa pagkabata • Krema sa kawalan ng pagpipigil at mga diaper Babayaran din namin ang ilang supply na may kaugnayan sa mga prostetikong kagamitan. Magbabayad din kami para ayusin o palitan ang mga prostetikong kagamitan. Naghahandog kami ng ilang pagsaklaw pagkatapos ng pag-alis ng katarata o pag-opera sa katarata. Tingnan ang “Pangangalaga sa Mata” sa huling bahagi ng seksyon na ito para sa mga detalye. Hindi namin babayaran ang mga prostetikong gamit sa ngipin. Maaaring saklawin ang mga prosthetic dental device sa ilalim ng Denti-Cal. Tingnan sa seksyon F sa kabanatang ito o bisitahin ang www.denti-cal.ca.gov para sa karagdagang impormasyon.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyong panrehabilitasyon ng palahingahan Babayaran namin ang mga programa ng rehabilitasyon para sa baga para sa mga miyembro na may katamtaman hanggang sa napakalubhang chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Dapat mayroon kang isang referral para sa rehabilitasyon ng palahingahan mula sa doktor o Provider na gumagamot ng COPD. Babayaran namin ang mga serbisyo sa palahingahan para sa mga pasyenteng umaasa sa ventilator. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0
	Pagsusuri at pagpapayo para sa mga sakit na naipapasa sa pakikipagtalik (mga STI) Babayaran namin ang mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Sinasaklaw ang mga screening na ito para sa mga buntis na kababaihan at para sa ilang tao na nasa nadagdagang panganib para sa isang STI. Dapat itagubilin ng Provider ng pangunahing pangangalaga ang pagsusuring ito. Sinasaklaw namin ang mga ganitong pagsusuri nang isang beses kada 12 buwan o sa ilang beses sa panahon ng pagbubuntis. Babayaran din namin ang hanggang sa dalawang masusi at harapang sesyon ng pagpapayo sa pag-uugali bawat taon para sa mga sekswal na aktibong nasa hustong gulang na nasa nadagdagang panganib para sa mga STI. Ang bawat sesyon ay maaaring magtagal nang 20 hanggang 30 minuto. Babayaran lang namin ang mga sesyon sa pagpapayong ito bilang serbisyo upang makaiwas sa sakit kung ibibigay ang mga ito ng isang Provider ng pangunahing pangangalaga. Ang mga sesyon na ito ay dapat nasa isang pangunahing pangangalaga na setting, tulad ng tanggapan ng isang doktor.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa Pasilidad ng may kasanayang pagkalinga (Skilled nursing facility, SNF) Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring pati ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista rito: • Isang semi-private na kuwarto, o isang pribadong kuwarto kung ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan • Mga pagkain, kasama ang mga espesyal na pagkain • Mga serbisyo sa pag-aalaga • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Mga gamot na nakukuha mo bilang bahagi ng iyong plano sa pangangalaga, kasama ang mga substansya na likas na nasa katawan, tulad ng mga sanhi ng pamumuo ng dugo • Dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • Mga supply para sa paggamot at pag-oopera na ibinibigay ng mga nursing facility • Mga pagsusuri sa laboratoryo na ibinibigay ng mga nursing facility • Mga serbisyo para sa X-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na ibinibigay ng mga nursing facility • Mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair, na karaniwang ibinibigay ng nursing facility • Mga serbisyo ng Doktor/Provider Karaniwanng makukuha mo ang pangangalaga sa iyo mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaari mong makuha ang pangangalaga sa iyo mula sa isang pasilidad na wala sa aming network. Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tinatanggap ng mga ito ang mga halaga ng bayad ng aming plan: • Isang nursing home o komunidad sa patuloy na pangangalaga sa pagreretiro kung saan ka nakatira bago ka pumunta sa ospital (basta't ito ay nagbibigay ng pangangalaga ng nursing facility) • Isang nursing facility kung saan nakatira ang iyong asawa sa oras na umalis ka sa ospital *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pinangangasiwaang therapy na ehersisyo (SET) Babayaran ng mga plan ang SET para sa mga miyembro na may palatandaan ng peripheral artery disease (PAD) na may referral para sa PAD mula sa doktor na responsable para sa paggamot na PAD. Babayaran ng plan ang: • Hanggang 36 na sesyon sa loob ng 12-linggong panahon kung natugunan ang lahat ng kinakailangan ng SET • Karagdagang 36 na sesyon sa paglipas ng panahon kung itinuturing na kinakailangan dahil sa medikal na dahilan ng isang Provider ng pangangalagang pangkalusugan Ang programang SET ay dapat na: • 30 hanggang 60-minuto na sesyon ng programa sa pagsasanay ng nakakapagpagaling na ehersisyo para sa PAD sa mga miyembro na may pulikat sa binti dahil sa mahinang pagdaloy ng dugo (claudication) • Nasa setting na outpatient sa ospital o sa isang opisina ng doktor • Inihatid ng isang kuwalipikadong kawani na tinitiyak na mas higit ang benepisyo kaysa pinsala at na sinanay sa therapy na ehersisyo para sa PAD • Sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng isang doktor, katulong na doktor, o nurse practitioner/clinical nurse specialist na sinanay sa parehong pangunahin at makabagong mga pamamaraan ng pagsuporta sa buhay *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Agarang pangangalaga Ang agarang pangangalaga ay pangangalaga na ibinibigay para gamutin ang: • Isang di-emergency na nangangailangan ng agarang pangangalagang medikal, **o** • Isang biglaang karamdaman, **o** • Isang pinsala, **o** • Isang kondisyon na nangangailangan kaagad ng pangangalaga. Kung kailangan mo ng agarang pangangalaga, kailangan mo munang subukang kumuha nito mula sa isang Provider na nasa network. Gayunpaman, maaari kang gumamit ng mga Provider na wala sa network kapag hindi ka makapupunta sa isang Provider na nasa network. Babayaran ka ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ng hanggang **$25,000** sa mga serbisyong agarang kinailangan na natanggap saanman sa labas ng Estados Unidos kada taon sa kalendaryo. Babayaran ka lang namin kung ang mga serbisyong iyong natanggap ay natugunan ang pamantayan para sa agarang pangangalaga na nakalista sa itaas. Tingnan sa seksyon ng Worldwide Emergency and Urgent Coverage sa dulo ng tsart na ito para sa higit pang impormasyon.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
Pangangalaga sa paningin Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Isang karaniwang eksaminasyon sa mata taun-taon; **at** • Hanggang $500 para sa mga salamin sa mata (mga frame at lens) o mga contact lens bawat dalawang taon (panahon ng benepisyo). Makakatipid ka sa anumang natitirang balanse para gamitin kinalaunan sa loob ng parehong panahon ng benepisyo. Babayaran namin ang mga serbisyo ng doktor para sa hindi mamamalagi sa ospital para sa pagkilala at paggamot ng mga sakit at pinsala ng mata. Halimbawa, kabilang dito ang mga pagsusuri sa mata taun-taon para sa diabetic retinopathy para sa mga taong may diabetes at paggamot para sa macular degeneration na dala ng pagtanda. Para sa mga tao na nasa mataas na panganib ng glaucoma, babayarin namin ang isang screening ng glaucoma kada taon. Kasama sa mga taong nasa mataas na panganib ng glaucoma ang: • Mga tao na may kasaysayan ng glaucoma sa pamilya • Mga taong may diabetes • Mga African-American na edad 50 at mas matanda pa • Mga Hispanic American na 65 taong gulang o mas matanda pa Babayaran namin ang isang pares ng salamin o contact lens pagkatapos ng bawat pag-oopera sa katarata kapag maglalagay ang doktor ng lens sa loob ng mata (intraocular lens). (Kung mayroon kang dalawang magkahiwalay na pag-oopera sa katarata, dapat kumuha ka ng isang pares ng mga salamin pagkatapos ng bawa't pag-oopera. Hindi ka makakakuha ng dalawang pares ng salamin pagkatapos ng pangalawang pag-oopera, kahit na hindi ka nakakuha ng isang pares ng salamin pagkatapos ng unang pag-opera). *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong doktor at kumuha ng referral.*	$0 Responsable ka para sa halaga ng materyales na mataas sa $500 allowance

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	"Welcome to Medicare" na pagbisita upang makaiwas sa sakit (isang beses lang) Sinasaklaw namin ang isang beses na "Welcome to Medicare" na pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit. Kasama sa pagpapatingin ang: • Pagsusuri ng iyong kalusugan, • Edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga serbisyo na pang-iwas sa sakit na iyong kailangan (kasama ang mga pag-screen at iniksiyon), **at** • Mga referral para sa ibang pangangalaga kung kailangan mo ito. **Tandaan:** Kasama sa aming saklaw ang "Maligayang Pagdating sa Medicare" na pagpapatingin para sa pag-iwas sa karamdaman sa panahon lang ng unang 12 buwan na mayroon kang Part B ng Medicare. Kapag gumawa ka ng iyong appointment, sabihin sa opisina ng iyong doktor na gusto mong ipaiskedyul ang iyong "Maligayang Pagdating sa Medicare" na pagpapatingin para sa pag-iwas sa karamdaman.	$0

E. Mga benepisyong saklaw sa labas ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Hindi saklaw ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga sumusunod na serbisyo ngunit magagamit sa pamamagitan ng Medicare o Medi- Cal.

E1. California Community Transitions (CCT)

Gumagamit ang programang Mga Pagbalik sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT) ng mga lokal na Nangungunang Organisasyon upang matulungan ang mga kuwalipikadong benepisyaryo ng Medi-Cal, na namalagi sa isang pang-inpatient na pasilidad sa loob ng 90 magkakasunod na araw o mas matagal pa, na bumalik sa, at manatiling ligtas sa isang komunidad. Popondohan ng programang CCT ang mga serbisyo sa pangangasiwa sa pagbalik sa panahon bago ang pagbabalik at sa loob ng 365 araw pagkatapos ng pagbabalik upang matulungan ang mga benepisyaryo sa paninirahang muli sa isang komunidad.

Maaari kang makatanggap ng mga serbisyo sa pangangasiwa sa pagbalik mula sa anumang Nangungunang Organisasyon ng CCT na naglilingkod sa iyong bansang tinitirahan. Makikita mo ang isang listahan ng mga Organisasyong Pinamumunuan ng CCT at ang mga county na kanilang siniserbisyuhan sa website ng Department of Health Care Services sa: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx.

Para sa mga serbisyo sa pangangasiwa sa pagbalik sa CCT:

Babayaran ng Medi-Cal ang mga serbisyo sa pangangasiwa sa pagbabalik. Wala kang babayaran sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong walang kaugnayan sa iyong pagbalik sa CCT:

Sisingilin ng Provider ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para sa mga serbisyo sa iyo. Babayaran ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga serbisyo na ibinigay pagkatapos ng paglipat mo. Wala kang babayaran sa mga serbisyong ito.

Habang tumatanggap ka ng mga serbisyo ng CCT na pangangasiwa ng paglipat, babayaran ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga serbisyo na nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo sa Seksyon D ng kabanatang ito.

Walang pagbabago sa benepisyong saklaw sa gamot ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

Hindi saklaw ng programa ng CCT ang mga gamot. Patuloy mong makukuha ang iyong normal na benepisyo sa gamot sa pamamagitan ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Para sa karagdagang impormasyon, pakitingnan sa Kabanata 5 Seksyon F.

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalaga sa pagbabalik na hindi mula sa CCT, dapat mong tawagan ang iyong Care Navigator para ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga sa pagbabalik

na hindi CCT ay isang pangangalagang hindi nauugnay sa iyong pagbabalik mula sa isang institusyon/pasilidad. Maaari kang makipag-ugnayan sa iyong Care Navigator sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo tapos piliin ang opsyon na Care Navigator kapag nasa queue ka na.

E2. Programang Medi-Cal Dental

Makukuha ang mga partikular na serbisyo sa ngipin sa Programang Medi-Cal Dental; halimbawa, mga serbisyong tulad ng:

- Mga paunang pagsusuri, X-ray, paglilinis, at mga paggamot na fluoride
- Mga restoration at crown
- Root canal therapy
- Mga pustiso, pag-a-adjust, pag-aayos at muling paglilinya

Makukuha ang mga benepisyo para sa ngipin sa Programang Medi-Cal Dental bilang fee-for-service. Para sa karagdagang impormasyon, o kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap ng isang dentistang tumatanggap ng Programang Medi-Cal Dental, mangyaring makipag-ugnayan sa Linya ng Customer Service sa 1-800-322-6384 (dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Available ang mga kinatawan ng Programang Medi-Cal Dental upang tulungan ka mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari mo ring bisitahin ang website dental.dhcs.ca.gov/ para sa karagdagang impormasyon.

Bukod pa sa fee-for-service ng Programang Medi-Cal Dental, maaari kang kumuha ng mga benepisyo para sa ngipin sa pamamagitan ng isang pinamamahalaang plan sa pangangalaga ng ngipin. May mga pinamamahalaang plan sa pangangalaga sa ngipin sa Los Angeles County. Kung nais mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga plan sa ngipin, kailangan ng tulong sa pagtukoy sa iyong plan sa ngipin, o nais magpalit ng plan sa ngipin, mangyaring makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-800-430-4263 (tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Libre ang tawag.

E3. Pangangalaga sa Hospisyo

Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. May karapatan kang piliin ang hospisyo kung matukoy ng iyong Provider at medikal na direktor ng hospisyo na mayroon kang karamdaman na nagtataning sa buhay. Nangangahulugan itong mayroon kang nakamamatay na karamdaman at inaasahang may anim na buwan ka o mas maikli pa para mabuhay. Ang iyong doktor sa hospisyo ay maaaring isang Provider na nasa network o isang Provider na wala sa network.

Tingnan sa Tsart ng mga Benepisyo sa Seksyon D ng kabanatang ito para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung ano ang binabayaran ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan habang nakakatanggap ka ng mga serbisyo sa pangangalaga sa hospisyo.

Para sa mga serbisyo ng hospisyo at serbisyo na saklaw ng Medicare Part A o B na may kaugnayan sa iyong karamdaman na nagtataning sa buhay:

- Sisingilin ng Provider ng hospisyo ang Medicare para sa mga serbisyo sa iyo. Babayaran ng Medicare ang mga serbisyo ng hospisyo na nauugnay sa iyong karamdaman na nagtataning sa buhay. Wala kang babayaran sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A o B na walang kaugnayan sa iyong karamdaman na nagtataning sa buhay (maliban sa pangangalagang pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga):

- Sisingilin ng Provider ang Medicare para sa mga serbisyo sa iyo. Babayaran ng Medicare ang mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part A o B. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga gamot na maaaring saklawin ng Medicare Part D na benepisyo ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

- Kailanman ay hindi sabay na sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plan ang mga gamot. Para sa karagdagang impormasyon, pakitingnan sa Kabanata 5 Seksyon F.

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalaga na hindi mula sa hospisyo, dapat mong tawagan ang iyong Care Navigator para ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na hindi mula sa hospisyo ay pangangalaga na hindi nauugnay sa iyong karamdaman na nagtataning sa buhay. Maaari kang makipag-ugnayan sa iyong Care Navigator sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo tapos piliin ang opsyon na Care Navigator kapag nasa queue ka na.

F. Mga benepisyong hindi saklaw ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, Medicare, o Medi-Cal

Nakasulat sa seksyong ito kung anong mga uri ng mga benepisyo ang ibinukod ng plan. Ang ibig sabihin ng pagbubukod ay hindi namin babayaran ang mga benepisyong ito. Ang mga ito ay hindi rin babayaran ng Medicare at Medi-Cal.

Inilalarawan ng listahan sa ibaba ang ilang serbisyo at gamit na hindi namin sinasaklaw sa ilalim ng anumang mga kondisyon at ang ilan na hindi namin isinama sa ilang pangyayari lamang.

Hindi namin babayaran ang mga ibinukod na benepisyong medikal na nakalista sa seksyon na ito (o saan man dito sa *Handbook ng Miyembro*) maliban sa ilalim ng nakalistang mga partikular na kondisyon. Kung sa palagay mo na kailangan naming bayaran ang isang serbisyo na hindi saklaw,

maaari kang magsampa ng isang apela. Para sa impormasyon tungkol sa paghahain ng isang apela, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon D, E, F at G.

Bilang karagdagan sa anumang pagbubukod o limitasyong inilalarawan sa Tsart ng mga Benepisyo, hindi saklaw ng aming plan ang mga sumusunod na item at serbisyo:

- Mga serbisyo na itinuturing na hindi "makatwiran at kinakailangan dala ng medikal na dahilan," alinsunod sa mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal, maliban kung ang mga serbisyong ito ay inilista ng aming plan bilang mga saklaw na serbisyo.
- Mga pang-eksperimentong medikal at pag-ooperang paggamot, item, at gamot, maliban kung saklaw ng Medicare o nasa ilalim ng aprubado ng Medicare na pag-aaral na pananaliksik na klinikal o ng aming plan. Tingnan sa Kabanata 3 pahina 59 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral. Ang pang-eksperimento na paggamot at mga item ay yaong hindi pangkalahatang tinatanggap ng medikal na komunidad.
- Paggamot sa pamamagitan ng pag-oopera para sa labis na katabaan na may masamang epekto, maliban kapag ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan at Medicare ang nagbabayad para dito.
- Isang pribadong kuwarto sa isang ospital, maliban kapag ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
- Mga pribadong naka-duty na nars.
- Mga personal na gamit sa iyong kuwarto sa isang ospital o isang nursing facility, tulad ng isang telepono o isang telebisyon.
- Full-time na pangangalaga ng nars sa iyong tahanan.
- Mga bayarin na sinisingil ng iyong mga malapit na kamag-anak o mga miyembro ng iyong sambahayan.
- Mga pinili o boluntaryong pamamaraan o serbisyo sa pagpapabuti (kasama ang pagbawas ng timbang, pagtubo ng buhok, sekswal na pagganap, pagganap ng atletiko, mga pang-kosmetikong layunin, pag-iwas sa pagtanda at pagganap ng isipan), maliban kapag kinakailangan dahil sa medikal na kalagayan.
- Mga pag-oopera na pangkosmetiko o iba pang gawaing pangkosmetiko, maliban kung kinakailangan ito dahil sa isang pinsala sa aksidente o upang pagandahin ang isang bahagi ng katawan na hindi nakahugis nang tama. Gayunpaman, babayaran namin ang muling pagbuo ng isang suso pagkatapos ng isang mastectomy (pag-alis ng suso) at para sa paggamot ng isa pang suso para magtugma ito.

- Pangangalaga para sa gulugod (chiropractic), maliban sa manu-manong pamamahala sa gulugod na naaalinsunod sa mga gabay sa pagsaklaw.
- Regular na pangangalaga sa paa, maliban sa inilalarawan sa mga serbisyo sa pangangalaga at paggamot ng paa (podiatry) sa Tsart ng mga Benepisyo sa Seksyon D.
- Mga orthopedic na sapatos, maliban kung ang mga sapatos ay bahagi ng isang brace ng binti at kasama sa halaga ng brace, o ang mga sapatos ay para sa isang tao na may sakit sa paa kaugnay ng diabetes.
- Mga device na pansuporta para sa mga paa, maliban sa mga sapatos na pang-orthopedic o pang-therapy para sa mga tao na may karamdaman sa paa kaugnay ng diabetes.
- Radial keratotomy (pag-oopera sa cornea ng mata), LASIK na pag-oopera, at iba pang mga pantulong para sa mahina ang mata.
- Pagbabaligtad ng mga pamamaraan ng isterilisasyon at mga supply na kontraseptibo na walang reseta.
- Mga serbisyo ng naturopath (ang paggamit ng natural o mga alternatibong paggamot).
- Mga serbisyong ibinibigay sa mga beterano sa mga pasilidad ng Veterans Affairs (VA). Gayunpanman, kapag ang isang beterano ay makakakuha ng mga serbisyo para sa emergency sa isang ospital ng VA at ang bahagi ng VA sa gastos ay mas mahigit sa bahagi sa gastos sa ilalim ng aming plan, babayaran namin ang beterano para sa diperensiya. Ikaw pa rin ang may pananagutan para sa mga halaga ng iyong bahagi sa gastos.

Kabanata 5: Pagkuha ng iyong mga inireresetang gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng plan

Panimula

Ipinaliliwanag ng kabanatang ito ang mga patakaran sa pagkuha ng iyong pang-outpatient na resetang gamot. Ang mga ito ay gamot na itinagubilin ng iyong Provider para sa iyo na makukuha mo sa isang parmasya o sa pamamagitan ng pag-order sa koreo. Saklaw nila ang mga gamot na kabilang sa ilalim ng Medicare Part D at Medi-Cal. Sinasabi sa iyo ng Kabanata 6 kung ano ang dapat mong bayaran para sa mga gamot na ito. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro.*

Sinasaklaw rin ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga sumusunod na gamot, bagama't hindi tatalakayin ang mga ito sa kabanatang ito:

- Mga gamot na saklaw ng Medicare Part A. Kasama sa mga ito ang ilang gamot na ibinibigay sa iyo habang ikaw ay nasa isang ospital o nursing facility.
- Mga gamot na saklaw ng Medicare Part B. Kasama sa mga ito ang ilang gamot para sa chemotherapy, ilang iniiniksiyong gamot na ibinibigay sa iyo kapag nagpatingin sa doktor o ng ibang Provider, at mga gamot na ibinibigay sa iyo sa isang klinika para sa dialysis. Upang malaman pa ang tungkol sa kung anong mga gamot ng Medicare Part B ang saklaw, tingnan sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4 Seksyon D.

Mga patakaran para sa mga outpatient na gamot na saklaw ng plan

Karaniwan naming sinasaklaw ang iyong mga gamot basta't sinusunod mo ang mga patakaran sa seksyon na ito.

Mayroon ka dapat doktor o ibang Provider na magsusulat ng iyong reseta. Kadalasang ang taong ito ay ang iyong Provider ng pangunahing pangangalaga (primary care Provider, PCP). Maaari din itong isa pang Provider kung isinangguni ka ng iyong Provider ng pangunahing pangangalaga para sa pangangalaga.

Sa pangkalahatan, kailangan mong gumamit ng parmasya na nasa network para punan ang iyong resetang gamot.

Kailangang kabilang sa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* ng plan ang iyong inireresetang gamot. Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot” para maikli.

- Kung wala ito sa Listahan ng Gamot, maaari naming saklawin ito sa pamamagitan ng pagbibigay sa iyo ng isang pagbubukod.

- Tingnan sa Kabanata 9 para matuto tungkol sa paghiling ng pagbubukod.

Ang iyong gamot ay dapat gamitin para sa indikasyong tinatanggap bilang medikal. Nangangahulugan ito na ang paggamit ng gamot ay alinman sa aprubado ng Food and Drug Administration o suportado ng ilang partikular na sangguniang medikal. Ang mga gamot na ginagamit para gamutin ang mga kondisyon na hindi sinusuportahan ng FDA o ng mga sangguniang libro ay tinatawag na "off-label" na mga indikasyon. Ang mga gamot na ginagamit para sa "off-label" na mga indikasyon ay mga indikasyon na hindi medikal na tinatanggap at kaya, hindi ito isang sakop na benepisyo maliban kung:

- Binanggit itong "off-label" na paggamit sa isa sa mga sangguniang aklat na aprubado ng CMS.
- Binanggit ang mga naturang gamot sa dalawang (2) artikulo mula sa mga nangungunang pahayagan na sinusuri ng mga kasamahan sa medisina na nagpapakita ng data na sumusuporta sa iminungkahing off-label na paggamit o mga paggamit na karaniwang ligtas at mabisa (nalalapat lang ito sa mga gamot na hiniling ng Medi-Cal).

Talaan ng mga Nilalaman

A. Pagkuha ng iyong mga resetang gamot 134

A1. Pagkuha ng iyong reseta sa isang parmasya ng network 134

A2. Paggamit ng iyong ID Card ng Miyembro kapag kinukuha mo ang reseta 134

A3. Ano ang dapat gawin kung lilipat ka sa ibang parmasya sa network 134

A4. Ano ang dapat gawin kung umalis ang iyong parmasya sa network 135

A5. Paggamit ng isang espesyal na parmasya 135

A6. Paggamit ng mga serbisyong mail-order upang kuhanin ang iyong mga gamot 135

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot 138

A8. Paggamit ng parmasya na wala sa plan ng network 138

A9. Pagbabayad sa iyo kung nagbayad ka para sa resetang gamot 139

B. Ang Listahan ng Gamot ng plan 139

B1. Mga Gamot sa Listahan ng Gamot 139

B2. Paano humanap ng gamot sa Listahan ng Gamot 140

B3. Mga gamot na wala sa Listahan ng Gamot 140

B4. Mga antas (tier) sa hatian ng gastos sa Listahan ng Gamot 141

C. Mga limitasyon sa ilang gamot 141

D. Mga dahilan na maaaring hindi saklaw ang iyong gamot 143

D1. Pagkuha ng isang pansamantalang supply 143

E. Mga pagbabago sa saklaw para sa iyong mga gamot 145

F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso 147

F1. Kung ikaw ay nasa isang ospital o skilled nursing facility para sa isang pamamalagi na saklaw ng aming plan 148

F2. Kung ikaw ay nasa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga 148

F3. Kung ikaw ay nasa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare 148

G. Mga programa sa kaligtasan ng gamot at pamamahala ng mga gamot 149

G1. Mga programa upang matulungan ang mga miyembro na gamitin ang mga gamot nang ligtas 149

G2. Programa upang matulungan ang mga miyembro na pangasiwaan ang kanilang mga gamot 149

G3. Programa sa pangangasiwa ng gamot para tulungan ang mga miyembro na ligtas na gamitin ang kanilang gamot na opioid 150

A. Pagkuha ng iyong mga resetang gamot

A1. Pagkuha ng iyong reseta sa isang parmasya ng network

Kadalasan, babayaran **lang** namin ang reseta kung kinuha ito sa alinman sa aming mga parmasya na nasa network. Ang isang parmasya na nasa network ay isang parmasya na sumang-ayon na ibigay ang mga resetang gamot para sa mga miyembro ng aming plan. Maaari kang pumunta sa alinman sa aming mga parmasya na nasa network.

Upang humanap ng isang parmasya sa network, maaari mong tingnan sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, bisitahin ang aming website, o makipag-ugnayan sa Customer Care o iyong Care Navigator.

A2. Paggamit ng iyong ID Card ng Miyembro kapag kinukuha mo ang reseta

Upang kuhanin ang reseta, **ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro** sa parmasya ng iyong network. Sisingilin kami ng parmasya sa network para sa aming bahagi ng gastos ng iyong saklaw na resetang gamot. Maaaring kailangan mong bayaran ang parmasya ng copay kapag kinuha mo ang iyong resetang gamot.

Kung wala sa iyo ang iyong ID Card ng Miyembro kapag kinukuha mo ang iyong resetang gamot, hilingin sa parmasya na tawagan kami para makuha ang kinakailangang impormasyon.

Kung hindi makuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, maaaring bayaran mo ang kabuuang halaga ng reseta kapag kinuha mo ito. Pagkatapos ay maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi. Kung hindi mo mababayaran ang gamot, makipag-ugnayan kaagad sa Customer Care. Gagawin namin ang magagawa namin para tumulong.

- Upang malaman kung paano hingin sa amin na bayaran ka, tingnan sa Kabanata 7 Seksyon A at B.
- Kung kailangan mo ng tulong sa pagkuha ng resetang gamot, maaari kang makipag-ugnayan sa Customer Care o iyong Care Navigator.

A3. Ano ang dapat gawin kung lilipat ka sa ibang parmasya sa network

Kung magpapalit ka ng mga parmasya at kailangan mo ng muling pagkuha ng gamot sa reseta, maaari mong alinman sa hilingin na magkaroon ng bagong reseta na isinulat ng isang Provider o hilingin sa iyong parmasya na ilipat ang reseta sa bagong parmasya kung mayroon pang natitirang muling pagkuha.

Kung kailangan mo ng tulong sa pagpapalit ng iyong parmasya sa network, maaari kang makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong Care Navigator.

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

Kung aalis sa network ng plan ang parmasyang ginagamit mo, kakailanganin mong maghanap ng bagong parmasya na nasa network.

Upang humanap ng isang bagong parmasya sa network, maaari mong tingnan sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, bisitahin ang aming website, o makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong Care Navigator.

A5. Paggamit ng isang espesyal na parmasya

Kung minsan, ang mga reseta ay dapat punan ng isang espesyal na botika. Kasama sa mga espesyal na parmasya ang:

- Mga parmasya na nagsu-supply ng mga gamot para sa pagsusuwero sa tahanan.
- Mga parmasya na nagsu-supply ng mga gamot para sa mga residente ng isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng isang nursing home.
    - Karaniwan, ang mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay mayroong mga sariling parmasya. Kung isa kang residente ng isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga, dapat naming tiyakin na nakukuha mo sa parmasya ng pasilidad ang mga gamot na kailangan mo.
    - Kung wala sa aming network ang parmasya ng iyong pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, o kung nagkakaroon ka ng anumang problema sa pag-access sa iyong mga benepisyo sa gamot sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Care.
- Mga parmasya na naglilingkod sa Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health na Programa. Maliban sa mga emergency, mga Native American o Alaska Native lang ang maaaring gumamit sa mga parmasyang ito.
- Mga parmasya na nagsu-supply ng mga gamot na nangangailangan ng espesyal na pamamahala at tagabulin sa paggamit sa mga ito.

Upang humanap ng isang espesyal na parmasya, maaari mong tingnan sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, bisitahin ang aming website, o makipag-ugnayan sa Customer Care o iyong Care Navigator.

A6. Paggamit ng mga serbisyong mail-order upang kuhanin ang iyong mga gamot

Para sa ilang uri ng gamot, maaari mong gamitin ang mga serbisyong pag-order sa koreo ng network ng plan. Karaniwan, ang mga gamot na available sa pamamagitan ng pag-order sa koreo ay ang mga gamot na regular mong iniinom para sa isang hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon. Ang mga gamot na makukuha sa pamamagitan ng

serbisyo ng aming plan sa pag-order sa koreo ay minarkahan bilang mga mail order na gamot sa aming Listahan ng Gamot.

Pinapayagan ka ng serbisyong pag-order sa koreo ng aming plan na mag-order ng aabot sa isang 100-araw na supply para sa mga gamot na nasa Tier 1 at 90-araw na supply para sa mga gamot na nasa Tier 2-3. Pareho ang copay ng pang-90 at 100-araw na supply sa pang-isang buwang supply

Pagkuha sa aking reseta sa pamamagitan ng koreo

Upang kumuha ng impormasyon tungkol sa pag-file ng iyong mga reseta sa koreo, basahin ang mga tagubilin sa ibaba, bisitahin ang CVS Caremark Mail Order Services online sa www.caremark.com o tumawag sa 1-866-346-7200 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Makatatawag ka rin sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan gamit ang numero ng telepono na nasa ilalim ng pahinang ito.

Para kumuha ng resetang gamot sa pamamagitan ng koreo:

- Magparehistro sa CVS Caremark Mail Order Services online sa www.caremark.com o tumawag sa 1-866-346-7200 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo.

- Pagkatapos magpatala, kakailanganin ng CVS Caremark Mail Order Services ang iyong reseta. Maaari mong ipadala ang iyong reseta sa CVS Caremark sa pamamagitan ng mga sumusunod na paraan:
    - Elektronikong paraan – Hilingin sa iyong doktor na magpadala ng elektronikong reseta sa CVS Caremark para sa 90 o 100 -araw na supply. Tinatawag itong, “e-prescribing,” at ito ang pinakamadaling paraan para makapagpadala ng reseta.
    - Telepono o Fax – Hilingin sa iyong doktor na ipasa sa CVS Caremark ang iyong reseta para sa 90-araw na supply sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-378-5697 o pag-fax ng reseta sa 1-800-378-0323.
    - Koreo – Maaari mong ipadala ang iyong resetang bigay ng iyong doktor sa pamamagitan ng pagkumpleto sa order form ng serbisyo ng koreo, copayment ng serbisyo ng koreo at ipadala ito rito:

        CVS Caremark
        P.O. Box 659541
        San Antonio, TX 78265-9541

- Tumawag sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Malugod ka naming tutulungan sa paggamit ng aming mga serbisyong mail-order, at ipapadala sa iyo ang mga form sa pag-order kung kailangan mo ang mga ito.

Kadalasan, darating sa iyo ang isang reseta na ini-order sa koreo sa loob ng 10 hanggang 14 na araw. Gayunpaman, maaaring maantala ang iyong order sa koreo kung minsan. Kung mangyari ito, pakitawagan ang Customer Care para sa tulong.

Mga prosesong Mail-Order

Mayroong iba't-ibang pamamaraan ang serbisyo ng pag-order sa koreo para sa mga bagong reseta na nakukuha nito mula sa iyo, mga bagong reseta na direktang nakukuha nito mula sa opisina ng iyong Provider, at mga muling pagkuha ng reseta para sa gamot na inorder sa koreo:

1. Mga bagong reseta na natatanggap ng parmasya mula sa iyo

Awtomatikong pupunan ng gamot at ihahatid ng parmasya ang mga bagong reseta na matatanggap nito mula sa iyo.

2. Mga bagong reseta na natatanggap ng parmasya direkta mula sa opisina ng iyong Provider

Pagkatapos makatanggap ng parmasya ng reseta mula sa isang Provider ng pangangalagang pangkalusugan, makikipag-ugnayan ito sa iyo para tingnan kung gusto mo kaagad kuhanin ang iyong gamot o sa ibang pagkakataon.

- Bibigyan ka nito ng pagkakataon para tiyakin na inihahatid ng parmasya ang tamang gamot (kasama ang lakas, bilang, at anyo) at, kung kinakailangan, pahihintulutan ka na itigil o iantala ang pag-order bago ka singilin at bago ito ipadala.
- Mahalagang tumugon ka sa tuwing makikipag-ugnayan ang parmasya sa iyo, para ipaalam sa kanila kung ano ang dapat gawin sa bagong reseta at para maiwasan ang anumang mga pagkaantala sa pagpapadala.

3. Mga muling pagkuha ng mga resetang gamot na mail-order

Para sa muling pagkuha ng iyong mga gamot, may opsyon ka na mag-sign up sa programang awtomatikong muling pagkuha na tinatawag na “Mga Awtomatikong Muling Pagkuha.” Sa ilalim ng programang ito, sisimulan naming iproseso nang awtomatiko ang susunod mong muling pagkuha nang kapag ipinapakita ng aming mga record na malapit ka nang maubusan ng iyong gamot.

- Makikipag-ugnayan sa iyo ang parmasya bago ipadala ang bawat refill para masiguro na kailangan mo pa ng gamot, at maaari mong kanselahin ang mga nakatakdang refill kung mayroon ka pang sapat na gamot o kung nagbago ang iyong gamot.
- Kung pipiliin mong hindi gumamit ng aming programang awtomatikong muling pagkuha, pakitawagan ang iyong parmasya 14 na araw bago sa palagay mo na ang

mga gamot na mayroon ka ay mauubos upang matiyak na ang iyong susunod na order ay maipadala sa iyo nang nasa oras.

Upang umalis sa aming programa na awtomatikong naghahanda ng mga muling pagkuha na mail-order, mangyaring makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa CVS Caremark Mail Order Services sa 1-866-346-7200 (TTY: 711), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo.

Upang makausap ka ng parmasya upang makumpirma ang iyong order bago ang pagpapadala, mangyaring tiyakin na ipaalam sa parmasya ang pinakamahusay na mga paraan upang makipag-ugnayan sa iyo. Pakitiyak na palaging up to date ang iyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Kung kailangan mong i-update ang iyong numero ng telepono o address, pakitawagan ang Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (makikita ang numero ng telepono sa ilalim ng pahinang ito).

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

Maaari kang makakuha ng isang pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plan. Ang mga pang-maintenance na gamot ay mga gamot na regular mong iniinom, para sa isang hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon.

Ang ilan sa mga parmasya na nasa network ay pinahihintulutan kang makakuha ng isang pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Isang 100 araw na supply para sa mga gamot na nasa Tier 1 at 90 araw na supply para sa mga gamot na nasa Tier 2-3. may parehong copay bilang isang pang-isang buwang supply. Sinasabi sa iyo ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* kung aling mga parmasya ang magbibigay sa iyo ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Maaari ka ring tumawag sa Customer Care para sa karagdagang impormasyon.

Para sa ilang uri ng mga gamot, maaari mong gamitin ang mga serbisyo ng network ng plano para sa pag-order sa koreo para makakuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot na pang-maintenance. Tingnan sa seksyon sa itaas upang malaman pa ang mga serbisyong mail-order.

A8. Paggamit ng parmasya na wala sa plan ng network

Karaniwang binabayaran lang namin ang mga gamot na kinuha mula sa parmasya na wala sa network kapag hindi ka makagamit ng parmasya sa network. Mayroon kaming mga parmasya sa network sa labas ng aming lugar na pinagseserbisyuhan kung saan ka makakukuha ng mga resetang gamot bilang miyembro ng aming plan.

Babayaran namin ang mga kinuhang reseta sa isang parmasya na wala sa network sa mga sumusunod na pangyayari:

- Sa mga emergency na sitwasyon
- Kapag wala ka sa lugar na pinagseserbisyuhan nang hanggang anim (6) na buwan

Inirerekomenda namin na kuhanin mo ang lahat ng iyong resetang gamot bago magbiyahe sa labas ng lugar para mayroon kang sapat na supply. Kung kailangan mo ng tulong sa pagkuha ng sapat na supply bago ka umalis, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect.

Sa mga kasong ito, mangyaring magtanong muna sa Customer Care para malaman kung mayroong malapit na parmasya na nasa network.

A9. Pagbabayad sa iyo kung nagbayad ka para sa resetang gamot

Kung dapat kang gumamit ng isang botika na wala sa network, karaniwang kakailanganin mong bayaran ang buong halaga sa halip na copay kapag kinuha mo ang iyong resetang gamot. Maaari mong hilingin sa amin na bayaran kapara sa aming bahagi sa halaga.

Para malaman pa ang tungkol dito, tingnan sa Kabanata 7 Seksyon A.

B. Ang Listahan ng Gamot ng plan

Mayroon kaming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot.* Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot” para maikli.

Ang mga gamot sa Listahan ng Gamot ay pinili namin sa tulong ng isang grupo ng mga doktor at parmasiyotiko. Sinasabi sa iyo ng Listahan ng Gamot kung mayroong anumang patakaran na kailangan mong sundin para makuha ang iyong mga gamot.

Sa pangkalahatan sasaklawin namin ang isang gamot na nasa Listahan ng Gamot ng plan hangga’t sinusunod mo ang mga patakaran na ipinaliwanag sa kabanatang ito.

B1. Mga Gamot sa Listahan ng Gamot

Kasama sa Listahan ng Gamot ang mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part D at ilang reseta at mga over-the-counter na gamot at produkto na saklaw sa ilalim ng iyong mga benepisyo sa Medi-Cal.

Kabilang sa Listahan ng Gamot ang parehong branded na gamot halimbawa, Januvia at mga generic na gamot, halimbawa Metformin. Ang mga generic na gamot ay may mga parehong aktibong sangkap tulad ng sa mga branded na gamot. Sa pangkalahatan, ang mga ito ay gumagana katulad ng mga gamot na branded at karaniwang mas mura.

Saklaw rin ng aming plan ang ilang over-the-counter na gamot at produkto. Mas mura ang ilang OTC na gamot kumpara sa mga inireresetang gamot at gumagana rin ang mga ito nang kasing husay. Para sa karagdagang impormasyon, tumawag sa Customer Care.

B2. Paano humanap ng gamot sa Listahan ng Gamot

Para malaman kung ang isang gamot na iniinom mo ay nasa Listahan ng Gamot, maaari mong:

- Tingnan ang pinakabagong Listahan ng Gamot na ipinadala namin sa iyo sa koreo.
- Bisitahin ang website ng plan sa www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Ang Listahan ng Gamot na nasa website ay siyang palaging pinakabago.
- Tumawag sg Customer Care para malaman kung ang isang gamot ay nasa Listahan ng Gamot o para humiling ng isang kopya ng listahan.

B3. Mga gamot na wala sa Listahan ng Gamot

Hindi namin sinasaklaw ang lahat ng inireresetang gamot. Ang ilan sa mga gamot ay wala sa Listahan ng Gamot dahil hindi kami pinahihintulutan ng batas na saklawin ang mga gamot na iyon. Sa ibang mga kaso, nagdesisyon kaming huwag isama ang isang gamot sa Listahan ng Gamot.

Hindi babayaran ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga gamot na nakalista sa seksyong ito. Ito ay tinatawag na **hindi kasama sa mga gamot**. Kung makakakuha ka ng reseta para sa isang ibinukod na gamot, ikaw ang magbabayad nito. Kung sa palagay mo ay dapat naming bayaran ang isang ibinukod na gamot dahil sa iyong kaso, maaari kang magsampa ng apela. (Upang malaman kung paano magsampa ng apela, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon F.)

Narito ang tatlong pangkalahatang patakaran para sa mga hindi isinamang gamot:

1. Hindi mababayaran ng saklaw sa gamot para sa outpatient ng aming plan (na kabilang ang mga gamot na Part D at Medi-Cal) ang gamot na masasaklaw na sa ilalim ng Medicare Part A o Part B. Saklaw ang mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Part B ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan nang libre, ngunit hindi itinuturing ang mga ito na bahagi ng iyong mga benepisyong resetang gamot para sa outpatient.
2. Hindi masasaklaw ng aming plan ang isang gamot na binili sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito.
3. Ang paggamit ng gamot ay dapat aprubado ng Food and Drug Administration (FDA) o suportado ng partikular na medikal na sanggunian bilang gamot sa iyong karamdaman. Ang iyong doktor ay dapat magreseta ng isang partikular na gamot para gamutin ang iyong kondisyon, kahit na hindi ito inaprubahan para gamutin ang kondisyon. Tinatawag itong off-label na paggamit. Karaniwang hindi sinasaklaw ng aming plan ang mga gamot kapag inireseta ang mga ito para sa off-label na paggamit.

At, ayon rin sa batas, ang mga uri ng mga gamot na nakalista sa ibaba ay hindi sinasaklaw ng Medicare o Medi-Cal.

- Mga gamot na ginagamit para hikayatin ang kakayahang magbuntis
- Mga gamot na ginagamit para sa mga pangkosmetikong layunin o para hikayatin ang pagtubo ng buhok
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng kawalan ng sekswal na kakayahan, tulad ng Viagra®, Cialis®, Levitra®, at Caverject®
- Mga gamot para sa outpatient kapag ang kompanya na gumagawa ng mga gamot ay nagsasabi na kailangan mong magkaroon ng mga pagsusuri o serbisyo na sila lang ang gumagawa

B4. Mga antas (tier) sa hatian ng gastos sa Listahan ng Gamot

Bawat gamot na nasa Listahan ng Gamot ay nasa isa sa apat (4) na tier ng hatian ng gastos. Ang antas ay isang grupo ng karaniwang parehong uri (halimbawa, mga gamot na branded, generic, o over-the-counter (OTC)). Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang antas ng hatian sa gastos, mas malaki ang iyong gastos para sa gamot.

- Kabilang sa Tier 1 na pagbabahagi ng gastos (aming pinakamababang tier) ang aming mga mas gustong generic na gamot.
- Kabilang sa Paghahati ng Gastos sa Tier 2 ang mga generic na gamot.
- Kabilang sa Tier 3 na pagbabahagi ng gastos (aming pinakamataas na tier) ang mga Branded na Gamot
- Kabilang sa paghahati ng gastos sa Tier 4 ang mga gamot na Di-Medicare at mga gamot na over-the-counter (OTC).

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

Sinasabi sa Kabanata 6 Seksyon C, D, at E ang halaga ng iyong babayaran para sa mga gamot sa bawat antas ng hatian ng gastos.

C. Mga limitasyon sa ilang gamot

Para sa ilang inireresetang gamot, nililimitahan ng mga espesyal na patakaran kung paano at kailan sinasaklaw ng plan ang mga ito. Sa pangkalahatan, hinihikayat ka ng aming mga patakaran na kumuha ng isang gamot na gumagana sa iyong medikal na kondisyon at ligtas at mabisa. Kung ang isang ligtas at mas murang gamot ay kasing bisa ng mas mahal na gamot, inaasahan namin ang iyong Provider na magreseta ng mas murang gamot.

Kung may espesyal na patakaran para sa iyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na ikaw o ang iyong Provider ay kailangang gumawa ng dagdag na hakbang upang masaklaw namin ang gamot. Halimbawa, maaaring kailanganing sabihin sa amin ng iyong Provider ang tungkol sa diagnosis ng iyong sakit o magbigay muna ng mga resulta ng mga pagsusuri sa dugo. Kung sa palagay mo o ng iyong Provider hindi dapat gamitin ang aming patakaran sa iyong sitwasyon, dapat mong hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod. Maaari kaming sumang-ayon o hindi sumang-ayon na pahintulutan kang gumamit ng gamot nang walang ginagawang mga karagdagang hakbang.

Para malaman pa ang paghingi ng pagbubukod, tingnan sa Kabanata 9 F2.

1. Paglilimita sa paggamit ng gamot na branded kapag mayroong generic na bersyon

Sa pangkalahatan, ang isang generic na gamot ay gumagana katulad ng isang branded na gamot at karaniwang mas mura. Kadalasan, kung mayroong generic na bersyon ang branded na gamot, bibigyan ka ng aming mga parmasya sa network ng generic na bersyon.

- Karaniwang hindi namin babayaran ang branded na gamot kapag mayroong generic na bersyon.
- Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng iyong Provider ang medikal na dahilan kung bakit hindi gagana sa iyo ang generic na gamot ni ang iba pang mga saklaw na gamot na lumulunas sa parehong kondisyon, sasaklawin namin ang branded na gamot.
- Maaaring maging mas mataas ang iyong copay para sa branded na gamot kaysa generic na gamot.

2. Pagkuha ng pag-apruba ng plan nang maaga

Para sa ilang gamot, ikaw o ang iyong doktor ay dapat kumuha ng pag-apruba mula sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bago mo kuhanin ang iyong reseta. Kung hindi ka nakakuha ng pag-apruba, maaaring hindi saklawin ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang gamot.

3. Pagsubok muna ng ibang gamot

Sa pangkalahatan, gusto naming subukan mo ang mga gamot na mas mura (na kadalasan kasing bisa rin) bago namin saklawin ang mga gamot na mas mahal. Halimbawa, kung ginagamot ng Gamot A at Gamot B ang parehong medikal na kondisyon at mas mura ang Gamot A sa Gamot B, maaaring iatas namin sa iyong subukan muna ang Gamot A.

Kung hindi mabisa ang Gamot A sa iyo, sasaklawin namin ang Gamot B. Tinatawag itong step therapy.

4. Mga limit sa dami

Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang damit ng gamot na maaaring magkaroon ka. Tinatawag itong limitasyon sa dami. Halimbawa, maaari naming limitahan kung gaano karaming gamot ang makukuha mo sa bawat pagkakataong pinapapunan mo ng gamot ang iyong reseta.

Para malaman kung ang alinman sa patakaran na nasa itaas ay naaangkop sa isang gamot na iniinom mo o gusto mong inumin, tingnan ang Listahan ng Gamot. Para sa pinaka up-to-date na impormasyon, tumawag sa Customer Care o tingnan sa aming website sa www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.

D. Mga dahilan na maaaring hindi saklaw ang iyong gamot

Sinusubukan naming gawing maayos ang pagsaklaw ng gamot para sa iyo, ngunit minsan ang isang gamot ay maaaring hindi masaklaw sa paraan na gugustuhin mo. Halimbawa:

- Ang gamot gusto mong inumin ay hindi sinasaklaw ng aming plan. Maaaring wala ang gamot sa Listahan ng Gamot. Ang generic na bersyon ng gamot ay maaaring masaklaw, ngunit ang branded na bersyon na gusto mong inumin ay hindi sinasaklaw. Ang gamot ay maaaring bago at hindi pa namin ito nasuri para sa kaligtasan o bisa.
- Saklaw ang gamot, ngunit may mga espesyal na patakaran o limitasyon sa pagsaklaw ng gamot na iyon. Katulad ng ipinaliwanag sa seksyon sa itaas, mayroong mga patakaran ang ilan sa mga gamot na saklaw ng aming plano na naglilimita sa paggamit sa mga ito. Sa ilang pangyayari, ikaw o ang tagapagreseta mo ay maaaring humiling sa amin ng isang pagbubukod sa isang patakaran.

Mayroong mga bagay na maaari mong gawin kung ang iyong gamot ay hindi sinasaklaw sa paraan na gugustuhin mo.

D1. Pagkuha ng isang pansamantalang supply

Sa ilang pangyayari, maaari ka naming bigyan ng isang pansamantalang supply ng isang gamot kapag ang gamot ay wala sa Listahan ng Gamot o kapag ito ay limitado sa ilang paraan. Binibigyan ka nito ng panahon na makipag-usap sa iyong Provider tungkol sa pagkuha ng ibang gamot o para hilingin sa amin na saklawin ang gamot.

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

1. Ang iniinom mong gamot:
   - ay wala na sa aming Listahan ng Gamot, **o**

- ay wala kailanman sa aming Listahan ng Gamot, **o**
- ay limitado na ngayon sa ilang paraan.

2. Ikaw dapat ay nasa isa sa mga sitwasyon na ito:
   - Ikaw ay nasa plan noong nakalipas na taon.
     - Sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot **sa unang 90 araw ng taon sa kalendaryo**.
     - Ang pansamantalang supply na ito ay aabot sa 30 araw.
     - Kung ang nakasulat sa iyong reseta ay para sa iilang araw, papayagan namin na kumuha ka nang maramihan para makapagbigay ng hanggang sa maximum na 30 araw ng gamutan. Dapat mong punan ang iyong reseta sa parmasya ng network.
     - Maaaring magbigay ang mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ng iyong resetang gamot nang mas kaunti kada pagkakataon para maiwasan na masayang.
   - Ikaw ay bago sa aming plan.
     - Sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng iyong **gamot sa unang 90 araw ng iyong pagiging miyembro sa plan.**
     - Ang pansamantalang supply na ito ay aabot sa 30 araw.
     - Kung ang nakasulat sa iyong reseta ay para sa iilang araw, papayagan namin na kumuha ka nang maramihan para makapagbigay ng hanggang sa maximum na 30 araw ng gamutan. Dapat mong punan ang iyong reseta sa parmasya ng network.
     - Maaaring magbigay ang mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ng iyong resetang gamot nang mas kaunti kada pagkakataon para maiwasan na masayang.
   - Naging bahagi ka ng plan nang higit sa 90 araw at nakatira sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga at kailangan kaagad ng supply.
     - Sasaklawin namin ang isang 31-araw na supply, o mas mababa kung ang iyong reseta ay para sa iilang araw. Ito ay bilang karagdagan sa naturang pansamantalang supply.
     - Para humiling ng pansamantalang supply ng isang gamot, tumawag sa Customer Care.

Kapag kukuha ka ng pansamantalang supply ng isang gamot, dapat kang makipag-usap sa iyong Provider para magdesisyon kung ano ang dapat gawin kapag naubos ang iyong supply. Narito ang iyong mga pagpipilian:

- Maaari kang lumipat sa isa pang gamot.

  Maaaring mayroong iba pang gamot na saklaw ng aming plan na gagana sa iyo. Maaari kang tumawag sa Customer Care para humiling ng isang listahan ng mga saklaw na gamot na gumagamot sa parehong medikal na kondisyon. Matutulungan ng listahan ang iyong Provider na maghanap ng isang saklaw na gamot na maaaring gumana sa iyo.

  O

- Maaari kang humiling ng isang pagbubukod.

  Ikaw at ang iyong Provider ay maaring humiling sa amin na gumawa ng isang pagbubukod. Halimbawa, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ang isang gamot kahit na wala ito sa Listahan ng Gamot. O maaari mong hilingin sa amin na saklawin ang gamot nang walang limitasyon. Kung sasabihin ng iyong Provider na mayroon kang magandang medikal na dahilan para sa isang pagbubukod, matutulungan ka niyang humiling ng isa.

Para malaman pa ang paghingi ng isang pagbubukod, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon F.

Kung kailangan mo ng tulong sa paghiling ng pagbubukod, maaari kang makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong Care Navigator.

E. Mga pagbabago sa saklaw para sa iyong mga gamot

Ang karamihan sa mga pagbabago sa pagsaklaw ng gamot ay nangyayari sa Enero 1, ngunit maaari kaming magdagdag o alisin ang mga gamot sa Listahan ng Gamot sa taon ding iyon. Maaari din naming baguhin ang aming mga patakaran tungkol sa mga gamot. Halimbawa, maaari kaming/naming:

- Magdesisyon na humiling o hindi humiling ng paunang pag-apruba para sa isang gamot. (Ang paunang pag-apruba ay pahintulot mula sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan bago ka makakuha ng gamot.)
- Dagdagan o baguhin ang dami ng gamot na maaari mong kunin (tinatawag na mga limitasyon sa dami).
- Dagdagan o baguhin ang mga paghihigpit sa step therapy sa isang gamot. (Ang ibig sabihin ng step therapy ay dapat kang sumubok ng isang gamot bago namin saklawin ang ibang gamot.)

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga patakaran ng mga gamot na ito, tingnan sa Seksyon C sa mas naunang bahagi ng kabanatang ito.

Kung ikaw ay umiinom ng gamot na saklaw sa **simula** ng taon, karaniwang hindi namin aalisin o papalitan ang saklaw ng gamot na iyon **sa nalalabing bahagi ng taon** maliban kung:

- nagkakaroon ng bago at mas murang gamot sa merkado na kasing bisa ng gamot na nasa Listahan ng Gamot ngayon, **o**
- malaman namin na hindi ligtas ang gamot na iyon, **o**
- inalis ang isang gamot sa merkado.

Para makuha ang higit pang impormasyon sa kung anong nangyayari kapag nagbago ang Listahan ng Gamot, maaari mong laging:

- Tingnan ang aming up to date na Listahan ng Gamot online sa www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect o
- Tumawag sa Customer Care para masuri ang kasalukuyang Listahan ng Gamot sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo.

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

- **Magkakaroon ng bagong generic na gamot.** Kung minsan, nagkakaroon ng bagong generic na gamot sa merkado na kasing bisa ng branded na gamot na nasa Listahan ng Gamot ngayon. Kapag nangyari iyon, maaari naming alisin ang kasalukuyang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot, ngunit ang gastos mo para sa bagong gamot ay mananatiling pareho o magiging mas mababa.

  Kapag idinagdag namin ang bagong generic na gamot, maaari din kaming magdesisyon na panatilihin sa listahan ang branded na gamot ngunit papalitan ang patakaran o limitasyon nito sa pagsaklaw.

  - Maaaring hindi namin ipaalam sa iyo bago namin gawin itong pagbabago, ngunit magpapadala kami sa iyo ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabago na ginawa namin.
  - Ikaw o ang iyong Provider ay maaaring humiling ng “pagbubukod” mula sa mga pagbabagong ito. Padadalhan ka namin ng abiso kasama ang mga hakbang na maaari mong gawin para humiling ng pagbubukod. Pakitingnan sa Kabanata 9 ng handbook na ito para sa karagdagang impormasyon sa mga pagbubukod.

- **Inalis ang gamot sa merkado**. Kung sinasabi ng Food and Drug Administration (FDA) na ang iyong iniinom na gamot ay hindi ligtas o ang tagagawa nito ay inalis sa merkado ang gamot, aalisin namin ito mula sa Listahan ng Gamot. Kung iniinom mo ang gamot,

ipapaalam namin ito sa iyo. Maaari ka naming bigyan ng isang 60-araw na muling pagkuha ng iyong gamot. Dapat kang makipagtulungan sa iyong Provider para magpalit sa ibang gamot na gagana para sa iyong kondisyon at na sinasaklaw ng plan.

Maaari kaming gumawa ng iba pang mga pagbabago na nakakaapekto sa mga gamot na iyong iniinom. Sasabihan ka namin nang maaga tungkol sa iba pang mga pagbabago sa Listahan ng Gamot. Maaaring mangyari ang mga pagbabagong ito kung:

- Magbibigay ang FDA ng bagong gabay o mayroong mga bagong klinikal na patnubay tungkol sa isang gamot.
- Magdaragdag kami ng generic na gamot na hindi bago sa merkado **at**
  - Papalitan ang branded na gamot na kasalukuyang nasa Listahan ng Gamot **o**
  - Papalitan ang mga patakaran o limitasyon sa saklaw ng branded na gamot.

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito, gagawin namin:

- Sabihin sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago kami gumawa ng pagbabago sa Listahan ng Gamot o
- Ipaalam sa iyo at bigyan ka ng isang 60-araw na supply ng gamot pagkatapos mong muling kumuha ng gamot.

Magbibigay ito sa iyo ng oras upang kausapin ang iyong doktor o ibang tagapagreseta. Maaari ka niyang tulungang magdesisyon:

- Kung mayroong kaparehon gamot sa Listahan ng Gamot na maaari mong kunin sa halip o
- Kung hihingi ng pagbubukod mula sa mga pagbabagong ito. Para malaman pa ang paghingi ng pagbubukod, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon F.

Maaari kaming gumawa ng mga pagbabago sa mga gamot na iniinom mo na hindi nakakaapekto sa iyo ngayon. Para sa mga naturang pagbabagong, kung umiinom ka ng gamot na saklaw namin sa **simula** ng taon, karaniwang hindi namin aalisin o papalitan ang saklaw ng gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon**.

Halimbawa, kung tatanggalin namin ang gamot na iniinom mo o lilimitahan ang paggamit nito, ang pagbabago ay hindi makakaapekto sa paggamit mo ng gamot para sa natitirang bahagi ng taon.

F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso

F1. Kung ikaw ay nasa isang ospital o skilled nursing facility para sa isang pamamalagi na saklaw ng aming plan

Kung maoospital ka o ipapasok sa skilled nursing facility para sa isang pamamalagi na saklaw ng aming plan, karaniwang sasaklawin namin ang halaga ng iyong mga inireresetang gamot sa panahon ng iyong pamamalagi. Hindi mo kailangang magbayad ng copay. Kapag lumabas ka na sa ospital o skilled nursing facility, sasaklawin namin ang iyong mga gamot hangga't natutugunan ng mga gamot ang lahat ng aming patakaran para sa pagsaklaw.

Para malaman pa ang tungkol sa pagsaklaw sa gamot at kung ano ang iyong babayaran, tingnan sa Kabanata 6.

F2. Kung ikaw ay nasa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga

Karaniwan, ang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng isang nursing home, ay mayroong sarili nitong parmasya o isang parmasya na nagsu-supply ng mga gamot para sa lahat ng residente nito. Kung nakatira ka sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, maaari mong makuha ang iyong mga resetang gamot sa pamamagitan ng parmasya ng pasilidad kung ito ay bahagi ng aming network.

Tingnan ang iyong *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para malaman kung bahagi ng aming network ang iyong pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga. Kung hindi ito bahagi ng aming network, o kung kailangan mo ng karagdagang impormasyon, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Care.

F3. Kung ikaw ay nasa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare

Kailanman ay hindi sabay na sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plan ang mga gamot.

- Kung nagpatala ka sa isang hospisyo ng Medicare at kailangan ng gamot sa pananakit, kontra pagsusuka, pampadumi o kontra pagkabalisa na hindi saklaw ng iyong hospisyo dahil wala itong kaugnayan sa iyong sakit na nagtataning sa buhay at mga nauugnay na kondisyon, dapat makatanggap ng abiso ang aming plan mula sa alinman sa tagapagreseta o sa Provider ng iyong hospisyo na ang gamot ay walang kaugnayan bago masaklaw ng aming plan ang gamot.

- Para maiwasan ang mga pagkaantala sa pagtanggap ng anumang walang kaugnayang gamot na dapat saklawin ng aming plan, maaari mong hilingin sa iyong Provider ng hospisyo o tagapagreseta na tiyaking mayroon kaming abiso na ang gamot ay walang kaugnayan bago mo hilingin sa isang parmasya na punan ng gamot ang iyong reseta.

Kung umalis ka ng hospisyo, kailangang saklawin ng aming plan ang lahat ng iyong gamot. Para iwasan ang anumang pagkaantala sa isang parmasya kapag natapos ang iyong benepisyo sa hospisyo ng Medicare, kailangan mong magdala ng dokumentasyon sa parmasya para berepikahin na umalis ka ng hospisyo. Tingnan ang mga naunang bahagi ng

kabanatang ito na nagpapaliwanag ng tungkol sa mga patakaran para sa pagpapasaklaw ng gamot sa ilalim ng Part D.

Para malaman pa ang tungkol sa benepisyo ng hospisyo, tingnan sa Kabanata 4 Seksyon D.

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

G1. Mga programa upang matulungan ang mga miyembro na gamitin ang mga gamot nang ligtas

Sa tuwing kukuha ka ng resetang gamot, tinitingnan namin ang mga posibleng problema, tulad ng mga pagkakamali sa gamot o mga gamot na:

- Maaaring hindi kailangan dahil umiinom ka ng isa pang gamot na pareho ang ginagawa
- Maaaring hindi ligtas para sa iyong edad o kasarian
- Maaaring makapinsala sa iyo kung sabay mo itong iinumin
- Mayroong mga sangkap na may allergy ka o maaaring magdulot sa iyo ng allergy
- Mayroong di-ligtas na dami ng gamot na opioid para sa kirot

Kung makakakita kami ng isang posibleng problema sa iyong paggamit ng mga inireresetang gamot, makikipagtulungan kami sa iyong provider para itama ang problema.

G2. Programa upang matulungan ang mga miyembro na pangasiwaan ang kanilang mga gamot

Kung umiinom ka ng mga gamot para sa iba't-ibang medikal na kondisyon at o nasa isang Programa ng Pamamahala ng Gamot upang tulungan kang gamitin nang ligtas ang iyong mga gamot na opioid, maaari kang maging karapat-dapat na kumuha ng mga serbisyo, nang wala kang babayaran, sa pamamagitan ng isang programa na medication therapy management (MTM). Tutulungan ka at ang iyong provider ng programang ito para tiyakin na gumagana ang iyong mga gamot para pabutihin ang iyong kalusugan. Ang parmasiyotiko o iba pang propesyonal sa kalusugan ay bibigyan ka ng isang malawak na pagsusuri ng lahat ng iyong gamot at makikipag-usap sa iyo tungkol sa:

- Paano makukuha ang pinakaraming benepisyo mula sa mga iniinom mong gamot
- Anumang mga alalahanin na mayroon ka, tulad ng mga halaga ng gamot at reaksiyon sa gamot
- Paano ang pinakamabuting pag-inom ng iyong mga gamot

- Anumang mga tanong o problemang mayroon ka tungkol sa iyong reseta at mga gamot na over-the-counter

Makakakuha ka ng isang nakasulat na buod ng talakayang ito. Ang buod na ito ay mayroong isang plan ng aksyon ng gamot na nagrerekomenda kung ano ang iyong maaaring gawin para sa pinakamabuting paggamit ng iyong mga gamot. Makakakuha ka rin ng isang personal na listahan ng gamot na isasama ang lahat ng iniinom mong gamot at kung bakit mo iniinom ang mga ito. Bilang karagdagan, makakukuha ka ng impormasyon tungkol sa ligtas na pagtapon ng mga inireresetang gamot na mga kontroladong substansya.

Isang mabuting ideya na itakda ang pagsusuri ng iyong gamot bago ang iyong taunang pagpapatingin sa "Kawalan ng Sakit (Wellness)," para makausap mo ang iyong doktor tungkol sa iyong plan ng pagkilos at listahan ng gamot. Dalhin ang iyong planong gagawin at listahan ng gamot sa iyong pagpapatingin o anumang oras na makikipag-usap ka sa iyong mga doktor, parmasiyotiko, at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan. Isa pa, dalhin ang iyong listahan ng gamot kung pupunta ka sa ospital o emergency room.

Ang mga programa ng pamamahala sa paggamot ay boluntaryo at libre sa mga miyembro. Kung mayroon kaming isang programa na akma sa iyong mga pangangailangan, ipapatala ka namin sa programa at padadalhan ka namin ng impormasyon. Kung ayaw mong sumali sa programa, mangyaring ipaalam sa amin, at aalisin ka namin sa programa.

Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa mga programang ito, pakitawagan ang Customer Care o ang iyong Care Navigator.

G3. Programa sa pangangasiwa ng gamot para tulungan ang mga miyembro na ligtas na gamitin ang kanilang gamot na opioid

Ang Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ay may programa na makatutulong sa mga miyembro upang ligtas na magamit ang kanilang mga resetang gamot na opioid at ang ibang gamot na madalas na inaabuso. Ang programang ito ay tinatawag na Programa sa Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program, DMP).

Kung gumagamit ka ng mga gamot na opioid na kinkuuha mo mula sa ilang doktor o parmasya o kung nagkaroon ka kamakailan ng labis na dosis sa opioid, maaari kaming makipag-usap sa iyong mga doktor upang siguraduhing ang paggamit mo ng mga gamot na opioid ay tama at kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Sa pakikipagtulungan sa iyong mga doktor, kung magpasya kami na hindi ligtas ang iyong paggamit ng inireresetang opioid o benzodiazepine na mga gamot, maaari naming limitahan kung paano ka makakukuha ng mga gamot na iyon. Maaaring kabilang sa mga limitasyon ang:

- Atasan ka na kunin ang lahat ng reseta para sa lahat ng gamot **mula sa iisang parmasya** at/o **mula sa iisang doktor**
- **Limitahan ang dami** ng mga gamot na aming sasaklawin para sa iyo

Kung sa palagay namin na isa o mas maraming limitasyon ang dapat na ibigay sa iyo, padadalhan ka namin ng sulat nang maaga. Ipapaliwanag sa sulat ang mga limitasyon na sa tingin namin ay dapat ibigay sa iyo.

Magkakaroon ka ng pagkakataon na sabihin sa amin kung sinong mga doktor o parmasya ang mas gusto mong gamitin at anumang impormasyon na sa palagay mo ay mahalaga naming malaman. Kung magpapasya kaming limitahan ang iyong saklaw para sa mga gamot na ito matapos na magkaroon ka ng pagkakataong sumagot, magpapadala kami sa iyo ng isa pang sulat na kinukumpirma ang mga limitasyon.

Kung sa palagay mo na nagkamali kami, hindi ka sumasang-ayon na ikaw ay nasa panganib sa pag-abuso sa inireresetang gamot, o hindi ka sumasang-ayon sa limitasyon, ikaw at ang iyong tagapagreseta ay maaaring magsampa ng apela. Kung magfile ka ng apela, susuriin naming ang iyong kaso at bibigyan ka namin ng aming pasya. Kung magpapatuloy kaming tanggihan ang anumang bahagi ng iyong apela na may kaugnayan sa mga limitasyon ng iyong pag-access sa mga gamot na ito, awtomatiko naming ipadadala ang iyong kaso sa isang Independent Review Entity (IRE). (Upang alamin kung paano magsampa ng apela at upang alamin pa ang tungkol sa IRE, tingnan ang Kabanata 9.)

Maaaring hindi ibigay sa iyo ang DMP kung ikaw ay:

- may ilang partikular na medikal na kondisyon, tulad ng kanser, o sakit na sickle cell,
- tumatanggap ng pangangalaga ng hospisyo, pampakalma, o para sa may taning ang buhay, **o**
- ikaw ay nasa isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga.

Kabanata 6: Ano ang babayaran mo para sa iyong resetang gamot ng Medicare at Medi-Cal

Panimula

Sinasabi ng kabanatang ito kung ano ang babayaran mo para sa iyong mga inireresetang gamot na outpatient. Sa “mga gamot,” ang ibig naming sabihin ay:

- Medicare Part B na mga resetang gamot, **at**
- Mga gamot at item na saklaw ng Medi-Cal, **at**
- Mga gamot at gamit na sinasaklaw ng plan bilang mga karagdagang benepisyo.

Dahil ikaw ay karapat-dapat sa Medi-Cal, nakakakuha ka ng "Ekstrang Tulong" mula sa Medicare upang matulungan ka sa pagbabayad ng iyong Medicare Part D na resetang gamot.

> Ang **Ekstrang Tulong** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na mabawasan ang mga gastos sa resetang gamot ng Medicare Part D, tulad ng mga premium, deductible, at copay. Tinatawag din ang Ekstrang Tulong na “Low-Income Subsidy,” o “LIS.”

Makikita ang iba pang mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Para malaman pa ang tungkol sa mga inireresetang gamot, maaari kang maghanap sa mga lugar na ito:

- Ang aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*.
  - Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot.” Sinasabi nito sa iyo:
    - Kung aling mga gamot ang babayaran namin
    - Sa aling apat (4) na tier ng pinaghahatiang gastos naroon ang bawat gamot
    - Kung mayroong anumang limitasyon sa mga gamot
  - Kung kailangan mo ng kopya ng Listahan ng Gamot, tumawag sa Customer Care. Maaari mo ring mahanap ang Listahan ng Gamot sa aming website sa www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. Ang Listahan ng Gamot na nasa website ay palaging pinakabago.

- Kabanata 5 nitong *Handbook ng Miyembro*.
  - Nakasulat sa Kabanata 5 kung paano makukuha ang iyong mga pang-outpatient na inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plan.
  - Kasama rito ang mga patakaran na kailangan mong sundin. Sinasabi rin nito sa iyo kung aling mga uri ng mga inireresetang gamot ang hindi sinasaklaw ng aming plan.
- Ang aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.
  - Sa karamihang kaso, dapat kang gumamit ng isang parmasya na nasa network para kunin ang iyong mga saklaw na gamot. Ang mga parmasya na nasa network ay mga parmasya na sumang-ayong makipagtulungan sa amin.
  - Ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ay mayroong listahan ng mga parmasya na nasa network. Maaari mo ring mabasa ang marami pa tungkol sa mga parmasya ng network sa Kabanata 5 Seksyon A.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* (EOB) 155

B. Paano subaybayan ang iyong mga gastos sa gamot 155

C. Mga Yugto sa Pagbabayad ng Gamot para sa mga gamot ng Medicare Part D 157

D. Yugto 1: Ang Yugto ng Paunang Saklaw 157

D1. Ang iyong mga pagpipilian na parmasya 158

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot 158

D3. Ano ang babayaran mo 158

D4. Pagtatapos ng Yugto ng Paunang Saklaw 162

E. Yugto 2: Ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna 162

F. Ang mga gastos mo sa gamot kung inirereseta ng iyong doktor ang mas mababa sa isang buong buwan na supply 162

G. Tulong sa hatian sa gastos sa inireresetang gamot para sa mga taong may HIV/AIDS 163

G1. Ano ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 163

G2. Ano ang dapat gawin kung hindi ka nakatala sa ADAP 163

G3. Ano ang dapat gawin kung nakatala ka na sa ADAP 163

H. Mga Pagbabakuna 164

H1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka makakuha ng isang pagbabakuna 164

H2. Ano ang babayaran mo para sa isang pagbabakuna ng Medicare Part D 164

A. Ang *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* (EOB)

Sinusubaybayan ng aming plano ang iyong mga inireresetang gamot. Sinusubaybayan namin ang dalawang uri ng gastos:

- Ang iyong **mga gastos mula sa sariling bulsa**. Ito ang halaga ng pera na babayaran mo, o ng iba pang mga nagbabayad sa iyong ngalan, para sa iyong mga inireresetang gamot.
- Ang iyong **kabuuang gastos sa gamot**. Ito ang halaga ng pera na babayaran mo, o ng iba pang mga nagbabayad sa iyong ngalan, para sa iyong mga inireresetang gamot, at ang halagang babayaran namin.

Kapag kumukuha ka ng inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plan, magpapadala kami sa iyo ng ulat na tinatawag na *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo*. Tinatawag namin itong EOB para maikli. May karagdagang impormasyon ang EOB tungkol sa mga gamot na iniinom mo tulad ng pagtaas ng presyo at iba pang gamot na may mababang pinaghahatiang gastos na maaaring magamit. Maaari kang makipag-usap sa iyong tagapagreseta tungkol dito sa mga pagpipiliang mas mababang halaga. Kasama sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan**. Nakasulat sa ulat kung anu-anong inireresetang gamot ang nakuha mo. Ipinapakita nito ang kabuuang halaga ng gamot, ano ang binayaran namin, at kung ano ang binayaran mo at ng iba pang mga nagbabayad para sa iyo.
- **"Pinakabagong" impormasyon.** Ito ang kabuuan mong gastos sa gamot at ang kabuuan ng mga ibinayad simula Enero 1.

Nagbibigay kami ng pagsaklaw sa mga gamot na hindi saklaw sa ilalim ng Medicare.

- Ang mga ginawang pagbabayad para sa mga gamot na ito ay hindi bibilangin tungo sa iyong kabuuang mula sa bulsang gastos.
- Babayaran din namin ang ilang over-the-counter na gamot. Hindi mo kailangang bayaran ang mga gamot na ito.
- Para alamin kung aling mga gamot ang sinasaklaw ng aming plan, tingnan ang Listahan ng Gamot.

B. Paano subaybayan ang iyong mga gastos sa gamot

Para masubaybayan ang iyong mga gastos sa gamot at ang mga ginagawa mong pagbabayad, ginagamit namin ang mga rekord na nakukuha namin mula sa iyo at mula sa iyong parmasya. Narito kung paano mo kami matutulungan:

1. **Gamitin ang iyong ID Card ng Miyembro.**

   Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro tuwing kukuha ka ng resetang. Tutulungan kami nitong malaman kung anu-anong mga resetang gamot ang kinukuha mo at kung ano ang binabayaran mo.

2. **Siguraduhing mayroon kami ng impormasyon na kailangan namin.**

   Bigyan kami ng mga kopya ng mga resibo ng mga gamot na binayaran mo. Maaari mong hingin sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa halaga ng gamot.

   Narito ang ilan sa mga panahon kapag kailangan mo kaming bigyan ng mga kopya ng iyong mga resibo:

   - Kapag bumili ka ng isang saklaw na gamot sa isang parmasya na nasa network sa isang espesyal na presyo o gamit ang isang card ng diskuwento na hindi bahagi ng benepisyo ng aming plan
   - Kapag nagbayad ka ng isang copay para sa mga gamot na nakukuha mo sa ilalim ng tulong na programa sa pasyente ng gumagawa ng gamot
   - Kapag bumili ka ng mga saklaw na gamot sa isang parmasya na wala sa network
   - Kapag binayaran mo ang buong presyo para sa saklaw na gamot

   Upang malaman kung paano hilingin sa amin na mabayaran ka para sa aming bahagi ng gastos sa gamot, tingnan sa Kabanata 7 Seksyon A at B.

3. **Magpadala sa amin ng impormasyon tungkol sa mga pagbabayad na ginawa ng iba para sa iyo.**

   Ang mga ginawang pagbabayad ng ilang ibang tao at mga organisasyon ay ibinibilang din sa iyong mga gastos mula sa sariling bulsa. Halimbawa, ang mga ginawang pagbabayad ng isang tulong na programa ng gamot sa AIDS, ang Indian Health Service, at ng karamihan sa mga kawanggawa ay ibinibilang sa iyong mga mula sa bulsang gastos. Matutulungan ka nitong maging kuwalipikado para sa pagsaklaw sa sakuna. Kapag naabot mo ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna, babayaran ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang lahat ng gastos ng iyong mga gamot sa Part D para sa natitirang bahagi ng taon.

4. **Suriin ang mga ulat na ipinadala namin sa iyo.**

   Kapag nakakuha ka ng *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* sa koreo, pakitiyak na ito ay kumpleto at tama. Kung sa palagay mo ay mayroong mali o nawawala sa ulat, o kung mayroon kang anumang tanong, mangyaring tumawag sa Customer Care. Tiyakin na itago ang mga ulat na ito. Ang mga ito ay mahalagang talaan ng iyong mga gastos sa gamot.

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

Mayroong dalawang yugto ng pagbabayad para sa iyong Medicare Part D na saklaw na inireresetang gamot sa ilalim ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Nakadepende kung magkano ang babayaran mo sa kung aling yugto ka naroon kapag kumuha o muli kang kumuha ng reseta. Ito ang dalawang yugto:

Yugto 1: Yugto ng Paunang Saklaw	Yugto 2: Yugto ng Saklaw sa Sakuna
Sa panahon ng yugtong ito, babayaran namin ang bahagi ng mga halaga ng iyong mga gamot, at babayaran mo ang iyong bahagi. Ang iyong bahagi ay tinatawag na copay. Magsisimula ka sa yugtong ito kapag pinunan mo ang iyong unang reseta para sa taon.	Sa yugtong ito, babayaran namin ang lahat ng gastos ng iyong mga gamot hanggang Disyembre 31, 2021. Sisimulan mo ang yugtong ito kapag nagbayad ka ng partikular na halaga ng mga gastusin na mula sa sariling bulsa.

D. Yugto 1: Ang Yugto ng Paunang Saklaw

Sa panahon ng Inisyal na Yugto ng Pagsaklaw, babayaran namin ang bahagi ng halaga ng iyong mga saklaw na inireresetang gamot, at babayaran mo ang iyong bahagi. Ang iyong bahagi ay tinatawag na copay. Nakadepende ang copay sa kung ano ang tier ng pagbabahagi ng gastos naroon ang gamot at kung saan mo ito kinukuha.

Ang mga antas ng pagbabahagi sa gastos ay mga grupo ng mga gamot na may parehong copay. Bawat gamot na nasa Listahan ng Gamot ng plan ay nasa isa sa apat (4) na tier sa hatian ng gastos. Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang bilang ng antas, mas mataas ang copay. Para makita ang antas ng pagbabahagi sa gastos para sa mga gamot mo, maaari mo itong hanapin sa Listahan ng Gamot.

- Paghahati ng gastos Tier 1 (aming pinakamababang tier) kabilang ang mga Mas gustong generic na gamot. Ang copay ay $0.
- Kabilang sa paghahati ng gastos sa Tier 2 ang mga Generic na Gamot. Ang copay ay mula $0 hanggang $3.70.

- Kabilang sa paghahati ng gastos sa Tier 3 (aming pinakamataas na tier) ang mga branded na gamot. Ang copay ay mula $0 hanggang $9.20.
- Kabilang sa Tier 4 ng pagbabahagi ng gastos ang mga gamot na Hindi-Medicare at mga gamot na over-the-counter (OTC). Ang copay ay $0.

Para malaman kung nasa aling tier ng pagbabahagi ng gastos ang iyong gamot, hanapin ang gamot sa aming Pormularyo (Listahan ng Gamot) ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

D1. Ang iyong mga pagpipilian na parmasya

Kung magkano ang babayaran mo para sa isang gamot ay depende sa kung ang gamot ay makukuha mo mula sa:

- Isang parmasya sa network, **o**
- Isang parmasya na wala sa network.

Sa mga limitadong pangyayari, sinasaklaw namin ang mga resetang gamot na kinuha mo sa mga parmasya na wala sa network. Tingnan sa Kabanata 5 Seksyon A upang malaman kung kailan namin gagawin iyon.

Upang malaman ang higit pa ang tungkol sa mga pagpipiliang parmasya na ito, tingnan sa Kabanata 5 Seksyon A sa handbook na ito at sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya.*

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot

Para sa ilang gamot, makakakuha ka ng pangmatagalang supply (tinatawag din na "pinalawig na supply") kapag kumukuha ng iyong resetang gamot. Ang pangmatagalang supply ay isang 100 araw na supply para sa tier 1 at 90-araw na supply para sa tier 2-3. Ang gastos dito ay kapareho ng isang-buwan na supply.

Para sa mga detalye kung saan at paano kumuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot, tingnan sa Kabanata 5 Seksyon A o sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya.*

D3. Ano ang babayaran mo

Sa Yugto ng Paunang Saklaw, maaari kang magbayad ng copay sa tuwing kukuha ka ng resetang gamot. Kung mas mura ang halaga ng iyong saklaw na gamot kaysa sa copay, babayaran mo ang mas mababang presyo.

Maaari kang makipag-ugnayan sa Customer Care para malaman kung magkano ang iyong copay para sa anumang saklaw na gamot.

Ang iyong bahagi ng gastos kapag kumukuha ka ng isang buwang supply ng isang saklaw na resetang gamot mula:

	Isang parmasya na nasa network Isang buwan o hanggang sa 30-araw na supply	**Ang serbisyong mail-order ng plan** Isang buwan o hanggang sa 30-araw na supply	**Isang parmasya sa pangmatagalang pangangalaga na nasa network** Hanggang sa 31-araw na supply	**Isang parmasya na wala sa network** Hanggang sa 10-araw na supply. Ang pagsaklaw ay limitado sa ilang pangyayari. Tingnan sa Kabanata 5 Seksyon A para sa mga detalye.
Pagbabahagi ng gastos **Tier 1** (Mas Gustong mga Generic na Gamot)	$0 copay	Hindi magagamit ang pag-order sa koreo	$0 copay	$0 copay
Pagbabahagi ng gastos **Tier 2** (Mga Generic na Gamot)	$0, $1.30 o $3.70 copay Nag-iiba ang mga copay base sa Ekstrang Tulong na iyong natatanggap.	Hindi magagamit ang pag-order sa koreo	$0, $1.30 o $3.70 copay Nag-iiba ang mga copay base sa Ekstrang Tulong na iyong natatanggap.	$0, $1.30 o $3.70 copay Nag-iiba ang mga copay base sa Ekstrang Tulong na iyong natatanggap.

	Isang parmasya na nasa network Isang buwan o hanggang sa 30-araw na supply	**Ang serbisyong mail-order ng plan** Isang buwan o hanggang sa 30-araw na supply	**Isang parmasya sa pangmatagalang pangangalaga na nasa network** Hanggang sa 31-araw na supply	**Isang parmasya na wala sa network** Hanggang sa 10-araw na supply. Ang pagsaklaw ay limitado sa ilang pangyayari. Tingnan sa Kabanata 5 Seksyon A para sa mga detalye.
Pagbabahagi ng gastos **Tier 3** (Mga Branded na Gamot)	$0, $4.00 o $9.20 copay Nag-iiba ang mga copay base sa Ekstrang Tulong na iyong natatanggap.	Hindi magagamit ang pag-order sa koreo	$0, $4.00 o $9.20 copay Nag-iiba ang mga copay base sa Ekstrang Tulong na iyong natatanggap.	$0, $4.00 o $9.20 copay Nag-iiba ang mga copay base sa Ekstrang Tulong na iyong natatanggap.
Pagbabahagi ng gastos **Tier 4** (Hindi-Medicare RX/ Over-the-Counter (OTC) na Gamot)	$0 copay	Hindi magagamit ang pag-order sa koreo para sa mga gamot na nasa tier 4	$0 copay	$0 copay

Ang iyong bahagi sa gastos kapag kumukuha ka ng pangmatagalang supply ng isang saklaw na resetang gamot mula:

	Isang parmasya na nasa network	**Ang serbisyong mail-order ng plan**
Pagbabahagi ng gastos **Tier 1:** Mas Gustong mga Generic na Gamot Hanggang sa isang 100-araw na supply	$0 copay	$0 copay
Pagbabahagi ng gastos **Tier 2:** Mga Generic na Gamot Hanggang sa isang 90-araw na supply	$0, $1.30 o $3.70 copay Nag-iiba ang mga copay base sa Ekstrang Tulong na iyong natatanggap.	$0, $1.30 o $3.70 copay Nag-iiba ang mga copay base sa Ekstrang Tulong na iyong natatanggap.
Pagbabahagi ng gastos **Tier 3:** Mga Branded na Gamot Hanggang sa isang 90-araw na supply	$0, $4.00 o $9.20 copay Nag-iiba ang mga copay base sa Ekstrang Tulong na iyong natatanggap.	$0, $4.00 o $9.20 copay Nag-iiba ang mga copay base sa Ekstrang Tulong na iyong natatanggap.
Pagbabahagi ng gastos **Tier 4:** Hindi-Medicare RX/ Over-the-Counter (OTC) na Gamot Hanggang sa isang 90-araw na supply	Hindi magagamit sa tier 4 ang pangmatagalang supply	Hindi magagamit ang pag-order sa koreo para sa mga gamot na nasa tier 4

Para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga parmasya ang makapagbibigay sa iyo ng mga pangmatagalang supply, tingnan sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya.*

D4. Pagtatapos ng Yugto ng Paunang Saklaw

Natatapos ang Yugto ng Paunang Saklaw kapag umabot ang iyong kabuuang gastos mula sa sariling bulsa sa $6,550. Sa puntong iyon, magsisimula ang Yugto ng Pagsaklaw sa Sakuna. Sasaklawin namin ang lahat ng halaga ng iyong gamot mula doon hanggang sa pagtatapos ng taon.

Ang iyong ulat ng *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* ay makakatulong sa iyo na subaybayan kung magkano ang iyong ibinayad para sa mga gamot mo sa loob ng isang taon. Ipapaalam namin sa iyo kung naabot mo ang $6,550 na limit. Hindi ito naaabot ng maraming tao sa isang taon.

E. Yugto 2: Ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna

Kapag naabot mo ang limitasyon ng gastos na mula sa sariling bulsa na $6,550 para sa iyong mga resetang gamot, magsisimula ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna. Mananatili ka sa Yugto ng Saklaw sa Sakuna hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo. Sa panahon ng yugtong ito, babayaran ng plan ang lahat ng gastos para sa iyong mga gamot sa Medicare.

F. Ang mga gastos mo sa gamot kung inirereseta ng iyong doktor ang mas mababa sa isang buong buwan na supply

Karaniwan,magbabayad ka ng copay upang saklawin ang isang buong buwan na supply ng saklaw na gamot. Gayunpaman, makapagrereseta ang iyong doktor ng mas mababa sa isang buwan na supply ng mga gamot.

- Maaaring may mga panahon na gusto mong hilingin sa iyong doktor na magreseta ng isang gamot na mas kaunti sa isang buwan na supply (halimbawa, kapag sinusubukan mo ang isang gamot sa unang pagkakataon na kilalang may mga malubha at masamang epekto).
- Kung sasang-ayon ang iyong doktor, hindi mo kakailanganin bayaran ang buong buwan na supply para sa ilang gamot.

Kapag kumuha ka ng mas mababa sa isang buwan na supply ng isang gamot, ibabatay ang halaga na ibabayad mo sa bilang ng oras ng gamot na nakuha mo. Kakalkulahin namin ang halagang babayaran mo kada araw para sa iyong gamot (ang “araw-araw na rate sa pagbabahagi sa gastos”) at imu-multiply ito sa bilang ng mga araw ng gamot na matatanggap mo.

- Narito ang isang halimbawa: Sabihin nating ang copay para sa iyong gamot sa buong buwang supply (isang 30-araw na supply) ay $1.30. Ibig sabihin nito, ang halaga ng iyong binabayaran para sa gamot mo ay lagpas ng kaunti sa $0.04 kada araw. Kung makakuha

ka ng 7 araw na supply ng gamot, ang iyong pagbabayad ay magiging mahigit sa $.04 kada araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na $0.30.

- Nagbibigay-daan sa iyo ang araw-araw na paghahati ng gastos na matiyak na mabisa para sa iyo ang gamot bago mo bayaran ang buong buwang supply.
- Maaari mo rin pakiusapan ang iyong Provider na magreseta ng mas kaunti sa isang buwang supply ng gamot, kung ito ay makakatulong sa iyo:
  - mas mahusay na plano kapag muli kang kumuha ng mga gamot,
  - pangasiwaan ang mga muling pagkuha sa iba pang gamot na iniinom mo, at
  - mas madalang na pagbiyahe papunta sa parmasya.

G. Tulong sa hatian sa gastos sa inireresetang gamot para sa mga taong may HIV/AIDS

G1. Ano ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP)

Tinutulungan ng AIDS Drug Assistance Program (ADAP) na tiyakin na ang mga indibidwal na namumuhay nang may HIV/AIDS ay maaaring makakuha ng mga gamot para sa HIV. Ang mga outpatient na inireresetang gamot ng Medicare sa Part D na saklaw rin ng ADAP ay kuwalipikado para sa tulong sa pagbabahagi sa gastusin sa inireresetang gamot sa pamamagitan ng California Department of Public Health, Office of AIDS para sa mga indibidwal na nakalista sa ADAP.

G2. Ano ang dapat gawin kung hindi ka nakatala sa ADAP

Para sa impormasyon ng pamantayan sa pagiging karapat-dapat, mga saklaw na gamot, o kung paano magpatala sa programa, pakitawagan ang 1- 844-421-7050 o pumunta sa ADAP website sa www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Ano ang dapat gawin kung nakatala ka na sa ADAP

Makakapagpatuloy ang ADAP na magbigay sa mga kliyente ng ADAP ng tulong sa pagbabahagi sa gastusin sa inireresetang gamot ng Medicare sa Part D para sa mga gamot na nasa pormularyo ng ADAP. Para matiyak na patuloy mong matatanggap ang tulong na ito, mangyaring abisuhan ang iyong lokal na kawani sa pagpapatala ng ADAP tungkol sa anumang mga pagbabago sa iyong pangalan ng plan o numero ng polisiya ng Medicare Part D. Kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap sa pinakamalapit na lugar ng pagpapatala sa ADAP at/o kawani sa pagpapatala, mangyaring tumawag sa 1-844-421-7050 o pumunta sa website na nakalista sa itaas.

H. Mga Pagbabakuna

Sinasaklaw namin ang mga bakuna ng Medicare Part D. May dalawang bahagi ang aming saklaw sa mga bakuna na Medicare Part D:

1. Ang unang bahagi ng pagsaklaw ay para sa halaga ng **bakuna mismo**. Ang bakuna ay isang inireresetang gamot.
2. Ang ikalawang bahagi ng pagsaklaw ay para sa halaga ng **pagbibigay sa iyo ng bakuna**. Halimbawa, kung minsan maaari kang tumanggap ng bakuna bilang isang iniksiyon na ibinigay sa iyo ng iyong doktor.

H1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka makakuha ng isang pagbabakuna

Inirerekomenda namin na tawagan mo kami muna sa Customer Care kapag nagpaplano kang magpabakuna.

- Masasabi namin sa iyo kung paano sinasaklaw ng aming plan ang iyong bakuna at ipaliwanag ang iyong bahagi sa halaga.
- Masasabi namin sa iyo kung paano ka makatitipid sa pamamagitan ng paggamit ng mga parmasya at Provider na nasa network. Ang mga parmasya na nasa network ay mga parmasya na sumang-ayong makipagtulungan sa aming plan. Ang Provider na nasa network ay isang Provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Dapat makipagtulungan ang Provider na nasa network sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan upang matiyak na wala kang anumang paunang gastos sa bakunang nasa Part D.

H2. Ano ang babayaran mo para sa isang pagbabakuna ng Medicare Part D

Ang babayaran mo para sa isang bakuna ay depende sa uri ng bakuna (para saan ang ibabakuna sa iyo).

- Ang ilang bakuna ay itinuturing na mga benepisyo sa kalusugan sa halip na mga gamot. Ang mga bakuna na ito ay sinasaklaw nang wala kang babayaran. Upang malaman mga saklaw ng mga bakunang ito, tingnan sa mga Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4 Seksyon D.
- Itinuturing ang iba pang mga bakuna bilang mga gamot ng Medicare Part D. Makikita mong nakalista ang mga bakunang ito sa Listahan ng Gamot ng plan. Maaaring kailanganin mong magbayad ng copay para sa mga bakunang nasa Medicare Part D.

Narito ang tatlong karaniwang paraan na maaari kang makakuha ng isang bakuna ng Medicare Part D.

1. Kukunin mo ang bakuna ng Medicare Part D sa isang parmasya na nasa network at magpabakuna ka sa parmasya.
   - Magbabayad ka ng copay para sa bakuna.
2. Kukunin mo ang bakuna ng Medicare Part D sa opisina ng iyong doktor at babakunahan ka ng doktor.
   - Magbabayad ka ng copay sa doktor para sa bakuna.
   - Babayaran ng aming plan ang gastos para sa pagbabakuna sa iyo.
   - Kailangan tumawag ang opisina ng doktor sa aming plan sa sitwasyong ito para matiyak namin na alam nila na kailangan mo lang bayaran ang copay para sa bakuna.
3. Ikaw mismo ang kukuha ng bakuna ng Medicare Part D sa isang parmasya at dadalhin ito sa opisina ng iyong doktor para magpabakuna.
   - Magbabayad ka ng copay para sa bakuna.
   - Babayaran ng aming plan ang gastos para sa pagbabakuna sa iyo.

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bayarin na nakuha mo para sa mga saklaw na serbisyo o gamot

Panimula

Isinasalaysay sa kabanatang ito kung paano at kailan mo kami padadalhan ng bayarin para humiling ng pagbabayad. Isinasalaysay rin dito kung paano umapela kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng pagsaklaw. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Paghiling sa amin na magbayad para sa iyong mga serbisyo o gamot 167

B. Pagpapadala ng kahilingan para sa pagbabayad 169

C. Mga Desisyon sa saklaw 170

D. Mga Apela 171

A. Paghiling sa amin na magbayad para sa iyong mga serbisyo o gamot

Hindi ka dapat makatanggap ng bayarin para sa mga serbisyo at gamot na nasa network. Kailangang singilin ng mga provider na nasa network namin ang plano para sa mga saklaw na serbisyo at gamot na natanggap mo na. Ang provider na nasa network ay isang Provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan.

Kapag nakakuha ka ng bill para sa kabuuang gastos ng **pangangalaga sa kalusugan o mga gamot, ipadala sa amin ang bill.** Para maipadala sa amin ang bayarin, tingnan sa pahina 171.

- Kung sinasaklaw ang mga serbisyo o gamot, direkta naming babayaran ang provider.
- Kung saklaw ang mga serbisyo o gamot at nagbayad ka na ng mas higit sa iyong bahagi ng bayarin, karapatan mo na ibalik sa iyo ang labis na bayad.
- Kung **hindi** saklaw ang mga serbisyo o mga gamot, sasabihin namin sa iyo.

  Makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong Care Navigator kung mayroon kang anumang tanong. Kung hindi mo alam kung ano ang dapat mong binayaran, o kung makakatanggap ka ng isang bayarin at hindi mo alam kung ano ang gagawin mo rito, makakatulong kami. Maaari ka ring tumawag kung gusto mong sabihin sa amin ang impormasyon tungkol sa isang naipadala mo na sa amin na kahilingan para bayaran.

Narito ang mga halimbawa ng mga panahon kapag kakailanganin mong hilingin sa amin na bayaran ka o bayaran ang isang bayarin na nakuha mo:

1. **Kapag tumanggap ka ng emergency o agarang kinakailangang pangangalaga sa kalusugan mula sa isang provider na wala sa network**

   Dapat mong hilingin sa provider na singilin kami.

   - Kung babayaran mo ang kabuuang halaga kapag tinanggap mo ang pangangalaga, humiling sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa gastos. Ipadala sa amin ang bayarin at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo.
   - Maaari kang makakuha ng isang bayarin mula sa provider na humihingi ng bayad na sa palagay mo ay hindi mo pagkakautang. Ipadala sa amin ang bayarin at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo.
     - Kung dapat bayaran ang provider, direkta naming babayaran ang provider.
     - Kung nagbayad ka na nang higit sa iyong bahagi sa gastos para sa serbisyo, amingaalamin kung magkano ang dapat mong bayaran at babayaran ka namin para sa aming bahagi sa gastos.

2. **Kapag nagpadala sa iyo ng bayarin ang provider na nasa network**

Palaging kami ang dapat singilin ng mga provider na nasa network. Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan kapag tumatanggap ka ng anumang serbisyo o gamot. Nangyayari ang hindi tama/hindi angkop na pagsingil kapag sisingilin ka ng isang provider (gaya ng isang doktor o ospital) ng higit sa halaga ng bahagi sa gastusin ng plan para sa mga serbisyo. **Tumawag sa Customer Care kapag nakatanggap ka ng anumang bayarin.**

- Bilang miyembro Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, magbabayad ka lang ng copay kapag nakatanggap ka ng serbsiyo na saklaw ng aming plan. Hindi namin pinapayagan ang mga provider na singilin ka nang higit sa halagang ito. Totoo ito kahit na binabayaran namin ang provider ng mas mababa kaysa sa siningil ng provider para sa isang serbisyo. Kung nagpasya kami na hindi magbayad para sa ilang singil, hindi mo pa rin kailangang bayaran ang mga ito.
- Kapag makakatanggap ka ng isang bayarin mula sa isang provider na nasa network na sa palagay mo ay mahigit sa dapat mong bayaran, ipadala sa amin ang bayarin. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at kami ang bahala sa problema.
- Kung binayaran mo na ang isang bayarin mula sa isang provider na nasa network, ngunit sa palagay mo ay masyadong malaki ang binayaran mo, ipadala sa amin ang bayarin at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo. Babayaran ka namin para sa diperensiya sa pagitan ng halaga na binayaran mo at ang halaga na dapat mong bayaran sa plan.

3. Kapag gumamit ka ng parmasyang wala sa network para kuhanin ang reseta

Kung pupunta ka sa isang parmasya na wala sa network, kakailanganin mong bayaran ang buong halaga ng iyong reseta.

- Sa ilang kaso lang, sasaklawin namin ang mga reseta na kinuha sa mga parmasya na wala sa network. Ipadala sa amin ang isang kopya ng iyong resibo kapag hihingin mo sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi ng gastos.
- Pakitingnan sa Kabanata 5 Seksyon A para malaman pa ang tungkol sa mga parmasya na wala sa network.

4. Kapag binayaran mo ang kabuuang halaga ng isang reseta dahil hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro

Kung hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro, maaari mong hilingin sa parmasya na tawagan kami o hanapin ang iyong impormasyon sa pagpapatala sa plano.

- Kung hindi kaagad makuha ng parmasya ang impormasyon, maaaring kailanganin mo mismong bayaran ang buong halaga ng reseta.

- Ipadala sa amin ang isang kopya ng iyong resibo kapag hihingin mo sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi ng gastos.

5. Kapag binayaran mo ang buong halaga ng reseta para sa gamot na hindi sinasaklaw

Maaari mong bayaran ang buong halaga ng reseta dahil hindi sinasaklaw ang gamot.

- Maaaring ang gamot ay wala sa aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (Listahan ng mga Gamot), o maaaring mayroon itong kailangan o paghihigpit na hindi mo alam o sa palagay mo ay hindi naaangkop sa iyo. Kung magdedesisyon kang kumuha ng gamot, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga para dito.
  - Kung hindi mo babayaran ang gamot ngunit sa palagay mo ay dapat itong saklawin, maaari kang humingi ng desisyon sa saklaw (tingnan sa Kabanata 9 Seksyon F).
  - Kung sa palagay mo at ng iyong doktor o ng ibang tagapagreseta na kailangan kaagad ang gamot, maaari kang humingi ng mabilis na desisyon sa saklaw (tingan sa Kabanata 9 Seksyon F).
- Ipadala sa amin ang isang kopya ng resibo kapag hihilingin mo sa amin na bayaran ka. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailangan naming kumuha ng mas maraming impormasyon mula sa iyong doktor o sa ibang tagapagreseta upang mabayaran ka namin para sa aming bahagi ng gastos sa gamot.

Kapag nagpadala ka sa amin ng kahilingan para bayaran, susuriin namin ang iyong kahilingan at magdesisyon kung dapat saklawin ang serbisyo o gamot. Ito ay tinatawag na paggawa ng isang "desisyon sa saklaw." Kung magpasya kami na dapat itong saklawin, magbabayad kami para sa aming bahagi sa halaga ng serbisyo o gamot. Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para bayaran, maaari kang umapela sa aming desisyon.

Upang malaman kung paano mag-apela, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon F.

B. Pagpapadala ng kahilingan para sa pagbabayad

Ipadala sa amin ang iyong bill at patunay ng anumang pagbabayad na iyong nagawa. Ang patunay ng pagbabayad ay maaaring isang kopya ng tseke na isinulat mo o isang resibo mula sa Provider. **Magandang ideya na magkaroon ng kopya ng iyong bill at resibo para sa iyong talaan.** Maaari kang humingi ng tulong sa iyong Care Navigator.

Upang matiyak na ibinibigay mo sa amin ang lahat ng impormasyon na kailangan namin upang gumawa ng desisyon, maaari mong sagutan ang aming claim form upang humiling ng kabayaran.

- Hindi mo kailangang gamitin ang form, pero makakatulong ito sa amin na iproseso ang impormasyon nang mas mabilis.
- Maaari kang makakuha ng kopya ng form mula sa aming website (www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect), o maaari kang tumawag sa Customer Care at humingi ng form.

Ipadala sa amin ang iyong paghiling ng kabayaran sa koreo kasama ng anumang bayarin o resibo sa address na ito:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care Department
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

Prescription drug claims:
Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

Dapat mong isumite ang iyong paghahabol sa loob ng 365 araw sa petsa na nakuha mo ang serbisyo, item, o gamot.

C. Mga Desisyon sa saklaw

Kapag natanggap namin ang iyong kahilingan sa pagbabayad, gagawa kami ng desisyon sa saklaw. Ibig-sabihin nito magdedesisyon kami kung ang iyong pangangalaga sa kalusugan o gamot ay sinasaklaw ng aming plan. Magdedesisyon din kami sa halaga ng pera, kung mayroon, na dapat mong bayaran para sa pangangalaga ng kalusugan o gamot.

- Ipapaalam namin sa iyo kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon mula sa iyo.
- Kapag nagdesisyon kaming saklawin ang pangangalagang pangkalusugan o gamot at sumunod ka sa mga patakaran para makuha ito, babayaran namin ang aming bahagi ng gastos para dito. Kung binayaran mo na ang serbisyo o gamot, ipapadala namin sa iyo sa koreo ang isang tseke para sa aming bahagi sa gastos. Kung hindi mo pa nababayaran ang serbisyo o gamot, babayaran namin nang direkta ang provider.

Ipinapaliwanag ng Kabanata 3 Seksyon B ang mga patakaran para masakop ang mga serbisyo sa iyo. Ipinaliliwanag ng Kabanata 5 Seksyon A hanggang F ang mga patakaran para masaklaw ang iyong mga resetang gamot sa Medicare Part D.

- Kung magdedesisyon kaming huwag bayaran ang aming bahagi sa halaga ng serbisyo o gamot, padadalhan ka namin ng isang sulat na nagpapaliwanag kung bakit hindi namin ito babayaran. Ipapaliwanag din ng sulat ang iyong mga karapatang umapela.
- Para malaman pa ang tungkol sa mga desisyon sa saklaw, tingnan sa Kabanata 9 Seksyon D.

D. Mga Apela

Kung sa palagay mo ay nagkamali kami sa pagtanggi sa iyong paghiling ng kabayaran, maaari mong hilingin sa amin na palitan ang aming desisyon. Tinatawag itong pag-apela. Maaari ka ring umapela kung hindi ka sumasang-ayon sa halagang binabayaran namin.

Ang proseso ng apela ay isang pormal na proseso na may mga detalyadong pamamaraan at mahalagang mga takdang araw. Para malaman pa ang mga apela, tingnan ang Kabanata 9 Seksyon D at E.

- Kung nais mong mag-apela upang mabayaran para sa isang serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, pumunta sa pahina 205.
- Kung nais mong mag-apela tungkol sa pagkuha ng bayad para sa gamot, pumunta sa pahina 205.

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at pananagutan

Panimula

Sa kabanatang ito, makikita mo ang iyong mga karapatan at pananagutan bilang miyembro ng aming plan. Dapat naming igalang ang iyong mga karapatan. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang iyong karapatan na makakuha ng impormasyon sa paraang naaangkop sa iyong mga pangangailangan 174

B. Ang aming responsibilidad na tiyakin na nakukuha mo sa tamang oras ang mga saklaw na serbisyo at gamot 181

C. Ang aming pananagutan upang panatilihin pagkapribado at seguridad upang protektahan ang iyong Protektadong Impormasyon ng Kalusugan (PHI) 182

C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI 182

C2. Mayroon kang karapatan sa pagiging kumpidensyal at pagkapribado 183

C3. May karapatan kang humiling sa amin na makipag-ugnayan sa iyo sa partikular na paraan o magpadala ng email sa ibang address 183

C4. May karapatan kang humiling sa amin na limitahan kung ano ang gagamitin at ibabahagi namin 184

C5. May karapatan kang pumili ng isang tao upang kumilos para sa iyo 184

D. Ang aming responsibilidad na ibigay sa iyo ang impormasyon tungkol sa aming plan, aming mga provider na nasa network, at iyong mga saklaw na serbisyo 184

E. Kawalang-kakayahan ng mga provider na nasa network na singilin ka nang direkta 185

F. Ang iyong karapatan na umalis sa aming Cal MediConnect Plan 185

G. Iyong karapatan na gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan 186

G1. Ang karapatan mong malaman kung ano ang iyong mga pagpipiliang paggamot at magdesisyon tungkol sa iyong pangangalaga sa kalusugan 186

G2. Ang karapatan mong sabihin kung ano ang nais mong mangyari kung hindi mo kayang magdesisyon tungkol sa pangangalaga sa kalusugan para sa iyong sarili.....187

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinunod ang iyong mga tagubilin 188

H. Ang karapatan mong magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon 188

H1. Ano ang dapat gawin kung sa tingin mo ay hindi patas ang pagtrato sa iyo o nais mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo 188

I. Iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plan.....189

A. Ang iyong karapatan na makakuha ng impormasyon sa paraang naaangkop sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plan at ang iyong mga karapatan sa paraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na kabilang ka sa aming plan.

- To get information in a way that you can understand, call Customer Care. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in formats such as large print, braille, or audio. Materials are available in Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic, Hmong, and Cambodian.
    - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care.
    - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care will keep your preferred language and format on file for future communications. To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
    - If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. For Medi-Cal benefits, you can also ask for a State Hearing if the health plan denies, reduces, or ends services you think you should get. To ask for a Medi-Cal State Hearing and file a complaint, call 1-800-952-5253. TTY users should call 1-800-952-8349

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para el condado de Los Angeles, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, chino, armenio, ruso, tagalo, coreano, farsi, árabe y camboyano. Para el condado de San Diego, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, tagalo y árabe. Puede realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para realizar una solicitud, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Si está teniendo inconvenientes para recibir información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una queja, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para los beneficios de Medi-Cal, también puede pedir una Audiencia estatal imparcial si el plan de salud deniega, reduce o cancela servicios que usted cree que debería recibir. Para pedir una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal y presentar una queja, llame al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

- 我們必須用您能了解的方式，告訴您計劃的福利和您的權利。您加入本計劃期間，我們每年都 必須把您的權利告訴您。

- 要以您能了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有專人能用各種語言回答您的疑問。

  - 本計劃也能向您提供英語以外其他語言的資料，並以大字體、盲人點字或語音等格式提供資料。在Los Angeles縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、中文、亞美尼亞文、俄羅斯文、塔加洛文、韓文、法爾西文、阿拉伯文和柬埔寨文。在San Diego縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、塔加洛文和阿拉伯文。您可來電Care1st Cal MediConnect Plan會員服務部，要求收到英語以外其他語言和／或其他格式的
    資料。您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的材料。如需申請，請聯絡第一健保(Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan)會員服務部。

  - 如果您因為語言方面的問題或因為殘疾而無法自本計劃取得資訊，而您希望提出投訴，請致電聯邦醫療保健計劃(Medicare)，電話1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週七天辦公，每天24小時。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。關於Medi-Cal福利，如果健保計劃拒絕、縮減或終止您認為您應該可取得的服務時，您也可要求舉行州公平聽證會。如欲要求舉行Medi-Cal州公平聽證會和提出投訴，請致電1-800-952-5253。聽障和語障人士可致電1-800-952-8349。

- Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi ban Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có các nhân viên có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

  - Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và dưới các dạng như bản in cỡ lớn,

chữ nổi braille hoặc âm thanh. Đối với Quận Los Angeles, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hoa, tiếng Armenia, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Hàn, tiếng Farsi, tiếng Ả-rập và tiếng Cam-pu-chia. Đối với Quận San Diego, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Tagalog và tiếng Ả-rập. Quý vị cũng có thể yêu cầu nhận các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và/hoặc dưới dạng khác bằng cách gọi cho ban Phục vụ hội viên của Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

- Nếu quý vị đang gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Đối với các quyền lợi Medi-Cal, quý vị cũng có thể yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang nếu các chương trình bảo hiểm y tế từ chối, giảm trừ hoặc chấm dứt các dịch vụ quý vị nghĩ rằng quý vị sẽ nhận được. Để yêu cầu Phiên điều trần công bằng cấp tiểu bang Medi-Cal và nộp đơn khiếu nại, vui lòng gọi số 1-800-952-5253. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-952-8349.

- Մենք ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք Ձեզ հասկանալի եղանակով: Մենք Ձեր իրավունքների մասին Ձեզ պետք է տեղեկացնենք ամեն տարի, որ գտնվում եք մեր ծրագրում:

- Ձեզ հասկանալի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք մեր Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագրում կան անձեր, ովքեր հարցերին կարող են պատասխանել տարբեր լեզուներով:

  - Մեր ծրագիրը կարող է նյութերը Ձեզ տալ նաև անգլերենից տարբեր լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես՝ խոշոր տպատառերով, Բրայլյան այբուբենով կամ ձայնագրված: Լոս Անջելես վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, չինարենով, հայերենով, ռուսերենով, տագալերենով, կորեերենով, պարսկերենով, արաբերենով և կամբոջերենով: Սան Դիեգո վարչաշրջանի համար նյութերը տրամադրելի են իսպաներենով, վիետնամերենով, տագալերենով և արաբերենով: Կարող եք նյութերը անգլերենից տարբեր լեզուներով և/կամ այլընտրական ձևաչափով ստանալու խնդրանք ներկայացնել զանգահարելով Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ծրագրի Անդամների սպասարկում:

  - Եթե դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ուզում եք գանգատ ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227) համարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 համարով: Medi-Cal-ի նպաստների համար, կարող եք նաև Նահանգային արդար լսում խնդրել, եթե առողջապահական ծրագիրը մերժի, նվազեցնի կամ դադարեցնի ծառայություններ, որոնք կարծում եք, որ պետք է ստանաք: Medi-Cal-ի Նահանգային արդար լսում խնդրելու և զանգատ ներկայացնելու համար, զանգահարեք 1-800-952-5253 համարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-952-8349 համարով:

- Мы обязаны рассказать вам в понятной для вас форме о преимуществах плана и ваших правах. Мы обязаны рассказывать вам о ваших правах ежегодно на протяжении вашего участия в нашем плане.
- Позвоните в Отдел обслуживания участников (Customer Care) для получения информации в понятной для вас форме. Сотрудники нашего плана могут ответить на ваши вопросы на разных языках.
    - Наш план может также предоставить вам материалы на других языках, помимо английского, напечатанные крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в аудио формате. Для округа Лос-Анджелес материалы доступны на испанском, вьетнамском, китайском, армянском, русском, тагальском, корейском, языке фарси, арабском и камбоджийском языках. Для округа Сан-Диего материалы доступны на испанском, вьетнамском, тагальском и арабском языках. Вы можете подать запрос на получение материалов на других языках, помимо английского, и/или в альтернативном формате, позвонив в Отдел обслуживания участников плана Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
    - Если у вас возникают проблемы с получением информации от нашего плана из-за языковых проблем или в связи с ограниченными возможностями, и Вы хотите подать жалобу, позвоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить по этому номеру 24 часа в сутки, без выходных. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-877-486-2048. Одним из преимуществ программы Medi-Cal является то, что вы всегда можете подать запрос о проведении Объективного слушания дела на уровне штата (State Hearing), если план медицинского страхования отказывается от предоставления услуг, сокращает или прекращает предоставление услуг, которые, на ваш взгляд, должны быть вам предоставлены. Для подачи запроса о проведении Объективного слушания дела на уровне штата и обращения с жалобой звоните по номеру 1-800-952-5253.

Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 1-800-952-8349.

- Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang iyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.
- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga tauhan na makakasagot ng iyong mga tanong sa iba't ibang wika.
  - Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa iba't ibang wika maliban sa Ingles at sa mga format na tulad ng malaking print, braille o audio. Para sa Los Angeles County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic at Cambodian. Para sa San Diego County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Tagalog, Hmong at Arabic. Maaari kang maghain ng kahilingan para makatanggap ng mga materyal sa iba't ibang wika maliban sa Ingles at/o sa alternatibong format sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
  - Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga benepisyo ng Medi-Cal, maaari ka ring humiling para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado kung tinanggihan, binawasan o tinapos ng planong pangkalusugan ang mga serbisyo na sa palagay mo ay dapat mong matanggap. Upang humiling sa Medi-Cal ng Patas na Pagdinig ng Estado at maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349.

- 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다.
- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 가입자 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답변할 수 있는 직원들이 있습니다.
  - 저희 플랜은 또한 영어 이외의 언어로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료를 귀하에게 제공할 수 있습니다.

로스앤젤레스 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 중국어, 아르메니아어, 러시아어, 타갈로그어, 한국어, 페르시아어, 아랍어 및 캄보디아어로 이용할 수 있습니다. 샌디에고 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 타갈로그어 및 아랍어로 이용할 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan가입자 서비스에 전화하시면 영어 이외의 언어로 된 자료 및/또는 다른 형식으로 된 자료를 요청하실 수 있습니다.

- 언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화하십시오. 주 7일, 24시간 동안 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. Medi-Cal 혜택의 경우 귀하가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 건강보험에서 거부, 축소 또는 종료한 경우 귀하는 주정부 공정심의회를 요청하실 수 있습니다. 주정부 공정심의회 요청 및 불만 접수를 하시려면 1-800-952-5253번으로 전화하십시오. TTY 이용자는 1-800-952-8349 번으로 전화하십시오.

ما باید موضوعات مربوط به مزایای برنامه درمانی و حقوق شما را به صورتی بیان کنیم که برایتان قابل فهمیدن باشد. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی عضویت دارید برایتان توضیح دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتیکه برایتان قابل فهمیدن باشد، با خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اشخاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های گوناگون پاسخ دهند.
- برنامه درمانی ما می تواند اطلاعات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز به شما ارائه کند. برای کانتی لس آنجلس، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، چینی، ارمنی، روسی، تاگالوگ، کره ای، فارسی، عربی و کامبوجی موجود هستند. برای کانتی سن دیاگو، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، تاگالوگ و عربی موجود می باشند. توسط تماس با خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می توانید درخواست کنید که نشریات را به زبان های دیگری به غیر از انگلیسی و/یا فرمت متفاوتی دریافت کنید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، باMedicare به شماره(1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانروز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربرانTTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای مزایای Medi-Cal، اگر برنامه درمانی از ارائه خدماتی که فکر می کنید باید دریافت کنید امتناع کرد، آنها را کاهش یا خاتمه داد، می توانید برای دادرسی عادلانه ایالتی نیز درخواست کنید. برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتیMedi-Cal و تسلیم شکایت، با شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربرانTTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند.

យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់គំរោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នក អំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ថាអ្នកនៅក្នុងគំរោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលព័ត៌មាន ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ គំរោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គំរោងរបស់យើង ក៏អាចឲ្យសំភារៈទៅអ្នក ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និងជាទំរង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរប្រ៊ែល ឬថាសសំឡេងជាដែរ។ សំរាប់ខោនធី Los Angeles សំភារៈគឺមានជា ភាសាអេស្ប៉ាញ៉ូល,វៀតណាម, ចិន, អាមេនី, រូស្ស៊ី, តាហ្គាឡុក, កូរេ, ហ្មាស៊ី, អារ៉ាប់, និង ខ្មែរ។ សំរាប់ខោនធី San Diego សំភារៈគឺមានជាភាសាអេស្ប៉ាញ៉ូល, វៀតណាម, តាហ្គាឡុក, និង អារ៉ាប់។ អ្នកអាចស្នើសុំទទួលសំភារៈជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីអង់គ្លេស និង/ឬ ជាទំរង់ផ្សេងទៀត ដោយទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan។
- បើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលព័ត៌មានពីគំរោងរបស់យើង ពីព្រោះបញ្ហាខាងភាសា ឬភាពពិការ ហើយអ្នក ចង់ប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅ Medicare តាមលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរស័ព្ទទៅ 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ អ្នកប្រើ TTY គ្រាន់តែហៅលេខ 1-877-486-2048។ សំរាប់ អត្ថប្រយោជន៍ Medi-Cal អ្នកក៏អាចស្នើសុំសវនាការយុត្តិធម៌ផងដែរ បើគំរោងសុខភាព បដិសេធ កាត់បន្ថយ ឬបញ្ចប់សេវា ដែលអ្នកគិតថាអ្នកគួរតែទទួល។ ដើម្បីស្នើសុំរដ្ឋសវនាការយុត្តិធម៌ Medi-Cal និងប្តឹងបណ្តឹង សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-952-5253។ អ្នកប្រើ TTY គ្រាន់តែហៅលេខ 1-800-952-8349។

يجب علينا إخبارك بمزايا الخطة وبحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب علينا إخبارك بحقوقك في كل سنة تشترك فيها في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن الخطة أشخاصًا يمكنهم الإجابة على الاستفسارات بمختلف اللغات.
- يمكن أن توفر الخطة أيضًا موادًا بلغات مختلفة خلاف اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل، الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو كمواد سمعية. وبالنسبة لمقاطعة لوس أنجلوس، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والصينية والأرمينية والروسية والتاجالوجية والكورية والفارسية والعربية والكمبودية. وبالنسبة لمقاطعة سان دييغو، تتوفر المواد باللغات الإسبانية والفيتنامية والتاجالوجية والعربية. ويمكنك تقديم طلب للحصول على المواد بلغات أخرى خلاف اللغة الإنجليزية و/أو بالتنسيقات البديلة عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- الاتصال إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على المعلومات من الخطة بسبب مشاكل اللغة أو الإعاقة وترغب في تقديم شكوى، يُرجى ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).ويرجى العلم بأنَّ إمكانية الاتصال متاحة على مدار 24 ساعة ولمدة 7 ايام في الاسبوع. (TTY)وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وبالنسبة للمشاكل المتعلقة بمزايا برنامج Medi-Cal، يمكنك أيضًا طلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية إذا قامت الخطة برفض أو تخفيض أو إيقاف توفير خدمات تعتقد بأنَّه يحق لك الحصول عليها. ولطلب عقد جلسة استماع عادلة بالولاية خاصة ببرنامج Medi-Cal وتقديم شكوى، يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-952-5253. وعلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-952-8349.

B. Ang aming responsibilidad na tiyakin na nakukuha mo sa tamang oras ang mga saklaw na serbisyo at gamot

Kung hindi ka makakuha ng serbisyo sa loob ng makatwirang haba ng panahon, kailangan naming magbayad para sa pangangalagang wala sa network.

Bilang miyembro ng aming plan:

- Mayroon kang karapatang pumili ng isang provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) sa aming network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Maaari kang makakita ng marami pang impormasyon tungkol sa kung anong mga uri ng provider ang maaaring kumilos bilang isang PCP at kung paano pumili ng isang PCP sa Kabanata 3 Seksyon D.
    - Tumawag sa Customer Care o hanapin sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para malaman pa ang tungkol sa mga Provider na nasa network at sinong mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- Ang mga kababaihan ay mayroong karapatang pumunta sa isang espesyalista sa kalusugan ng mga kababaihan nang hindi kumukuha ng isang referral. Ang isang referral ay pag-apruba mula sa iyong PCP na maaari kang magpatingin sa ibang hindi mo PCP.
- May karapatan kang makakuha ng mga saklaw na serbisyo mula sa mga provider na nasa network sa loob ng makatwirang haba ng panahon.
    - Kasama rito ang karapatang makakuha ng mga nasa oras na serbisyo mula sa mga espesyalista.
- May karapatan kang makakuha ng mga serbisyo o pangangalaga sa emergency na agarang kinakailangan nang walang paunang pag-apruba.
- May karapatan kang punuin ang iyong mga gamot sa alinman sa aming mga parmasya na nasa network nang walang mahabang pagkaantala.
- May karapatan kang malaman kung kailan ka maaaring magpatingin sa isang provider na wala sa network. Para malaman pa ang tungkol sa mga Provider na wala sa network, tingnan sa Kabanata 3 Seksyon D.
- Kapag unang beses kang sumali sa aming plano, may karapatan kang panatilihin ang iyong mga kasalukuyang provider at mga pahintulot sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung natutugunan ang ilang kondisyon. Upang malaman pa ang tungkol sa pagpapanatili ng iyong mga provider at mga pahintulot sa serbisyo, tingnan sa Kabanata 1 Seksyon F.

- May karapatan ka sa pamamahala ng pangangalaga sa sarili sa tulong ng iyong pangkat ng pangangalaga at Care Navigator.

Sinasabi ng Kabanata 9 Seksyon A at B kung ano ang magagawa mo kung sa palagay mo ay hindi mo nakukuha ang iyong mga serbisyo o gamot sa loob ng makatwirang haba ng panahon. Sinasabi rin sa Kabanata 9 Seksyon E hanggang J kung ano ang maaari mong gawin kung tinanggihan namin ang pagsaklaw para sa iyong mga serbisyo o gamot at hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon.

C. Ang aming pananagutan upang panatilihin pagkapribado at seguridad upang protektahan ang iyong Protektadong Impormasyon ng Kalusugan (PHI)

Pinoprotektahan namin ang iyong personal na impormasyon ng kalusugan (PHI) ayon sa iniaatas ng mga batas ng pederal at estado.

Kasama sa iyong personal na impormasyon ng kalusugan ang impormasyon na ibinigay mo sa amin noong nagpatala ka sa planong ito. Kasama rin dito ang iyong mga medikal na talaan at iba pang impormasyong medikal at kalusugan.

May mga karapatan kang makakuha ng impormasyon at kontrolin kung paano gagamitin ang iyong PHI. Binibigyan ka namin ng isang nakasulat na abiso na nagsasabi ng tungkol sa mga karapatan na ito at ipinapaliwanag din kung paano namin pinoprotektahan ang pagkapribado ng iyong PHI. Ang abiso ay tinatawag na “Abiso ng Kasanayan sa Pagkapribado (Notice of Privacy Practice).”

C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI

Tinitiyak namin na hindi makikita o mapapalitan ng mga walang pahintulot na tao ang iyong mga rekord.

Sa karamihang sitwasyon, hindi namin ibinibigay ang iyong PHI sa sinuman na hindi nagbibigay ng pangangalaga sa iyo o nagbabayad para sa pangangalaga sa iyo, hinihingi ng batas na tumanggap ng iyong PHI, o awtorisado mo o ng iyong legal na kinatawan. Kung gagawin namin ito, kailangan muna naming makakuha ng iyong nakasulat na pahintulot. Maaaring ikaw o ang isang taong may legal na kapangyarihan na gumawa ng mga desisyon para sa iyo ang magbigay ng nakasulat na pahintulot.

Mayroong ilang kaso kapag hindi namin kailangan munang kumuha ng nakasulat na pahintulot mo. Ang mga eksepsyong ito ay pinapahintulutan o hinihingi ng batas. Para sa kumpletong listahan, mangyaring suriin ang Abiso ng Kasanayan sa Pagkapribado (Notice of Privacy Practices).

- Inaaatasan kaming ilabas ang PHI sa mga ahensya ng pamahalaan na sumusuri sa kalidad ng aming pangangalaga.

- Hinihingi sa amin na ibahagi ang impormasyong pangkalusugan upang makatulong sa mga problema sa pampublikong kalusugan at kaligtasan.
- Hinihingi sa amin na ilabas ang PHI ayon sa utos ng hukuman o pangasiwaan.
- Hinihingi sa amin na ilabas ang PHI sa mga naaangkop na awtoridad upang mag-ulat ng pinaghihinalaang pag-abuso o pagpapabaya sa matatanda upang matukoy ang mga pinaghihinalaang biktima ng pag-abuso, pagpapabaya, karahasan sa tahanan.
- Hinihiling sa amin na ibigay sa Medicare ang PHI. Kung ilalabas ng Medicare ang iyong PHI para sa pananaliksik o iba pang mga paggamit, gagawin ito alinsunod sa mga pederal na batas.

C2. Mayroon kang karapatan sa pagiging kumpidensyal at pagkapribado

- May karapatan kang tingnan ang iyong mga medikal na talaan at makakuha ng kopya ng iyong mga talaan. Maglalaan kami ng kopya o sumaryo ng iyong mga rekord ng kalusugan at mga paghahabol, kadalasan sa loob ng 30 araw ng iyong paghiling. Pinapayagan kaming singilin ka ng makatwiran at nakabatay sa halaga na bayad para sa paggawa ng kopya ng iyong mga medikal na rekord.
- May karapatan kang humiling sa amin na iwasto ang iyong mga rekord na medikal at claim kung sa palagay mo na ang mga ito ay mali o hindi kumpleto. Maaari naming sabihin ang “hindi” sa iyong kahilingan, ngunit bibigyan ka namin ng dahilan na nakasulat sa loob ng 60 araw.
- May karapatan kang malaman kung ibinahagi sa iba at paano ibinahagi sa iba ang iyong PHI sa paghingi ng listahan o pagbilang ng mga beses na ibinahagi ang iyong impormasyon sa kalusugan sa loob ng anim na taon bago ang petsa na hiniling mo kung kanino namin ito ibinahagi, at kung bakit. Isasama namin ang lahat ng pagsisiwalat maliban ang tungkol sa paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalaga sa kalusugan, at ilang iba pang pagsisiwalat (tulad ng anumang hiniling mo sa amin na gawin). Magbibigay kami ng isang pagbilang kada taon nang libre ngunit sisingil ng makatwiran at batay sa halaga na bayad kung hihiling ka ng isa pa sa loob ng 12 buwan.

C3. May karapatan kang humiling sa amin na makipag-ugnayan sa iyo sa partikular na paraan o magpadala ng email sa ibang address

- May karapatan ka ring humiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon.
- Maaari naming sabihin ang “hindi” sa iyong kahilingan, ngunit sasabihin namin kung bakit nang nakasulat sa loob ng 60 araw.

C4. May karapatan kang humiling sa amin na limitahan kung ano ang gagamitin at ibabahagi namin

- May karapatan kang humiling sa amin huwag gamitin o ibahagi ang tiyak na impormasyon sa kalusugan para sa paggamot, pagbabayad o sa aming mga operasyon.
- Hindi hinihingi sa amin na sumang-ayon sa iyong kahilingan, at maaari naming sabihin ang "hindi" kung makaaapekto ito sa iyong pangangalaga.

C5. May karapatan kang pumili ng isang tao upang kumilos para sa iyo

- Kung nagbigay ka ng Kapangyarihan ng Abogad (Power of Attorney) para sa Pangangalagang Pangkalusugan o kung ang sinuman ay ang iyong legal na tagapag-alaga, maaaring gamitin ng taong iyon ang iyong mga karapatan at gumawa ng mga pagpipilian tungkol sa iyong impormasyon sa kalusugan.

Kung may mga tanong o alalahanin ka tungkol sa pagkapribado ng iyong PHI, tumawag sa Opisina ng Pagkapribado ng Blue Shield of California sa 1-888-266-8080.

D. Ang aming responsibilidad na ibigay sa iyo ang impormasyon tungkol sa aming plan, aming mga provider na nasa network, at iyong mga saklaw na serbisyo

Bilang miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, may karapatan kang makakuha ng impormasyon mula sa amin. Kung hindi ka nagsasalita ng Ingles, mayroon kaming mga serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa aming planong pangkalusugan. Upang kumuha ng isang interpreter, tumawag lang sa amin sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo. Ito ay isang libreng serbisyo para sa iyo. Magagamit ang *Handbook ng Miyembro* at iba pang mahahalagang babasahin sa mga wika maliban sa Ingles. Maaari ding gawing available ang mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Arabic, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Hmong at Cambodian. Maaari din kaming magbigay sa iyo ng impormasyon sa malalaking letra, braille, or audio.

Kung nais mo ng impormasyon tungkol sa alinman sa sumusunod, tumawag sa Customer Care:

- Paano pipili o papalitan ang mga plan
- Ang aming plan, kabilang ang:
  - Pinansyal na impormasyon
  - Paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plan
  - Ang bilang ng mga apela na ginawa ng mga miyembro

  - Paano umalis sa aming plan
- Ang aming mga provider na nasa network at ang aming mga parmasya na nasa network, kasama ang:
  - Paano pumili o magpalit ng mga provider ng pangunahing pangangalaga
  - Ang mga kuwalipikasyon ng aming mga provider at parmasya na nasa network
  - Paano namin binabayaran ang mga provider na nasa network namin
- Mga saklaw na serbisyo at gamot at tungkol sa mga patakaran na dapat mong sundin, kasama ang:
  - Mga serbisyo at gamot na saklaw ng aming plan
  - Mga limitasyon sa iyong pagsaklaw at mga gamot
  - Mga patakaran na dapat mong sundin para makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot
- Bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay at kung ano ang magagawa mo tungkol dito, kasama ang paghiling sa amin na:
  - Isulat kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay
  - Palitan ang ginawa naming desisyon
  - Bayaran ang isang bayarin na natanggap mo

E. Kawalang-kakayahan ng mga provider na nasa network na singilin ka nang direkta

Hindi ka maaaring pagbayarin ng mga doktor, ospital at provider na nasa network namin para sa mga saklaw na serbisyo. Hindi ka rin nila masisingil kung mas mababa ang ibinabayad namin kaysa sa siningil ng provider. Para malaman kung anong dapat gawin kung sinubukan kang singilin ng isang provider na nasa network para sa iyong mga saklaw na serbisyo, tingnan sa Kabanata 7.

F. Ang iyong karapatan na umalis sa aming Cal MediConnect Plan

Walang makakapigil sa iyo na manatili sa plan namin kung ayaw mo.

- May karapatan kang makuha ang karamihan sa iyong mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan sa pamamagitan ng Orihinal na Medicare o isang Medicare Advantage plan.

- Maaari mong makuha ang iyong mga benepisyo sa inireresetang gamot sa Medicare Part D mula sa isang plano ng inireresetang gamot o mula sa isang Medicare Advantage plan.
- Tingnan sa Kabanata 10 para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan ka maaaring sumali sa bagong Medicare Advantage o plan ng benepisyo sa inireresetang gamot.
- Patuloy na iaalok ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan maliban kung pumili ka ng ibang plan na magagamit sa county na ito.

G. Iyong karapatan na gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan

G1. Ang karapatan mong malaman kung ano ang iyong mga pagpipiliang paggamot at magdesisyon tungkol sa iyong pangangalaga sa kalusugan

May karapatan kang makakuha ng kumpletong impormasyon mula sa iyong mga doktor at iba pang mga provider ng pangangalaga sa kalusugan kapag nakakakuha ka ng mga serbisyo. Dapat na ipaliwanag ng iyong mga provider ang iyong kondisyon at ang iyong mga pagpipiliang paggamot sa paraan na mauunawaan mo. May karapatan kang:

- **Alamin ang iyong mga pagpipilian.** May karapatan kang sabihin sa iyo ang tungkol sa lahat ng uri ng paggamot.
- **Alamin ang mga panganib.** May karapatan kang sabihin sa iyo ang tungkol sa anumang mga nauugnay na panganib. Dapat sabihan ka nang maaga kung ang anumang serbisyo o paggamot ay bahagi ng isang sinusubukang pananaliksik. May karapatan kang tumanggi sa mga paggamot na sinusubukan pa lang.
- **Humingi ng pangalawang opinyon.** May karapatan kang magpatingin sa ibang doktor bago magdesisyon na magpagamot.
- **Sabihin na "hindi**" May karapatan kang tumanggi sa anumang paggamot. Kasama rito ang karapatang umalis sa isang ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit na pinayuhan ka ng iyong doktor na huwag umalis. May karapatan ka ring itigil na inumin ang isang inireresetang gamot. Kung tatanggihan mo ang paggamot o ititigil na inumin ang isang inireresetang gamot, hindi ka aalisin sa aming plan. Gayunpaman, kung tatanggihan mo ang paggamot o ititigil na inumin ang isang gamot, tinatanggap mo ang buong pananagutan sa mangyayari sa iyo.
- **Hilingin sa amin na ipaliwanag sa iyo kung bakit tumanggi ang provider na bigyan ka ng pangangalaga.** May karapatan kang makakuha ng pagpapaliwanag

mula sa amin kung tumanggi ang isang provider na bigyan ka ng pangangalagang sa paniwala mo ay dapat mong matanggap.

- **Hilingin sa amin na saklawin ang serbisyo o gamot na tinanggihan o kadalasang hindi sinasaklaw.** Ito ay tinatawag na desisyon sa saklaw. Sinasabi sa Kabanata 9 Seksyon D, E, at F kung paano humingi sa plan ng desisyon sa saklaw.

G2. Ang karapatan mong sabihin kung ano ang nais mong mangyari kung hindi mo kayang magdesisyon tungkol sa pangangalaga sa kalusugan para sa iyong sarili

Minsan hindi makagawa ng mga desisyon sa pangangalaga ng kalusugan ang mga tao para sa kanilang mga sarili. Bago iyon mangyari sa iyo, maaari mong:

- Punan ang nakasulat na form para **ibigay sa iba ang karapatan na magdesisyon para sa iyo.**
- **Bigyan ang iyong mga doktor ng panuto** tungkol sa kung paano mo gustong pangasiwaan nila ang iyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi mo kayang magdesisyon para sa iyong sarili.

Ang legal na dokumento na magagamit mo para ibigay ang iyong mga panuto ay tinatawag na paunang direktiba (advance directive). Mayroong iba’t ibang uri ng advance directive at iba't-ibang mga pangalan para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay isang habilin ng nabubuhay (living will) at isang power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi mo kailangang gumamit ng isang paunang direktiba, nguni't maaari kang gumamit nito kung gusto mo. Narito ang dapat gawin:

- **Kumuha ng form.** Makakakuha ka ng form mula sa iyong doktor, abogado, ahensya para sa mga serbisyo ng abogado o social worker. Ang mga Organisasyon na nagbibigay ng impormasyon sa mga tao tungkol sa Medicare o Medi-Cal tulad ng Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ay maaari ding may mga form ng paunang direktiba. Maaari ka ring tumawag sa Customer Care upang humingi ng mga form.
- **Punan ito at lagdaan ang form.** Isang legal na dokumento ang form. Dapat mong isaalang-alang na magpatulong sa isang abogado para ihanda ito.
- **Magbigay ng mga kopya sa mga taong kailangang malaman ang tungkol dito.** Dapat kang magbigay ng kopya ng form sa iyong doktor. Dapat ka ring magbigay ng isang kopya sa taong papangalanan mo bilang siyang gagawa ng mga desisyon para sa iyo. Maaaring naisin mo ring gumawa ng mga kopya para sa mga malapit na kaibigan o mga miyembro ng pamilya. Tiyakin na magtago ng isang kopya sa bahay.

- Kung ikaw ay maoospital at pumirma ka ng isang paunang direktiba, **dalhin ang kopya nito sa ospital**.
  - Tatanungin sa iyo ng ospital kung may nilagdaan kang isang form ng paunang direktiba at kung dala mo ito.
  - Kung hindi ka pumirma ng isang form ng paunang direktiba, mayroong mga form ang ospital at tatanungin ka kung gusto mong pirmahan ang isa nito.

Tandaan, nasa sa iyo kung sasagutan mo ang isang paunang direktiba o hindi.

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinunod ang iyong mga tagubilin

Kung pumirma ka ng paunang direktiba, at naniniwala ka na ang doktor o ospital ay hindi sumunod sa mga tagubilin dito, maaari kang magsampa ng reklamo sa Livanta BFCC-QIO Program, ang Quality Improvement Organization (QIO), para sa estado ng California, sa 1-877-588-1123 (TTY: 711 o 1-855-887-6668).

H. Ang karapatan mong magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon

Sinasabi sa Kabanata 9 Seksyon D hanggang F kung ano ang maaari mong gawin kung mayroon kang anumang problema o alalahanin tungkol sa iyong mga saklaw na serbisyo o pangangalaga. Halimbawa, maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng isang desisyon sa saklaw, gumawa ng isang apela para palitan ang desisyon sa saklaw, o magreklamo.

May karapatan kang makakuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamo na isinampa ng iba pang mga miyembro laban sa amin. Para makuha ang impormasyong ito, tumawag sa Customer Care.

H1. Ano ang dapat gawin kung sa tingin mo ay hindi patas ang pagtrato sa iyo o nais mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo

Kung naniniwala ka na tinrato ka nang hindi patas – at **hindi** ito tungkol sa diskriminasyon para sa mga dahilang nakalista sa Kabanata 11 – o nais mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan, maaari kang makahingi ng tulong sa pamamagitan ng pagtawag sa:

- Customer Care.
- Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Para sa mga detalye tungkol sa organisasyon na ito at kung paano makikipag-ugnayan dito, tingnan sa Kabanata 2 Seksyon E.

- Ang Cal MediConnect Ombuds Program. Para sa mga detalye tungkol sa organisasyon na ito at kung paano makikipag-ugnayan dito, tingnan sa Kabanata 2 Seksyon I.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. (Maaari mo ring basahin o i-download ang "Mga Karapatan at Proteksyon ng Medicare," na makikita sa website ng Medicare sa www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plan

Bilang miyembro ng plan, may responsibilidad kang gawin ang mga bagay na nakalista sa ibaba. Kung mayroon kang anumang tanong, tumawag sa Customer Care.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro*** upang malaman kung ano ang saklaw at kung anong mga patakaran ang kailangan mong sundin upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa iyong:
  - Mga saklaw na serbisyo, tingnan sa Kabanata 3 at 4. Malalaman mo mula sa mga kabanatang iyon kung ano ang nasasaklawan, ano ang mga hindi saklaw, kung anong mga patakaran ang dapat mong sundin, at kung ano ang babayaran mo.
  - Mga saklaw na gamot, tingnan sa Kabanata 5 at 6.
- **Sabihin sa amin ang iba pang sinasaklaw na pangkalusugan o inireresetang gamot** na mayroon ka. Hinihiling sa amin na tiyakin na ginagamit mo ang lahat ng iyong opsyon sa pagsaklaw kapag nakakatanggap ka ng pangangalaga sa kalusugan. Pakitawagan ang Customer Care kung mayroon kang ibang saklaw.
- **Sabihin sa iyong doktor at iba pang Provider ng pangagalagang pangkalusugan** na nakatala ka sa aming plan. Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro kapag kumukuha ka ng mga serbisyo o gamot.
- **Tulungan ang iyong mga doktor** at iba pang mga Provider ng pangangalagang pangkalusugan na ibigay sa iyo ang pinakamahusay na pangangalaga.
  - Bigyan sila ng impormasyon na kailangan nila tungkol sa iyo at sa iyong kalusugan. Alamin ang tungkol sa iyong mga problemang pangkalusugan hangga't maaari. Sundin ang mga plan at tagubilin ng paggamot na sinasang-ayunan mo at ng iyong mga Provider.

- Tiyakin na alam ng iyong mga doktor at ibang mga Provider ang tungkol sa lahat ng iniinom mong gamot. Kasama rito ang mga inireresetang gamot, mga over-the-counter na gamot, bitamina, at suplemento.
- Kung mayroon kang anumang tanong, siguruhing magtanong. Dapat ipaliwanag sa iyo ng iyong mga doktor at ibang mga Provider ang mga bagay sa isang paraan na maiintindihan mo. Kung magtatanong ka at hindi mo maiintindihan ang sagot, magtanong muli.

- **Isaalang-alang ang damdamin ng iba.** Inaasahan namin na irerespeto ng lahat ng aming miyembro ang mga karapatan ng iba pang mga pasyente. Inaasahan ka rin naming kumilos nang may paggalang sa opisina ng iyong doktor, mga ospital, at iba pang mga opisina ng mga Provider.
- **Bayaran ang utang mo.** Bilang miyembro ng plan, responsable ka sa mga pagbabayad na ito:
  - Mga premium ng Part A ng Medicare at Part B ng Medicare. Para sa karamihang miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, binabayaran ng Medi-Cal ang iyong Part A premium at Part B premium.
  - Para sa ilan sa iyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta o mga gamot na saklaw ng plan, dapat mong bayaran ang iyong hati sa gastos kapag kinuha mo ang serbisyo o gamot. Magiging isang copay ito (hindi nagbabagong halaga) **o** coinsurance (porsiyento ng kabuuang halaga). Sinasabi ng Kabanata 4 kung ano ang dapat mong bayaran para sa iyong pangmatagalang serbisyo at suporta. Sinasabi ng Kabanata 6 Seksyon D kung ano ang dapat mong bayaran para sa iyong mga gamot.
  - **Kung nakakuha ka ng anumang serbisyo o gamot na hindi saklaw ng aming plan, dapat na bayaran mo ang kabuuang nagastos mo.** Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon para saklawin ang isang serbisyo o gamot, maaari kang umapela. Pakitingnan sa Kabanata 9 Seksyon D hanggang J upang malaman kung paano mag-apela.
- **Sabihin sa amin kung lilipat ka.** Kung lilipat ka, mahalagang sabihin ito agad sa amin. Tumawag sa Customer Care.
  - **Kung ikaw ay lilipat sa labas ng aming lugar na pinagseserbisyuhan, hindi ka maaaring manatili sa plan na ito.** Ang mga tao lamang na nakatira sa aming lugar na pinagseserbisyuhan ang makakukuha ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Sinasabi sa Kabanata 1 Seksyon D ang tungkol sa aming lugar na pinagseserbisyuhan.

- Matutulungan ka naming malaman kung lilipat ka sa labas ng aming lugar na pinagseserbisyuhan. Sa panahon ng isang espesyal na panahon ng pagpapatala, maaari kang lumipat sa Orihinal na Medicare o magpatala sa isang planong pangkalusugan o plano ng inireresetang gamot ng Medicare sa iyong bagong lugar. Maaari naming ipaalam sa iyo kung mayroon kaming plan sa iyong bagong lugar.
- Gayundin, tiyakin na ipaalam sa Medicare at Medi-Cal ang bago mong tirahan kapag lumipat ka. Tingnan sa Kabanata 2 Seksyon G at H para sa mga numero ng telepono ng Medicare at Medi-Cal.
- **Kung ikaw ay lumipat sa loob ng saklaw naming serbisyo, kailangan pa rin namin malaman.** Kailangan naming panatilihing pinakabago ang rekord ng iyong pagiging miyembro at malaman kung paano makikipag-ugnayan sa iyo.

- Tawagan ang Customer Care para sa tulong kung mayroon kang mga tanong o alalahanin.

Kabanata 9: Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, at reklamo)

Panimula

Nakasaad sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. Basahin ang kabanatang ito upang malaman kung ano ang dapat gawin kung:

- Mayroon kang problema o reklamo sa iyong plano.
- Mayroon kang kailangang serbisyo, item, o gamot na ayon sa iyong plano ay hindi nito babayaran.
- Hindi ka sang-ayon sa isang desisyon na ginawa ng iyong plano kaugnay ng iyong pangangalaga.
- Sa tingin mo ay masyadong maagang magwawakas ang mga saklaw na serbisyo.
- Mayroon kang problema o reklamo sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta mo, kung saan kasama ang mga serbisyo mula sa Multipurpose Senior Services Program (MSSP), Community-Based Adult Services (CBAS), at Nursing Facility (NF).

Kung mayroon kang problema o ikinababahala, kailangan mo lamang basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na tumutukoy sa iyong sitwasyon. Hinati ang kabanatang ito sa iba't ibang seksyon upang matulungan kang makita kaagad ang hinahanap mo.

Kung ikaw ay may problema sa iyong kalusugan o mga pangmatagalang serbisyo at suporta

Dapat mong matanggap ang pangangalagang pangkalusugan, mga gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta na napagpasyahan ng iyong doktor at iba pang mga Provider bilang kinakailangan para sa iyong pangangalaga bilang bahagi ng iyong plano sa pangangalaga. **Kung mayroon kang problema sa iyong pangangalaga, maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077 para sa tulong.** Ipapaliwanag sa kabanatang ito ang iba't ibang opsyon mo para sa iba't ibang problema at reklamo, ngunit maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program anumang oras upang matulungan kang gabayan sa iyong problema. Para sa karagdagang mapagkukunan upang asikasuhin ang iyong mga alalahanin at mga paraan upang makaugnayan sila, tingnan sa Kabanata 2 para sa karagdagang impormasyon sa mga programa ng ombudsman.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema 195

A1. Tungkol sa mga legal na termino 195

B. Saan tatawag ng tulong 195

B1. Kung saan makakuha ng karagdagang impormasyon at tulong 195

C. Ang mga problema sa iyong mga benepisyo 197

C1. Paggamit ng proseso para sa mga pagpapasya sa saklaw at mga apela o para sa pagrereklamo 197

D. Mga desisyon sa saklaw at apela 197

D1. Pangkalahatang ideya tungkol sa mga desisyon sa saklaw at apela 197

D2. Paghingi ng tulong tungkol sa mga saklaw na desisyon at apela 198

D3. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makatutulong sa iyo 199

E. Mga problema tungkol sa mga serbisyo, item, at mga gamot (hindi gamot na Part D) 201

E1. Kailan gagamitin ang seksyon na ito 201

E2. Paghingi ng desisyon sa saklaw 202

E3. Level 1 na apela para sa mga serbisyo, item, at gamot (hindi gamot na Part D) 205

E4. Level 2 na apela para sa mga serbisyo, item, at gamot (hindi gamot na Part D) 209

E5. Mga problema sa pagbabayad 216

F. Mga Part D na gamot 218

F1. Ano ang dapat gawin kung may mga problema ka sa pagkuha ng Part D na gamot o gusto mong bayaran ka namin para sa isang Part D na gamot 218

F2. Ano ang pagbubukod 220

F3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghingi ng mga pagbubukod 221

F4. Paano humingi ng desisyon sa saklaw sa isang Part D na gamot o pagbabalik ng bayad sa Part D na gamot, kabilang ang isang pagbubukod 222

F5. Antas 1 na Apela para sa mga Part D na gamot....226

F6. Antas 2 na Apela para sa mga Part D na gamot....229

G. Paghingi sa amin na saklawin ang mas matagal na pananatili sa ospital....230

G1. Pag-aaral tungkol sa iyong mga karapatan sa Medicare....231

G2. Antas 1 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital....232

G3. Antas 2 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital....235

G4. Ano ang mangyayari kung malampasan ko ang takdang araw sa pag-apela....236

H. Ano ang dapat gawin kung sa palagay mo na ang iyong mga serbisyong pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pagkalinga na may kasanayang pangangalaga, o Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) ay magtatapos sa lalong madaling panahon....238

H1. Sasabihin namin sa iyo nang maaga kapag magtatapos na ang iyong saklaw....239

H2. Antas 1 na Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga....239

H3. Antas 2 na Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga....242

H4. Paano kung malampasan mo ang takdang araw sa paggawa ng iyong Antas 1 na Apela....243

I. Pagkuha ng iyong apela na lampas sa Antas 2....245

I1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare....245

I2. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal....246

J. Paano magrereklamo....247

J1. Ano-anong uri ng mga problema ang dapat maging reklamo....247

J2. Mga internal na reklamo....249

J3. Mga external na reklamo....250

A. Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema

Nakasaad sa kabanatang ito ang dapat gawin kung mayroon kang problema sa iyong plano o sa mga natatanggap mong serbisyo o sa pagbabayad mo. Inaprubahan ng Medicare at Medi-Cal ang mga prosesong ito. May iba't ibang alituntunin, pamamaraan, at takdang araw ang bawat proseso na dapat nating sundin.

A1. Tungkol sa mga legal na termino

May mahihirap na legal na termino ang ilan sa mga alituntunin at takdang araw sa kabanatang ito. Marami sa mga terminong ito ang mahirap maunawaan, kaya gumamit kami ng mga mas simpleng salita kapalit ng ilang partikular na legal na termino. Hindi kami masyadong gumagamit ng mga daglat hangga't maaari.

Halimbawa, sasabihin namin ang:

- "Pagrereklamo" sa halip na "paghahain ng karaingan"
- "Desisyon sa saklaw" sa halip na "pagpapasya ng organisasyon," "pagtukoy ng benepisyo," "pagpapasya na nasa peligro," o "pagpapasya ng saklaw"
- "Mabilis na pagpapasya sa saklaw" sa halip na "pinabilis na pagpapasya"

Kapag alam mo ang mga wastong legal na salita, maaari ka nitong matulungan na makipag-ugnayan nang mas maayos, kaya rin namin ibinigay ang mga iyon.

B. Saan tatawag ng tulong

B1. Kung saan makakuha ng karagdagang impormasyon at tulong

Maaaring nakalilito kung minsan na simulan o sundin ang proseso para sa pagresolba ng problema. Lalo na itong mahalaga kapag hindi maayos ang pakiramdam mo o limitado ang lakas mo. Sa ibang sitwasyon, maaaring hindi mo alam ang kailangang gawin para sa susunod na hakbang.

Maaari kang makahingi ng tulong mula sa Cal MediConnect Ombuds Program

Kung kailangan mo ng tulong, maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program anumang oras. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay isang programa ng ombudsman na makakasagot sa iyong mga tanong at tutulungan kang maintindihan kung ano ang dapat gawin para pamahalaan ang iyong problema. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay walang koneksyon sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Matutulungan ka nilang maintindihan kung aling proseso ang gagamitin. Ang numero ng telepono para sa Cal MediConnect Ombuds Program ay 1-855-501-3077. Libre

ang mga serbisyo. Tingnan ang Kabanata 2, para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga programa ng ombudsman.

Paghingi ng tulong mula sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program

Maaari mo rin tawagan ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Masasagot ng mga tagapayo sa HICAP ang iyong mga tanong at tutulungan kang maintindihan kung ano ang dapat gawin para pamahalaan ang iyong problema. Hindi konektado sa amin o sa alinmang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan ang HICAP. Mayroong mga sinanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo. Ang numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222.

Paghingi ng tulong mula sa Medicare

Maaari mong direktang tawagan ang Medicare para humingi ng tulong sa mga problema. Narito ang dalawang paraan para humingi ng tulong mula sa Medicare:

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. TTY: 1-877-486-2048. Libre ang tawag.
- Bisitahin ang website ng Medicare sa www.medicare.gov.

Makahihingi ka ng tulong mula sa California Department of Managed Health Care

Sa talatang ito, ang ibig sabihin ng salitang “karaingan” ay isang apela o reklamo tungkol sa mga serbisyo mula sa Medi-Cal, iyong planong pangkalusugan, o isa sa iyong mga Provider.

Responsable ang California Department of Managed Health Care sa pangangasiwa ng mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung ikaw ay may karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat mo munang tawagan ang iyong planong pangkalusugan sa 1-855-905-3825 (TTY: 711) at gamitin ang proseso ng karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Hindi ipinagbabawal ng paggamit ng pamamaraan sa karaingan na ito ang anumang posibleng legal na karapatan o remedyo na maaari mong magamit. Kung kailangan mo ng tulong kaugnay ng isang karaingan na may kinalaman sa isang emergency, isang karaingan na hindi kasiya-siyang naresolba ng iyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na mahigit 30 araw nang hindi nareresolba, maaari kang tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari ka ring maging karapat-dapat para sa isang Malayang Medikal na Pagrepaso (IMR). Kung karapat-dapat ka para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng walang kinikilingang pagsusuri ng mga desisyong medikal na ginawa ng isang planong pangkalusugan na may kaugnayan sa pagiging kailangan dahil sa medikal na dahilan ng isang panukalang serbisyo o paggamot, mga desisyon sa saklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o pagsisiyasat ang katangian at mga pagtatalo sa bayad para sa mga serbisyong medikal na pang-emergency o agaran. Mayroon ding toll-free na numero ng telepono ang departamento **(1-888-466-2219)** at TTY line **(1-877-688-9891)** para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang

Internet website ng departamento www.dmhc.ca.gov ay may mga form ng reklamo, form ng aplikasyon para sa IMR at mga tagubilin online.

C. Ang mga problema sa iyong mga benepisyo

C1. Paggamit ng proseso para sa mga pagpapasya sa saklaw at mga apela o para sa pagrereklamo

Kung mayroon kang problema o ikinababahala, kailangan mo lamang basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na tumutukoy sa iyong sitwasyon. Tutulungan ka ng tsart na nasa ibaba na mahanap ang tamang seksyon ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Tungkol ba sa mga benepisyo o saklaw ang iyong problema o ikinababahala? (Kasama dito ang mga problema tungkol sa kung sasaklawin o hindi ang pangangalagang medikal, mga serbisyo at suporta na pangmatagalan, o mga iniresetang gamot, ang paraan ng pagsaklaw sa mga ito, at ang mga problema na may kaugnayan sa pagbabayad para sa pangangalagang medikal o mga iniresetang gamot.)	
Oo. Ang aking problema ay tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Pumunta sa **Seksyon D: "Mga desisyon sa saklaw at mga apela"** sa pahina 197.	**Hindi.** Ang aking problema ay hindi tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Lumaktaw papunta sa **Seksyon J: "Paano magrereklamo"** sa pahina 247.

D. Mga desisyon sa saklaw at apela

D1. Pangkalahatang ideya tungkol sa mga desisyon sa saklaw at apela

Ang proseso para sa paghiling ng mga desisyon sa saklaw at pag-apela ay namamahala sa mga problema na may kaugnayan sa iyong mga benepisyo at pagsaklaw. Kasama rin dito ang mga problema sa pagbabayad. Hindi ka responsable para sa mga gastos ng Medicare maliban sa mga copay ng Part D.

Ano ang desisyon sa saklaw?

Ang desisyon sa saklaw ay isang inisyal na desisyon na ginagawa namin tungkol sa iyong mga benepisyo at pagsaklaw o tungkol sa halaga na babayaran namin para sa mga medikal na serbisyo, gamit, o gamot. Gumagawa kami ng desisyon sa saklaw kapag nagdedesisyon kami kung ano ang sasaklawin para sa iyo at kung magkano ang babayaran namin.

Kung ikaw o ang iyong doktor ay hindi sigurado kung ang isang serbisyo, gamit, o gamot ay saklaw ng Medicare o Medi-Cal, ang sinuman sa iyo ay maaaring humiling ng isang desisyon sa saklaw bago ibigay ng doktor ang serbisyo, gamit, o gamot.

Ano ang isang apela?

Ang isang apela ay pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at palitan ito kung sa palagay namin nagkamali kami. Halimbawa, maaaring magdesisyon kami na ang isang serbisyo, item, o gamot na iyong gusto ay hindi saklaw o hindi na saklaw ng Medicare o Medi-Cal. Kung ikaw o ang iyong doktor ay hindi sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kang umapela.

D2. Paghingi ng tulong tungkol sa mga saklaw na desisyon at apela

Sino ang maaari kong tawagan para humingi ng saklaw na desisyon o gumawa ng apela?

Maaari kang humingi ng tulong sa alinman sa mga taong ito:

- Tumawag sa **Customer Care** sa 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Tumawag sa **Cal MediConnect Ombuds Program** para sa libreng tulong. Tinutulungan ng Cal MediConnect Ombuds Program ang mga taong nakatala sa Cal MediConnect sa mga problema sa serbisyo o pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-855-501-3077.
- Tumawag sa **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** para sa libreng tulong. Ang HICAP ay isang nagsasariling organisasyon. Wala itong koneksyon sa plan na ito. Ang numero ng telepono ay 1-800-434-0222.
- Tumawag sa **Help Center ng Department of Managed Health Care (DMHC)** para sa libreng tulong. Ang DMHC ay may pananagutan para sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga taong nakatala sa Cal MediConnect sa mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Magagamit ng mga indibidwal na hindi makarinig, nahihirapan sa pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang toll-free na numero ng TTY, 1-877-688-9891.
- Makipag-usap sa **iyong doktor o ibang Provider**. Maaaring humingi ang iyong doktor o ibang Provider ng isang desisyon sa saklaw o apela sa ngalan mo.
- Makipag-usap sa isang **kaibigan o miyembro ng pamilya** at hilingin na siya ang gumanap para sa iyo. Maaari mong pangalanan ang isa pang tao para kumilos para sa iyo bilang iyong “kinatawan” para humiling ng isang desisyon sa saklaw o umapela.

  - Kung gusto mong kinatawan ang isang kaibigan, kamag-anak, o ibang tao, tumawag sa Customer Care at humiling ng form ng "Pagtatalaga ng Kinatawan (Appointment of Representative)". Makukuha mo rin ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Binibigyan ng pahintulot ng form ang tao upang kumilos para sa iyo. Dapat mo kaming bigyang ng isang kopya ng pinirmahang form.

- **May karapatan ka rin na hilingin ang isang abogado na gumanap** para sa iyo. Maaari mong tawagan ang sarili mong abogado, o kunin ang pangalan ng isang abogado mula sa lokal na samahan ng mga abogado o iba pang serbisyong referral. Ang ilan sa mga grupo ng abogado ay magbibigay sa iyo ng walang bayad na mga legal na serbisyo kung kuwalipikado ka. Kung gusto mong kumatawan sa iyo ang isang abogado, kakailanganin mong sagutan ang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan. Maaari kang humingi ng isang legal aid attorney mula sa Health Consumer Alliance sa 1-888-804-3536.
  - Gayunman, **hindi mo kailangang magkaroon ng abogado** para humingi ng anumang desisyon sa saklaw o gumawa ng apela.

D3. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makatutulong sa iyo

Mayroong apat na iba't-ibang uri ng mga sitwasyon na kinasasangkutan ng mga desisyon sa saklaw at apela. Ang bawat sitwasyon ay mayroong iba't-ibang mga patakaran at takdang araw. Hinati-hati namin ang kabanatang ito sa iba't ibang seksyon para matulungan kang hanapin ang mga patakaran na kailangan mong sundin. **Kailangan mo lamang basahin ang seksyon na nalalapat sa iyong problema:**

- Binibigyan ka ng **Seksyon E sa pahina 201** ng impormasyon kung may mga problema ka tungkol sa mga serbisyo, item, at gamot (ngunit **hindi** mga gamot ng Part D). Halimbawa, gamitin ang seksyon na ito kung:
  - Hindi mo nakukuha ang gusto mong medikal na pangangalaga, at naniniwala ka na saklaw ng aming plano ang pangangalagang ito.
  - Hindi namin inaprubahan ang mga serbisyo, gamit, o gamot na gustong ibigay sa iyo ng iyong doktor, at naniniwala ka na dapat masaklaw ang pangangalagang ito.
    - **TANDAAN:** Gamitin lamang ang Seksyon E kung ang mga gamot na ito ay **hindi** saklaw ng Part D. Ang mga gamot sa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*, kilala rin bilang Listahan ng Gamot na may "NPD" ay hindi saklaw ng Part D. Tingnan sa Seksyon F sa pahina 218 para sa Part D na gamot na mga apela.

  - Nakatanggap ka ng medikal na pangangalaga o mga serbisyo na sa tingin mo ay dapat na masaklaw, ngunit hindi namin binabayaran ang pangangalagang ito.
  - Nakakuha ka at binayaran para sa mga serbisyong medikal o gamit na inakala mong nasaklaw, at gusto mong hilingin sa amin na bayaran ka para dito.
  - Sinabihan ka na ang pagsaklaw para sa pangangalagang nakukuha mo ay babawasan o ititigil, at hindi ka sumasang-ayon sa aming pagpapasya.
    - **TANDAAN:** Kung ang pagsaklaw na ititigil ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF), kailangan mong basahin ang hiwalay na seksyon ng kabanatang ito dahil mayroong gagamiting mga espesyal na patakaran sa mga uri ng pangangalagang ito. Tingnan ang mga Seksyon na G at H sa mga pahina 230 at 238.

- Binibigyan ka ng impormasyon sa **Seksyon F sa pahina 218** tungkol sa mga Part D na gamot. Halimbawa, gamitin ang seksyon na ito kung:
  - Gusto mong hilingin sa amin na magkaroon ng eksepsyon na saklawin ang isang gamot na Part D na wala sa aming Listahan ng mga Gamot.
  - Gusto mong hilingin sa amin na alisin ang mga limitasyon sa dami ng gamot na makukuha mo.
  - Gusto mong hilingin sa amin na saklawin ang isang gamot na nangangailangan ng paunang pag-apruba.
  - Hindi namin inaprubahan ang iyong kahilingan o pagbubukod, at sa palagay mo o ng iyong doktor o ibang tagapagreseta na dapat namin ito aprubahan.
  - Gusto mong hilingin sa amin na bayaran ang isang iniresetang gamot na nabili na mo. (Ito ay paghiling ng isang pagpapasya sa pagsaklaw tungkol sa pagbabayad.)
- Binibigyan ka ng impormasyon sa**Seksyon G sa pahina 230** kung paano hingin sa amin na masaklaw ang isang mas matagal na pananatili sa ospital bilang inpatient kung sa palagay mo ay agad kang palalabasin ng doktor. Gamitin ang seksyon na ito kung:
  - Ikaw ay nasa ospital at sa palagay mo masyado kang maagang pinapaalis ng doktor sa ospital.
- Binibigyan ka ng impormasyon sa **Seksyon H sa pahina 238** kung sa palagay mo na ang iyong mga serbisyong pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa

skilled nursing facility, at Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) ay magtatapos sa lalong madaling panahon.

Kung hindi ka sigurado sa seksyon na dapat mong gamitin, pakitawagan ang Customer Care sa 1-855-905-3821 (TTY: 711).

Kung kailangan mo ng ibang tulong o impormasyon, pakitawagan ang Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077.

E. Mga problema tungkol sa mga serbisyo, item, at mga gamot (hindi gamot na Part D)

E1. Kailan gagamitin ang seksyon na ito

Ang seksyon na ito ay tungkol sa kung ano ang dapat gawin kung mayroon kang mga problema sa iyong mga benepisyo para sa medikal, kalusugan ng pag-uugali, at mga serbisyo at suporta na pangmatagalan (long-term services and supports, LTSS). Maaari mo ring gamitin ang seksyong ito para sa mga problema sa mga gamot na **hindi** saklaw ng Part D, kabilang ang Medicare Part B na gamot. Ang mga gamot sa Listahan ng Gamot na may “NPD” ay **hindi** saklaw ng Part D. Gamitin ang Seksyon F para sa mga Apela na Part D na gamot.

Sinasabi ng seksyon na ito kung ano ang magagawa mo kung ikaw ay nasa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa palagay mo ay saklaw namin ang mga medikal na serbisyo, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, o mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) na kailangan mo ngunit hindi mo nakukuha.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa saklaw. Pumunta sa Seksyon E2 sa pahina 202 para sa impormasyon sa paghingi ng desisyon sa saklaw.

2. Hindi namin inaprubahan ang pangangalaga na nais ibigay ng doktor mo sa iyo, at sa palagay mo ay dapat naming ibinigay.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyon na hindi aprubahan ang pangangalaga. Pumunta sa Seksyon E3 sa pahina 205 para sa impormasyon sa pag-aapela.

3. Nakakuha ka ng mga serbisyo o item na sa palagay mo ay sinasakop namin, ngunit hindi namin babayaran.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyon na hindi magbayad. Pumunta sa Seksyon E3 sa pahina 205 para sa impormasyon sa pag-aapela.

4. Nakatanggap at nagbayad ka ng mga serbisyo o gamit na akala mo ay saklaw, at gusto mong bayaran ka namin para sa mga serbisyo o gamit.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong hilingin sa aming bayaran ka. Pumunta sa Seksiyon E5 sa pahina 216 para sa impormasyon tungkol sa panghihingi sa amin ng bayad.

5. Binawasan o inihinto namin ang iyong saklaw para sa isang tiyak na serbisyo, at hindi ka sumang-ayon sa aming desisyon.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyon na bawasan o itigil ang serbisyo. Pumunta sa Seksyon E3 sa pahina 205 para sa impormasyon sa pag-aapela.

   TANDAAN: Kung ang pagsaklaw na itigil ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF), may mga espesyal na patakaran na ilalapat. Basahin sa Seksyon G o H sa mga pahina 230 at 238 upang malaman ang marami pa.

E2. Paghingi ng desisyon sa saklaw

Paano humingi ng desisyon sa saklaw para makakuha ng medikal, kalusugan sa pag-uugali, o partikular na pangmatagalang serbisyo at suporta (mga serbisyong MSSP, CBAS, o NF)

Upang humingi ng saklaw na desisyon, tumawag, sumulat, o mag-fax sa amin, o hilingin sa iyong kinatawan o doktor na hingin ang aming desisyon.

- Maaari kang tumawag sa amin sa: 1-855-905-3825 TTY: 711.
- Maaari kang mag-fax sa amin sa: 1-323-889-6577
- Maaari mo kaming sulatan sa: Blue Shield of California Promise Health Plan
  Customer Care
  601 Potrero Grande Drive, Monterey Park, CA 91755

Gaano katagal bago makakuha ng desisyon sa saklaw?

Pagkatapos mong humiling at pagkatapos namin makuha ang lahat ng impormasyong kailangan namin, kadalasang umaabot ito ng 5 araw ng negosyo para makagawa kami ng desisyon maliban kung ang hiling mo ay para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B. Kung ang kahilingan mo ay para sa Medicare Part B na inireresetang gamot, bibigyan ka namin ng pasya nang hindi lalampas sa 72 oras matapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Kung hindi namin ibibigay sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 14 na araw sa

kalendaryo (o 72 oras para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B), maaari kang umapela.

Kailangan namin kung minsan ng mas mahabang panahon, at padadalhan ka namin ng sulat kung saan nakasaad na kailangan naming gumamit ng hanggang 14 pang araw sa kalendaryo. Ipapaliwanag sa sulat kung bakit kailangan ng mas mahabang panahon. Hindi kami makapaglalaan ng sobrang oras upang bigyan ka ng pasya kung ang iyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na inireresetang gamot.

Maaari ba akong makakuha ng desisyon sa saklaw nang mas mabilis?

Oo. Kung kailangan mo ng mabilis na pagtugon dahil sa iyong kalusugan, hingin sa amin na gumawa ng “mabilis na desisyon sa saklaw .” Kung aaprubahan namin ang kahilingan, aabisuhan ka namin tungkol sa aming desisyon sa loob ng 72 oras (o sa loob ng 24 na oras para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B).

Gayunpaman, minsan kailangan pa namin ng mas maraming oras, at magpapadala kami sa iyo ng sulat na magpapabatid sa iyo na kailangan naming magtagal nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo. Ipapaliwanag sa sulat kung bakit kailangan ng mas mahabang panahon. Hindi kami makapaglalaan ng sobrang oras upang bigyan ka ng pasya kung ang iyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na inireresetang gamot.

> **Ang legal na termino** para sa "mabilis na desisyon sa saklaw" ay **"pinabilis na pagpapasya."**

Paghingi ng mabilis na desisyon sa saklaw:

- Magsimula sa pagtawag o pag-fax sa amin para hilingin sa amin na saklawin ang pangangalagang gusto mo.
- Tumawag sa amin sa 1-855-905-3825 o mag-fax sa amin sa 1-323-889-5049.
- Hanapin ang iba pang detalye sa kung paano makikipag-ugnayan sa amin sa Kabanata 2.

Maaari mo ring hilingin sa iyong Provider o iyong kinatawan na humiling ng isang mabilis na desisyon sa saklaw para sa iyo.

Narito ang mga panuntunan sa paghingi ng mabilis desisyon sa saklaw:

Dapat mo matugunan ang sumusunod na dalawang kinakailangan upang makakuha ng isang mabilis na desisyon sa saklaw:

1. Makakakuha ka ng mabilis na desisyon sa saklaw **kung hihingi ka lang ng saklaw para sa pangangalaga o isang item na hindi mo pa natanggap**. (Hindi ka makakahingi ng

mabilis na desisyon sa saklaw kung ang iyong hiling ay tungkol sa bayad para sa pangangalaga o isang item na natanggap mo na.)

2. Makakukuha ka ng mabilis na desisyon sa saklaw **kung ang karaniwang 14 na araw sa kalendaryo na takdang araw (o ang 72 oras na takdang araw para sa mga inireresetang gamot na nasa Medicare Part B) ay maaaring magdulot ng malubhang pinsala sa iyong kalusugan o maapektuhan ang iyong kakayahang gumana**.
   - Kung sasabihin sa iyo ng iyong doktor na kailangan mo ng isang mabilis na desisyon sa saklaw, awtomatiko ka naming bibigyan ng isa nito.
   - Kung hihiling ka ng mabilis na desisyon sa saklaw, nang walang suporta mula sa iyong doktor, kami ang magdedesisyon kung makakakuha ka ng mabilis na desisyon sa saklaw.
     - Kung magdedesisyon kami na hindi natutugunan ng iyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa isang mabilis na desisyon sa saklaw, magpapadala kami sa iyo ng isang sulat. Gagamit din kami ng karaniwang takdang araw na 14 na araw sa kalendaryo (o ang 72 oras na deadline para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B) sa halip.
     - Sasabihin sa iyo ng sulat na ito na kung hihiling ang iyong doktor ng mabilis na desisyon sa saklaw, awtomatiko kaming magbibigay ng isang mabilis na desisyon sa saklaw.
     - Isasaad din sa sulat kung paano ka makakapaghain ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na bigyan ka ng karaniwang desisyon sa saklaw sa halip na mabilis na desisyon sa saklaw. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng pagrereklamo, kabilang ang mabibilis na reklamo, tingnan sa Seksyon J sa pahina 247

Kung ang desisyon sa saklaw ay Hindi, paano ko ito malalaman?

Kung ang sagot ay **Hindi**, magpapadala kami sa iyo ng sulat na magsasabi sa iyo kung ano ang aming mga dahilan sa pagsagot ng **Hindi**.

- Kung sinabi namin na **Hindi**, mayroon kang karapatan na hilingin sa amin na palitan ang desisyong ito sa pamamagitan ng pag-aapela. Ang pag-apela ay nangangahulugan na hinihiling mo sa amin na suriin ang aming desisyon na tanggihan ang pagsaklaw.
- Kung magdedesisyon kang umapela, nangangahulugan ito na pupunta ka sa Antas 1 ng proseso ng pag-apela (basahin ang susunod na seksyon para sa karagdagang impormasyon).

E3. Level 1 na apela para sa mga serbisyo, item, at gamot (hindi gamot na Part D)

Ano ang isang Apela?

Ang isang apela ay pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at palitan ito kung sa palagay namin nagkamali kami. Kung hindi ka sasang-ayon, o ang iyong doktor o ibang Provider, sa aming desisyon, maaari kang umapela.

Kadalasan, dapat mong simulan ang iyong apela sa Antas 1. Kung ayaw mo munang mag-apela sa plan para sa isang Medi-Cal na serbisyo, kung agaran ang iyong problema sa kalusugan o nagsasangkot ng isang agaran at malubhang banta sa iyong kalusugan, o kung mayroon kang matinding pananakit at kailangan ng agarang pagpapasya, maaari kang humingi ng Nagsasariling Medikal na Pagrepaso mula sa Department of Managed Health Care sa www.hmohelp.ca.gov. Pumunta sa pahina 205 para sa karagdagang impormasyon. Kung kailangan mo ng tulong sa proseso ng apela, maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay walang koneksyon sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o mga planong pangkalusugan.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng isang Antas 1 na Apela

Maaari mong isulat, o ng iyong doktor o kinatawan, ang iyong kahilingan at ipadala ito sa amin sa pamamagitan ng koreo o fax. Maaari ka ring humingi ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin.

- Humingi **sa loob ng 60 araw** ng desisyon na iyong inaapela. Kung malampasan mo ang takdang araw sa mabuting dahilan, maaari ka pa ring mag-apela (tingnan sa pahina 205).
- Kung ikaw ay nag-apela dahil sinabi namin sa iyo na ang serbisyong iyong kasalukuyang natatanggap ay papalitan o ititigil, **mayroon kang mas kaunting araw para umapela** kung gusto mong manatiling makuha ang serbisyo habang ang iyong apela ay pinoproseso (tingnan sa pahina 239).
- Patuloy lang na basahin ang seksyong ito upang malaman kung anong mga takdang araw ang nalalapat sa iyong apela.

Ano ang Antas 1 na Apela?

Ang isang Antas 1 na Apela ay ang unang apela sa aming plan. Susuriin namin ang aming desisyon sa saklaw upang makita kung tama ito. Ang tagarepaso ay isang tao na hindi gumawa ng orihinal na desisyon sa saklaw. Kapag nakumpleto namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa sulat.

Kung sasabihin namin sa iyo pagkatapos ng aming pagsusuri na hindi saklaw ang serbisyo o gamit, maaaring pumunta ang iyong kaso sa isang Antas 2 na Apela.

Paano ako gagawa ng isang Antas 1 na Apela?

- Para simulan ang iyong apela, dapat makipag-ugnayan ka, ang iyong doktor o ibang Provider, o kinatawan mo sa amin. Maaari mo kaming tawagan sa 1-855-905-3825

(TTY: 711). Para sa mga karagdagang detalye kung paano makipag-ugnayan sa amin para sa mga apela, tingnan sa Kabanata 2.

- Maaari kang humiling sa amin ng isang “karaniwang apela” o isang “mabilis na apela.”
- Kung humihiling ka ng isang karaniwang apela o mabilis na apela, umapela ka sa sulat o tumawag sa amin.
  - Maaari kang magsumite ng nakasulat na hiling sa sumusunod na address :
    Blue Shield of California Promise Health Plan
    Mga Apela ng Miyembro at mga Hinaing
    601 Potrero Grande Drive
    Monterey Park, CA 91755
  - Maaari kang magsumite ng iyong kahilingan online sa:
    www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect
  - Maaari ka ring humingi ng apela sa pagtawag sa amin 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Magpapadala kami sa iyo ng sulat sa loob ng 5 araw sa kalendaryo nang pagtanggap ng iyong apela na ipinaaalam sa iyo na natanggap namin ito.

> **Ang legal na termino** para sa "mabilis na apela" ay **"pinabilis na rekonsiderasyon."**

Maaari bang umapela ang ibang tao para sa akin?

Oo. Maaaring umapela ang iyong doktor o ibang Provider para sa iyo. At saka, ang isang tao bukod sa iyong doktor o ibang Provider ay maaaring umapela para sa iyo, nguni't dapat mo munang kumpletuhin ang isang form ng Appointment ng Kinatawan. Binibigyan ng pahintulot ng form ang ibang tao upang kumilos para sa iyo.

Upang kumuha ng form ng Pagtatalaga ng Kinatawan, tumawag sa Customer Care at humingi ng isa, o bumisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

Kung ang apela ay nagmula sa isang tao maliban sa iyo o sa iyong doktor o sa ibang Provider, dapat naming makuha ang kumpletong form ng Pagtatalaga ng Kinatawan bago namin suriin ang apela.

Ilang araw ang mayroon ako para umapela?

Dapat kang umapela **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** mula sa petsa na nasa sulat na aming ipinadala upang sabihin sa iyo ang aming desisyon.

Kung nalampasan mo ang takdang araw na ito at mayroong mabuting dahilan para malampasan ito, maaari ka naming bigyan ng karagdagang panahon upang umapela. Ang mga halimbawa ng magandang dahilan ay: nagkaroon ka ng isang malubhang karamdaman, o maling impormasyon ang ibinigay namin sa iyo tungkol sa deadline para sa paghiling ng isang apela. Dapat mong ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang iyong apela kapag nag-apela ka.

TANDAAN: Kung ikaw ay umapela dahil sinabi namin sa iyo na ang serbisyong kasalukuyang mong natatanggap ay papalitan o aalisin, **mayroon kang mas kaunting araw para umapela** kung gusto mong patuloy na makuha ang serbisyo habang ang iyong apela ay pinoproseso. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa mga pag-apela na Antas 1” sa pahina 209 para sa karagdagang impormasyon.

Maaari ba akong makakuha ng isang kopya ng aking file?

Oo. Humingi ng libreng kopya sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Makakapagbigay ba ang aking doktor ng karagdagang impormasyon tungkol sa aking apela?

Oo, ikaw at ang iyong doktor ay maaaring magbigay sa amin ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.

Paano namin gagawin ang desisyon sa apela?

Maingat naming titingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan para sa pagsaklaw ng pangangalagang medikal. Tapos, susuriin namin upang makita kung sinusunod namin ang lahat ng patakaran kapag sinabi namin ang **Hindi** sa iyong kahilingan. Ang tagasuri ay isang tao na hindi gumawa ng orihinal na desisyon.

Kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon, maaari namin ito hilingin sa iyo o sa iyong doktor.

Kailan ko maririnig ang desisyon sa “karaniwang” apela?

Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw ng kalendaryo matapos naming gamitin ang iyong apela (o sa loob ng 7 araw ng kalendaryo matapos naming makuha ang iyong apela para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B). Ibibigay namin sa iyo nang mas maaga ang aming desisyon kung hinihiling ng kondisyon ng iyong kalusugan na gawin namin ito.

- Kung hindi ka namin bigyan ng sagot sa iyong apela sa loob ng 30 araw sa kalendaryo (o sa loob ng 7 araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong apela para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B), awtomatiko naming ipadadala ang iyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng apela kung ang iyong

problema ay tungkol sa saklaw sa serbisyo o item ng Medicare. Aabisuhan ka kapag nangyari ito.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo o item ng Medi-Cal, kakailanganin mong maghain mismo ng Antas 2 na Apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na apela, pumunta sa Seksyon E4 sa pahina 209.

Kung ang sagot namin ay Oo sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming aprubahan o ibigay ang saklaw sa loob ng 30 araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong apela (o sa loob ng 7 araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong apela para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B).

Kung ang sagot namin ay Hindi sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat. Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo o gamit ng Medicare, isasaad sa sulat na ipinadala namin ang iyong kaso sa Entidad ng Malayang Pagrepaso para sa Antas 2 na Apela. Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo o gamit ng Medi-Cal, isasaad sa sulat kung paano ka mismo makakapaghain ng Antas 2 na Apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na apela, pumunta sa Seksyon E4 sa pahina 209.

Kailan ko maririnig ang tungkol sa desisyon sa “mabilis” na apela?

Kung hihiling ka ng isang mabilis na apela, ibibigay namin ang sagot sa iyo sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang iyong apela. Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming sagot kung hinihiling ng kondisyon ng iyong kalusugan na gawin namin ito.

- Kung hindi ka namin bigyan ng sagot sa iyong apela sa loob ng 72 oras, awtomatiko naming ipadadala ang iyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng apela kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa serbisyo o item ng Medicare. Aabisuhan ka kapag nangyari ito.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo o item ng Medi-Cal, kakailanganin mong maghain mismo ng Antas 2 na Apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na apela, pumunta sa Seksyon E4 sa pahina 209.

Kung ang sagot namin ay Oo sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang iyong apela.

Kung ang sagot namin ay Hindi sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat. Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo o gamit ng Medicare , isasaad sa sulat na ipinadala namin ang iyong kaso sa Entidad ng Malayang Pagrepaso para sa Antas 2 na Apela. Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo o gamit ng Medi-Cal, isasaad sa sulat kung paano ka mismo makakapaghain ng Antas 2 na Apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na apela, pumunta sa Seksyon E4 sa pahina 209.

Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng Antas 1 na mga apela?

Kung magdedesisyon kami na baguhin o itigil ang saklaw para sa isang serbisyo o item na dati nang inaprubahan, padadalhan ka namin ng abiso bago gumawa ng aksyon. Kung hindi ka sang-ayon sa aksyon, maaari kang maghain ng Antas 1 na Apela at hilingin na ipagpatuloy namin ang iyong mga benepisyo para sa serbisyo o gamit. Dapat kang **gumawa ng kahilingan sa o bago ang mas huli sa sumusunod** upang ipagpatuloy ang iyong mga benepisyo:

- Sa loob ng 10 araw mula sa petsa ng pagpapadala ng aming abiso tungkol sa aksyon; **o**
- Sa nilalayong petsa ng pagpapatupad sa aksyon.

Kung matutugunan mo ang takdang araw na ito, maaari mong patuloy na matanggap ang pinagtatalunang serbisyo o item habang pinoproseso ang iyong apela.

E4. Level 2 na apela para sa mga serbisyo, item, at gamot (hindi gamot na Part D)

Kung sinabi ng plan ang Hindi sa Antas 1, ano ang susunod na mangyayari?

Kung sabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong Antas 1 na Apela, padadalhan ka namin ng sulat. Sasabihin sa iyo ng sulat na ito kung karaniwang sinasaklaw ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo o item.

- Kung ang problema mo ay tungkol sa **Medicare** na serbisyo o item, awtomatiko naming ipadadala ang iyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng apela sa sandaling matapos ang Antas 1 na Apela.
- Kung ang problema mo ay tungkol sa isang serbisyo o item ng **Medi-Cal**, maaaring ikaw mismo ang magsampa ng isang Antas 2 na Apela. Sasabihin sa iyo ng sulat kung paano ito gagawin. Nasa ibaba rin ang impormasyon.

Ano ang Antas 2 na Apela?

Ang Antas 2 na Apela ay pangalawang apela, na ginagawa ng isang nagsasariliing organisasyon na walang koneksyon sa aming plan.

Ang problema ko ay tungkol sa isang serbisyo o item na Medi-Cal. Paano ako gagawa ng Antas 2 na Apela?

Mayroong dalawang paraan upang gumawa ng isang Antas 2 na apela para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal: (1) Pagsasampa ng reklamo o Malayang Medikal na Pagrepaso o (2) Pagdinig ng Estado.

(1) Malayang Medikal na Pagrepaso

Maaari kang magsampa ng reklamo o humingi ng isang Malayang Medikal na Pagrepaso (IMR) mula sa Help Center sa California Department of Managed Health Care (DMHC). Sa pagsasampa ng reklamo, rerepasuhin ng DMHC ang aming desisyon at gagawa ng pagpapasya. Makukuha ang isang IMR para sa anumang serbisyo o gamit na saklaw ng Medi-Cal na kailangan sa paggamot. Ang IMR ay isang pagrepaso ng iyong kaso ng mga doktor na hindi bahagi ng aming plan o bahagi ng DMHC. Kung papanig sa iyo ang desisyon ng IMR, dapat namin ibigay sa iyo ang hiniling mong serbisyo o gamit. Wala kang babayaran para sa isang IMR.

Maaari kang magsampa ng reklamo o mag-apply para sa isang IMR kung ang aming plan ay:

- Tatanggihan, babaguhin, o aantalahin ang isang serbisyo o paggamot ng Medi-Cal dahil matutukoy ng aming plan na hindi ito kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
- Hindi namin sasaklawin ang paggamot ng Medi-Cal na sinusubukan o sinisiyasat pa lamang para sa isang malubhang medikal na kondisyon.
- Hindi babayaran ang mga natanggap mo nang pang-emergency o agarang serbisyo ng Medi-Cal.
- Hindi nalutas ang iyong Antas 1 na Apela sa isang serbisyo ng Medi-Cal sa loob ng 30 araw sa kalendaryo para sa isang karaniwang apela o 72 oras para sa isang mabilis na apela.

TANDAAN: Kung nagsampa ang iyong Provider ng isang apela para sa iyo, ngunit hindi namin natanggap ang iyong form ng Pagtatalaga ng Kinatawan, kakailanganin mong muling magsampa ng iyong apela sa amin bago ka makapagsampa ng isang Antas 2 na IMR sa Department of Managed Health Care.

May karapatan ka sa parehong IMR at Pagdinig ng Estado, ngunit hindi kung nagkaroon ka na ng Pagdinig ng Estado para sa parehong problema.

Sa karamihan ng mga kaso, kailangan mong magsampa ng apela sa amin bago humiling ng IMR. Tingnan sa pahina 204 para sa impormasyon tungkol sa aming Antas 1 na proseso ng apela. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kang magsampa ng reklamo sa DMHC o humingi sa DMHC Help Center ng isang IMR.

Kung tinanggihan ang paggamot sa iyo dahil sinusubukan o sinisiyasat pa lang ito, hindi mo kailangang lumahok sa aming proseso ng pag-apela bago ka mag-apply para sa isang IMR.

Kung agaran ang iyong problema o sangkot ang isang agaran at malubhang banta sa iyong kalusugan o kung matindi ang iyong pananakit, maaari mo itong dalhin kaagad sa pagpansin ng DMHC nang hindi muna sumasailalim sa aming proseso ng apela.

Dapat kang **mag-apply para sa isang IMR sa loob ng 6 na buwan** pagkatapos naming ipadala sa iyo ang isang nakasulat na desisyon tungkol sa iyong apela. Maaaring tanggapin ng DMHC ang iyong aplikasyon pagkatapos ng 6 na buwan na may mabuting dahilan, tulad ng nagkaroon ka ng medikal na kondisyon na pumigil sa iyo na humingi ng IMR sa loob ng 6 na buwan o hindi ka nakatanggap ng sapat na abiso mula sa amin tungkol sa proseso ng IMR.

Upang humingi ng IMR:

- Sagutan ang Aplikasyon para sa Nagsasariling Medikal na Pagrepaso/Form ng Reklamo na makikita sa: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx o tumawag sa DMHC Help Center sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-688-9891.
- Kung mayroon ka nito, ilakip ang mga kopya ng mga sulat o ibang dokumento tungkol sa serbisyo o gamit na tinanggihan. Maaari nitong pabilisin ang proseso ng IMR. Ipadala ang mga kopya ng mga dokumento, hindi ang mga orihinal. Hindi maibabalik ng Help Center ang anumang mga dokumento.
- Sagutan ang Form ng Awtorisadong Katulong (Authorized Assistant Form) kung mayroong tumutulong sa iyo sa iyong IMR. Makukuha mo ang form sa www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tumawag sa Help Center ng Departamento sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-688-9891.
- Ipadala sa mail o fax ang iyong mga form at anumang mga kalakip sa:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

Kung kuwalipikado ka para sa isang IMR, rerepasuhin ng DMHC ang iyong kaso at padadalhan ka ng sulat sa loob ng 7 araw sa kalendaryo na sinasabi sa iyo na kuwalipikado ka para sa isang IMR. Pagkatapos matanggap ang iyong aplikasyon at mga suportang dokumento mula sa iyong plan, gagawin ang desisyon ng IMR sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Dapat mong matanggap ang desisyon ng IMR sa loob ng 45 araw sa kalendaryo ng pagsusumite ng kumpletong aplikasyon.

Kung ang iyong kaso ay agaran at kuwalipikado ka para sa isang IMR, rerepasuhin ng DMHC ang iyong kaso at padadalhan ka ng sulat sa loob ng 2 araw sa kalendaryo na sinasabi sa iyo na kuwalipikado ka para sa isang IMR. Pagkatapos matanggap ang iyong aplikasyon at mga suportang dokumento mula sa iyong plan, gagawin ang desisyon ng IMR

sa loob ng 3 araw sa kalendaryo. Dapat mong matanggap ang desisyon ng IMR sa loob ng 7 araw sa kalendaryo ng pagsusumite ng kumpletong aplikasyon. Kung hindi ka masaya sa resulta ng IMR, maaari ka pa ring humiling ng isang Patas na Pagdinig ng Estado.

Maaaring magtagal ang IMR kung hindi natatanggap ng DMHC ang lahat ng medikal na rekord na kailangan mula sa iyo o sa iyong gumagamot na doktor. Kung nagpapatingin ka sa doktor na wala sa network ng iyong planong pangkalusugan, mahalaga na kumuha ka at ipadala sa amin ang iyong mga medikal na rekord mula sa doktor na iyon. Hinihingi sa iyong planong pangkalusugan na kumuha ng mga kopya ng iyong medikal na rekord mula sa mga doktor na nasa network.

Kung magdedesisyon ang DMHC na hindi karapat-dapat ang iyong kaso para sa IMR, susuriin ng DMHC ang iyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso. Dapat malutas ang iyong reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo ng pagsusumite ng kumpletong aplikasyon. Kung agaran ang iyong reklamo, lulutasin ito sa lalong madaling panahon.

(2) Pagdinig ng Estado

Maaari kang humingi ng Pagdinig ng Estado para sa mga saklaw na serbisyo ng Medi-Cal at mga item. Kung humingi ang iyong doktor o ibang Provider ng serbisyo o item na hindi namin aaprubahan, o hindi namin itutuloy na bayaran ang serbisyo o item na mayroon ka na at sinabi namin na hindi sa iyong apela na Antas 1, may karapatan kang humiling ng Pagdinig ng Estado.

Kadalasan **mayroon kang 120 araw upang humingi ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos maipadala sa iyo sa koreo ang abiso na “Ang Iyong mga Karapatan sa Pagdinig”.

TANDAAN: Kung humingi ka ng Pagdinig ng Estado dahil sinabi namin sa iyo na babaguhin o ihihinto ang isang serbisyong kasalukuyan mong natatanggap, **ikaw ay mayroong ilang araw upang isumite ang iyong kahilingan** kung gusto mong panatilihing nakukuha ang serbisyong iyon habang nakabinbin ang iyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa mga pag-apela na Antas 2” sa pahina 214 para sa karagdagang impormasyon.

Mayroong dalawang paraan upang humiling ng isang Patas na Pagdinig ng Estado:

1. Maaari mong kumpletuhin ang "Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado" sa likuran ng abiso ng aksyon. Dapat mong ibigay ang lahat ng hiniling na impormasyon tulad ng iyong buong pangalan, tirahan, numero ng telepono, ang pangalan ng plano o county na gumawa ng pagkilos laban sa iyo, ang (mga) sangkot na programa sa tulong, at isang detalyadong dahilan kung bakit gusto mo ng isang pagdinig. Pagkatatpos maaari mong isumite ang iyong kahilingan sa isa sa mga paraan na ito:

    - Sa welfare department ng county sa address na ipinapakita sa abiso.

- Sa California Department of Social Services:

  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
  Sacramento, California 94244-2430

- Sa State Hearings Division sa numero ng fax na 833-281-0905.

2. Maaari kang tumawag sa California Department of Social Services sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349. Kung magdedesisyon kang humiling ng Patas na Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng pagtawag, dapat mong malaman na napakaraming tumatawag sa mga linya ng telepono.

Ang problema ko ay tungkol sa isang serbisyo o item na Medicare. Ano ang mangyayari sa Antas 2 na Apela?

Susuriin nang mabuti ng isang Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) ang desisyon sa Antas 1 at magpapasya ito kung dapat ba itong baguhin.

- Hindi mo kailangang humiling ng Antas 2 na Apela. Awtomatiko naming ipapadala ang anumang mga pagtanggi (nang buo o bahagi lang) sa IRE. Aabisuhan ka kapag nangyari ito.
- Ang IRE ay inuupahan ng Medicare at wala itong koneksyon sa plan na ito.
- Maaari kang humingi ng kopya ng iyong file sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Dapat ibigay sa iyo ng IRE ang sagot sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 30 araw sa kalendaryo kapag natanggap nito ang iyong apela (o sa loob ng 7 araw sa kalendaryo kapag natanggap nito ang iyong apela para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B). Naaangkop ang patakaran na ito kung ipinadala mo ang iyong apela bago makakuha ng mga serbisyo o gamit na pang-medikal.

- Gayunpaman, kung kailangang mangalap ng karagdagang impormasyon ng IRE na maaaring makabuti sa iyo, maaari itong tumagal nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo. Kung kailangan ng IRE ng dagdag na mga araw upang gumawa ng desisyon, sasabihin nito sa iyo sa sulat. Hindi makapaglalaan ang IRE ng dagdag na oras upang gumawa ng pasya kung ang iyong apela ay para sa inireresetang gamot ng Medicare Part B.

Kung nagkaroon ka ng “mabilis na apela” sa Antas 1, awtomatiko kang magkakaroon ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kang bigyan ng sagot ng IRE sa loob ng 72 oras mula sa petsa kung kailan nito makukuha ang iyong apela.

- Gayunpaman, kung kailangang mangalap ng karagdagang impormasyon ng IRE na maaaring makabuti sa iyo, maaari itong tumagal nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo. Kung kailangan ng IRE ng dagdag na mga araw upang gumawa ng desisyon, sasabihin nito sa iyo sa sulat. Hindi makapaglalaan ang IRE ng dagdag na oras upang gumawa ng pasya kung ang iyong apela ay para sa reseta ng Medicare Part B.

Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng Antas 2 na mga apela?

Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o gamit na saklaw ng Medicare, hindi ipagpapatuloy ang iyong mga benepisyo para sa serbisyo o gamit na iyon habang pinoproseso ang Antas 2 na apela sa Independent Review Entity.

Kung may problema ka tungkol sa serbisyo o item na saklaw ng Medi-Cal at humingi ka ng Pagdinig ng Estado, maaaring magpatuloy ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal para sa serbisyo o item na iyon hanggang magawa ang desisyon ng pagdinig. Dapat kang humingi ng pagdinig **sa o bago ang mas huli sa sumusunod** upang maipagpatuloy ang iyong mga serbisyo:

- Sa loob ng 10 araw ng petsa ng pagpapadala sa koreo ng aming abiso sa iyo na pinagtibay ang desisyon sa salungat na benepisyo (Antas 1 na desisyon sa apela); **o**
- Sa nilalayong petsa ng pagpapatupad sa aksyon.

Kung matugunan mo ang takdang araw na ito, maaari mong patuloy na makuha ang pinagtalunang serbisyo o item hanggang sa magawa ang desisyon ng pagdinig.

Paano ko malalaman ang tungkol sa pagpapasya?

Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay isang Malayang Medikal na Pagrepaso, padadalhan ka ng sulat ng Department of Managed Health Care na nagpapaliwanag sa ginawang desisyon ng mga doktor na sumuri sa iyong kaso.

- Kung ang desisyon ng Malayang Medikal na Pagrepaso ay **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming ibigay ang serbisyo o paggamot.
- Kung ang desisyon ng Malayang Medikal na Pagrepaso ay **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyon ng Antas 1. Maaari ka pa ring makakuha ng Patas na Pagdinig ng Estado. Pumunta sa pahina 208 para sa impormasyon tungkol sa paghingi ng Pagdinig ng Estado.

Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay isang Patas na Pagdinig ng Estado, padadalhan ka ng California Department of Social Services ng isang sulat na nagpapaliwanag sa desisyon nito.

- Kung ang desisyon ng Pagdinig ng Estado ay **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat kaming sumunod sa desisyon. Dapat namin kumpletuhin ang inilarawang (mga)

pagkilos sa loob ng 30 araw sa kalendaryo ng petsa nang matanggap namin ang isang kopya ng desisyon.

- Kung ang desisyon ng Pagdinig ng Estado ay **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyon ng Antas 1. Maaari naming itigil ang anumang bayad na nakabinbing matatanggap mo.

Kung sumailalim ang iyong Antas 2 na Apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) ng Medicare, magpapadala ito sa iyo ng sulat na nagpapaliwanag sa desisyon nito.

- Kung sinabi ng IRE ang **Oo** sa bahagi o lahat ng hiningi mo sa iyong karaniwang apela, dapat naming pahintulutan ang saklaw sa medikal na pangangalag sa loob ng 72 oras o ibigay sa iyo ang serbisyo o item sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo mula sa petsa na natanggap namin ang desisyon ng IRE. Kung humiling ka ng mabilis na apela, dapat naming pahintulutan ang saklaw sa medikal na pangangalaga o dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyo o gamit sa loob ng 72 oras mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon ng IRE.

- Kung sinabi ng IRE na **Oo** sa bahagi o lahat ng hiningi mo sa iyong karaniwang apela para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B, dapat naming pahintulutan o ibigay ang inireresetang gamot na nasa Medicare Part B sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang desisyon ng IRE. Kung nagkaroon ka ng mabilis na apela, dapat naming pahintulutan o ibigay ang inireresetang gamot na nasa Medicare Part B sa loob ng 24 na oras mula sa petsa na natanggap namin ang desisyon ng IRE.

- Kung sinabi ng IRE ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyon ng Antas 1. Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon.” Tinatawag rin itong “pagtanggi sa iyong apela.”

Kung ang desisyon ay Hindi para sa lahat o bahagi ng kung ano ang akin hiningi, maaari ba akong gumawa ng isa pang apela?

Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay isang Malayang Medikal na Pagrepaso, maaari kang humiling ng isang Pagdinig ng Estado. Pumunta sa pahina 208 para sa impormasyon tungkol sa paghingi ng Pagdinig ng Estado.

Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay isang Patas na Pagdinig ng Estado, maaari kang humiling ng isang muling pagdinig sa loob ng 30 araw pagkatapos mong matanggap ang desisyon. Maaari ka ring humiling ng panghukumang pagsusuri ng isang pagtanggi ng Patas na Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng paghahain ng isang petisyon sa Superior Court (sa ilalim ng Alituntunin ng Pamamaraan para sa mga Kasong Sibil Seksyon 1094.5) sa loob ng isang taon pagkatapos mong matanggap ang desisyon. Hindi ka maaaring humiling ng isang IMR kung humiling ka na ng isang Patas na Pagdinig ng Estado sa parehong problema.

Kung sumailalim ang iyong Antas 2 na Apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) ng Medicare, maaari ka lang umapela ulit kung ang halaga sa dolyar ng serbisyo o gamit na gusto mo ay nakakatugon sa isang partikular na pinakamababang halaga. Ang makukuha mong sulat mula sa IRE ay ipapaliwanag ang mga karagdagang karapatan na maaaring magkaroon ka.

Tingnan sa Seksyon I sa pahina 245 para sa marami pang impormasyon tungkol sa mga karagdagang antas ng apela.

E5. Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapayagan ang aming mga Provider sa network na singilin ka para sa mga saklaw na serbisyo at item. Totoo ito kahit na mas mababa ang ibinabayad namin sa Provider kaysa sa sinisingil ng Provider para sa isang saklaw na serbisyo o gamit. Hindi mo kinakailangang bayaran ang balanse ng anumang bill. Ang halaga lamang na dapat kang hingian ng bayad ay ang copay para sa mga branded at generic na resetang gamot.

Kung makatanggap ka ng bayarin na mas higit sa iyong copay para sa mga saklaw na serbisyo at item, ipadala ang bayarin sa amin. **Hindi mo dapat bayaran mismo ang bayarin.** Direkta kaming makikipag-ugnayan sa Provider at kami ang bahala sa problema.

Para sa karagdagang impormasyon, magsimula sa pamamagitan ng pagbabasa sa Kabanata 7: “Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bayarin na natanggap mo para sa mga saklaw na serbisyo o gamot.” Inilalarawan sa Kabanata 7 ang mga sitwasyon kung saan maaari mong kailanganing humiling ng bayad o bayaran ang isang bill na natanggap mo mula sa isang provider. Sinasabi rin nito kung paano magpapadala sa amin ng mga dokumento na hinihiling sa aming magbayad.

Maaari ko bang hingin sa iyo na bayaran ako para sa iyong bahagi ng serbisyo o item na binayaran ko?

Tandaan, kung makatanggap ka ng bayarin na mas malaki kaysa sa copay mo para sa mga saklaw na serbisyo at item, hindi mo dapat bayaran mismo ang bayarin. Gayunpaman, kung babayaran mo ang bill, maaari kang makakuha ng refund kung sinunod mo ang mga patakaran sa pagkuha ng mga serbisyo at gamit.

Kung hinihiling mong bayaran ka, humihiling ka ng isang pagpapasya sa pagsaklaw. Titingnan namin kung ang serbisyo o gamit na binayaran mo ay isang saklaw na serbisyo o gamit, at titingnan namin upang makita kung sinunod mo ang lahat ng patakaran para sa paggamit ng pagsaklaw sa iyo.

- Kung saklaw ang serbisyo o item na binayaran mo at sumunod ka sa lahat ng panuntunan, ipadadala namin sa iyong Provider ang aming bahagi sa gastos para sa serbisyo o item sa loob ng 60 na araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

- Kung hindi mo pa nababayaran ang serbisyo o item, ipadadala namin ang bayad nang direkta sa Provider. Kapag ipinadala namin ang bayad, kapareho rin ito ng pagsabi ng **Oo** sa iyong kahilingan para sa desisyon sa saklaw.
- Kung hindi saklaw ang serbisyo o gamit, o hindi ka sumunod sa lahat ng patakaran, magpapadala kami sa iyo ng sulat na nagsasabi sa iyo na hindi namin babayaran ang serbisyo o gamit nang may paliwanag kung bakit.

Paano kung sasabihin namin na hindi kami magbabayad?

Kung ikaw ay hindi sumasang-ayon sa aming desisyon, **maaari kang umapela**. Sundin ang proseso ng pag-aapela na inilalarawan sa Seksyon E3 sa pahina 205. Kapag sinunod mo ang mga tagubilin na ito, pakitandaan na:

- Kung nag-apela ka para sa pagbabalik ng bayad, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- Kung hinihiling mo sa amin na bayaran ka para sa isang serbisyo o gamit na natanggap mo na at ikaw mismo ang nagbayad, hindi ka maaaring humiling ng mabilis na apela.

Kung sumagot kami ng **Hindi** sa iyong apela at karaniwang saklaw ng Medicare ang serbisyo o item, awtomatiko naming ipapadala ang iyong kaso sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE). Aabisuhan ka namin sa pamamagitan ng sulat kung mangyayari ito.

- Kung babaligtarin ng IRE ang aming desisyon at sasabihin na dapat ka naming bayaran, dapat naming ipadala sa iyo ang bayad o sa Provider sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung ang sagot sa iyong apela ay **Oo** sa anumang yugto ng proseso ng apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala sa iyo ang bayad na hiningi mo o sa Provider sa loob ng 60 araw sa kalendaryo.
- Kung sinabi ng IRE ang **Hindi** sa iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa aming desisyon na hindi aprubahan ang iyong kahilingan. (Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon.” Tinatawag din itong “pagtanggi sa iyong apela.”) Ipaliliwanag ng sulat na iyong matatanggap ang karagdagang mga karapatan sa pag-apela na maaaring mayroon ka. Maaari kang umapela muli kung ang dolyar na halaga ng serbisyo o gamit na gusto mo ay natutugunan ang isang partikular na pinakamababang halaga. Tingnan sa Seksyon I sa pahina 245 para sa marami pang impormasyon tungkol sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung sumagot kami ng **Hindi** sa iyong apela at karaniwang saklaw ng Medi-Cal ang serbisyo o item, maaari kang magsampa mismo ng Antas 2 na Apela (tingnan sa Seksyon E4 sa pahina 209).

F. Mga Part D na gamot

F1. Ano ang dapat gawin kung may mga problema ka sa pagkuha ng Part D na gamot o gusto mong bayaran ka namin para sa isang Part D na gamot

Ang iyong mga benepisyo bilang isang miyembro ng aming plan ay may kasamang pagsaklaw para sa maraming mga iniresetang gamot. Karamihan sa mga gamot na ito ay "mga Part D na gamot." Mayroong kaunting gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare Part D ngunit maaaring saklawin ng Medi-Cal. **Naaangkop lang ang seksyon na ito sa mga apela sa Part D na gamot.**

Kabilang sa Listahan ng Gamot ang ilang gamot na may "NPD". Ang mga gamot na ito ay **hindi** Part D na mga gamot. Ang mga apela o desisyon sa saklaw tungkol sa mga gamot na may "NPD" na simbulo ay sumusunod sa proseso sa Seksyon E sa pahina 201.

Maaari ba akong humingi ng desisyon sa saklaw o mag-apela tungkol sa mga Part D na resetang gamot?

Oo. Narito ang mga halimbawa ng mga pagpapasiya sa pagsakop na maaari ninyong hilingin sa amin na gawin namin tungkol sa inyong Part D mga gamot:

- Humiling ka sa amin ng pagbubukod tulad ng:
  - Paghingi sa amin na saklawin ang isang Part D na gamot na wala sa Listahan ng Gamot ng plan
  - Paghiling sa amin na alisin ang paghihigpit sa pagsaklaw ng plano sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa dami ng gamot na maaari mong makuha)
- Hinihiling mo sa amin kung saklaw ang isang gamot para sa iyo (halimbawa, kapag nasa Listahan ng Gamot ng plano ang iyong gamot nguni't hinihingi namin sa iyo na kumuha ng pag-apruba mula sa amin bago namin ito saklawin para sa iyo).

TANDAAN: Kung sasabihin sa iyo ng iyong parmasya na hindi maaaring punuin ang iyong gamot, makakakuha ka ng isang abiso kung paano makikipag-ugnayan sa amin upang humiling ng isang pagpapasya sa pagsaklaw.

- Humiling ka sa amin na bayaran ang resetang gamot na binili mo na. Ito ay paghingi ng desisyon sa saklaw tungkol sa pagbabayad.

> **Ang legal na termino** para sa desisyon sa saklaw sa iyong mga Part D na gamot ay **"pagpapasya sa saklaw."**

Kung hindi ka sumasang-ayon sa ginawa naming desisyon sa saklaw, maaari kang umapela sa aming desisyon. Sinasabi ng seksyon na ito sa iyo kung paano humingi ng pagpapasya sa saklaw **at** kung paano humiling ng isang apela.

Gamitin ang chart na nasa ibaba upang matulungan kang makapagpasya kung aling seksyon ang naglalaman ng impormasyon para sa iyong sitwasyon:

Sa aling mga sitwasyon na ito ka naroon?			
Kailangan mo ba ng isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o kailangan mo na alisin namin ang isang patakaran o paghihigpit sa isang gamot na sinasaklaw namin?	Gusto mo bang saklawin namin ang isang gamot na nasa aming Listahan ng Gamot at naniniwala ka na natutugunan mo ang anumang mga restriksyon o patakaran ng plan (tulad ng maagang pagkuha ng pag-apruba) para sa kailangan mong gamot?	Gusto mo bang hilingin sa amin na bayaran ka para sa isang gamot na natanggap at binayaran mo na?	Sinabi na ba namin sa iyo na hindi namin sasaklawin o babayaran ang gamot sa paraan ng pagsaklaw o pagbayad na gusto mo?
Maaari kang humiling sa amin ng isang pagbubukod. (Ito ay isang uri ng desisyon sa saklaw.)	**Maaari mong hingin sa amin ang desisyon sa saklaw.**	**Maaari mong hilingin sa aming bayaran ka.** (Ito ay isang uri ng desisyon sa saklaw.)	**Maaari kang mag-apela.** (Nangangahulugang ito na hinihiling mo sa amin na muling isaalang-alang.)
Magsimula sa **Seksyon F2** sa pahina 220. Tingnan din sa Seksyon na F3 at F4 sa mga pahina 221 at 222.	Lumaktaw papunta sa **Seksyon F4** sa pahina 222.	Lumaktaw papunta sa **Seksyon F4** sa pahina 222.	Lumaktaw papunta sa **Seksyon F5** sa pahina 226.

F2. Ano ang pagbubukod

Ang pagbubukod ay isang pahintulot upang makakuha ng saklaw para sa isang gamot na hindi karaniwang nasa aming Listahan ng Gamot o upang gamitin ang gamot nang walang tiyak na mga patakaran at limitasyon. Kung ang gamot ay wala sa aming Listahan ng Gamot o hindi saklaw sa paraan na gusto mo, maaari mong hingin sa amin na gumawa ng isang "pagbubukod."

Kapag humiling ka ng isang pagbubukod, kakailanganin ipaliwanag ng iyong doktor o ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan mo ng pagbubukod.

Narito ang mga halimbawa ng mga pagbubukod na maaaring hilingin mo o ng iyong doktor o isa pang tagapagreseta na gawin namin:

1. Pagsaklaw sa Part D na gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot.
   - Kung sumang-ayon kami na gumawa ng pagbubukod at saklawin ang gamot na wala sa Listahan ng Gamot, kakailanganin mong bayaran ang halaga ng paghahatiang gastos na angkop sa mga gamot sa Tier at 3 para sa branded na gamot o Tier 2 para sa mga generic na gamot.
   - Hindi ka maaaring humiling ng pagbubukod sa halaga ng copay o coinsurance na inaatas namin na bayaran mo para sa gamot.
2. Pag-alis sa paghihigpit sa aming pagsaklaw. Mayroong mga karagdagang patakaran o paghihigpit na ilalapat sa ilang gamot na nasa aming Listahan ng Gamot (para sa karagdagang impormasyon, pumunta sa Kabanata 5 Seksyon C).
   - Kasama sa mga dagdag na patakaran at paghihigpit sa pagsaklaw para sa ilang gamot ang:
     - Inaatasan na gamitin ang generic na bersyon ng isang gamot sa halip na ang branded na gamot.
     - Pagkuha ng pag-apruba ng plano bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot para sa iyo. (Tinatawag ito minsan na “paunang pahintulot.”)
     - Hinihiling na subukan muna ang ibang gamot bago kami sasang-ayon na saklawin ang gamot na hinihiling mo. (Tinatawag ito minsan na “step therapy.”)
     - Mga limitasyon sa dami. Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang damit ng gamot na maaaring magkaroon ka.
   - Kung sumasang-ayon kami sa paggawa ng pagbubukod at iurong ang paghihigpit sa iyo, maaari ka pa ring humingi ng pagbubukod sa halaga ng copay na hiningi namin sa iyo na bayaran ang gamot.

Ang legal na termino para sa paghingi ng pag-alis ng paghihigpit sa saklaw para sa isang gamot ay tinatawag kung minsan na paghingi ng isang **"pagbubukod sa pormularyo."**

F3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghingi ng mga pagbubukod

Dapat sabihin sa amin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan

Dapat magbigay sa amin ng isang pahayag ang iyong doktor o ibang tagapagreseta na nagpapaliwanag sa mga medikal na dahilan para sa paghiling ng isang pagbubukod. Ang aming desisyon tungkol sa pagbubukod ay magiging mas mabilis kung isasama mo ang impormasyon na ito mula sa iyong doktor o ibang tagapagreseta kapag humiling ka ng pagbubukod.

Karaniwan na, kasama sa aming Listahan ng Gamot ang mahigit sa isang gamot para sa paggamot ng isang partikular na kondisyon. Ang mga ito ang tinatawag na mga "alternatibong" gamot. Kung magiging kasingbisa ng gamot na hinihiling mo ang isang alternatibong gamot at hindi ito magdudulot ng mas maraming side effect o iba pang problema sa kalusugan, hindi namin aaprubahan kadalasan ang iyong kahilingan para sa isang pagbubukod.

Sasabihin namin ang Oo o Hindi sa iyong kahilingan para sa isang pagbubukod

- Kung sabihin namin ang **Oo** sa iyong hiling para sa isang pagbubukod, kadalasang magtatagal ang pagbubukod hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo. Totoo ito hangga't patuloy na magrereseta sa iyo ng gamot ang iyong doktor at patuloy na magiging ligtas at mabisa ang gamot sa paggamot ng iyong kondisyon.
- Kung sabihin namin ang **Hindi** sa iyong hiling para sa isang pagbubukod, makahihingi ka ng isang pagrerepaso ng aming desisyon sa pamamagitan ng pag-aapela. Sinasabi sa Seksyon F5 sa pahina 226 kung paano mag-aapela kung sasabihin namin ang **Hindi**.

Sinasabi ng susunod na seksyon kung paano hihiling ng desisyon sa saklaw, kasama ang eksepsyon.

F4. Paano humingi ng desisyon sa saklaw sa isang Part D na gamot o pagbabalik ng bayad sa Part D na gamot, kabilang ang isang pagbubukod

Ano ang dapat gawin

- Humingi ng uri ng desisyon sa saklaw na gusto mo. Tumawag, sumulat, o mag-fax sa amin upang humiling. Ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong doktor (o ibang tagapagreseta) ay makagagawa nito. Maaari mo kaming tawagan sa 1-888-697-8122 (TTY: 711).
- Ikaw o ang iyong doktor (o ibang tagapagreseta) o ibang tao na kumikilos sa ngalan mo ay maaaring humiling ng isang pagpapasya sa pagsaklaw. Maaari din na ang iyong abogado ang kumilos para sa iyo.
- Basahin sa Seksyon D sa pahina 197 upang malaman kung paano magbigay ng pahintulot sa ibang tao na kikilos bilang kinatawan mo.
- Hindi mo kailangang bigyan ng nakasulat na pahintulot ang iyong doktor o ibang tagapagreseta upang humiling sa amin ng isang pagpapasya sa pagsaklaw sa ngalan mo.
- Kung gusto mong hilingin sa amin na bayaran ka para sa isang gamot, basahin ang Kabanata 7 ng handbook na ito. Inilalarawan ng Kabanata 7 ang mga panahon na maaari kang humiling ng bayad. Sinasabi rin nito kung paano ipapadala sa amin ng mga dokumento na humihiling sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa gastos ng gamot na binayaran mo.
- Kung humihiling ka ng pagbubukod, ibigay ang “sumusuportang pahayag.” Dapat ibigay sa amin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan para sa pagbubukod sa gamot. Tinatawag namin itong “sumusuportang pahayag.”

Sa isang sulyap: Paano humingi ng desisyon sa saklaw tungkol sa isang gamot o pagbabayad

Tumawag, sumulat, o mag-fax sa amin upang humiling, o hilingin sa iyong kinatawan o doktor o ibang tagapagreseta na magtanong. Bibigyan ka namin ng isang sagot sa isang karaniwang desisyon sa saklaw sa loob ng 72 oras. Bibigyan ka namin ng isang sagot sa pagbabayad sa iyo para sa Gamot sa Part D na binayaran na mo sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo.

- Kung humihiling ka ng isang pagbubukod, isama ang sumusuportang pahayag mula sa iyong doktor o ibang tagapagreseta.
- Ikaw o ang iyong doktor o ibang tagapagreseta ay maaaring humiling ng isang mabilis na pagpapasya. (Ang mga mabilis na pagpapasya ay karaniwang dumadating sa loob ng 24 oras.)
- Basahin ang seksyong ito upang matiyak na kuwalipikado ka para sa mabilis na desisyon! Basahin rin ito upang maghanap ng impormasyon tungkol sa mga takdang araw ng desisyon.

- Maaaring i-fax o ipadala sa amin sa koreo ng iyong doktor o ibang tagapagreseta ang pahayag. O maaaring sabihin sa amin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta sa telepono, at pagkatapos i-fax o ipadala ang pahayag sa koreo.

Kung kailangan ito ng kalusugan mo, hingin sa amin na bigyan ka ng isang "mabilis na desisyon sa saklaw"

Gagamitin namin ang "mga karaniwang takdang araw" maliban kung sumang-ayon kaming gamitin ang "mabilis na mga takdang araw."

- Ang ibig sabihin ng **mabilis na desisyon sa saklaw** ay magbibigay kami sa iyo ng sagot sa loob ng 72 na oras matapos naming makuha ang pahayag ng iyong doktor.
- Ang ibig sabihin ng **mabilis na desisyon sa saklaw** ay magbibigay kami sa iyo ng sagot sa loob ng 24 na oras matapos naming makuha ang pahayag ng iyong doktor.

> **Ang legal na termino** para sa "mabilis na desisyon sa saklaw" ay **"pinabilis na pagpapasya sa saklaw."**

Makakakuha ka lang ng isang mabilis na desisyon sa saklaw kung humihiling ka ng pagsaklaw para sa gamot na hindi mo pa natatanggap. (Hindi ka maaaring kumuha ng mabilis na desisyon sa saklaw kung hinihiling mo sa amin na bayaran ka namin para sa isang gamot na nabili mo na.)

Maaari ka lang makakuha ng isang mabilis na desisyon sa saklaw kung ang paggamit sa mga karaniwang takdang araw ay magdudulot ng malubhang panganib sa iyong kalusugan o mahahadlangan ang kakayahang kumilos.

Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta na kinakailangan ng iyong kalusugan ang isang "mabilis na pagpapasya sa pagsaklaw," awtomatiko kaming sasang-ayon upang bigyan ka ng isang mabilis na desisyon sa saklaw, at sasabihin ito sa iyo ng sulat.

- Kung humiling ka mismo ng isang mabilis na desisyon sa saklaw (nang walang tulong mula sa iyong doktor o ibang tagapagreseta), magpapasya kami kung makakakuha ka ng isang mabilis na desisyon sa saklaw .
- Kung mapagpasyahan namin na hindi nakakatugon ang iyong medikal na kundisyon sa mga kinakailangan para sa mabilis na desisyon sa saklaw, gagamitin na lang namin ang mga karaniwang takdang araw.
    - Padadalhan ka namin ng sulat na mag-aabiso sa iyo tungkol doon. Sasabihin sa iyo ng sulat kung paano magrereklamo tungkol sa aming pagpapasya upang bigyan ka ng isang karaniwang pagpapasya.

- Maaari kang maghain ng isang “mabilis na reklamo” at makakuha ng tugon sa iyong reklamo sa loob ng 24 oras. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng pagrereklamo, kabilang ang mabibilis na reklamo, tingnan sa Seksyon J sa pahina 247

Mga takdang araw para sa isang “mabilis na desisyon sa saklaw”

- Kung gumagamit kami ng mga mabilis na takdang araw, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot saloob ng 24 na oras. Nangangahulugan itong 24 oras pagkatapos namin makuha ang iyong kahilingan. O, kung humihiling ka ng isang pagbubukod, 24 oras pagkatapos naming makuha ang pahayag ng iyong doktor o tagapagreseta na sumusuporta sa iyong kahilingan. Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang takdang araw na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Sa Antas 2, susuriin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong kahilingan.
- **Kung ang sagot namin ay Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming ibigay sa iyo ang saklaw sa loob ng 24 na oras matapos naming matanggap ang iyong hiling o ang pahayag na sumusuporta sa iyong hiling mula sa iyong doktor o tagapagreseta.
- **Kung ang sagot namin ay Hindi** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit sinabi namin ang **Hindi**. Ipaliliwanag din ng sulat kung paano mo maaaring iapela ang aming desisyon.

Mga takdang araw para sa "karaniwang desisyon sa saklaw" tungkol sa isang gamot na hindi mo pa natatanggap

- Kung ginagamit namin ang mga karaniwang takdang araw, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan. O kaya, kung humihiling ka ng pagbubukod, pagkatapos naming makuha ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor o ng tagapagreseta sa iyo. Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang takdang araw na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan patungo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Sa Antas 2, susuriin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong kahilingan.
- **Kung ang sagot namin ay Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming aprubahan o ibigay ang saklaw sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang iyong hiling o, kung humihingi ka ng isang pagbubukod, ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor o tagapagreseta.

- **Kung ang sagot namin ay Hindi** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit sinabi namin ang **Hindi**. Ipaliliwanag din ng sulat kung paano mo maaaring iapela ang aming desisyon.

Mga takdang araw para sa "karaniwang desisyon sa saklaw" tungkol sa pagbabayad sa isang gamot na nabili mo na

- Dapat namin ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos namin makuha ang iyong kahilingan.
- Kung hindi namin matutugunan ang takdang araw na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Sa Antas 2, susuriin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong kahilingan.
- **Kung ang sagot namin ay Oo** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, babayaran ka namin sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo.
- **Kung ang sagot namin ay Hindi** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit sinabi namin ang **Hindi**. Ipaliliwanag din ng sulat kung paano mo maaaring iapela ang aming desisyon.

F5. Antas 1 na Apela para sa mga Part D na gamot

- Para magsimul sa iyong apela, ikaw, ang iyong doktor o ang tagapagreseta, o ang iyong kinatawan ay dapat na makipag-ugnayan sa amin.
- Kung ikaw ay humihingi ng karaniwang apela, maaari kang mag-apela sa pamamagitan ng pagpapadala ng nakasulat na kahilingan. Maaari ka ring humingi ng apela sa pagtawag sa amin 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Kung gusto mo ng isang mabilis na apela, maaari kang umapela sa sulat o maaari mo kaming tawagan.
- Gawin ang iyong hiling na apela **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** mula sa petsa na nasa abiso na ipinadala namin upang sabihin sa iyo ang aming desisyon. Kung nalampasan mo ang takdang araw na ito at mayroong magandang dahilan para malampasan ito, maaari ka naming bigyan ng karagdagang oras upang umapela. Halimbawa, ang mga magandang dahilan kung malalampasan mo ang takdang araw ay kung mayroon kang malubhang karamdaman na pumipigil sa iyong makipag-ugnayan sa amin o kung binigyan ka namin ng mali o kulang na impormasyon tungkol sa takdang araw para sa paghiling ng isang apela.
- Mayroon kang karapatan na humingi sa amin ng kopya ng impormasyon tungkol sa iyong apela. Upang humingi ng kopya, tumawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711).

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng isang Antas 1 na Apela

Ikaw, ang iyong doktor o tagapagreseta, o ang iyong kinatawan ay maaaring isulat ang iyong kahilingan at ipadala ito sa amin sa koreo o ipadala ito sa amin sa fax. Maaari ka ring humingi ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin.

- Humingi **sa loob ng 60 araw** ng desisyon na iyong inaapela. Kung nalampasan mo ang takdang araw nang may magandang dahilan, maaari ka pa ring umapela.
- Ikaw, ang iyong doktor o tagapagreseta, o ang iyong kinatawan ay maaari kaming tawagan upang humiling ng isang mabilis na apela.
- Basahin ang seksyong ito upang matiyak na kuwalipikado ka para sa mabilis na desisyon! Basahin rin ito upang maghanap ng impormasyon tungkol sa mga takdang araw ng desisyon.

Ang legal na termino para sa isang apela sa plan tungkol sa isang desisyon sa saklaw sa Part D na gamot ay **"muling pagpapasya"** ng plan.

Kung gusto mo, ikaw at ang iyong doktor o ibang pang tagapagreseta ay maaaring magbigay sa amin ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.

Kung kailangan ito ng kalusugan mo, humingi ng isang "mabilis na apela"

- Kung umaapela ka sa isang pagpapasya na ginawa ng aming plan tungkol sa isang gamot na hindi pa mo natatanggap, ikaw at ang iyong doktor o ibang tagapagreseta ay kakailanganing magpasiya kung kailangan mo ng isang "mabilis na apela."
- Ang mga kailangan sa pagkuha ng "mabilis na apela" ay tulad ng sa pagkuha "mabilis na desisyon sa saklaw" na nasa Section F4 sa pahina 222.

Ang legal na termino para sa "mabilis na apela" ay **"pinabilis na muling pagpapasya."**

Rerepasuhin ng aming plan ang iyong apela at bibigyan ka ng aming desisyon

- Maingat naming titingnan muli ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan para sa pagsaklaw. Susuriin namin upang makita kung sinusunod namin ang lahat ng patakaran kapag sinabi namin ang **Hindi** sa iyong kahilingan. Maaari kaming makipag-ugnayan sa iyo o sa iyong doktor o ibang pang tagapagreseta upang makakuha ng higit pang impormasyon. Ang tagarepaso ay isang tao na hindi gumawa ng orihinal na desisyon sa saklaw.

Mga takdang araw para sa isang "mabilis na apela"

- Kung gumagamit kami ng mga mabilis na takdang araw, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos namin makuha ang iyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi kami magbibigay sa iyo ng sagot sa loob ng 72 oras, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela. Sa Antas 2, susuriin ng isang Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong apela.
- **Kung ang sagot namin ay Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming ibigay ang saklaw sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang iyong apela.
- **Kung ang sagot namin ay Hindi** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit sinabi namin ang **Hindi**.

Mga takdang araw para sa isang "karaniwang apela"

- Kung gumagamit kami ng mga karaniwang takdang araw, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot sa loob ng 7 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan. Kung hinihiling mo na bayaran ka namin para sa isang gamot na nabili mo na, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 14 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong apela. Kung sa palagay mo kinakailangan ito ng iyong kalusugan, dapat kang humiling ng isang "mabilis na apela."

- Kung hindi ka namin bigyan ng desisyon sa loob ng 7 araw sa kalendaryo, o 14 na araw kung hiningi mo sa amin na bayaran ka para sa gamot na binili mo na, ipadadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng apela. Sa Antas 2, susuriin ng isang Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong apela.
- **Kung ang sagot namin ay Oo** sa bahagi o lahat ng hiningi mo:
  - Kung aprubahan namin ang isang kahilingan para sa pagsaklaw, dapat naming ibigay sa iyo ang saklaw nang kasing bilis ng kinakailangan ng kalusugan mo, ngunit hindi lalampas sa 7 araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong apela o 14 na araw kung hiningi mo sa amin na bayaran ka para sa isang gamot na nabili mo na.
  - Kung aaprubahan namin ang isang kahilingan na bayaran ka para sa isang gamot na nabili mo na, magpapadala kami sa iyo ng bayad sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong paghiling ng apela.
- **Kung ang sagot namin ay Hindi** sa bahagi o lahat ng hiningi mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit sinabi namin ang **Hindi** at sasabihin kung paano iapela ang aming desisyon.

F6. Antas 2 na Apela para sa mga Part D na gamot

Kung sabihin naming **Hindi** sa bahagi o sa lahat ng iyong apela, maaari kang pumili kung tatanggapin ang desisyong ito o gagawa ng isa pang apela. Kung magpasya kang magpatuloy sa Antas 2 na Apela, susuriin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) ang aming desisyon.

- Kung gusto mong suriin ng IRE ang iyong kaso, dapat mong isulat ang iyong kahilingan sa pag-apela. Ang ipapadala naming sulat tungkol sa aming pagpapasya sa Antas 1 na Apela ay ipapaliwanag kung paano humiling ng Antas 2 na Apela.
- Kapag umapela ka sa IRE, ipapadala namin sa kanila ang file ng iyong kaso. May karapatan ka na humingi sa amin ng kopya ng file ng iyong kaso sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Mayroon kang karapatan na magbigay sa IRE ng iba pang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.
- Ang IRE ay isang hiwalay na organisasyon na inuupahan ng Medicare. Hindi ito konektado sa aming plano at hindi ito isang ahensiya ng pamahalaan.
- Maingat na rerepasuhin ng mga tagasuri sa IRE ang lahat ng impormasyon kaugnay ng iyong apela. Padadalhan ka ng organisasyon ng sulat na nagpapaliwanag sa mga desisyon nito.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng isang Antas 2 na Apela

Kung gusto mong suriin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso ang iyong kaso, nakasulat dapat ang iyong kahilingan sa pag-apela.

- Humingi **sa loob ng 60 araw** ng desisyon na iyong inaapela. Kung nalampasan mo ang takdang araw nang may magandang dahilan, maaari ka pa ring umapela.
- Ikaw, ang iyong doktor o ibang tagapagreseta, o ang iyong kinatawan ay maaaring humiling ng Antas 2 na Apela.
- Basahin ang seksyong ito upang matiyak na kuwalipikado ka para sa mabilis na desisyon! Basahin rin ito upang maghanap ng impormasyon tungkol sa mga takdang araw ng desisyon.

Ang legal na termino para sa isang apela sa IRE tungkol sa isang Part D na gamot ay **"muling pagpapasya."**

Mga takdang araw para "mabilis na apela" sa Antas 2

- Kung kinakailangan ito para sa iyong kalusugan, humiling ng "mabilis na apela" sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE).

- Kung papayag ang IRE na bigyan ka ng "mabilis na apela," dapat itong magbigay sa iyo ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 72 oras pagkatapos matanggap ang iyong kahilingan sa pag-apela.
- Kung sinasabi ng IRE ang **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang saklaw sa gamot sa loob ng 24 na oras matapos naming matanggap ang desisyon.

Mga takdang araw para sa "karaniwang apela" sa Antas 2

- Kung mayroon kang karaniwang apela sa Antas 2, dapat magbigay sa iyo ang Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 7 araw sa kalendaryo pagkatapos nitong matanggap ang iyong apela, o 14 na araw sa kalendaryo kung hiniling mo sa amin na bayaran ka para sa isang gamot na binili mo na.
- Kung sinasabi ng IRE ang **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong hiningi, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang saklaw sa gamot sa loob ng 72 na oras matapos naming matanggap ang desisyon.
- Kung aaprubahan ng IRE ang isang kahilingan na bayaran ka para sa isang gamot na nabili mo na, magpapadala kami ng bayad sa iyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Paano kung sabihin ng Entidad ng Malayang Pagrepaso ang Hindi sa iyong Antas 2 na Apela?

Ang ibig sabihin ng **Hindi** ay sumasang-ayon ang Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) sa aming desisyon na hindi aprubahan ang iyong kahilingan. Tinatawag itong "pagsuporta sa desisyon." Tinatawag rin itong "pagtanggi sa iyong apela."

Kung gusto mong sumailalim sa proseso ng Antas 3 na pag-apela, dapat ay nakakatugon ang mga gamot na hinihiling mo sa isang pinakamababang halaga sa dolyar. Kung mas mababa sa pinakamababang antas ang halaga sa dolyar, hindi ka na maaaring umapela pa. Kung sapat ang taas ng halaga sa dolyar, maaari kang humiling ng Antas 3 na apela. Nakasaad sa sulat na matatanggap mo mula sa IRE ang halaga sa dolyar na kinakailangan upang magpatuloy sa proseso ng pag-apela.

G. Paghingi sa amin na saklawin ang mas matagal na pananatili sa ospital

Kapag ipinasok ka sa isang ospital, mayroon kang karapatan na makakuha ng lahat ng serbisyo sa ospital na sinasaklaw namin na kinakailangan upang masuri at magamot ang iyong karamdaman o pinsala.

Sa saklaw na pamamalagi mo sa ospital, makikipagtulungan sa iyo ang iyong doktor at mga tauhan ng ospital upang maghanda para sa araw ng pag-alis mo sa ospital. Tutulong rin silang mag-ayos para sa anumang pangangalaga na maaaring kailanganin mo pagkatapos mong umalis.

- Ang araw ng pag-alis mo sa ospital ay tinatawag na iyong "petsa ng paglabas."
- Sasabihin sa iyo ng iyong doktor o ospital kung ano ang petsa ng paglabas mo.

Kung sa palagay mo na masyadong maaga ang paghiling sa iyong umalis sa ospital, maaari kang humiling ng mas mahabang pamamalagi sa ospital. Sasabihin sa iyo ng seksyong ito kung paano hihiling.

G1. Pag-aaral tungkol sa iyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos mong ipasok sa ospital, bibigyan ka ng isang caseworker o nurse ng isang abiso na tinatawag na "Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa mga Karapatan Mo." Kung hindi ka makakakuha ng abisong ito, humingi nito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan mo ng tulong, pakitawagan ang Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo. Libre ang tawag. Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Basahin nang maingat ang abisong ito at magtanong kung hindi mo ito maintindihan. Sa "Mahalagang Mensahe", malalaman mo ang iyong mga karapatan bilang pasyente sa ospital, kabilang ang iyong mga karapatan na:

- Makatanggap ng mga serbisyong saklaw ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng pamamalagi mo sa ospital. Mayroon kang karapatang malaman kung anu-ano ang mga serbisyong ito, sino ang mababayad sa mga ito, at saan mo makukuha ang mga ito.
- Maging bahagi ng anumang pagpapasya hinggil sa tagal ng pamamalagi mo sa ospital.
- Malaman kung saan iuulat ang mga alalahanin mo hinggil sa kalidad ng natatanggap mong pangangalaga sa ospital.
- Umapela kung sa palagay mo ay masyado pang maaga para palabasin ka ng ospital.

Dapat mong pirmahan ang abiso ng Medicare upang ipakita na nakuha mo it at nauunawan ang mga karapatan mo. Ang paglagda sa abiso ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon ka sa petsa ng paglabas na maaaring sinabi sa iyo ng iyong doktor o kawani ng ospital.

Itago ang kopya mo ng pinirmahang abiso para mayroon kang impormasyon kung kailangan mo ito.

- Upang tingnan nang maaga ang isang kopya ng abisong ito, maaari kang tumawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw ng linggo. Libre ang tawag. Maaari ka ring tumawag sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.
- Makikita mo rin ang abisong ito online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.
- Kung kailangan mo ng tulong, mangyaring tumawag sa Customer Care o Medicare sa mga numerong nakalista sa itaas.

G2. Antas 1 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Kung gusto mong saklawin namin ang mga serbisyo sa iyo sa pamamalagi sa ospital para sa mas mahabang panahon, dapat kang humiling ng isang apela. Ang Quality Improvement Organization ang gagawa ng isang Antas 1 na pagsusuri sa Apela upang makita kung ang naplanong petsa ng paglabas mo ay medikal na naaangkop para sa iyo. Sa California, ang Quality Improvement Organization ay tinatawag na Livanta BFCC-QIO.

Upang gumawa ng apela para baguhin ang petsa ng iyong paglabas tumawag sa Livanta BFCC-QIO sa: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668.

Tumawag kaagad!

Tumawag sa Quality Improvement Organization **bago** ka umalis sa ospital at hindi lalampas sa petsa ng iyong nakaplanong paglabas. “Isang Importantanteng Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Iyong mga Karapatan” ay naglalaman ng impormasyon kung paano makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization.

- **Kung tumawag ka bago umalis,** pinapayagan ka na manatili sa ospital pagkatapos ng iyong planong petsa ng paglabas nang hindi ito binabayaran habang naghihintay ka na makuha ang desisyon sa iyong apela mula sa Quality Improvement Organization.
- **Kung hindi ka tumawag upang mag-apela,** at nagpasya kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong naka-planong petsa ng paglabas, maaaring kailanganin mong bayaran ang lahat ng gastos para sa pangangalag ng ospital na natanggap mo matapos ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng isang Antas 1 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Tumawag sa Quality Improvement Organization para sa iyong estado sa 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) at humingi ng isa “mabilis na pagrepaso”.

Tumawag bago ka umalis ng ospital at bago ang nakaplanong petsa ng paglabas mo.

- **Kung nalampasan mo ang takdang araw** para makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization tungkol sa iyong apela, maaari mong gawin ang iyong apela nang direkta sa aming plan sa halip. Para sa mga detalye, tingnan sa Seksyon G4 sa pahina 236.
- Dahil saklaw ang mga pananatili sa ospital ng parehong Medicare at Medi-Cal, kung hindi pakikinggan ng Quality Improvement Organization ang iyong hiling na ituloy ang pananatili mo sa ospital, o naniniwala kang agaran ang kalagayan mo, nagsasangkot ng agaran at malubhang tangka sa iyong kalusugan, o matindi ang iyong kirot na nararamdaman, maaari ka ring magsampa ng reklamo sa o hingin sa California Department of Managed Health Care (DMHC) ang Malayang Medikal na Pagrepaso. Mangyaring pumunta sa Seksyon E4 sa pahina 209 upang malaman kung paano magsampa ng reklamo o humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso.

Gusto naming makatiyak na naiintindihan mo kung ano ang dapat mong gawin at kung anu-ano ang mga takdang araw.

- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito**. Kung may mga tanong ka o kailangan mo ng tulong anumang oras, pakitawagan ang Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711). Maaari ka ring tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222. O maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077.

Ano ang Quality Improvement Organization?

Ito ay isang grupo ng mga doktor at ibang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Ang mga ekspertong ito ay hindi bahagi ng aming plan. Binabayaran ang mga ito ng Medicare upang suriin at tulungang pahusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare.

Humingi ng “mabilis na pagrepaso”

Dapat kang humingi sa Quality Improvement Organization ng **“mabilis na pagrepaso”** ng iyong paglabas. Nangangahulugan ang paghingi ng "mabilis na pagrepaso" na humihingi ka sa organisasyon na gamitin ang mabilis na mga takdang araw sa apela sa halip na gamitin ang karaniwang takdang araw.

> **Ang legal na termino** para sa “mabilis na pagrepaso” ay **“agarang pagrepaso.”**

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilis na pagrepaso?

- Tatanungin ka o ang iyong kinatawan ng mga tagasuri sa Quality Improvement Organization kung bakit sa palagay mo dapat magpatuloy ang pagsaklaw pagkatapos

ng naplanong petsa ng paglabas. Hindi mo kailangang maghanda ng kahit anong nakasulat, nguni't maaari mo itong gawin kung gusto mo.

- Titingnan ng mga tagasuri ang iyong medikal na talaan, kakausapin ang iyong doktor, at susuriin ang lahat ng impormasyon na may kaugnayan sa iyong pamamalagi sa ospital.
- Sa tanghali ng araw matapos sabihin sa amin ng mga nagrepaso ang tungkol sa iyong apela, makakatanggap ka ng sulat na nagbibigay ng iyong planong petsa ng paglabas. Ipinapaliwanag ng sulat ang mga dahilan kung bakit sa palagay ng inyong doktor, ospital, at namin na tamang palabasin kayo sa petsang iyon.

Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay tinatawag na **"Detalyadong Abiso ng Paglabas."** Makukuha mo ang sample sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711). Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. O makikita mo ang sampol na abiso online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paano kung ang sagot ay Oo?

- Kung sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Oo** sa iyong apela, dapat naming patuloy na saklawin ang iyong mga serbisyo sa ospital hangga't ang mga ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Paano kung ang sagot ay Hindi?

- Kung sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Hindi** sa iyong apela, sinasabi nila na ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ay hindi medikal na naaangkop. Kung mangyayari ito, ang aming pagsaklaw para sa mga serbisyo sa iyo sa pananatili sa ospital ay matatapos sa tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng Quality Improvement Organization ang sagot nito.
- Kung sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Hindi** at magpasya ka na manatili sa ospital, maaaring kailanganin mong bayaran ang iyong patuloy na pananatili sa ospital. Ang gastos sa pangangalaga sa ospital na maaari mong kailanganing bayaran ay magsisimula sa tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng Quality Improvement Organization ang sagot nito.
- Kung tinanggihan ng Quality Improvement Organization ang iyong apela at nanatili ka sa ospital pagkatapos ng iyong planong petsa ng paglabas, maaari kang gumawa ng Antas 2 na apela ayon sa inilalarawan sa susunod na Seksyon.

G3. Antas 2 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Kung tinanggihan ng Quality Improvement Organization ang iyong apela at mananatili ka sa ospital pagkalipas ng takdang petsa ng paglabas mo, maaari kang maghain ng Antas 2 na Apela. Kakailanganin mong makipag-ugnayan muli sa Quality Improvement Organization at humiling ng isa pang pagsusuri.

Hingin ang Antas 2 na pagrepaso **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** matapos ang araw na sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari ka lang humiling ng ganitong pagsusuri kung nanatili ka sa ospital pagkatapos ng petsa nang matapos ang pagsaklaw sa iyo para sa pangangalaga.

Sa California, ang Quality Improvement Organization ay tinatawag na Livanta BFCC-QIO. Matatawagan mo ang Livanta BFCC-QIO sa: **1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).**

- Gagawin ng mga tagarepaso ng Quality Improvement Organization ang isa pang maingat na pagrerepaso sa lahat ng impormasyon kaugnay ng iyong apela.
- Sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo sa pagtanggap ng iyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri, magpapasiya ang mga tagasuri ng Quality Improvement Organization.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng isang Antas 2 na Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Tumawag sa Quality Improvement Organization para sa iyong estado sa 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) at humingi ng isa pang pagrepaso.

Ano ang mangyayari kung ang sagot ay Oo?

- Dapat ka naming bayaran para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital na natanggap mo simula sa tanghali ng araw pagkalipas ng petsa ng desisyon sa unang apela mo. Dapat kaming patuloy na magbigay ng pagsaklaw para sa iyong pangangalaga sa ospital bilang inpatient hangga't ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
- Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi sa mga gastos at maaaring gumamit ng mga limitasyon sa pagsaklaw.

Ano ang mangyayari kung ang sagot ay Hindi?

Nangangahulugan ito na sumasang-ayon ang Quality Improvement Organization sa desisyon sa Antas 1 at hindi ito babaguhin. Sasabihin sa iyo ng makukuha mong sulat kung ano ang dapat mong gawin kung nais mong ipagpatuloy ang proseso ng apela.

Kung hindi pinaboran ng Quality Improvement Organization ang iyong Level 2 Appeal, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga para sa iyong pananatili pagkatapos ng iyong nakatakdang petsa ng paglabas.

Maaari ka ring magsampa ng reklamo o humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso upang ituloy ang pananatili mo sa ospital. Mangyaring pumunta sa Seksyon E4 sa pahina 205 upang malaman kung paano magsampa ng reklamo sa o humingi sa DMHC ng isang Malayang Medikal na Pagrepaso.

G4. Ano ang mangyayari kung malampasan ko ang takdang araw sa pag-apela

Kung nalampasan mo ang mga huling araw ng pag-apela, mayroong isa pang paraan upang gumawa ng Antas 1 at Antas 2 na mga Apela, na tinatawag na Mga Alternatibong Apela. Ngunit ang unang dalawang antas ng apela ay magkaiba.

Antas 1 na Kahaliling Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Kung nakaligtaan mo ang takdang oras para sa pakikipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization (na sa loob ng 60 araw o hindi lalampas sa iyong nakaplanong petsa ng paglabas, alinman ang mauuna), maaari kang mag-apela sa amin, na humihiling ng “mabilis na pagsusuri.” Ang isang mabilis na pagsusuri ay isang apela na gumagamit ng mabilis na mga huling araw sa halip na mga karaniwang huling araw.

- Sa pagrerepaso na ito, titingnan namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa pananatili mo sa ospital. Sinusuri namin kung ang desisyon tungkol sa kung kailan ka dapat lumabas ng ospital ay patas at sinunod ang lahat ng patakaran.
- Gagamitin namin ang mabilis na mga huling araw kaysa sa mga karaniwang huling araw para magbigay sa iyo ng sagot para sa pagsusuring ito. Ang ibig sabihin nito, ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras pagkatapos mong humiling ng “mabilis na pagsusuri.”

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 1 na Kahaliling Apela

Tawagan ang aming numero ng Customer Care at humiling ng isang “mabilis na pagrerepaso” ng petsa ng iyong paglabas sa ospital.

Ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras.

- **Kung sabihin namin ang Oo sa iyong mabilis na pagrepaso,** nangangahulugan ito na sumasang-ayon kami na kailangan mo pang maging nasa ospital pagkatapos ng petsa ng paglabas. Patuloy naming sasaklawin ang mga serbisyo sa ospital hangga't ito ay medikal na kinakailangan.
- Nangangahulugan din ito na sumasang-ayon kami na bayaran ka para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang natanggap mo simula sa petsa kung kailan namin sinabi na wawakasan ang iyong saklaw.
- **Kung sabihin namin ang hindi sa iyong mabilis na pagrepaso,** sinasabi namin na ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ay hindi medikal na naaangkop.

Matatapos ang aming pagsaklaw sa mga serbisyo sa iyo sa pananatili sa ospital sa araw na sinabi namin na dapat matapos ang pagsaklaw.

- Kung nanatili ka sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas, **maaaring kailanganin mong bayaran ang buong gastos** ng pangangalaga sa ospital na natanggap mo pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas.

- Upang makasiguro na kami ay sumusunod sa mga patakaran kapag sinabi namin ang **Hindi** sa iyong mabilis na apela, ipadadala namin ang iyong apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso. Kapag ginawa namin ito, nangangahulugan ito na ang kaso mo ay awtomatikong pupunta sa Antas 2 ng proseso ng apela.

> **Ang legal na termino** para sa “mabilis na pagrepaso” o “mabilis na apela” ay **“pinabilis na apela.”**

Antas 2 na Kahaliling Apela upang baguhin ang petsa ng iyong paglabas sa ospital

Ipapadala namin ang impormasyon para sa iyong Antas 2 na Apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) sa loob ng 24 na oras simula sa petsa kung kailan namin ibibigay sa iyo ang desisyon namin sa Antas 1. Kung sa palagay mo hindi namin natutugunan ang takdang araw na ito o ibang mga takdang araw, maaari kang magreklamo. Sinasabi sa Seksyon J sa pahina 211 kung paano magreklamo.

Sa Antas 2 na apela, nirerepaso ng IRE ang desisyon na ginawa namin kapag sinabi namin na **Hindi** sa iyong "mabilis na pagrepaso." Ipinapasya ng organisasyon na ito kung ang desisyong ginawa namin ay dapat baguhin.

> **Sa isang sulyap*:* Paano gumawa ng Antas 2 na Kahaliling Apela**
>
> Wala kang kailangan gawin. Awtomatikong ipapadala ng plano ang iyong apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso.

- Ang IRE ay nagsasagawa ng “mabilis na pagsusuri” ng iyong apela. Madalas na tumutugon ang mga tagasuri sa loob ng 72 oras.

- Ang IRE ay isang hiwalay na organisasyon na inuupahan ng Medicare. Hindi konektado sa aming plan ang organisasyong ito at hindi ito isang ahensiya ng pamahalaan.

- Susuriin nang mabuti ng mga tagasuri sa IRE ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela hinggil sa paglabas mo ng ospital.

- Kung sabihin ng IRE ang **Oo** sa iyong apela, dapat ka naming bayaran para sa aming bahagi ng mga gastos ng pangangalaga sa ospital na natanggap mo mula sa petsa ng iyong nakaplanong paglabas. Dapat din naming ipagpatuloy ang aming saklaw sa

mga natatanggap mong serbisyo sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.

- Kung sabihin ng IRE ang **Hindi** sa iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa amin na ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital ay medikal na naaangkop.
- Sa sulat na matatanggap mo mula sa IRE, malalaman mo kung ano ang magagawa mo kung gusto mong magpatuloy sa proseso ng pagsusuri. Magbibigay ito sa iyo ng mga detalye tungkol sa kung paano magpapatuloy sa isang Level 3 Appeal, na hinahawakan ng isang hukom.

Maaari ka ring magsampa ng reklamo sa o humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso upang ituloy ang pananatili mo sa ospital. Mangyaring pumunta sa Seksyon E4 sa pahina 209 upang malaman kung paanomagsampa ng reklamo at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso. Maaari kang humingi ng Malayang Medikal na Pagrepaso bilang karagdagan sa o sa halip na sa Antas 3 na Apela.

H. Ano ang dapat gawin kung sa palagay mo na ang iyong mga serbisyong pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pagkalinga na may kasanayang pangangalaga, o Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) ay magtatapos sa lalong madaling panahon

Ang seksyong ito ay tungkol lang sa mga sumusunod na uri ng pangangalaga:

- Mga serbisyo ng pangangalaga ng kalusugan sa tahanan.
- May kakayahang pangangalaga sa isang skilled nursing facility.
- Pangangalagang rehabilitasyon na nakukuha mo bilang outpatient sa isang Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) na aprubado ng Medicare. Karaniwan na, nangangahulugan ito na nakakakuha ka ng paggamot para sa isang karamdaman o aksidente o ikaw ay gumagaling mula sa isang malaking operasyon.
    - Sa alinman sa tatlong uri ng pangangalaga na ito, mayroon kang karapatang makakuha ng mga saklaw na serbisyo hangga't sasabihin ng doktor na kailangan mo ito.
    - Kapag nagpasiya kaming itigil ang pagsaklaw sa alinman sa mga ito, dapat namin ito sabihin sa iyo bago matapos ang iyong mga serbisyo. Kapag natapos ang iyong pagsaklaw para sa pangangalagang iyon, ititigil namin ang pagbabayad ng iyong pangangalaga.

Kung sa palagay mo ay ititigil namin ang saklaw ng iyong pangangalaga sa lalong madaling panahon, **maaari mong iapela ang aming desisyon**. Sinasabi sa Seksyon na ito kung paano ka makakahingi ng apela.

H1. Sasabihin namin sa iyo nang maaga kapag magtatapos na ang iyong saklaw

Makatatanggap ka ng abiso nang hindi bababa sa dalawang araw bago kami tumigil sa pagbabayad para sa iyong pangangalaga. Tinatawag ito na "Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare".

- Sasabihin sa iyo ng nakasulat na petsa kung kailan ititigil ang pagsaklaw sa pangangalaga sa iyo.
- Sasabihin rin ng nakasulat na abiso kung paano mag-aapela sa pagpapasya na ito.

Dapat pirmahan mo o ng iyong kinatawan ang nakasulat na abiso upang ipakita na nakuha mo ito. Ang paglagda dito ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon ka sa plan na panahon na upang ihinto ang pagkuha ng pangangalaga.

Kapag natapos ang iyong saklaw, titigil kami sa pagbabayad ng aming bahagi ng gastos para sa iyong pangangalaga.

H2. Antas 1 na Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga

Kung sa palagay mo ay ititigil namin ang saklaw ng iyong pangangalaga sa lalong madaling panahon, maaari mong i-apela ang aming desisyon. Sinasabi sa Seksyon na ito kung paano ka makakahingi ng apela.

Bago mo simulan ang iyong apela, unawain kung ano ang kailangan mong gawin at kung ano ang mga takdang araw.

- **Matugunan ang mga takdang araw.** Mahalaga ang mga takdang araw. Siguraduhin lamang na naiintindihan mo at susunod sa mga takdang araw na naaangkop sa mga bagay na dapat mong gawin. Mayroon ding mga takdang araw na dapat sundin ng aming plan. (Kung sa palagay mo ay hindi kami sumusunod sa aming mga takdang araw, maaari kang magsampa ng isang reklamo. Sinasabi sa iyo ng Seksyon J sa pahina 247 kung paano magsampa ng reklamo.)
- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito**. Kung may mga tanong ka o kailangan mo ng tulong anumang oras, pakitawagan ang Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711). O kaya ay tumawag sa iyong State Health Insurance Assistance Program sa 1-877-839-2675.

Sa Antas 1 ng apela, rerepasuhin ng Quality Improvement Organization ang iyong apela at magpapasya kung babaguhin ang desisyon na ginawa namin. Sa California, ang Quality Improvement Organization ay tinatawag na Livanta BFCC-QIO. Matatawagan mo ang Livanta BFCC-QIO sa: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Makakakita rin ng impormasyon tungkol sa pag-apela sa Quality Improvement Organization sa "Abiso sa Hindi Pagsaklaw ng Medicare". Ito ay ang paunawa na natatanggap mo nang sinabihan ka na ititigil namin ang pagsaklaw sa iyong pangangalaga.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 1 na Apela upang hingin sa plan na ituloy ang iyong pangangalaga

Tumawag sa Quality Improvement Organization para sa iyong estado sa 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) at humingi ng isang "pinabilis na apela."

Tumawag bago ka umalis sa ahensiya o pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga mo at bago ang iyong binabalak na petsa ng paglabas.

Ano ang Quality Improvement Organization?

Ito ay isang grupo ng mga doktor at ibang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Ang mga ekspertong ito ay hindi bahagi ng aming plan. Binabayaran ang mga ito ng Medicare upang suriin at tulungang pahusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare.

Ano ang dapat mong hingin?

Humiling sa kanila ng "mabilis na apela." Isa itong malayang pagsusuri ng kung ito ay medikal na naaangkop para sa amin na itigil ang iyong pagsaklaw para sa iyong mga serbisyo.

Ano ang iyong takdang araw para makipag-ugnayan sa organisasyon na ito?

- Dapat kang makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization nang hindi lalampas sa tanghali ng araw nang makuha mo ang nakasulat na abiso na nagsasabi sa iyo kung kailan namin ititigil ang pagsaklaw sa iyong pangangalaga.
- Kung nalampasan mo ang takdang araw para kontakin ang Quality Improvement Organization tungkol sa iyong apela, maaari kang direktang umapela sa amin. Para sa mga detalye tungkol dito sa iba pang paraan upang mag-apela, tingnan sa Seksyon H4 sa pahina 243.
- Kung hindi pakikinggan ng Quality Improvement Organization ang iyong hiling na ituloy ang saklaw sa iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o naniniwala kang agaran ang kalagayan mo o nagsasangkot ng agaran at malubhang tangka sa iyong kalusugan o kung matindi ang iyong kirot na nararamdaman, maaari kang magsampa ng reklamo sa o hingin sa California Department of Managed Health Care (DMHC) ang Malayang Medikal na Pagrepaso. Mangyaring pumunta sa

Seksyon E4 sa pahina 209 upang malaman kung paanomagsampa ng reklamo at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso.

Ang legal na termino para sa nakasulat na abiso ay **"Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare."** Upang kumuha ng sampol na kopya, tumawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. – 8:00 p.m., pitong araw kada linggo. Libre ang tawag o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. O tingnan ang kopya online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Ano ang mangyayari sa pagrerepaso ng Quality Improvement Organization?

- Tatanungin ka o ang iyong kinatawan ng mga tagasuri sa Quality Improvement Organization kung bakit sa palagay mo ay dapat ipagpatuloy ang pagsaklaw sa mga serbisyo. Hindi mo kailangang maghanda ng kahit anong nakasulat, nguni't maaari mo itong gawin kung gusto mo.
- Kapag humiling ka ng apela, dapat sumulat ang plan sa iyo at sa Quality Improvement Organization na nagpapaliwanag kung bakit dapat wakasan ang iyong mga serbisyo.
- Titingnan rin ng mga tagsuri ang iyong mga medikal na record, kakausapin ang iyong doktor, at susuriin ang impormasyon na ibinigay ng aming plan sa kanila.
- **Sa loob ng isang buong araw pagkatapos na mapasakamay ng mga tagarepaso ang lahat ng impormasyon na kailangan nila, sasabihin nila sa iyo ang kanilang desisyon.** Makakatanggap ka ng sulat na nagpapaliwanag ng desisyon.

Ang legal na termino para sa sulat na nagpapaliwanag kung bakit dapat magwakas ang iyong mga serbisyo ay **"Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw."**

Ano ang mangyayari kung sinabi ng mga tagarepaso ang Oo?

- Kung sinabi ng mga tagarepaso ang **Oo** sa iyong apela, dapat naming patuloy na ibigay ang iyong mga saklaw na serbisyo hangga't ang mga ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Ano ang mangyayari kung sinabi ng mga tagarepaso ang Hindi?

- Kung sinabi ng mga tagarepaso ang **Hindi** sa iyong apela, magwawakas ang iyong saklaw sa petsa na sinabi namin sa iyo. Ititigil namin ang pagbabayad ng aming bahagi sa mga halaga ng pangangalagang ito.

- Kung magpapasya kang patuloy na makakuha ng pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) pagkatapos matapos ng petsa ng pagsakop sa iyo, kakailanganin mong bayaran ang buong halaga ng pangangalagang ito.

H3. Antas 2 na Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga

Kung sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Hindi** sa apela **at** pinili mong ituloy ang pagkuha ng pangangalaga matapos magwakas ang iyong saklaw para sa pangangalaga, makakagawa ka ng Antas 2 na Apela.

Sa Antas 2 na Apela, susuriing muli ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang naging desisyon nila sa Antas 1. Kung sasabihin nila na sumasang-ayon sila sa desisyon sa Antas 1, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong gastos para sa iyong pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, o mga serbisyo sa Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) pagkatapos ng petsa nang sinabi namin na matatapos ang iyong pagsaklaw.

Sa California, ang Quality Improvement Organization ay tinatawag na Livanta BFCC-QIO. Matatawagan mo ang Livanta BFCC-QIO sa: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Hingin ang Antas 2 na pagrepaso **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** matapos ang araw na sinabi ng Quality Improvement Organization ang **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari kang makahingi ng pagrerepasong ito kung ikaw ay patuloy na nakakatanggap ng pangangalaga pagkatapos ng petsa na magwakas ang iyong saklaw sa pangangalaga.

- Gagawin ng mga tagarepaso ng Quality Improvement Organization ang isa pang maingat na pagrerepaso sa lahat ng impormasyon kaugnay ng iyong apela.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 2 na Apela upang hingin sa plan na saklawin nang mas matagal ang iyong pangangalaga

Tumawag sa Quality Improvement Organization para sa iyong estado sa 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) at humingi ng isa pang pagrepaso.

Tumawag bago ka umalis sa ahensiya o pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga mo at bago ang iyong binabalak na petsa ng paglabas.

- Gagawa ang Quality Improvement Organization ng pagpapasya nito sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang iyong kahilingan sa pag-apela..

Ano ang mangyayari kung sinabi ng mga nagrerepasong organisasyon ang Oo?

- Dapat ka naming bayaran para sa aming bahagi ng mga gastos ng pangangalaga na natanggap mo mula sa pets kung kailan sinabi namin na magwawakas ang iyong

saklaw. Dapat kaming patuloy na magbigay ng pagsaklaw para sa pangangalaga hangga't ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Ano ang mangyayari kung sinabi ng nagrerepasong organisasyon ang Hindi?

- Nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa ginawa nilang pagpapasya sa Antas 1 na Apela at hindi ito papalitan.
- Sasabihin sa iyo ng makukuha mong sulat kung ano ang dapat gawin kung nanaisin mong ipagpatuloy ang proseso ng pagsusuri. Magbibigay ito sa iyo ng mga detalye tungkol sa kung paano magpapatuloy sa isang Level 3 Appeal, na hinahawakan ng isang hukom.
- Maaari ka ring humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso para maipagpatuloy ang saklaw ng iyong serbisyong pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring pumunta sa Seksyon E4 sa pahina 209 upang malaman kung paano humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso. Maaari kang magsampa ng reklamo at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso bilang karagdagan sa o sa halip na sa Antas 3 na Apela.

H4. Paano kung malampasan mo ang takdang araw sa paggawa ng iyong Antas 1 na Apela

Kung nalampasan mo ang mga huling araw ng pag-apela, mayroong isa pang paraan upang gumawa ng Antas 1 at Antas 2 na mga Apela, na tinatawag na Mga Alternatibong Apela. Ngunit ang unang dalawang antas ng apela ay magkaiba.

Antas 1 na Kahaliling Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga nang mas matagal

Kung hindi mo inabot ang takdang araw para makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization, maaari kang umapela sa amin, humihiling ng isang "mabilis na pagsusuri." Ang isang mabilis na pagsusuri ay isang apela na gumagamit ng mabilis na mga huling araw sa halip na mga karaniwang huling araw.

- Sa pagrerepas na ito, titingnan namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong home health care, skilled nursing facility care, o ang pangangalaga na iyong nakukuha sa Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF). Titingnan namin kung ang desisyon tungkol sa kung kailan dapat magwakas ang mga serbisyo ay patas at sumunod sa lahat ng patakaran.

- Gagamitin namin ang mabilis na mga huling araw kaysa sa mga karaniwang huling araw para magbigay sa iyo ng sagot para sa pagsusuring ito. Ibibigay namin ang aming desisyon sa loob ng 72 oras pagkatapos mong humingi ng isang "mabilis na pagrepaso."
- **Kung sabihin namin ang Oo** sa iyong mabilis na pagrepaso, nangangahulugan ito na sumasang-ayon kami na patuloy naming sasaklawin ang iyong mga serbisyo hangga't ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Sa isang sulyap*:* Paano gumawa ng Antas 1 na Kahaliling Apela

Tumawag sa numero ng aming Customer Care at humiling ng isang "mabilis na pagrepaso."

Ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras.

- Nangangahulugan din ito na sumasang-ayon kami na bayaran ka para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang natanggap mo simula sa petsa kung kailan namin sinabi na wawakasan ang iyong saklaw.
- **Kung sabihin namin ang Hindi** sa iyong mabilis na pagrepaso, sinasabi namin na ang paghinto sa iyong mga serbisyo ay hindi medikal na naaangkop. Matatapos ang aming pagsakop simula sa araw nang sinabi naming matatapos ang pagsakop.

Kung patuloy mong kukuhanin ang mga serbisyo matapos ang araw na sinabi namin na ang mga ito ay ihihinto, **maaaring kailangan mong bayaran ang buong halaga** ng mga serbisyo.

Upang makasigurado na sumusunod kami sa lahat ng patakaran kapag sinabi namin na **Hindi** sa iyong mabilis na apela, ipadadala namin ang iyong apela sa "Entidad ng Malayang Pagrepaso." Kapag ginawa namin ito, nangangahulugan ito na ang kaso mo ay awtomatikong pupunta sa Antas 2 ng proseso ng apela.

Ang legal na termino para sa "mabilis na pagrepaso" o "mabilis na apela" ay **"pinabilis na apela."**

Antas 2 na Kahaliling Apela upang ipagpatuloy ang iyong pangangalaga nang mas matagal

Ipapadala namin ang impormasyon para sa iyong Antas 2 na Apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso (IRE) sa loob ng 24 na oras simula sa petsa kung kailan namin ibibigay sa iyo ang desisyon namin sa Antas 1. Kung sa palagay mo hindi namin natutugunan ang takdang araw na ito o ibang mga takdang araw, maaari kang magreklamo. Sinasabi sa Seksyon J sa pahina 247 kung paano magreklamo.

Sa Antas 2 na apela, nirerepaso ng IRE ang desisyon na ginawa namin kapag sinabi namin na **Hindi** sa iyong "mabilis na pagrepaso." Ipinapasya ng organisasyon na ito kung ang desisyong ginawa namin ay dapat baguhin.

Sa isang sulyap: Paano gumawa ng Antas 2 na Apela upang iutos sa plan na ituloy ang iyong pangangalaga

Wala kang kailangan gawin. Awtomatikong ipapadala ng plano ang iyong apela sa Entidad ng Malayang Pagrepaso.

- Ang IRE ay nagsasagawa ng “mabilis na pagsusuri” ng iyong apela. Madalas na tumutugon ang mga tagasuri sa loob ng 72 oras.
- Ang IRE ay isang hiwalay na organisasyon na inuupahan ng Medicare. Ang organisasyon na ito ay hindi konektado sa aming plan, at hindi ito isang ahensya ng pamahalaan.
- Maingat na rerepasuhin ng mga tagasuri sa IRE ang lahat ng impormasyon kaugnay ng iyong apela.
- **Kung sabihin ng IRE ang Oo** sa iyong apela, dapat ka naming bayaran para sa aming bahagi ng mga gastos sa pangangalaga. Dapat din naming ipagpatuloy ang aming saklaw sa mga natatanggap mong serbisyo hangga’t medikal na kinakailangan ang mga ito.
- **Kung sabihin ng IRE ang Hindi** sa iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa amin na ang paghinto sa pagsaklaw ng mga serbisyo ay medikal na naaangkop.

Sa sulat na matatanggap mo mula sa IRE, malalaman mo kung ano ang magagawa mo kung gusto mong magpatuloy sa proseso ng pagsusuri. Mayroon itong mga detalye tungkol sa kung paano magpatuloy sa Antas 3 na Apela, na pinapangasiwaan ng isang hukom.

Maaari ka ring magsampa ng reklamo at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso para maipagpatuloy ang saklaw ng iyong serbisyong pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring pumunta sa Seksyon E4 sa pahina 209 upang malaman kung paano humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso. Maaari kang magsampa ng reklamo at humingi ng Malayang Medikal na Pagrepaso bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.

I. Pagkuha ng iyong apela na lampas sa Antas 2

I1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare

Kung gumawa ka ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo o item ng Medicare, at parehong tinanggihan ang iyong mga apela, maaaring mayroon kang karapatan

para sa karagdagang mga antas ng apela. Sasabihin sa iyo ng makukuha mong sulat mula sa Entidad ng Malayang Pagrepaso kung ano ang dapat mong gawin kung nanaisin mong ipagpatuloy ang proseso ng apela.

Ang Antas 3 na proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng Administrative Law Judge (ALJ). Ang taong gumagawa ng desisyon sa isang Antas 3 na apela ay isang ALJ o isang abogado na tagapagpasya. Kung gusto mong suriin ng isang ALJ ang iyong kaso, dapat makatugon ang hinihiling mong gamit o medikal na serbisyo sa isang pinakamababang halaga sa dolyar. Kung ang halagang dolyar ay mas mababa kaysa sa minimum na antas, hindi ka na maaaring umapela pa. Kung ang halaga ng dolyar ay sapat na mataas, maaari mong hilingin sa isang ALJ na dinggin ang iyong apela.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng ALJ, maaari kang pumunta sa Konseho ng mga Apela ng Medicare (Medicare Appeals Council). Pagkatapos noon, mayroon kang karapatan na hilingin sa isang pederal na hukuham na tingnan ang iyong apela.

Kung kailangan mo ng tulong sa anumang yugto ng proseso ng mga apela, maaari mong tawagan ang Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077.

I2. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal

Maaari ka ring magkaroon ng mga karapatan sa pag-apela kung ang iyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o item na maaaring saklawin ng Medi-Cal. Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng Pagdinig ng Estado at gusto mong suriin ito ng iba pang hukom, maaari kang humingi ng muling pagdinig at/o humingi ng pagrerepaso ng hukom.

Upang humiling ng muling pagdinig, magpadala ng nakasulat na kahilingan (sulat) sa:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Dapat ipadala ang sulat na ito sa loob ng 30 araw pagkatapos mong matanggap ang desisyon. Maaaring palawigin ang takdang araw na ito hanggang 180 araw kung mayroon kang magandang dahilan sa pagkaantala.

Sa iyong kahilingan para sa muling pagdinig, isaad ang petsa kung kailan mo natanggap ang desisyon at kung bakit dapat magbigay ng muling pagdinig. Kung gusto mong magharap ng karagdagang ebidensiya, ilarawan ang karagdagang ebidensiya at ipaliwanag kung bakit hindi ito ihinarap dati at kung paano nito mababago ang desisyon. Maaari kang makipag-ugnayan sa mga legal na serbisyo para sa tulong.

Para humiling ng panghukumang pagsusuri, dapat kang maghain ng isang petisyon sa Superior Court (sa ilalim ng Alituntunin ng Pamamaraan para sa mga Kasong Sibil Seksyon 1094.5) sa loob ng isang taon pagkatapos matanggap ang iyong desisyon. Isampa ang iyong

petisyon sa Superior Court para sa pinangalanang county sa desisyon sa iyo. Maaari mong isampa ang petisyon na ito nang hindi humihiling ng isang muling pagdinig. Hindi kailangan ng mga bayad sa pagsasampa. Mayroon kang karapatan sa mga makatwirang bayad sa abogado at mga halaga kung magbibigay ang Hukuman ng isang pinal na desisyon na papanig sa iyo.

Kung dininig ang muling pagdinig at hindi ka sumasang-ayon sa desisyon mula sa pagdinig, maaari kang humiling ng panghukumang pagsusuri nguni't hindi ka maaaring humiling ng isa pang muling pagdinig.

J. Paano magrereklamo

J1. Ano-anong uri ng mga problema ang dapat maging reklamo

Ginagamit ang proseso ng reklamo para sa ilang partikular na uri ng problema lamang, tulad ng mga problemang may kaugnayan sa kalidad ng pangangalaga, mga oras ng paghihintay, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng mga problema na hinahawakan ng proseso ng reklamo.

Mga reklamo tungkol sa kalidad

- Hindi ka masaya sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng nakuha mong pangangalaga sa ospital.

Mga reklamo tungkol sa pagkapribado

- Sa palagay mo ay mayroong hindi isinaalang-alang ang inyong karapatan sa pagkapribado, o nagbahagi ng kopmidensyal na impormasyon na tungkol sa iyo.

Mga reklamo tungkol sa masamang serbisyo sa customer

- Isang Provider ng pangangalagang pangkalusugan o tauhan na bastos o walang galang sa iyo.
- Tinrato ka nang masama ng kawani ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
- Sa palagay mo ay inaalis ka sa plano.

Sa isang sulyap*:* Paano magrereklamo

Maaari kang maghain ng internal na reklamo sa aming plano at/o external na reklamo sa isang organisasyon na walang koneksyon sa aming plano.

Upang maghain ng internal na reklamo, tumawag sa Customer Care o magpadala sa amin ng sulat.

May iba’t ibang organisasyon na nangangasiwa ng mga external na reklamo. Para sa karagdagang impormasyon, basahin ang Seksyon J3 sa pahina 250.

Mga reklamo tungkol sa pagiging naa-access

- Hindi ka pisikal na maka-access sa mga serbisyo at pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan sa isang opisina ng doktor o Provider.
- Hindi ka binibigyan ng iyong Provider ng naaangkop na tulong na kailangan mo gaya ng interpreter ng American Sign Language.

Mga reklamo tungkol sa oras ng paghihintay

- Nahihirapan kayong makakuha ng isang appointment, o masyadong matagal ang hinihintay upang makakuha nito.
- Pinaghihintay ka nang matagal ng mga doktor, parmasiyotiko, o ibang mga propesyonal sa kalusugan o ng Customer Care o tauhan ng ibang plan.

Mga reklamo tungkol sa kalinisan

- Sa palagay mo hindi malinis ang klinika, ospital o opisina ng doktor.

Mga reklamo tungkol sa pag-access sa wika

- Hindi ka binibigyan ng iyong doktor o Provider ng isang interpreter sa panahon ng iyong appointment.

Mga reklamo tungkol sa mga komunikasyon mula sa amin

- Sa palagay mo nabigo kaming magbigay sa iyo ng isang abiso o sulat na dapat mong matanggap.
- Sa palagay mo ang nakasulat na impormasyon na ipinadala namin sa iyo ay masyadong mahirap maintindihan.

Mga reklamo tungkol sa pagiging nasa oras ng aming mga aksyon kaugnay ng mga desisyon sa saklaw o mga apela

- Naniniwala kayo na hindi namin natutugunan ang aming mga takdang petsa para sa paggawa ng desisyon sa pagsakop o pagsagot sa inyong apela.
- Naniniwala ka na, pagkatapos makakuha ng desisyon sa isang pagsaklaw o apela na pumanig sa iyo, hindi namin natutugunan ang mga huling araw para sa pag-apruba o pagbibigay sa iyo ng serbisyo o pagbabayad sa iyo para sa ilang mga serbisyong medikal.
- Naniniwala ka na hindi namin naipasa sa tamang oras ang iyong kaso sa Entidad ng Malayang Pagrepaso.

Ang legal na termino para sa isang "reklamo" ay isang **"karaingan."**

Ang legal na termino para sa "pagrereklamo" ay **"pagsasampa ng karaingan."**

Mayroon bang iba't ibang uri ng mga reklamo?

Oo. Maaari kang maghain ng internal na reklamo at/o external na reklamo. Ang internal na reklamo ay inihahain sa at sinusuri ng aming plano. Ang external na reklamo ay inihahain sa at sinusuri ng isang organisasyong walang koneksyon sa aming plano. Kung kailangan mo ng tulong sa paghahain ng internal at/o external na reklamo, maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077.

J2. Mga internal na reklamo

Upang gumawa ng panloob na reklamo, tumawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711). Maaari kang gumawa ng reklamo sa anumang oras maliban kung tungkol ito sa Part D na gamot. Kung ang mga reklamo ay tungkol Part D na gamot, dapat mo itong isampa **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos mong magkaroon ng problema na gusto mong ireklamo.

- Kung mayroon ka pang kailangang gawin, sasabihin ito sa iyo ng Customer Care.
- Maaari mo ring isulat ang iyong reklamo at ipadala ito sa amin. Kung isusulat mo ang iyong reklamo, tutugon kami sa iyong reklamo sa sulat.
- Kikilalanin namin ang pagtanggap sa iyong nakasulat na karaingan sa loob ng limang (5) araw matapos itong matanggap. Magsasagawa kami ng isang pagsusuri sa iyong mga problema. Maaari naming hilingin ang iyong mga medikal na talaan bilang bahagi ng aming pagsusuri. Magpapadala kami ng tugon sa iyong reklamo sa mail sa loob ng (30) araw ng pagtanggap ng iyong reklamo. Dapat na kasing bilis ng kinakailangan ng iyong kaso ang aming pagtugon sa iyong karaingan batay sa iyong kalagayan ng kalusugan, ngunit hindi lalampas sa (30) araw pagkatapos matanggap ang iyong reklamo. Maaari naming palawigin ang takdang panahon ng hanggang labing-apat (14) na araw kung hihingi ka ng palugit, o kung mapapatunayan namin ang pangangailangan ng karagdagang impormasyon at ang pagkaantala ay para sa iyong kabutihan.
- Kung nagrereklamo ka dahil tinanggihan ang iyong kahilingan para sa isang "mabilis na desisyon sa saklaw" o "mabilis na apela," awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng isang "mabilis na reklamo." Kung mayroon kang "mabilis na reklamo", nangangahulugan itong magbibigay kami sa iyo ng sagot sa loob ng 24 na oras.
- Ang mga reklamo kaugnay sa Medicare Part D ay dapat magawa sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos mong magkaroon ng problema na gusto mong ireklamo.

Lahat ng iba pang uri ng reklamo ay dapat isampa sa amin o sa Provider sa loob ng 60 araw sa kalendaryo mula sa araw ng insidente o aksyon na naganap na nagdulot ng iyong kawalang-kasiyahan.

- Tatangkain naming lutasin ang iyong reklamo sa telepono nang mabilis hangga't maaari. Kung hindi namin malutas ang iyong reklamo sa susunod na araw ng negosyo, padadalhan ka namin ng sulat ng pagtanggap sa loob ng 5 araw sa kalendaryo ng pagtanggap ng iyong reklamo na ipinababatid sa iyo na natanggap namin ito.
- Kung mayroon kang agarang problema (na hindi kaugnay sa isang pagtanggi) na nagsasangkot ng isang agaran at malubhang panganib sa iyong kalusugan, maaari kang humiling ng "mabilis na reklamo" at tutugon kami sa loob ng 72 na oras.

> **Ang legal na termino** para sa “mabilis na reklamo” ay **“pinabilis na karaingan.”**

Kung maaari, sasagot kami kaagad sa iyo. Kung tatawagan mo kami dahil sa isang reklamo, maaari ka naming bigyan ng sagot sa mismong tawag na iyon. Kung mangangailangan ng mabilis na sagot ang kondisyon ng iyong kalusugan, gagawin namin iyon.

- Tinutugunan namin ang karamihan ng mga reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung hindi kami makakapagpasya sa loob ng 30 araw sa kalendaryo dahil kailangan namin ng karagdagang impormasyon, aabisuhan ka namin sa pamamagitan ng pagsulat sa iyo. Magbibigay rin kami ng update sa status at tinatantyang panahon bago mo matanggap ang tugon.
- Kung magrereklamo ka dahil tinanggihan namin ang iyong kahilingan para sa “mabilis na desisyon sa saklaw” o “mabilis na apela,” awtomatiko ka naming bibigyan ng “mabilis na reklamo” at tutugunan namin ang iyong reklamo sa loob ng 24 na oras.
- Kung magrereklamo ka dahil gumamit kami ng karagdagang panahon upang magsagawa ng desisyon sa saklaw, awtomatiko ka naming bibigyan ng “mabilis na reklamo” at tutugunan namin ang iyong reklamo sa loob ng 24 na oras.
- **Kung hindi kami sumang-ayon** sa ilan o sa lahat ng iyong reklamo, sasabihin namin sa iyo at ibibigay sa iyo ang aming mga dahilan. Tutugon kami kung sumasang-ayon kami o hindi sa reklamo.

J3. Mga external na reklamo

Maaari mong sabihin sa Medicare ang iyong reklamo

Maaari mong ipadala ang iyong reklamo sa Medicare. Makikita ang Form ng Reklamo sa Medicare sa: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Siniseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito upang mapahusay ang kalidad ng programang Medicare.

Kung mayroon kang anumang ibang feedback o mga alalahanin, o kung sa palagay mo ay hindi natutugunan ng plano ang iyong problema, mangyaring tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Makakatawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Maaari mong sabihin sa Medi-Cal ang iyong reklamo

Tumutulong din ang Cal MediConnect Ombuds Program sa pagresolba ng mga problema nang walang pinapanigan upang matiyak na natatanggap ng aming mga miyembro ang lahat ng saklaw na serbisyo na dapat naming ibigay. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay walang koneksyon sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan.

Ang numero ng telepono para sa Cal MediConnect Ombuds Program ay 1-855-501-3077. Libre ang mga serbisyo.

Maaari mong sabihin sa California Department of Managed Health Care ang iyong reklamo

Ang California Department of Managed Health Care (DMHC) ang may pananagutan sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Maaari kang tumawag sa DMHC Help Center para sa tulong sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Maaari kang makipag-ugnayan sa DMHC kung kailangan mo ng tulong sa isang reklamo sangkot ang isang agarahang problem o isang problema na sangkot ang agaran at malubhang banta sa iyong kalusugan, kung matinding kirot an iyong nararamdaman, kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng aming plan tungkol sa iyong reklamo, o kung hindi pa nalutas ng aming plan ang iyong reklamo pagkatapos ng 30 araw sa kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan para makahingi ng tulong mula sa Help Center:

- Tumawag sa 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na bingi, may mahinang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang toll free na numero ng TTY, 1-877-688-9891. Libre ang tawag.
- Bisitahin ang website ng Department of Managed Health Care (www.dmhc.ca.gov).

Maaari kang magsampa ng reklamo sa Office for Civil Rights

Maaari kang maghain ng reklamo sa Office for Civil Rights ng Department of Health and Human Services kung sa palagay mo ay hindi patas ang naging pagtrato sa iyo. Halimbawa, maaari kang maghain ng reklamo hinggil sa pag-access para sa may kapansanan o tulong sa wika. Ang numero ng telepono para sa Office for Civil Rights ay 1-800-368-1019. Dapat

tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697. Maaari mo ring bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa karagdagang impormasyon.

Maaari ka ring makipag-ugnayan sa lokal na tanggapan ng Office for Civil Rights sa:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Customer Response Center: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov.

Maaaring may mga karapatan ka rin sa ilalim ng Americans with Disability Act at sa ilalim ng ADA Amendments Act of 2008 (P.L. 110-325). Maaari kang tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program para sa tulong. Ang numero ng telepono ay 1-855-501-3077.

Maaari kang magsampa ng reklamo sa Quality Improvement Organization

Kapag ang iyong reklamo ay tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mayroon ka ring dalawang pagpipilian:

- Kung mas gugustuhin mo, maaari kang direktang magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Quality Improvement Organization (nang hindi nagrereklamo sa amin).
- O maaari kang magreklamo sa amin at sa Quality Improvement Organization. Kung magrereklamo ka sa organisasyon na ito, makikipagtulungan kami sa kanila upang lutasin ang iyong reklamo.

Ang Quality Improvement Organization ay isang grupo ng mga naglilingkod na doktor at ibang mga eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang tingnan at pahusayin ang ibinibigay na pangangalaga sa mga pasyente ng Medicare. Upang malaman ang higit pa tungkol sa Quality Improvement Organization, tingnan sa Kabanata 2.

Sa California, ang Quality Improvement Organization ay tinatawag na Livanta BFCC-QIO. Ang numero ng telepono para sa Livanta BFCC-QIO ay 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Kabanata 10: Pagwawakas sa pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect plan

Panimula

Sinasabi sa kabanatang ito ang mga paraan kung paano mo mawawakasan ang pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect plan at ang iyong mga opsyon sa saklaw na pangkalusugan pagkatapos mong umalis sa plan. Kung umalis ka sa aming plan, nasa mga programang Medicare at Medi-Cal ka pa rin hangga't ikaw ay karapat-dapat. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect plan 254

B. Paano wawakasan ang iyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect plan 255

C. Paano sumali sa ibang Cal MediConnect plan.....256

D. Paano kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay.....256

D1. Mga paraan upang makuha mo ang mga serbisyo ng Medicare 256

D2. Paano makuha ang mga serbisyo ng Medi-Cal.....259

E. Palaging kuhanin ang iyong mga serbisyong medikal at gamot sa pamamagitan ng aming plan hanggang magwakas ang iyong pagiging miyembro.....260

F. Iba pang sitwasyon kapag nagwakas ang iyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect plan.....260

G. Mga patakaran laban sa paghingi sa iyo na umalis ka sa aming Cal MediConnect plan para sa anumang dahilan na may kaugnayan sa kalusugan.....262

H. Ang karapatan mong magreklamo kung winakasan namin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan 262

I. Paano kumuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng iyong pagiging miyembro sa plan 262

A. Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect plan

Maaari mong wakasan ang pagiging miyembro mo Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan anumang oras ng taon sa pamamagitan ng pagpapatala sa isa pang Medicare Advantage Plan, pagpapatala sa isa pang Cal MediConnect plan, o paglipat sa Original Medicare.

Magwawakas ang pagiging miyembro mo sa huling araw ng buwan kung kailan namin matatanggap ang kahilingan mong palitan ang iyong plano. Halimbawa, kung matanggap namin ang iyong kahilingan sa Enero 18, magwawakas ang pagkakasaklaw mo sa aming plan sa Enero 31. Magsisimula ang bagong saklaw mo sa unang araw ng susunod na buwan (Pebrero 1, sa halimbawang ito).

Kapag winakasan mo ang pagiging miyembro mo sa aming plan, patuloy kang nakatala sa Medi-Cal Managed Care Plan na iyong pinili para sa iyong mga serbisyo ng Medi-Cal, maliban kung pinili mo ang ibang Cal MediConnect plan o ibang Medi-Cal lang na plan. Mapipili mo rin ang iyong mga opsyon sa pagpapatala sa Medicare kapag winakasan mo ang pagiging miyembro mo sa aming plano. Kapag umalis ka sa aming plan, makakakuha ka ng impormasyon tungkol sa iyong:

- Mga pagpipilian sa Medicare sa talahanayan sa pahina 220.
- Mga serbisyo ng Medi-Cal sa pahina 220.

Makakakuha ka ng karagdagang impormasyon sa kung paano mo mawawakasan ang pagiging miyembro mo sa pamamagitan ng pagtawag sa:

- Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711).
- Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077.
- State Health Insurance Assistance Program (SHIP), California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077, Lunes hanggang Biyernes, mula 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-855-847-7914.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

TANDAAN: Kung ikaw ay nasa isang programa ng pangangasiwa ng gamot, maaaring hindi ka makapagpalit ng mga plan. Tingnan sa Kabanata 5 ang impormasyon tungkol sa mga programa sa pangangasiwa ng gamot.

B. Paano wawakasan ang iyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect plan

Kung nagdesisyon kang wakasan ang pagiging miyembro, sabihin sa Medi-Cal o Medicare na gusto mo nang umalis sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

- Tumawag sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077. OR
- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY (mga taong nahihirapang makarinig o magsalita) sa 1-877-486-2048. Kapag tumawag ka sa 1-800-MEDICARE, maaari ka ring magpatala sa iba pang planong pangkalusugan o plan ng gamot ng Medicare. Ang karagdagang impormasyon sa pagkuha ng iyong mga serbisyo sa Medicare kapag umalis ka sa aming plan ay nasa tsart sa pahina 259.

C. Paano sumali sa ibang Cal MediConnect plan

Kung gusto mong patuloy na makuha ang iyong mga benepisyo sa Medicare at Medi-Cal nang magkakasama mula sa iisang plano, maaari kang sumali sa ibang plano ng Cal MediConnect.

Upang magpatala sa ibang Cal MediConnect plan:

- Tumawag sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077. Ipaalam sa kanilang gusto mong umalis sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan at sumali sa ibang Cal MediConnect plan. Kung hindi ka sigurado kung anong plan ang gusto mong salihan, mabibigyan ka nila ng impormasyon tungkol sa iba pang plan sa iyong lugar.

Matatapos ang iyong saklaw sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan sa huling araw ng buwan na matatanggap namin ang iyong kahilingan.

D. Paano kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay

Kung hindi mo gustong magpatala sa Cal MediConnect plan matapos kang umalis Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, babalik ka sa pagkuha ng iyong mga serbisyo ng Medicare and Medi-Cal nang magkahiwalay.

D1. Mga paraan upang makuha mo ang mga serbisyo ng Medicare

Mapipili mo kung paano ka makakakuha ng mga benepisyo mula sa Medicare.

Mayroon kang tatlong opsyon upang makakuha ng mga serbisyo mula sa Medicare. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko mong wawakasan ang pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect plan.

1. Maaari kang lumipat sa: **Ang isang planong pangkalusugan, tulad ng Medicare Advantage plan o, kung matutugunan mo ang mga kinakailangan sa pagiging karapat-dapat at nakatira sa loob ng siniserbisyuhang lugar, isang Programang May Kumpletong Pangangalaga para sa Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly o PACE)**	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong ukol sa PACE, tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan mo ng tulong o mas marami pang impormasyon: • Tumawag sa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kang aalisin sa pagkakatala mula sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan kapag nagsimula na ang pagsakop ng iyong bagong plano.

2. Maaari kang lumipat sa: **Orihinal na Medicare na may hiwalay na plano ng Medicare sa inireresetang gamot**	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Kung kailangan mo ng tulong o mas marami pang impormasyon: • Tumawag sa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kang aalisin sa pagkakatala mula sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan kapag nagsimula na ang pagsakop ng iyong Orihinal na Medicare.

3. Maaari kang lumipat sa:	Narito ang dapat gawin:
Orihinal na Medicare na walang hiwalay na plano ng inireresetang gamot sa Medicare **TANDAAN**: Kung lilipat ka sa Orihinal na Medicare at hindi ka magpapatala sa isang hiwalay na plan ng inireresetang gamot sa Medicare, maaari kang ipatala ng Medicare sa isang plan ng gamot, maliban kung sasabihin mo sa Medicare na ayaw mong sumali. Dapat mo lang alisin ang saklaw sa resetang gamot kung mayroon kang saklaw sa gamot mula sa ibang pinagkukunan, tulad ng employer o unyon. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa kung kailangan mo ng pagsaklaw sa gamot, tumawag sa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP/.	Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Kung kailangan mo ng tulong o mas marami pang impormasyon: • Tumawag sa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kang aalisin sa pagkakatala mula sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan kapag nagsimula na ang pagsakop ng iyong Orihinal na Medicare.

D2. Paano makuha ang mga serbisyo ng Medi-Cal

Kung umalis ka sa aming Cal MediConnect plan, patuloy mong makukuha ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield of California Promise Health Plan maliban kung piliin mo ang ibang plan para sa iyong mga serbisyo ng Medi-Cal.

Kabilang sa iyong mga serbisyo ng Medi-Cal ang karamihang pangmatagalang serbisyo at suporta at pangangalaga ng kalusugan ng pag-uugali.

Kung gusto mong pumili ng ibang plan para sa mga serbisyo mula sa Medi-Cal, kailangan mong ipaalam sa Health Care Options kapag hiniling mong wakasan ang pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect plan.

- Tumawag sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa

1-800-430-7077. Ipaalam sa kanilang gusto mong umalis sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan at sumali sa ibang Medi-Cal plan. Kung hindi ka sigurado kung anong plan ang gusto mong salihan, mabibigyan ka nila ng impormasyon tungkol sa iba pang plan sa iyong lugar.

Kapag winakasan mo ang iyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect plan, makakatanggap ka ng bagong ID Card ng Miyembro, isang bagong *Handbook ng Miyembro*, at isang bagong *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para sa iyong saklaw sa Medi-Cal.

E. Palaging kuhanin ang iyong mga serbisyong medikal at gamot sa pamamagitan ng aming plan hanggang magwakas ang iyong pagiging miyembro

Kung umalis ka sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, maaaring magtagal bago magwakas ang iyong pagiging miyembro at magsisimula ang iyong bagong pagsaklaw ng Medicare at Medi-Cal. Tingnan sa pahina 217 para sa karagdagang impormasyon. Sa loob ng panahong ito, patuloy kang makakatanggap ng pangangalagang pangkalusugan at mga gamot sa pamamagitan ng aming plan.

- **Dapat mong gamitin ang aming mga parmasya sa network upang makuha ang iyong mga resetang gamot.** Kadalasan, saklaw lang ang iyong resetang gamot kung kinuha ang mga tio sa isang parmasya sa network kabilang ang sa pamamagitan ng aming mga serbisyo ng mail-order na parmasya.
- **Kung maospital ka sa araw na magwawakas ang iyong pagiging miyembro, karaniwang sasaklawin ang pananatili mo sa ospital ng aming Cal MediConnect plan hanggang sa lumabas ka.** Mangyayari ito kahit na magsimula ang bago mong saklaw na pangkalusugan bago ka pa lumabas ng ospital.

F. Iba pang sitwasyon kapag nagwakas ang iyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect plan

Ito ang mga kaso kapag dapat wakasan ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang iyong pagiging miyembro sa plan:

- Kung mayroong pahinga (break) sa saklaw mo sa Medicare Part A at Part B.
- Kung hindi ka na kuwalipikado para sa Medi-Cal. Ang aming plan ay para sa mga taong kuwalipikado para sa parehong Medicare at Medi-Cal. Maaari kang alisin sa pagkakatala ng Department of Health Care Services (DHCS) o ng Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) kung matukoy na hindi ka karapat-dapat sa programa.

- Kung aalis ka sa aming lugar na pinagseserbisyuhan.
- Kung malayo ka sa aming lugar na pinagseserbisyuhan sa loob ng mahigit sa anim na buwan.
    - Kung lilipat ka o kung bibiyahe ka nang malayo, kailangan mong tumawag sa Customer Care upang malaman kung nasa lugar na pinagseserbisyuhan ng aming plan ang lugar kung saan ka lilipat o bibiyahe.
- Kung makukulong o mabibilanggo ka dahil sa isang krimen.
- Kung magsisinungaling ka o kung hindi ka magbibigay ng impormasyon tungkol sa iba pang insurance na mayroon ka para sa mga inireresetang gamot.
- Kung hindi ka mamamayan ng Estados Unidos o kung hindi legal ang pamamalagi mo sa Estados Unidos.

Upang maging miyembro ka ng aming plan, dapat ay isa kang mamamayan ng Estados Unidos o legal kang namamalagi sa Estados Unidos. Aabisuhan kami ng Centers for Medicare & Medicaid Services kung hindi ka karapat-dapat na manatiling maging miyembro dahil dito. Dapat ka naming alisin kung hindi mo matutugunan ang kinakailangan na ito.

Kung hindi ka na kuwalipikado para sa Medi-Cal o kung nagbago ang kalagayan mo na ginagawa kang hindi karapat-dapat para sa Cal MediConnect, maaari kang patuloy na makatanggap ng mga benepisyo mula sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para sa karagdagang dalawang-buwang panahon. Sa loob ng karagdagang panahon na ito, magagawa mong iwasto ang iyong impormasyon kaugnay ng pagiging karapat-dapat kung sa tingin mo ay karapat-dapat ka pa rin. Makakatanggap ka ng sulat mula sa amin tungkol sa pagbabago sa pagiging karapat-dapat mo na may mga tagubilin upang iwasto ang iyong impormasyon sa pagiging karapat-dapat.

- Upang manatiling miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, dapat na maging karapat-dapat kang muli sa pagsapit ng huling araw ng dalawang-buwang panahon.
- Kung hindi ka kuwalipikado bago ang katapusan ng dalawang-buwang panahon, aalisin ka sa pagkakatala sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Maaari ka lang naming paalisin sa aming plan batay sa mga sumusunod na dahilan kung pahihintulutan muna kami ng Medicare at Medi-Cal:

- Kung sadya mo kaming bibigyan ng maling impormasyon sa pagpapatala mo sa aming plan at makakaapekto ang impormasyong iyon sa pagiging karapat-dapat mo sa aming plan.

- Kung patuloy kang kikilos sa paraang nakakaabala at nagpapahirap sa amin na makapagbigay ng medikal na pangangalaga para sa iyo at sa iba pang mga miyembro ng aming plan.
- Kung ipapagamit mo sa ibang tao ang iyong ID Card ng Miyembro upang makatanggap siya ng medikal na pangangalaga.
    - Kung tatapusin namin ang pagiging miyembro mo dahil dito, maaaring ipaimbestiga ng Medicare ang iyong kaso sa Inspector General.

G. Mga patakaran laban sa paghingi sa iyo na umalis ka sa aming Cal MediConnect plan para sa anumang dahilan na may kaugnayan sa kalusugan

Kung nararamdaman mo na pinaaalis ka sa aming plan sa dahilang may kaugnayan sa kalusugan, dapat kang tumawag sa **Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

Dapat ka ring **tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program** sa 1-855-501-3077, Lunes hanggang Biyernes mula 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-855-847-7914.

H. Ang karapatan mong magreklamo kung winakasan namin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan

Kung wawakasan namin ang pagiging miyembro mo sa aming Cal MediConnect plan, dapat naming sabihin sa iyo sa pamamagitan ng sulat ang mga dahilan namin sa pagwawakas sa pagiging miyembro mo. Dapat din naming ipaliwanag kung paano ka makakapaghain ng karaingan o makakapagreklamo tungkol sa desisyon namin na wakasan ang pagiging miyembro mo. Maaari mo ring tingnan sa Kabanata 9 Seksyon J para sa impormasyon tungkol sa kung paano magreklamo.

I. Paano kumuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng iyong pagiging miyembro sa plan

Kung mayroon kang mga tanong o kung gusto mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa kung kailan namin maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo, maaari kang:

- Tumawag sa Customer Care sa 1-855-905-3825 (TTY: 711).

- Tumawag sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077.
- Tumawag sa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP/.
- Tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077, Lunes hanggang Biyernes mula 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-855-847-7914.
- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kabilang sa kabanatang ito ang mga legal na abiso na naaangkop sa iyong pagiging miyembro sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro.*

Talaan ng mga Nilalaman

A. Abiso tunkol sa mga batas....265

B. Abiso tungkol sa walang diskriminasyon....265

C. Abiso tungkol sa Medicare bilang ikalawang tagabayad at Medi-Cal bilang huling tagabayad 266

D. Abiso tungkol sa pananagutan ng third party....266

E. Abiso na walang diskriminasyon....268

A. Abiso tunkol sa mga batas

Maraming batas ang naaangkop dito sa *Handbook ng Miyembro*. Maaaring makaapekto ang mga batas na ito sa iyong mga karapatan at pananagutan kahit na hindi isinama ang mga batas o ipinaliwanag sa handbook na ito. Ang mga pangunahing batas na gagamitin sa handbook na ito ay mga pederal na batas tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Mayroon ding ibang mga batas ng pederal at estado na maaaring gamitin.

B. Abiso tungkol sa walang diskriminasyon

Dapat sumunod ang bawat kompanya o ahensya na nakikipagtulungan sa Medicare at Medi-Cal sa mga batas na pumuprotekta sa iyo mula sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato. Hindi kami nagdidiskrimina o tinatrato ka nang kakaiba dahil sa iyong edad, mga karanasan sa paghahabol, kulay, pagkaetniko, katibayan ng pagiging masasaklaw ng seguro, kasarian, impormasyon ng henetiko, heograpikong lokasyon sa loob ng lugar na pinagseserbisyuhan, kalagayan ng kalusugan, kasaysayan ng kalusugan, kapansanan sa pag-iisip o katawan, bansang pinagmulan, lahi, relihiyon, o sekso. Bilang karagdagan, hindi ka namin ididiskrimina o tatratuhin nang kakaiba dahil sa iyong ninuno, katayuan sa pag-aasawa, o sekswal na oryentasyon.

Kung gusto mo ng karagdagang impormasyon o may mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato:

- Tumawag sa Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Makakatawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697. Maaari mo ring bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa karagdagang impormasyon.

  Tumawag sa inyong lokal na Office for Civil Rights.
  Office for Civil Rights
  U.S. Department of Health and Human Services
  90 7th Street, Suite 4-100
  San Francisco, CA 94103
  Customer Response Center: (800) 368-1019
  Fax: (202) 619-3818
  TTY: (800) 537-7697
  Email: ocrmail@hhs.gov

Kung mayroon kang kapansanan at kailangan ng tulong sa pag-access sa mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan o isang provider, tumawag sa Customer Care. Kung mayroon kang reklamo, tulad ng problema sa pag-access ng wheelchair, makatutulong ang Customer Care.

C. Abiso tungkol sa Medicare bilang ikalawang tagabayad at Medi-Cal bilang huling tagabayad

Minsan, dapat ay mayroon munang ibang magbabayad para sa mga serbisyong ibinibigay namin sa iyo. Halimbawa, kung ikaw ay naaksidente sa kotse o kung napinsala ka sa trabaho, dapat munang magbayad ang insurance o Workers Compensation.

May karapatan at responsibilidad kami na maningil para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare kung saan hindi ang Medicare ang unang tagabayad.

Sumusunod ang programa ng Cal MediConnect sa mga batas at regulasyon ng Estado at Pederal na may kaugnayan sa legal na pananagutan ng mga ikatlong partido para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga miyembro. Gagawin namin ang lahat ng makatwirang hakbang para tiyakin na ang programa ng Medi-Cal ang huling magsisilbing tagapagbayad.

D. Abiso tungkol sa pananagutan ng third party

Kung masasaktan ka o magkakasakit kung saan mananagot ang ikatlong partido dahil sa kapabayaan o sinasadyang pagkilos, magbibigay kami sa iyo ng isang pahayag ng makatwirang mga singil para sa mga serbisyong ibinigay kaugnay sa pinsala o karamdaman. Kakalkulahin ang mga singil ayon sa ipinapakita sa ibaba. Gayunpaman, hindi mo kailangang gumawa ng anumang pagbabayad sa amin hanggang maitatag ang pinansiyal na pananagutan sa pamamagitan ng pag-aayos sa problema, pagpapasya ng hukuman o iba pa.

Kung may mabawi kang anumang halaga mula sa may pananagutang ikatlong partido, dapat mong sabihin ito agad sa amin. Mababayaran kami mula sa nasabing pagbawi na galing sa ikatlong partido para sa mga singil na itinakda sa pahayag na ipinadala namin sa iyo, na napapailalim sa mga hangganang itinakda sa mga sumusunod na talata.

a) Ang halaga ng aming lien ay dapat kalkulahin ayon sa mga sumusunod:

   i. Para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na hindi ibinigay sa isang itinakdang halaga (capitated basis), ang aktuwal na halagang binayaran ng Plan, ng Grupong Medikal o Independent Practice Association sa gumagamot na provider ng medikal; o

   ii. Kung ibinigay ang mga serbisyo sa batayang capitated, walumpong porsiyento (80%) ng karaniwan at kinaugaliang singil para sa parehong serbisyo na ibinibigay sa batayang non-capitated sa parehong heograpikong lugar kung saan ibinibigay ang mga serbisyo.

   iii. Kung ang parehong non-capitated at capitated na mga serbisyo ay ibinigay sa iyo, at ang aming kontratistang provider ng mga serbisyong capitated ay nagbayad para sa mga serbisyong non-capitated na natanggap mo, ang anumang naturang lien ay hindi maaaring lumampas sa kabuuan na:
      (i) ang makatwirang gastos na aktwal na binayaran para isaayos ang lien, at
      (ii) mga halagang tinukoy alinsunod sa “a” at “b” sa itaas.

b) Ang aming pinakamataas na mababawing lien ay napapailalim sa mga sumusunod na limitasyon:

i. Kung isasama mo ang isang abogado, kung gayon ang lien ay hindi maaaring lumampas sa mas mababa sa mga sumusunod na halaga:

(i) Ang pinakamataas na natukoy na halaga sa #1 sa itaas; o

(ii) Isang-katlo (1/3) ng mga pera na may karapatan kang tanggapin sa ilalim ng anumang huling paghatol, kompromiso o kasunduan ng kabayaran.

ii. Kung hindi ka nagsama ng isang abogado, kung gayon ang lien ay hindi maaaring lumampas nang mas mababa sa mga sumusunod na halaga:

(i) Ang pinakamataas na natukoy na halaga sa #1 sa itaas; o

(ii) Kalahati (1/2) ng mga pera na may karapatan kang tanggapin sa ilalim ng anumang huling paghatol, kompromiso o kasunduan ng kabayaran.

c) Ang aming mga mababawing lien ay sasailalim sa mga karagdagang pagbabawas na ito:

i. Kung ang isang hukom, hurado o tagapamagitan ay gagawa ng isang espesyal na matutuklasan na ikaw ay bahagyang may kasalanan, ang mababawi naming lien ay babawasan ng parehong katumbas na porsiyento ng kasalanan na ibinawas sa mababawi mo.

ii. Isang bahagyang pagbawas para sa iyong mga makatwirang bayad sa abogado (kung mayroon) at mga gastos.

Hindi naangkop ang mga hangganan sa itaas sa mga mababawing lien sa mga Kompensasyong lien ng Mga Manggagawa.

Sa ilalim sa mga limitasyong ipinahayag sa itaas, ipinagkakaloob mo sa Blue Shield of California Promise Health Plan ang pagtatakda ng, at paghahabol sa at lien laban sa, anumang halagang mababawi sa pamamagitan ng pag-aareglo, paghahatol o pagpapasiya Maaaring iatas namin sa iyong magpatupad ng mga dokumento at magbigay ng impormasyon na kinakailangan sa pagsasagawa ng pagtatakda, paghahabol o lien para matiyak ang karapatan sa pagbawi.

At ayon sa kontrata, itinalaga namin sa mga provider nito ang karapatan na igiit ang mga karapatan na lien ng ikatlong partido laban sa aming mga miyembro para sa mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na ipinagkaloob ng provider, o isinaayos para sa kanila.

Dapat na isagawa ng Mga Kinokontratang Grupong Medikal, Doktor at Mga Samahan ng Mga Nakahiwalay na Nagsasagawa ng Medisina ang pagpapahayag ng mga karapatan sa lien sa mga miyembro sa paraang alinsunod sa mga pamamaraang itinakda sa itaas.

E. Abiso na walang diskriminasyon

Labag sa Batas ang Diskriminasyon

Sumusunod ang Blue Shield of California Promise Health Plan sa mga umiiral na batas ng karapatang sibil ng estado at pederal at hindi nagdidiskrimina, nagtatangi ng mga tao o tinatrato sila nang kakaiba, batay sa lahi, kulay ng balat, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, medikal na kondisyon, henetikong impormasyon, lipi, relihiyon, sekso, katayuan ng kasal, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, seksuwal na oryentasyon, edad kapansanan sa pag-iisip o kapansanan sa katawan.
Nagbibigay ang Blue Shield of California Promise Health Plan ng:

- Mga tulong at serbisyo nang walang bayad sa mga taong may kapansanan upang makipag-ugnayan sa amin nang epektibo, tulad ng:
  - Mga kuwalipikadong sign language interpreter
  - Nasusulat na impormasyon na nasa ibang mga format (malalaking letra, audio, naa-access na elektronikong mga format, iba pang mga format)
- Mga libreng serbisyo sa wika sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing wika, tulad ng:
  - Mga kuwalipikadong interpreter
  - Impormasyong nakasulat sa ibang mga wika

Kung kailangan mo ng mga serbisyong ito, makipag-ugnayan sa Civil Rights Coordinator ng Blue Shield of California Promise Health Plan.

Kung naniniwala ka na nabigo ang Blue Shield of California Promise Health Plan na ibigay ang mga serbisyong ito o nagdiskrimina sa ibang paraan batay sa lahi, kulay ng balat, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, medikal na kondisyon, henetikong impormasyon, lipi, relihiyon, sekso, katayuan ng kasal, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, oryentasyong seksuwal, edad, kapansanan sa pag-iisip o kapansanan sa katawan, maaari kang magsampa ng karaingan sa:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Telepono: (844) 883-2233 (TTY: 711)
Fax: (323) 889-2228
Email: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

Maaari kang magsampa ng karaingan nang personal o sa pamamagitan ng koreo, fax, o email. Kung kailangan mo ng tulong sa pagsasampa ng karaingan, handa ang Tagakoordina ng mga Karapatang Sibil na tulungan ka.

Maaari ka ring magsampa ng reklamo ukol sa karapatang sibil sa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, sa elektronikong paraan sa pamamagitan ng Office for Civil Rights Complaint Portal, na makikita sa https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o sa pamamagitan ng koreo o telepono sa:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Makukuha ang mga form ng reklamo sa http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Panimula

Kabilang sa kabanatang ito ang mga mahahalagang termino na ginagamit sa buong *Handbook ng Miyembro* at ang kanilang mga kahulugan. Makikita ang mga salita sa pagkakasunod-sunod na ayon sa alpabeto. Kung hindi mo makita ang salitang hinahanap mo o kung kailangan mo ng higit pang impormasyon bukod sa kasamang depinisyon, makipag-ugnayan sa Customer Care.

Agarang pangangalaga: Pangangalagang makukuha mo para sa biglaang pagkakaroon ng sakit, pinsala, o kundisyon na hindi pang-emergency ngunit nangangailangan ng agarang pangangalaga. Makakakuha ka ng kailangang agarang pangangalaga mula sa mga Provider na wala sa network kapag ang mga Provider sa network ay hindi magagamit o hindi ka makapunta sa kanila.

Apela: Isang paraan para sa iyo upang hamunin ang aming akyon kung sa palagay mo ay nagkamali kami. Maaari mong hilingin sa amin na palitan ang isang desisyon sa saklaw sa pamamagitan ng pagsasampa ng isang apela. Ipinaliliwanag ng Kabanata 9 Seksyon E ang mga apela, kabilang ang kung paano mag-apela.

Bahagi sa gastos: Ang bahagi ng mga gastusin mo sa pangangalaga sa kalusugan na maaaring dapat mong bayaran bawat buwan bago magkaroon ng bisa ang mga benepisyo ng Cal MediConnect. Mag-iiba-iba ang halaga ng bahagi ng gastusin mo depende sa iyong kita at mga mapagkukunan.

Branded na gamot: Isang inireresetang gamot na ginawa at ibinenta ng kompanya na orihinal na gumawa ng gamot. Pareho lang ang sangkap ng mga branded na gamot at mga generic na bersyon ng mga gamot. Karaniwang ginagawa at ibinebenta ang mga Generic na gamot ng iba pang kompanya ng gamot.

Cal MediConnect: Isang programa na nagbibigay ng parehong mga benepisyo ng iyong Medicare at Medi-Cal nang magkasama sa isang planong pangkalusugan. Mayroon kang isang ID Card ng Miyembro para sa lahat ng iyong benepisyo.

Care Navigator: Isang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa iyo, kasama ang planong pangkalusugan, at ang iyong mga Provider ng pangangalaga upang matiyak na nakukuha mo ang pangangalagang kailangan mo.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Ang ahensya ng pederal na nangangasiwa sa Medicare. Ipinaliliwanag ng Kabanata 2 kung paano makikipag-ugnayan sa CMS.

Community-Based Adult Services (CBAS): Programa ng serbisyo na nakabase sa pasilidad para sa outpatient na nagbibigay ng pagkalinga ng may kasanayang pangangalaga, mga

serbisyong panlipunan, mga occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta ng pamilya/tagapangalaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang mga serbisyo sa mga karapat-dapat na Nagpatala na natutugunan ang mga angkop na pamantayan sa pagiging karapat-dapat.

Comprehensive outpatient rehabilitation facility (CORF): Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyong panrehabilitasyon pagkatapos ng isang sakit, aksidente o malaking operasyon. Nagbibigay ng iba't ibang serbisyo, kabilang ang physical therapy, mga serbisyong panlipunan o sikolohikal, therapy sa baga, occupational therapy, therapy sa pananalita, at mga serbisyong pagsusuri ng kapaligiran ng tahanan.

Copay: Takdang halaga na binabayaran mo bilang iyong bahagi sa gastos sa tuwing kinukuha mo ang ilang partikular na resetang gamot. Halimbawa, maaari kang magbayad ng $2 o $5 para sa resetang gamot.

Customer Care: Isang departamento sa loob ng aming plan na responsable sa pagsagot ng mga tanong mo tungkol sa iyong pagiging miyembro, mga benepisyo, karaingan, at apela. Tingnan sa Kabanata 2 Seksyon A para sa impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa Customer Care.

Department of Health Care Services (DHCS): Ang kagawaran sa Estado ng California na nangangasiwa sa Medicaid Program (tinatawag bilang Medi-Cal sa California), na pangkalahatang tinatawag bilang “ang Estado” sa handbook na ito.

Department of Managed Health Care (DMHC): Ang kagawaran ng Estado sa California na responsable sa pangangasiwa sa mga planong pangkalusugan. Tumutulong ang DMHC sa mga tao sa Cal MediConnect sa mga apela at reklamo hinggil sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng mga Malayang Medikal na Pagrepaso (IMR).

Desisyon sa saklaw: Isang desisyon tungkol sa kung ano-anong benepisyo ang sinasaklaw namin. Kabilang dito ang mga pagpapasya tungkol sa mga saklaw na gamot at serbisyo o sa halagang babayaran namin para sa mga serbisyo sa kalusugan mo. Ipinapaliwanag ng Kabanata 9 kung paano humingi sa aming ng desisyon sa saklaw.

Ekstrang Tulong: Programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan upang mabawasan ang mga gastos sa resetang gamot ng Medicare Part D, tulad ng mga premium, deductible, at copay. Tinatawag din ang Ekstrang Tulong na “Low-Income Subsidy,” o “LIS.”

Emergency: Ang isang medikal na pang-emergency ay kapag ikaw, o ang sinumang tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kang mga sintomas na medikal na kailangan ng agarang medikal na pansin upang maiwasan ang kamatayan, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng paggana ng isang bahagi ng katawan. Ang mga sintomas na medikal ay maaaring malubhang pinsala o matinding pananakit.

Espesyalista: Isang doktor na nagbibigay ng pangangalaga sa kalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan.

Generic na gamot: Isang inireresetang gamot na ap rubado ng pederal na gobyerno upang gamiting kapalit ng isang branded na gamot. Ang generic na gamot ay may mga parehong sangkap tulad ng sa branded na gamot. Karaniwan itong mas mura at gumagana nang kasing bisa ng branded na gamot.

Halaga ng pang-araw-araw na hatian sa gastos: Ang halaga na maaaring ilapat kapag nagreseta ang iyong doktor ng mas mababa sa isang buong buwan na supply ng ilang partikular na gamot para sa iyo at kinakailangan mong magbayad ng copay. Ang halaga ng pang-araw-araw na hatian sa gastos ay ang copay na hinati sa bilang ng mga araw sa isang buwang supply.

Narito ang isang halimbawa: Sabihin nating ang copay para sa iyong gamot sa buong buwang supply (isang 30-araw na supply) ay $1.30. Ibig sabihin nito, ang halaga ng iyong binabayaran para sa gamot mo ay lagpas ng kaunti sa $0.04 kada araw. Kung makakuha ka ng 7 araw na supply ng gamot, ang iyong pagbabayad ay magiging mahigit sa $0.04 kada araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na $0.30.

***Handbook ng Miyembro* at Impormasyon sa Pagsisiwalat:** Ang dokumentong ito, kasama ng iyong form ng pagpapatala at anumang iba pang kalakip, o rider, na ipinapaliwanag ang iyong saklaw, kung ano ang dapat naming gawin, mga karapatan mo, at kung ano ang dapat mong gawin bilang miyembro ng aming plan.

Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): Isang programang nagbibigay ng libre at makatuwirang impormasyon at pagpapayo tungkol sa Medicare. Ipinaliliwanag sa Kabanata 2 Seksyon E kung paano makipag-ugnayan sa HICAP.

Health risk assessment: Isang pagsusuri ng kasaysayang medikal ng isang pasyente at kasalukuyang kondisyon. Ginagamit ito upang malaman ang kalusugan ng pasyente at kung paano maaaring magbago sa hinaharap.

Hospisyo: Isang programa ng pangangalaga at suporta para tulungan ang mga taong may karamdamang nagtataning ng buhay (terminal prognosis) na mamuhay nang komportable. Nangangahulugan ang terminal prognosis na ang isang tao ay may nakamamatay na sakit at inaasahang mabuhay nang anim na buwan o mas maikli.

- Ang isang nakatalang may karamdamang nagtataning ng buhay ay may karapatang piliin ang hospisyo.
- Mayroong isang sinanay sa espesyal na paraan na pangkat ng mga propesyunal at caregiver na magbibigay ng pangangalaga sa tao sa kanyang kabuuan, kabilang ang mga pangangailangang pisikal, emosyonal, panlipunan, at ispiritwal.

- Dapat bigyan ka ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ng listahan ng mga Provider ng hospisyo sa inyong heograpikong lugar.

Indibidwal na Plano ng Pangangalaga (ICP o Plano ng Pangangalaga): Isang plan para sa kung anong mga serbisyo ang matatanggap mo at kung paano mo matatanggap ang mga ito. Maaaring kasama sa iyong plan ang mga medikal na serbisyo, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Inpatient: Isang termino na ginagamit kapag pormal kang tinanggap sa ospital para sa mga may kasanayang medikal na serbisyo. Kung hindi ka pormal na tinanggap, maaari ka pa ring ituring bilang isang outpatient sa halip na isang inpatient kahit na nanatili ka nang magdamag.

Interdisciplinary na Pangkat ng Pangangalaga (ICT o Pangkat ng pangangalaga): Maaaring kasama sa pangkat ng pangangalaga ang mga doktor, nurse, tagapayo, o iba pang propesyonal sa kalusugan na naroon upang tulungan kang makuha ang pangangalagang iyong kailangan. Tutulungan ka rin ng iyong pangkat ng pangangalaga na gumawa ng isang plano ng pangangalaga.

Kalusugan ng Pag-uugali: Isang panlahatang termino na tumutukoy sa kalusugan ng pag-iisip at mga sakit sa paggamit ng substansya.

Karaingan: Isang reklamo na ginagawa mo tungkol sa amin o sa isa sa aming mga Provider o parmasya sa network. Kabilang dito ang isang reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa iyo o ang kalidad ng serbisyong ibinibigay ng iyong planong pangkalusugan.

Katulong sa kalusugan sa tahanan: Isang tao na nagbibigay ng mga serbisyo na hindi kailangan ang mga kakayahan ng isang lisensyadong nurse o therapist, tulad ng pagtulong sa pangangalaga ng katawan (gaya ng paliligo, paggamit ng banyo, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga iniresetang ehersisyo). Ang mga katulong sa kalusugan sa tahanan ay walang nursing license at hindi rin sila nagsasagawa ng therapy.

Kinakailangan dala ng medikal na dahilan: Inilalarawan nito ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan mo upang maiwasan, ma-diagnose, o gamutin ang isang medikal na kondisyon o upang panatilihin ang iyong kasalukuyang kalagayan ng kalusugan. Kasama rito ang pangangalaga na iniiwasan kang pumunta sa isang ospital o nursing home. Nangangahulugan din ito na ang mga serbisyo, supply, o gamot ay nakatutugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na pagsasanay. Ang pakahulugan ng Medi-Cal sa mga limitasyon ng kinakailangang medikal para sa mga serbisyong pangangalaga ng kalusugan ay yaong mga kailangan upang pangalagaan ang buhay, maiwasan ang malubhang sakit o malubhang kapansanan, o upang pawiin ang matinding pananakit.

***Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (Listahan ng Gamot):** Isang listahan ng mga inirereseta at over-the-counter (OTC) na mga gamot na saklaw ng plan. Pinipili ng plan ang mga gamot na nasa listahang ito sa tulong ng mga doktor at parmasyutiko. Nakasaad sa Listahan ng

Gamot kung mayroong anumang panuntunan na dapat mong sundin para makuha ang mga gamot mo. Tinatawag kung minsan ang Listahan ng Gamot na "pormularyo."

Low-income subsidy (LIS): Tingnan ang "Ekstrang Tulong."

Lugar na pinagseserbisyuhan: Isang heograpikong lugar kung saan tumatanggap ang isang planong pangkalusugan ng mga miyembro kung nililimitahan nito ang pagiging miyembro batay sa kung saan nakatira ang mga tao. Para sa mga planong nililimitahan kung sinong mga doktor at kung aling mga ospital ang maaari mong gamitin, ito rin ang lugar sa pangkalahatan kung saan ka maaaring kumuha ng mga pangkaraniwang (hindi pang-emergency) serbisyo. Ang mga tao lamang na nakatira sa aming lugar na pinagseserbisyuhan ang makakukuha ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

Malayang Medikal na Pagrepaso (IMR): Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, maaari kang magsampa ng apela sa amin. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon at ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo ng Medi-Cal, kabilang ang mga DME na supply at gamot, makakahingi ka sa California Department of Managed Health Care ng isang IMR. Ang isang IMR ay isang pagsusuri ng mga doktor sa iyong kaso na hindi bahagi ng aming plan. Kung papanig sa iyo ang desisyon ng IMR, dapat naming ibigay sa iyo ang hiniling mong serbisyo o paggamot. Wala kang babayaran para sa isang IMR.

Mali/hindi angkop na pagsingil: Isang sitwasyon kapag naningil ang isang Provider (tulad ng isang doktor o ospital) nang higit sa halaga ng hati sa gastos ng plan para sa mga serbisyo. Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan kapag tumatanggap ka ng anumang serbisyo o gamot. Tumawag sa Customer Care kung makatanggap ka ng anumang bayarin na hindi mo naiintindihan. Bilang miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan, dapat mo lang bayaran ang mga halaga ng hati sa gastos ng plan kapag tatanggap ka ng mga serbisyong saklaw ng aming plan. Hindi namin pinapayagan ang mga Provider na singilin ka nang higit sa halagang ito.

Matibay na kagamitang medikal (DME): Ilang item na itinatagubilin ng iyong doktor para gamitin sa sarili mong tahanan. Ang mga halimbawa ng mga item na ito ay mga wheelchair, saklay, sistema ng de-kuryenteng kutson, gamit sa diabetes, kamang pang-ospital na itinagubilin ng isang Provider para gamitin sa bahay, pump para sa IV infusion, aparato sa pagbuo ng salita, kagamitan at supply sa oxygen, nebulizer, at walker.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programa ng Medicaid sa California. Estado ang namamalakad sa Medi-Cal at binabayaran ito ng estado at ng pederal na pamahalaan.

- Tumutulong ito sa mga tao na may mga limitadong kita at mapagkukunan na bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at medikal na gastusin.
- Saklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi saklaw ng Medicare.
- Ang mga programang Medicaid ay nag-iiba-iba sa bawat estado, ngunit halos lahat ng mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan ay sinasaklaw kung ikaw ay parehong kuwalipikado sa Medicare at Medicaid.
- Tingnan sa Kabanata 2 Seksyon H para sa impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa Medi-Cal.

Medicare Advantage Plan: Isang Medicare program, tinatawag ding “Medicare Part C” o “MA Plans,” na nag-aalok ng mga plan sa pamamagitan ng mga pribadong kompanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kompanyang ito upang saklawin ang iyong mga benepisyo sa Medicare.

Medicare Part A: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa karamihang pangangalaga sa ospital, skilled nursing facility, home health at hospisyo na kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Medicare Part B: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa mga serbisyo (gaya ng mga pagsusuri sa lab, operasyon, at pagpapatingin sa doktor) at mga supply (gaya ng mga wheelchair at walker) na kinakailangan dala ng medikal na dahilan upang gamutin ang isang sakit o kondisyon. Sinasaklaw rin ng Medicare Part B ang maraming serbisyo upang makaiwas sa sakit at pag-screen.

Medicare Part C: Ang programa ng Medicare na nagbibigay-daan sa mga pribadong kompanya ng insurance ng kalusugan na magbigay ng mga benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng Medicare Advantage Plan.

Medicare Part D na mga gamot: Mga gamot na maaaring saklawin sa ilalim ng Medicare Part D. Partikular na ibinukod ng Kongreso ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot mula sa pagsaklaw bilang mga gamot na Part D. Maaaring saklawin ng Medi-Cal ang ilan sa mga gamot na ito.

Medicare Part D: Ang programa ng Medicare sa benepisyong inireresetang gamot. (Tinatawag naming “Part D” ang programang ito para maikli.) Sinasaklaw ng Part D ang pang-outpatient na mga inireresetang gamot, bakuna, at ilang supply na hindi saklaw ng Medicare Part A o Part B o Medi-Cal. Kabilang sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang Medicare Part D.

Medicare: Ang pederal na programa sa insurance ng kalusugan para sa mga taong 65 taon ang edad o mas matanda pa, ilang tao na wala pa sa edad na 65 na may tiyak na kapansanan, at mga taong may end-stage renal disease (karaniwang yaong may permanenteng pagpalya ng bato na

kailangan ang dialysis o pag-transplant ng bato). Maaaring makuha ng mga taong may Medicare ang kanilang saklaw sa kalusugan sa Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o isang managed care plan (tingnan ang "Planong pangkalusugan").

Medicare-Medi-Cal enrollee (Dual Eligible): Isang tao na kuwalipikado para sa pagsaklaw ng Medicare at Medi-Cal. Tinatawag din ang nagpatala sa Medicare-Medi-Cal na "indibidwal na may dalawahang kuwalipikasyon."

Mga gastos mula sa sariling bulsa: Ang kinakailangan sa hatian sa gastos na dapat bayaran ng mga miyembro para sa bahagi ng mga serbisyo o gamot na nakukuha nila ay tinatawag na kailangang halaga na "mula sa sariling bulsa". Tingnan ang kahulugan ng "pagbabahagi ng gastos" sa itaas.

Mga gawain sa araw-araw na pamumuhay (ADL): Ang mga bagay na ginagawa ng mga tao sa karaniwang araw, tulad ng pagkain, paggamit ng banyo, pagbibihis, paliligo, o pagsesepilyo.

Mga limitasyon sa dami: Isang limitasyon sa halaga ng isang gamot na maaari mong makuha. Ang mga limitasyon ay maaaring sa dami ng gamot na aming sinasaklaw sa bawat reseta.

Mga Medi-Cal Plan: Mga planong saklaw lang ang mga benepisyo ng Medi-Cal, gaya ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, medikal na kagamitan, at transportasyon. Nakahiwalay ang mga benepisyo ng Medicare.

Mga Opsyonal na Serbisyo ng Plano ng Pangangalaga (Mga Serbisyong CPO): Mga karagdagang serbisyo na opsyonal sa ilalim ng iyong Indibidwal na Plano ng Pangangalaga (ICP). Hindi nilalayon ng mga serbisyong ito na palitan ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na awtorisado kang makatanggap sa ilalim ng Medi-Cal.

Mga Over-the-counter (OTC) na gamot: Ang mga over-the-counter na gamot ay tumutukoy sa anumang gamot o medisina na maaaring bilhin ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal ng pangangalaga sa kalusugan.

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS): Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta ay mga serbisyong tumutulong na pahusayin ang isang pangmatagalang medikal na kondisyon. Ang karamihan sa mga serbisyong ito ay makakatulong na manatili ka na lang sa tahanan para hindi mo na kailangang pumunta sa isang nursing home o ospital. Kabilang sa LTSS ang Multipurpose Senior Services Program (MSSP), Community Based Adult Services (CBAS), at Nursing Facilities/Sub-Acute Care Facilities (NF/SCF).

Mga Part D na gamot: Tingnan ang "Medicare Part D na mga gamot."

Mga saklaw na gamot: Ang terminong ginagamit namin upang ipakahulugan ang lahat ng inirereseta at over-the-counter (OTC) na gamot na saklaw ng aming plan.

Mga saklaw na serbisyo: Ang pangkalahatang termino na ginagamit namin upang ipakahulugan ang lahat ng pangangalagang pangkalusugan, pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, inirereseta at over-the counter na gamot, kagamitan, at iba pang serbisyo na saklaw ng aming plan.

Mga serbisyong panrehabilitasyon: Paggamot na iyong natatanggap upang tulungan kang gumaling mula sa isang sakit, aksidente o malaking operasyon. Tingnan sa Kabanata 4 upang malaman pa ang tungkol sa mga serbisyong panrehabilitasyon.

Mga serbisyong saklaw ng Medicare: Mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A at Part B. Dapat saklawin ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kabilang ang aming plan, ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A at Part B.

Mga tier ng gamot: Mga grupo ng mga gamot na nasa aming Listahan ng Gamot. Ang mga gamot na generic, branded, o mabibili nang walang reseta (over-the-counter o OTC) ay mga halimbawa ng mga tier ng gamot. Bawat gamot na nasa Listahan ng Gamot ay nasa isa sa apat (4) na tier.

Miyembro (miyembro ng aming plan, o miyembro ng plan): Isang tao na may Medicare at Medi-Cal na kuwalipikadong makatanggap ng mga saklaw na serbisyo, na nagpatala sa aming plan, at nakumpirma ang pagkakatala ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) at ng estado.

Multipurpose Senior Services Program (MSSP): Isang programa na nagbibigay ng Home and Community-Based Services (HCBS) sa mga karapat-dapat na indibidwal sa Medi-Cal na 65 taong gulan o mas matanda na may mga kapansanan bilang isang alternatibong paglalagay sa nursing facility.

Nakabinbin na bayad na tulong: Maaari mong patuloy na makuha ang mga benepisyo mo habang naghihintay ka ng pagpapasya hinggil sa isang Antas 1 na Apela o Pagdinig ng Estado (Tingnan sa Kabanata 9 Seksyon E para sa karagdagang impormasyon). Tinatawag itong nagpapatuloy na pagsaklaw na nakabinbin na bayad na tulong o “aid paid pending.”

Nursing home o pasilidad: Isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi makakuha ng kanilang pangangalaga sa tahanan ngunit hindi kailangang maging nasa ospital.

Ombudsman: Isang opisina sa inyong estado na nagtatrabaho bilang tagapagtanggol sa ngalan mo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo at matutulungan ka na maintindihan kung ano ang dapat gawin. Libre ang mga serbisyo ng ombudsman. Makikita mo ang marami pang impormasyon tungkol sa Cal MediConnect Ombuds Program sa Kabanata 2 at 9 ng handbook na ito.

Original Medicare (tradisyunal na Medicare o fee-for-service na Medicare): Ang Original Medicare ay inihahandog ng gobyerno. Sa ilalim ng Original Medicare, sinasaklaw ang mga serbisyo ng Medicare sa pamamagitan ng pagbabayad ng mga halaga sa mga doktor, ospital, at iba pang mga Provider ng pangangalagang pangkalusugan na itinakda ng Kongreso.

- Maaari kang magpatingin sa sinumang doktor, anumang ospital, o iba pang Provider ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. May dalawang bahagi ang Orihinal na Medicare: Ang Part A (insurance sa ospital) at Part B (medikal na insurance).
- Makukuha ang Orihinal na Medicare kahit saan sa Estados Unidos.
- Kung hindi mo gustong maging bahagi ng aming plan, maaaring Orihinal na Medicare ang iyong piliin.

Pag-alis sa pagkakatala: Ang proseso ng pagwawakas ng iyong pagiging miyembro sa aming plan. Maaaring boluntaryo ang pag-alis sa pagkakatala (sarili mong desisyon) o hindi boluntaryo (hindi mo sariling desisyon).

Pagbabahagi ng gastos: Mga halagang dapat mong bayaran kapag kumuha ka ng ilang partikular na resetang gamot. Kabilang sa paghahatiang gastos ang mga copay.

Pagbubukod: Pahintulot upang makakuha ng saklaw para sa isang gamot na hindi karaniwang saklaw o upang gamitin ang gamot nang walang tiyak na mga patakaran at limitasyon.

Pagdinig ng Estado: Kung humihingi ang iyong doktor o ibang Provider ng serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin aaprubahan, o hindi namin itutuloy na bayaran ang serbisyo ng Medi-Cal na natanggap mo na, maaari kang humingi ng Pagdinig ng Estado. Kung ipinasya ang isang Pagdinig ng Estado na pabor sa iyo, dapat naming ibigay ang serbisyong iyong hiniling.

Pagpapasya ng organisasyon: Gumawa ang plan ng isang pagpapasya ng organisasyon kapag ito, o ang isa sa mga Provider nito, ay gumagawa ng isang desisyon tungkol sa kung ang mga serbisyo ay saklaw o kung magkano ang dapat mong bayaran para sa mga saklaw na serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na “mga desisyon sa saklaw” sa handbook na ito. Ipinaliliwanag sa Kabanata 9 Seksyon D, E, at F kung paano humingi sa amin ng desisyon sa saklaw.

Pagsasanay sa kakayahan sa kultura: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang tagubilin para sa aming mga Provider ng pangangalaga sa kalusugan na tumutulong sa kanila para higit nilang maintindihan ang iyong karanasan, pagpapahalaga, at paniniwala upang iangkop ang mga serbisyo na tutugon sa mga pangangailangan mong panlipunan, pangkultura at pangwika.

Pangangalaga sa Pasilidad ng may kasanayang pagkalinga (Skilled nursing facility, SNF): Mga serbisyong pagkalinga na may kasanayang pangangalaga at panrehabilitasyon na ibinibigay sa isang nagpapatuloy at arawang batayan, sa isang pasilidad ng may kasanayang pagkalinga. Kabilang sa mga halimbawa ng pangangalaga sa pasilidad ng may

kasanayang pagkalinga ang physical therapy o mga iniksyon na intravenous (IV) na maaaring ibigay ng isang rehistradong nurse o doktor.

Pangangalagang pang-emergency: Mga saklaw na serbisyo na ibinibigay ng isang Provider na sinanay para magbigay ng mga serbisyong pang-emergency at kinakailangan upang gamutin ang isang medikal o kalusugan ng pag-uugali na emergency.

Pangkat ng pangangalaga: Tingnan ang "Interdisciplinary na Pangkat ng Pangangalaga."

Parmasya na wala sa network: Isang parmasya na hindi sumang-ayon na makipagtulungan sa aming plan upang pangasiwaan o magbigay ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plan. Karamihang gamot na kinukuha mo sa mga parmasya na wala sa network ay hindi saklaw ng aming plan maliban kung naaangkop ang ilang partikular na kondisyon.

Parmasya sa network: Isang parmasya (botika) na sumang-ayon na magbigay ng mga resetang gamot para sa aming mga miyembro ng plan. Tinatawag namin ang mga ito na "mga parmasya na nasa network" dahil sumang-ayon ang mga ito na makipagtulungan sa aming plan. Sa karamihang kaso, sinasaklaw lang ang iyong mga resetang gamot kung ang mga ito ay kinuha sa isa sa aming mga parmasya sa network.

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."

Paunang pahintulot: Isang pag-apruba mula sa Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan na dapat mong kuhanin bago ka makakuha ng isang partikular na serbisyo o gamot o magpatingin sa isang Provider na wala sa network. Maaaring hindi saklawin ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang serbisyo o gamot kung hindi ka maaaprubahan.

Masasaklaw lang ang ilan sa mga medikal na serbisyo na nasa network kung hihingi ng paunang pahintulot mula sa aming plan ang iyong doktor o iba pang Provider na nasa network.

- Ang mga saklaw na serbisyo na kailangan ang paunang pahintulot ng aming plan ay minarkahan sa Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4.

Sasaklawin lamang ang ilang gamot kung ikaw ay makakakuha ng paunang pahintulot sa amin.

- Ang mga saklaw na gamot na kailangan ng paunang pahintulot ay may marka sa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*.

Personal na impormasyon ng kalusugan (tinatawag ding Protektadong impormasyon ng kalusugan) (PHI): Impormasyon tungkol sa iyo at kalusugan mo, tulad ng pangalan, address, social security number, pagpapatingin sa doktor at medikal na kasaysayan.

Tingnan ang Abiso ng mga Kasanayan sa Pagkapribado ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung paano ginagawa ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan na protektahan, gamitin, at isiwalat ang iyong PHI, pati na rin ang iyong mga karapatan na may kaugnayan sa iyong PHI.

Plano ng pangangalaga: Tingnan ang "Indibidwal na Plano ng Pangangalaga."

Planong pangkalusugan: Isang organisasyon na binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, Provider ng mga pangmatagalang serbisyo, at iba pang Provider. Mayroon din itong mga Care Navigator para matulungan kang pamahalaan ang lahat ng iyong Provider at serbisyo. Magkakasama silang nagtutulungan para magbigay ng pangangalagang kailangan mo.

Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Plans: Isang programa na magkasamang sumasaklaw sa mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal para sa mga taong 55 taong gulang at mas matanda na nangangailangan ng mas mataas na antas ng pangangalaga upang mamuhay sa tahanan.

Prosthetics at Orthotics: Ito ay mga medikal na device na itinagubilin ng iyong doktor o ibang Provider ng pangangalagang pangkalusugan. Kabilang sa mga saklaw na item, ngunit hindi limitado sa, mga brace para sa braso, likod, at leeg; mga artipisyal na braso o binti; mga artipisyal na mata; at mga device na kailangan upang palitan ang isang panloob na bahagi ng katawan o paggana, kabilang ang mga supply para sa ostomy at enteral at parenteral nutrition therapy.

Provider na nasa Network: Ang "Provider" ay ang pangkalahatang termino na ginagamit namin para sa mga doktor, nurse, at iba pang tao na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kabilang din sa termino ang mga ospital, mga ahensya ng kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyong pangangalaga sa kalusugan, kagamitang medikal, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

- Binibigyan ng lisensya o sertipikasyon ang mga ito ng Medicare at ng estado upang magbigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
- Tinatawag namin sila na "mga Provider na nasa network" kapag sumang-ayon sila na makipagtulungan sa planong pangkalusugan at tanggapin ang aming bayad at hindi maningil ng karagdagang halaga sa aming mga miyembro.
- Habang miyembro ka ng aming plan, dapat mong gamitin ang mga Provider na nasa network upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo. Ang mga Provider na nasa network ay tinatawag ding "mga Provider ng plan."

Provider na wala sa network o **Pasilidad na wala sa network:** Isang Provider o pasilidad na hindi nagtatrabaho, pag-aari, o pinatatakbo ng aming plan at walang kontrata upang magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plan. Ipinapaliwanag sa Kabanata 3 Seksyon D ang mga Provider o pasilidad na wala sa network.

Provider ng pangunahing pangangalaga (PCP): Ang iyong Provider ng pangunahing pangangalaga ay ang doktor o iba pang Provider kung kanino ka unang nagpapatingin para sa karamihan ng mga problema sa kalusugan. Tinitiyak niya na natatanggap mo ang pangangalagang kailangan mo upang manatiling malusog.

- Maaari din siyang makipag-usap sa iba pang mga doktor at Provider ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa pangangalaga sa iyo at maaari ka niyang i-refer sa kanila.
- Sa maraming planong pangkalusugan ng Medicare, dapat ka munang magpakonsulta sa iyong Provider ng pangunahing pangangalaga bago ka magpatingin sa sinumang iba pang Provider ng pangangalagang pangkalusugan.
- Tingnan sa Kabanata 3 ang impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga mula sa mga Provider ng pangunahing pangangalaga.

Quality improvement organization (QIO): Isang grupo ng mga doktor at iba pang dalubhasa sa pangangalaga ng kalusugan na tumutulong na pahusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Binabayaran sila ng pamahalaang pederal para tingnan at pabutihin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Tingnan sa Kabana 2 para sa impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa QIO para sa inyong estado.

Referral: Nangangahulugan ang referral (rekomendasyon) na dapat kang bigyan ng pag-apruba ng iyong Provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) bago ka magpatingin sa isang tao na hindi ang iyong PCP. Kung hindi ka makakuha ng pag-apruba, maaaring hindi saklawin ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ang mga serbisyo. Hindi mo kailangan ng referral para magpatingin sa ilang partikular na espesyalista, tulad ng mga espesyalista sa kalusugan ng mga kababaihan. Makikita mo ang karagdagang impormasyon tungkol sa mga referral sa Kabanata 3 at ang tungkol sa mga serbisyo na kailangan ang mga referral sa Kabanata 4.

Reklamo: Isang nakasulat o sinabing pahayag na nagsasabing mayroon kang problema o alalahanin sa iyong mga saklaw na serbisyo o pangangalaga. Kabilang dito ang anumang alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, kalidad ng pangangalaga sa iyo, aming mga Provider sa network, o aming mga parmasya sa network. Ang pormal na pangalan para sa “pagrereklamo” ay “pagsasampa ng karaingan.”

Sentro ng operasyon para sa nakakalakad: Isang pasilidad na nagsasagawa ng operasyon sa outpatient na hindi kailangan ang pangangalaga sa ospital at hindi inaasahang mangailangan ng higit sa 24 na oras ng pangangalaga.

Skilled nursing facility (SNF): Isang pasilidad ng pagkalinga na may mga tauhan at kagamitan upang magbigay ng pagkalinga na may kasanayang pangangalaga at, sa karamihang kaso, mga may kasanayang serbisyo na panrehabilitasyon at iba pang kaugnay na serbisyong pangkalusugan.

Step therapy: Isang alituntunin sa saklaw na nag-aatas sa iyo na sumubok muna ng ibang gamot bago namin saklawin ang hinihiling mong gamot.

Supplemental Security Income (SSI): Ang buwanang benepisyong binabayaran ng Social Security sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na may kapansanan, bulag, o 65 taong gulang o mas matanda. Magkaiba ang mga benepisyo ng SSI at mga benepisyo ng Social Security.

Tier sa paghahati ng gastos: Isang grupo ng mga gamot na may parehong copay. Ang bawat gamot na nasa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (tinatawag din bilang Listahan ng Gamot) ay nasa isa sa apat (4) na tier sa paghahati ng gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier sa paghahati, mas mataas ang iyong gastos para sa gamot.

Yugto ng paunang saklaw: Ang yugto bago maabot ng iyong kabuuang gastos sa gamot na Part D ang $6,550. Kabilang dito ang mga halagang binayaran mo, binayaran ng aming plan para sa iyo, at ang low-income subsidy. Magsisimula ka sa yugtong ito kapag pinunan mo ang iyong unang reseta para sa taon. Sa yugtong ito, binabayaran ng plan ang bahagi ng mga gastos ng iyong mga gamot, at binabayaran mo ang iyong bahagi.

Yugto ng saklaw sa sakuna: Ang yugto sa benepisyo ng gamot na Part D kung saan binabayaran ng plan ang lahat ng gastos ng iyong mga gamot hanggang sa katapusan ng taon. Sisimulan mo ang yugtong ito kapag naabot mo ang $6,550 na limit para sa iyong mga resetang gamot.

Customer Care ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Uri	Mga detalye
TUMAWAG SA	1-855-905-3825 Libre ang mga pagtawag sa numerong ito. Pitong araw kada linggo. 8:00 a.m. – 8:00 p.m. Mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter ng wika ang Customer Care na makukuha ng mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Nangangailangan ng espesyal na kagamitan ng telepono ang numerong ito at para lang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Libre ang mga pagtawag sa numerong ito. Pitong araw kada linggo. 8:00 a.m. – 8:00 p.m.
SUMULAT	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755
WEBSITE	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

blueshieldca.com/promise/calmediconnect