Katibayan ng Saklaw

Iyong mga Benepisyo at Serbisyong Pangkalusugan ng Medicare at Saklaw na Resetang Gamot bilang Miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Mga County ng Los Angeles at San Diego

Enero 1, 2023 – Disyembre 31, 2023

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

MM00008-WELCOME-REV-TA (10/22)

blue california

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) *Handbook ng Miyembro*

H5982_22_378A_C TA SNR 09192022

Enero 1, 2023 – Disyembre 31, 2023

Ang Iyong Saklaw sa Kalusugan at Gamot sa ilalim ng Blue Shield TotalDual Plan

Handbook ng Miyembro Panimula

Sinasabi nitong *Handbook ng Miyembro, kilala rin bilang Katibayan ng Saklaw,* ang tungkol sa iyong saklaw sa ilalim ng aming plan hanggang Disyembre 31, 2023. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isipan at karamdaman dahil sa labis na paggamit ng substansya), 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 iyong *Handbook ng Miyembro*.

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

Kapag sinasabi nitong *Handbook ng Miyembro* ang “kami,” “namin,” “amin,” o “aming plan,” nangangahulugan ito na Blue Shield TotalDual Plan.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw kada linggo.Libre ang tawag.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 452-4413 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오,오후 8 시, 7 일 주일 오전 8 시

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք (800) 452-4413 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)

فارسی (Persian/Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. تماس بگیرید (800) 452-4413 (TTY: 711) با.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 452-4413 (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。 (800) 452-4413 (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: 711) (800) 452-4413 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (800) 452-4413 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (800) 452-4413 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 452-4413 (TTY:711).

اُردُو (Urdu) : خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں (800) 452-4413 (TTY:711).

Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, tulad ng malalaking letra, braille, at/o audio. Tumawag sa 1-800-452-4413 (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 Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan. Itatabi nila 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 TotalDual Plan.

Mga Pagtatatuwa

- Maaaring magbago ang mga benepisyo, premium, ibinabawas, at/o copayment/coinsurance sa Enero 1, 2024.

- Maaring magbago ang pormularyo, network ng botika, at/o network ng tagapagbigay ng serbisyo anumang oras. Makakatanggap ka ng abiso kapag kinakailangan. Aabisuhan namin ang mga apektadong nagpatal tungkol sa mga pagbabago nang hindi bababa sa 30 araw nang maaga.

- Responsibilidad ng aming plan na ikoordina ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal (Medicaid) para sa iyo.

- Ang Blue Shield of California ay isang HMO at isang plano na HMO D-SNP na may kontrata sa Medicare at kontrata sa California State Medi-Cal (Medicaid) Program. Ang pagpapatala sa Blue Shield of California ay depende sa pagre-renew ng kontrata

- Ang pagsaklaw sa ilalim ng Blue Shield TotalDual Plan ay kuwalipikadong saklaw sa kalusugan na tinatawag na “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.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro

Panimula

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

Talaan ng mga Nilalaman

A. Welcome sa aming plan 7

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal 7

B1. Medicare 7

B2. Medi-Cal 7

C. Mga kalamangan ng aming plan 8

D. Ang mga lugar na pinagseserbisyuhan ng aming plan 9

E. Paano ka magiging karapat-dapat upang maging miyembro ng plan 9

F. Ano ang dapat asahan sa una mong pagsali sa aming planong pangkalusugan 10

G. Ang iyong pangkat ng pangangalaga at plano ng pangangalaga 11

G1. Pangkat ng pangangalaga 11

G2. Plano ng pangangalaga 12

H. Buwanang premium ng plan 12

H1. Premium ng plan 12

I. Ang Iyong *Handbook ng Miyembro* 12

J. Iba pang impormasyon na makukuha mo sa amin 13

J1. Ang Iyong ID Card ng Plano 13

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya* 14

J3. *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* 15

J4. Ang *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* 16

K. Pananatiling up-to-date ng iyong rekord ng pagiging miyembro 16

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

A. Welcome sa aming plan

Nagbibigay ang aming plan ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa mga indibidwal na karapat-dapat para sa parehong programa. Kasama sa aming plan ang 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 coordinator at pangkat ng pangangalaga para tulungan kang pamahalaan ang iyong provider at serbisyo. Magkakasama silang nagtutulungan para magbigay ng pangangalagang kailangan mo.

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 taong may end-stage renal disease (pagpalya ng bato).

B2. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ay ang pangalan ng programa ng Medi-Cal sa California (Medicaid). 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 Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (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 kwalipikado,
- 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 estado ng California ang aming plan. Maaari kang makakuha ng mga serbisyo ng 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 apektado.

C. Mga kalamangan ng aming plan

Makukuha mo na ngayon ang lahat ng iyong saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal mula sa aming plan, kasama ang mga inireresetang gamot. **Hindi ka magbabayad ng ekstra sa pagsali sa planong pangkalusugan na ito**

Tumutulong kami na gawing magkasamang gumagana nang mas mahusay ang iyong mga benepisyo mula sa Medicare at Medi-Cal at gumana nang mas mahusay para sa iyo. Kasama sa ilang pakinabang ang:

- Maaari kang makipagtulungan sa amin para sa **lahat** ng iyong mga pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan.
- Mayroon kang isang pangkat ng pangangalaga na tutulong ka 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.
- Mayroon kang access sa isang care coordinator. Ito ay isang taong makikipagtulungan sa iyo, sa aming plan, at sa iyong pangkat ng pangangalaga para tumulong sa paggawa ng isang plano ng pangangalaga.
- Magagawa mong pamahalaan ang pangangalaga sa iyong sarili sa tulong ng iyong pangkat ng pangangalaga at ng care coordinator.
- Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat ng pangangalaga at care coordinator na gumawa ng isang plano ng pangangalaga na dinisenyo upang matugunan ang **iyong** mga pangangailangan sa kalusugan. Tumutulong ang pangkat ng pangangalaga sa pamamahala ng mga kailangan mong serbisyo. Halimbawa, ibig sabihin nito na sisiguraduhin ng iyong pangkat ng pangangalaga na:
    - Titiyakin ng iyong mga doktor 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 ang anumang masamang epekto na maaaring magkaroon ka mula sa mga gamot.

- Ibinabahagi ang iyong mga resulta ng pagsusuri sa lahat ng iyong mga doktor at iba pang provider, kung naaangkop.

Mga bagong miyembro sa Blue Shield TotalDual Plan: Karaniwan, itatala ka sa Blue Shield TotalDual Plan para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa unang araw buwan pagkatapos mong hilingin na maitala sa Blue Shield TotalDual Plan. Maaari mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa iyong dating planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos niyon, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield Promise Health Plan. Walang magiging puwang sa iyong saklaw sa Medi-Cal. Mangyaring tumawag sa amin sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw kada linggo kung mayroon kang anumang tanong.

D. Ang mga lugar na pinagseserbisyuhan ng aming plan

Kasama sa aming lugar na pinagseserbisyuhan ang mga county na ito sa California: Mga County ng Los Angeles at San Diego.

Tanging ang mga taong nakatira sa aming lugar na pinagseserbisyuhan ang maaaring sumali sa aming plan.

Hindi ka maaaring manatili sa aming plan kung lilipat ka sa labas ng aming lugar na pinagseserbisyuhan. Sumangguni sa **Kabanata 8** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga epekto ng pag-alis sa aming lugar na pinagseserbisyuhan.

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

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

- Nakatira sa aming lugar na pinagseserbisyuhan (hindi itinuturing na nakatira sa heograpikong lugar na pinagseserbisyuhan ang mga nakakulong na indibidwal kahit pisikal silang matatagpuan dito.), **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.

Tumawag sa Customer Care para sa karagdagang impormasyon.

Pakitandaan: kung mawala ang iyong pagiging karapat-dapat ngunit makatuwirang maaasahang muling maibalik ang pagiging karapat-dapat sa loob ng 6 na buwan, karapat-dapat ka pa rin para sa pagiging miyembro sa aming plan (sinasabi sa iyo ng Kabanata 4, Seksyon A ang tungkol sa saklaw at hatian ng gastos sa panahong ito, na tinatawag na itinuturing na nagpapatuloy na pagiging karapat-dapat).

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

Sa una mong pagsali sa aming plan, makakatanggap ka ng pagsusuri ng panganib sa kalusugan (HRA) sa loob ng 90 araw bago o pagkatapos ng petsa na nagkabisa ang iyong pagpapatala.

Dapat naming tapusin ang isang HRA para sa iyo. Ang HRA na ito ay ang batayan sa pagbuo ng iyong plano ng pangangalaga. Kasama sa HRA ang mga tanong upang tukuyin ang iyong mga pangangailangang medikal, LTSS, at kalusugan ng pag-uugali at kakayahang kumilos.

Nakikipag-ugnayan kami sa iyo para kumpletuhin ang HRA. Makukumpleto namin ang HRA sa pamamagitan ng isang personal na pagbisita, pagtawag sa telepono, o pagsulat.

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

Kung bago para sa iyo ang aming plan, maaari kang patuloy na magpatingin sa mga doktor na ginagamit mo ngayon sa loob ng partikular na tagal ng panahon, kung wala sila sa aming network. Tinatawag namin itong pagpapatuloy ng pangangalaga. Kung wala sila sa aming network, mapananatili mo ang iyong mga kasalukuyang provider at mga pahintulot sa serbisyo sa oras na magpatala ka hanggang sa 12 buwan kung natutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong provider ay hinihingi sa amin na hayaan kang magpatuloy na gamitin ang iyong kasalukuyang provider.
- Pinapatunayan 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 aming plan.
    - Inaalam namin ang isang umiiral na kaugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri ng available na impormasyon ng iyong kalusugan o impormasyong ibinibigay mo sa amin.

- Mayroon kaming 30 araw para sumagot sa iyong kahilingan. Maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng isang mas mabilis na desisyon, at dapat kaming sumagot 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: Magagawa mo lamang ang kahilingang ito para sa mga serbisyo ng Matibay na Kagamitang Medikal (DME), transportasyon, o iba pang pantulong na serbisyong hindi kasama sa aming plan. Ikaw ay **hindi** makagagawa ng kahilingang ito para sa mga provider ng DME, transportasyon o iba pang provider ng pantulong na serbisyo.

Pagkatapos magwakas ang panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga, kakailanganin mong gamitin ang mga doktor at iba pang provider sa network ng Blue Shield TotalDual 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. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga.

G. Ang iyong pangkat ng pangangalaga at plano ng pangangalaga

G1. Pangkat ng pangangalaga

Makakatulong sa iyo ang isang pangkat ng pangangalaga na patuloy na makuha ang kailangan mong pangangalaga. Maaaring kabilang sa isang pangkat ng pangangalaga ang iyong doktor, isang care coordinator, o iba pang taong nauugnay sa kalusugan na iyong pipiliin.

Ang care coordinator ay isang taong sinanay upang tulungan kang pamahalaan ang pangangalagang iyong kailangan. Makakakuha ka ng care coordinator kapag nagpatala ka sa aming plan. Isinasangguni ka rin ng taong ito sa iba pang mapagkukunan sa komunidad na maaaring hindi ibigay ng aming plan at makikipagtulungan sa iyong pangkat ng pangangalaga upang tumulong na ikoordina ang iyong pangangalaga. Tumawag sa amin sa mga numerong nasa ilalim ng pahinang ito para sa karagdagang impormasyon tungkol sa iyong care coordinator at pangkat ng pangangalaga.

G2. Plano ng pangangalaga

Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat ng pangangalaga para gumawa 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 kukuhanin ang mga ito. Kabilang dito ang iyong mga medikal na pangangailangan, kinakailangan para sa kalusugan ng pag-uugali at kinakailangang LTSS.

Kasama sa iyong plano ng pangangalaga ang:

- Mga layunin mo sa pangangalaga sa kalusugan.
- Isang timeline para sa pagkuha ng mga serbisyong iyong kailangan.

Makikipagkita sa iyo ang iyong pangkat ng pangangalaga pagkatapos ng iyong pagsusuri ng panganib sa kalusugan. Makikipag-usap sila sa iyo tungkol sa mga serbisyong iyong kailangan. Sasabihin rin nila sa iyo ang tungkol sa mga serbisyong maaaring gusto mong pag-isipang kuhanin. Nakabatay ang iyong plano ng pangangalaga sa iyong mga pangangailangan. 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

H1. Premium ng plan

Bilang miyembro ng iyong plano, magbabayad ka ng buwanang premium ng plan. Para sa 2023, ang buwanang premium ng Part D para sa Blue Shield TotalDual Plan ay $33.20. Gayunman, magbabayad ka ng **$0** kada buwan hangga't mayroon kang Tulong na Salapi para sa Mababang Kita ng Part D, tinatawag ding “Ekstrang Tulong”, at buong saklaw ng Medi-Cal.

I. Ang **Iyong *Handbook ng Miyembro***

Ang iyong *Handbook ng Miyembro* ay bahagi ng kontrata namin sa iyo. Ibig sabihin nito na dapat naming sundin ang lahat ng patakaran sa dokumentong ito. Kung sa palagay mo ay may ginawa kaming isang bagay na labag sa mga patakarang ito, maaari kang umapela sa aming desisyon. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro* o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Makakahingi ka ng *Handbook ng Miyembro* sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care sa mga numerong nasa ilalim ng pahina. Maaari ka ring sumangguni sa *Handbook ng Miyembro* sa aming website sa web address na nasa ilalimng pahina o i-download ito.

May bisa ang kontrata sa mga buwan na nakatala ka sa aming plan sa pagitan ng Enero 1, 2023 at Disyembre 31, 2023.

J. Iba pang impormasyon na makukuha mo sa amin

Kasama sa ibang mahahalagang impormasyon na ibinibigay namin sa iyo ang iyong ID Card ng Miyembro, impormasyon kung paano i-access ang Direktoryo ng Provider at Parmasya, at impormasyon kung paano i-access ang *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*.

J1. Ang Iyong ID Card ng Plano

Sa ilalim ng aming plan, mayroon kang isang card para sa iyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal na saklaw ng aming plan, kasama ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta, ilang serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga inireresetang gamot. Ipapakita mo ang card na ito kapag kumukuha ka ng anumang serbisyo o inireresetang gamot ng Part D. Narito ang isang halimbawa ng ID Card ng Miyembro:

Kapag nasira, nawala, o ninakaw ang iyong ID Card ng Miyembro, tumawag kaagad sa Customer Care sa numerong nasa ilalim ng pahina. Padadalhan ka namin ng bagong card.

Hangga't miyembro ka ng aming plan, hindi mo kailangang gamitin ang iyong pula, puti at asul na card ng Medicare. Itago ang card na ito sa isang ligtas na lugar, kung sakaling kailanganin mo ang mga ito sa ibang pagkakataon. Kung ipapakita mo ang iyong card sa Medicare sa halip na iyong ID Card ng Miyembro, maaaring singilin ng provider ang Medicare sa halip na aming plan, at maaari kang makatanggap ng bayarin. Sumangguni sa **Kabanata 7** ng iyong *Handbook ng Miyembro* upang malaman kung ano ang dapat gawin kung makatanggap ka ng bayarin mula sa isang provider.

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

- Mga inireresetang gamot na saklaw lang ng Medi-Cal RX
- Mga serbisyo sa ngipin na saklaw lang ng Programang Medi-Cal Dental
- Mga Serbisyong Pansuporta sa Tahanan (IHSS)
- *Programa ng Maraming Gamit na Serbisyo para sa Nasa Hustong Gulang (MSSP)*

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya*

Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang mga provider at parmasya na nasa network ng aming plan. Habang miyembro ka ng aming plan, dapat mong gamitin ang mga provider na nasa network upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo.

Maaari kang humingi ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care sa mga numerong nasa ibaba ng pahina. Maaari ka ring sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* sa web address na nasa ilalim ng pahina.

Nakalista sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang mga propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan (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 tingnan bilang Miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan Blue o Blue Shield Promise Medi-Cal 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
- Paano humanap ng mga doktor, espesyalista, parmasya, o pasilidad sa iyong lugar at/o grupong medikal/IPA, at
- Paano makakakuha ng Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (LTSS), Mga Serbisyong Pansuporta sa Tahanan (IHSS) o Programa ng Maraming Gamit na Serbisyo para sa Nasa Hustong Gulang (MSSP), at
- Impormasyon tungkol sa kung paano maa-access ang mga parmasya na mail service order, pag-iniksyon sa bahay o pangmatagalang pangangalaga.

Kahulugan ng mga provider sa network

- Kasama sa aming mga provider sa network:
  - Mga doktor, nurse, at ibang mga propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na maaari mong gamitin 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 nakukuha mo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

Sumasang-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 na sumasang-ayon na magbigay ng mga inireresetang gamot para sa mga miyembro ng aming plan. Gamitin ang *Provider at Pharmacy Directory* 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 mga numerong nasa ilalim ng pahina para sa karagdagang impormasyon. Makapagbibigay sa iyo ang parehong Customer Care at aming website 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 sinasaklaw ng aming 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. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon.

Bawat taon, pinadadalhan ka namin ng impormasyon tungkol sa kung paano ma-access ang Listahan ng Gamot, nguni't maaaring mangyari ang ilang pagbabago sa buong taon. Para

makuha ang pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang saklaw, tumawag sa Customer Care o bumisita sa aming website (sumangguni sa impormasyon na nasa ilalim ng pahina).

J4. Ang *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo*

Kapag ginagamit mo ang iyong mga benepisyo sa inireresetang gamot ng Part D, pinadadalhan ka namin ng isang buod para tulungan kang maunawaan at masubaybayan ang mga pagbabayad para sa iyong mga inireresetang gamot sa Part D. Tinatawag ang buod na ito na *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* (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 Part D na mga resetang gamot sa buwang iyon. 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. Nagbibigay ang **Kabanata 6** ng iyong *Handbook ng Miyembro* ng impormasyon tungkol sa EOB at kung paano ito tumutulong sa iyo na subaybayan ang iyong saklaw sa gamot.

Maaari ka ring humiling ng isang EOB. Upang kumuha ng kopya, tumawag sa Customer Care sa mga numerong nasa ilalim ng pahina.

K. Pananatiling up-to-date ng iyong rekord ng pagiging miyembro

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

Kailangan namin ang impormasyong ito upang matiyak na mayroon kami ng iyong tamang impormasyon sa aming mga rekord. Kailangan din ng aming mga provider at parmasya na nasa network ang tamang impormasyon tungkol sa iyo. **Ginagamit nila ang iyong rekord ng pagiging miyembro para malaman kung ano-anong serbisyo at gamot ang kinukuha mo at kung magkano ang magagastos mo sa mga ito.**

Sabihin kaagad sa amin ang tungkol sa sumusunod:

- Mga pagbabago sa iyong pangalan, address, o numero ng iyong telepono.
- Mga pagbabago sa anumang ibang pagsaklaw ng insurance sa kalusugan, tulad ng mula sa iyong employer, employer ng iyong asawa, o employer ng iyong kinakasama, 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 mula sa isang ospital o emergency room.
- Mga pagbabago sa iyong tagapag-alaga (o sinumang responsable para sa iyo)
- Sumasali ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral. (**Tandaan:** Hindi mo kinakailangang sabihin sa amin ang tungkol sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na kasali ka o naging bahagi, ngunit hinihikayat ka naming gawin ito.)

Kung magbago ang anumang impormasyon, tumawag sa Customer Care.

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

Maaaring kasama sa impormasyon sa iyong rekord ng pagiging miyembro ang protektadong impormasyon ng kalusugan (PHI). Iniuutos ng batas ng pederal at estado na panatilihin naming pribado ang iyong PHI. Pinoprotektahan namin ang iyong PHI. Para sa higit pang mga detalye tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI, sumangguni sa **Kabanata 8** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

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 aming plan at ang iyong mga benepisyo sa pangangalaga ng kalusugan. Maaari mo ring gamitin ang kabanatang ito para makakuha ng impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa iyong care coordinator 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 iyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Customer Care 19

B. Ang Iyong Care Coordinator 22

C. Nurse Advice Call Line 24

D. Behavioral Health Crisis Line 25

E. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 25

F. Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (QIO): 26

G. Medicare 27

H. Medi-Cal 28

I. Ang Opisina ng Ombudsman 29

J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County 30

K. County Specialty Mental Health Plan 31

L. California Department of Managed Health Care 32

M. Iba pang mapagkukunan 33

A. Customer Care

TUMAWAG SA	1-800-452-4413 Libre ang tawag na ito. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., 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. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw kada linggo.
SUMULAT	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
WEBSITE	blueshieldca.com/medicare

Makipag-ugnayan sa Customer Care para humingi ng tulong sa:

- Mga tanong tungkol sa plan
- Mga tanong tungkol sa mga claim o bayarin
- 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 binabayaran namin para sa iyong mga serbisyong pangkalusugan.
  - Tawagan kami kung mayroon kang mga tanong tungkol sa desisyon sa saklaw tungkol sa pangangalaga ng iyong kalusugan.
  - Upang malaman pa ang tungkol sa mga desisyon sa saklaw, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

- 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 o hindi ka sumasang-ayon sa desisyon.
  - Upang malaman pa ang tungkol sa pag-aapela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- 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 aming plan. Maaari ka ring magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga na natanggap mo sa amin o sa Quality Improvement Organization (sumangguni sa **Seksyon F** *sa ibaba)*.
  - Maaari mo rin kaming tawagan at ipaliwanag ang iyong reklamo sa 1-800-452-4413.
  - Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa saklaw sa pangangalaga ng iyong kalusugan, maaari kang maghain ng apela (sumangguni sa seksyon sa itaas).
  - Maaari kang magpadala ng reklamo tungkol sa aming plan sa Medicare. Magagamit mo ang isang online form sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.
  - Maaari kang magreklamo tungkol sa aming plan sa Ombuds Program sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-804-3536.
  - Para malaman pa ang tungkol sa pagrereklamo tungkol sa iyong pangangalaga ng kalusugan, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- Mga desisyon sa saklaw tungkol sa iyong mga saklaw na gamot ng Medicare
  - Ang desisyon sa saklaw tungkol sa iyong mga gamot ng Medicare ay isang desisyon tungkol sa:
    - iyong mga benepisyo at saklaw na mga gamot ng Medicare **o**
    - ang halaga na binabayaran namin para sa iyong mga gamot ng Medicare.

- Maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx ang mga gamot na hindi saklaw ng Medicare, gaya ng mga gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang bitamina. Mangyaring bumisita sa website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang impormasyon. Maaari ka ring tumawag Sentro ng Serbisyo sa Customer ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273.
- Para sa higit pa tungkol sa mga desisyon sa saklaw tungkol sa iyong mga inireresetang gamot ng Medicare, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

- Mga apela tungkol sa iyong mga gamot ng Medicare
  - Ang apela ay isang paraan para hilingin sa amin na palitan ang isang desisyon sa saklaw.
  - Para sa higit pa tungkol sa pag-aapela tungkol sa iyong mga inireresetang gamot ng Medicare, sumangguni sa **Kabanata 9** *ng iyong Handbook ng Miyembro*.
- Mga reklamo tungkol sa iyong mga gamot ng Medicare
  - Maaari mo kaming ireklamo o ang alinmang parmasya. Kasama rito ang isang reklamo tungkol sa iyong mga inireresetang gamot ng Medicare.
  - Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa saklaw sa iyong mga inireresetang gamot ng Medicare, maaari kang mag-apela. (Sumangguni sa seksyon na nasa itaas.)
  - Maaari kang magpadala ng reklamo tungkol sa aming plan sa Medicare. Magagamit mo ang isang online form sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.
  - Para sa higit pa tungkol sa pagrereklamo tungkol sa iyong mga inireresetang gamot ng Medicare, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- Pagbabayad para sa pangangalaga ng kalusugan o mga gamot ng Medicare na binayaran mo na
  - Para malaman pa kung paano hingin sa amin na bayaran ka, o upang bayaran ang bayaring natanggap mo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
  - 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. Sumangguni sa **Kabanata 9** *ng iyong Handbook ng Miyembro.*

B. Ang Iyong Care Coordinator

Ang Care Coordinator ay isang taong espesyal na sinanay para tulungan ka sa pangangasiwa ng proseso ng pangangalaga. Ang iyong Care Coordinator ay magiging bahagi ng iyong Pangkat ng Pangangalaga, at magsisilbi siya bilang isang pangunahing kontak para sa iyo. Matapos magpatala, tatawagan ka ng isang Care Coordinator upang tapusin ang iyong Pagsusuri ng Panganib sa Kalusugan at Indibidwal na Plano ng Pangangalaga. Ito ang mga tool na gagamitin ng iyong Care Coordinator upang tumulong na matukoy at gawing personal ang iyong mga pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan upang umangkop sa iyo. Makakaugnayan mo ang iyong Care Coordinator sa pamamagitan ng pagtawag sa numerong nasa ibaba.

TUMAWAG SA	1-888-548-5765 Libre ang tawag na ito. 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes 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. hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes
SUMULAT	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

Makipag-ugnayan sa iyong care coordinator para humingi ng tulong sa:

- 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 (LTSS)

Kasama sa LTSS ang Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS) at Mga Nursing Facility (NF).

Tinutukoy ng Pangmatagalang mga Serbisyo at Suporta (LTSS) ang malawak na hanay ng mga serbisyo na sumusuporta sa mga matatanda na kailangan ang tulong upang mamuhay nang nagsasarili 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 iyong Care Coordinator para sa isang referral.

Kasama sa LTSS ang Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS), Mga Serbisyong Pansuporta sa Tahanan (IHSS), Programa ng Maraming Gamit na Serbisyo para sa Nasa Hustong Gulang (MSSP), at Pangmatagalang Pangangalaga/Personal na Pangangalaga.

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),
- May kakayahang pangangalaga,
- Physical therapy,
- Occupational therapy,
- Speech therapy,
- Medikal na mga serbisyong panlipunan, **at**
- Pangangalaga ng kalusugan sa tahanan.

Depende sa county kung saan ka nakatira at sa iyong kuwalipikasyon, maaari ka ring makatanggap ng karagdagang mga Suporta sa Komunidad sa pamamagitan ng iyong Blue Shield Promise Medi-Cal Plan. Maaari kang isangguni ng iyong provider kung sa palagay niya ay kuwalipikado ka para sa mga Suporta sa Komunidad o maaari kang makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong Care Coordinator upang malaman ang higit pa. Maaari mong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga pag-angkop sa pagiging naa-access ng kapaligiran (mga pagbabago sa bahay),
- Mga serbisyo sa pag-navigate sa paglipat ng pabahay,
- Mga deposito sa pabahay,
- Pangungupahan sa pabahay at pagpapanatili ng mga serbisyo,

- Mga pansuportang pagkain o mga pagkaing angkop na medikal,
- Personal na pangangalaga at mga serbisyo ng tagapangalaga ng tahanan,
- Pangangalaga sa pagpapagaling (medikal na pagpapahinga),
- Pagpapahinga para sa mga tagapag-alaga
- Panandaliang pabahay pagkatapos ng pagpapaospital, o
- Mga sentro ng pagpapahinahon.

C. Nurse Advice Call Line

Nag-aalok ang Linya sa Payo ng Nars ng Blue Shield of California ng suporta na may mga rehistradong nurse na handang sumagot sa mga tanong 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. 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. Maaari kang tumawag sa Nurse Advice Call Line para sa mga tanong tungkol sa iyong kalusugan o pangangalaga ng kalusugan.

TUMAWAG SA	(877) 304-0504 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.

D. Behavioral Health Crisis Line

TUMAWAG SA	Los Angeles Access at Crisis Line 1-800-854-7771 *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. San Diego Access at Crisis Line 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 sa isang araw, pitong araw sa isang linggo

Tumawag sa Behavioral Health Crisis Line para sa tulong sa:

- Mga tanong tungkol sa kalusugan ng pag-uugali at mga serbisyo sa pag-abuso ng substansya
- Kapag may mga tanong ka tungkol sa mga serbisyo sa kalusugan ng isipan at karamdaman sa paggamit ng substansya, tumawag sa Blue Shield of California Promise Health Plan Behavioral Health Services sa (855) 765-9701.

Para sa mga tanong tungkol sa mga serbisyo ng espesyalista sa kalusugan ng isipan sa iyong county, sumangguni sa **Seksyon K**.

E. 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.

TUMAWAG SA	(800) 434-0222 9 a.m. hanggang 4 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
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	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834-1992
WEBSITE	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Makipag-ugnayan sa HICAP para sa tulong sa:

- Mga tanong tungkol sa aming plan o 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. Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (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.

TUMAWAG SA	1-877-588-1123 8 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes; 11 a.m. hanggang 3 p.m., Sabado at Linggo; at 7 a.m. hanggang 3:30 p.m. tuwing holiday.
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.
WEBSITE	https://livantaqio.com/en/states/california

Makipag-ugnayan sa Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO) para sa tulong sa:

- Mga tanong tungkol sa iyong mga karapatan sa pangangalaga ng 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. Medicare

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

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

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	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, home health agency, pasilidad para sa dialysis, pasilidad na pangrehabilitasyon para sa inpatient, at hospisyo. Kasama rito ang mga kapaki-pakinabang na website at mga numero ng telepono. Mayroon din itong mga dokumento na maaari mong i-print mula mismo sa iyong computer. 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 at susuriin ang impormasyon kasama ka.

H. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ay ang programa ng Medicaid sa California. Isa itong pampublikong programa ng insurance sa kalusugan na nagbibigay ng mga kinakailangang serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan para sa mga indibidwal na mababa ang kita, kasama ang mga pamilya na may mga anak, matatanda, mga taong may mga kapansanan, pangangalaga sa ampunan, mga buntis, at mga indibidwal na may partikular na sakit gaya ng tuberkulosis, kanser sa suso, o HIV/AIDS. Tinutustusan ang Medi-Cal ng estado at pederal na gobyerno.

TUMAWAG SA	(800) 541-5555 Available 8:00 am hanggang 5:00 pm, Lunes hanggang Biyernes.
TTY	(800) 735-2922 Nangangailangan ng espesyal na kagamitan ng telepono ang numerong ito at para lang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.
SUMULAT	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
WEBSITE	www.dhcs.ca.gov

I. Ang Opisina ng Ombudsman

Nagtatrabaho ang Opisina ng Ombudsman bilang tagatapagtanggol sa ngalan mo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo at maaari kang tulungan sa pag-unawa sa kung ano ang dapat gawin. Matutulungan ka rin ng Opisina ng Ombudsman sa mga problema sa serbisyo o bayarin. Hindi awtomatikong papanig ang Opisina ng Ombudsman sa isang reklamo. Isasaalang-alang nila ang lahat ng panig sa isang walang pinapanigan at may layuning paraan. Trabaho nila na tumulong na bumuo ng mga patas na solusyon sa mga problema sa pag-access ng pangangalaga ng kalusugan. Libre ang kanilang mga serbisyo.

TUMAWAG SA	1-888-452-8609 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m.
TTY	711 Libre ang tawag na ito.
SUMULAT	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413

EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
WEBSITE	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County

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

TUMAWAG SA	1-866-613-3777 Libre ang tawag na ito. Ang Departamento ng Pampublikong Mga Serbisyong Panlipunan ng Los Angeles County ay may isang Customer Service Center (CSC) na naglilingkod sa 33 Opisina ng Distrito. Ang mga oras ng trabaho ay Lunes hanggang Biyernes, maliban sa mga pista opisyal, mula 7:30 a.m. hanggang 5:30 p.m.
TTY	1-877-735-2929 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	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
WEBSITE	https://dpss.lacounty.gov
TUMAWAG SA	1-866-262-9881 Libre ang tawag na ito. County ng San Diego 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 kada araw, 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	County ng San Diego Health and Human Services Agency PO Box 85027 San Diego, CA 92186
WEBSITE	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

K. County Specialty Mental Health Plan

Ang mga serbisyo sa kalusugan ng isipan na kailangan ng espesyalidad ng Medi-Cal ay makukuha mo sa pamamagitan ng plano ng kalusugan ng isipan (MHP) ng county kung natutugunan mo ang mga pamantayan sa medikal na pangangailangan.

TUMAWAG SA	Los Angeles County 1-800-854-7771 Libre ang tawag na ito. 24 na oras kada araw, pitong araw kada 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. San Diego County 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.

Makipag-ugnayan sa espesyalidad na planong pangkalusugan sa pag-iisip para sa tulong 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
    - Paggamot para sa krisis sa tahanan

L. 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 tungkol sa iyong mga serbisyo ng Medi-Cal.

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.
TDD	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

Nag-aalok ang Programa ng Ombudsman na Alyansa ng mga Konsyumer ng Kalusugan (HCA) ng LIBRENG tulong sa mga taong nagsisikap na makakuha o magpanatili ng saklaw sa kalusugan at malutas ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan.

Kung may mga problema ka sa:

- Medi-Cal
- Medicare
- Iyong planong pangkalusugan
- Pag-access sa mga serbisyong medikal
- Pag-apela sa mga tinanggihang serbisyo, gamot, matibay na kagamitang medikal (DME), mga serbisyo sa kalusugan ng isipan, atbp.
- Medikal na bayarin
- IHSS (Mga Serbisyong Pansuporta sa Tahanan)

Tumutulong ang Alyansa ng mga Konsyumer ng Kalusugan sa mga reklamo, apela, at pagdinig. Ang numero ng telepono ng Alyansa ng mga Konsyumer ng Kalusugan ay 1-888-804-3536.

Paano makikipag-ugnayan sa Area Agency on Aging ng County ng Los Angeles at County ng San Diego

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	**Los Angeles** 1-888-202-4248 Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. **San Diego** 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	**Los Angeles County** Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6th St. Los Angeles, CA 90020 **San Diego County** **County of San Diego** Health and Human Services Agency 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
WEBSITE	**Los Angeles County** https://css.lacounty.gov/ **San Diego County** https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais/

Paano makikipag-ugnayan sa mga Sentrong Panrehiyon ng County ng Los Angeles at County ng San Diego

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. Mayroong 21 panrehiyong sentro ang California at may higit sa 40 opisina na matatagpuan sa buong estado na naglilingkod sa mga taong may kapansanan sa pag-unlad at kanilang mga pamilya. Para lumapit sa Direktoryo ng mga Panrehiyong Sentro, pumunta sa website na nakalista sa ibaba.

TUMAWAG SA	**Los Angeles County** 1-916-654-1690 Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. **San Diego County** 1-858-576-2996 Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
TTY	**Los Angeles County** 1-916-654-2054 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	**Los Angeles County** P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020 **San Diego County** San Diego Regional Center 4355 Ruffin Rd, Suite 200 San Diego, CA 92123
WEBSITE	www.dds.ca.gov

Paano makikipag-ugnayan sa Neighborhood Legal Services of Los Angeles County

Ang Neighborhood Legal Services of Los Angeles County (NLSLA), ay nagbibigay ng libreng legal na serbisyo sa mga nangangailangan. Matutulungan ng NLSLA ang mga taong may iba't ibang legal na problema kabilang ang pabahay, batas sa pamilya, seguridad ng kabuhayan, karapatan sa hustisya, insurance sa kalusugan at marami pa.

TUMAWAG SA	1-800-433-6251 Lunes, Miyerkules at Biyernes, 9:00 a.m. hanggang 1:00 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	Neighborhood Legal Services of Los Angeles County 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
WEBSITE	**www.nlsla.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 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 larangan ng batas sa pabahay (hal., pagtatanggol sa pagpapaalis, pagiging matitirahan, mga paglabag sa patas na pabahay, atbp.), batas tungkol 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 ng saklaw ng aming plan para sa iyong pangangalaga ng kalusugan at iba pang saklaw na serbisyo

Panimula

Ang kabanatang ito ay may mga partikular na termino at patakaran na kailangan mong malaman upang makakuha ng pangangalaga ng kalusugan at iba pang saklaw na serbisyo sa aming plan. Sinasabi rin nito ang tungkol sa iyong care coordinator, paano kumuha ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng mga 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 kung siningil ka nang direkta para sa mga serbisyong sinasaklaw namin, 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 iyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider 40

B. Mga patakaran sa pagkuha ng mga serbisyong sinasaklaw ng aming plan 40

C. Ang iyong care coordinator 43

C1. Ano ang isang care coordinator 43

C2. Paano ka makikipag-ugnayan sa iyong care coordinator 43

C3. Paano mo mapapalitan ang iyong care coordinator 43

D. Pangangalaga mula sa mga provider 43

D1. Pangangalaga mula sa isang doktor ng pangunahing pangangalaga 43

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang mga network provider 47

D3. Kapag umalis sa aming plano ang provider 47

D4. Mga provider na wala sa network 48

E. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isipan at karamdaman sa paggamit ng substansya) 49

E1. Mga serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng pag-uugali na ibinibigay sa labas ng aming plan....49

F. Mga serbisyong pangtransportasyon....52

F1. Medikal na transportasyon ng mga sitwasyon na hindi pang-emergency....52

F2. Hindi medikal na transportasyon....53

G. Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag agarang kinakailangan, o sa panahon ng isang sakuna....55

G1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency....55

G2. Agarang kinakailangan na pangangalaga....57

G3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna....58

H. Ano ang gagawin kung direkta kang siningil para sa mga serbisyo na sinasaklaw ng aming plan....59

H1. Ano ang gagawin kung hindi sinasaklaw ng aming plan ang mga serbisyo....59

I. Mga serbisyo ng pagsaklaw sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral....60

I1. Kahulugan ng pag-aaral na pananaliksik sa klinika....60

I2. Ang bayad para sa mga serbisyo kapag ikaw ay nasa klinikal na pag-aaral ng pananaliksik....61

I3. Marami pa tungkol sa klinikal na pananaliksik na mga pag-aaral....61

J. Paano sinasaklaw ang mga serbisyo sa iyong pangangalaga ng kalusugan sa panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga ng kalusugan....61

J1. Kahulugan ng panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga ng kalusugan....61

J2. Pangangalaga mula sa panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga ng kalusugan....62

K. Matibay na kagamitang medikal (DME)....62

K1. DME bilang miyembro ng aming plan....62

K2. Pagmamay-ari ng DME kapag lumipat ka sa Original Medicare....63

K3. Mga benepisyo ng kagamitan para sa oxygen bilang miyembro ng aming plan 63

K4. Kagamitan para sa oxygen kapag lumipat ka sa Original Medicare.....64

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider

Ang **mga serbisyo** ay pangangalaga ng kalusugan (gaya ng mga pagbisita sa doktor at medikal na paggamot), mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS), mga supply, serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali (kasama ang kalusugan ng isipan at wellness), inireresetang gamot at mga gamot na nabibili nang walang reseta, kagamitan at iba pang serbisyo. **Ang mga saklaw na serbisyo** ay alinman sa mga serbisyo na ito na binabayaran ng aming plano. Ang saklaw na pangangalaga ng kalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) ay nasa **Kabanata 4** *ng iyong Handbook ng Miyembro. Ang mga saklaw na inireresetang gamot at mga gamot na nabibili nang walang reseta ay nasa* ***Kabanata 5*** *ng iyong Handbook ng Miyembro.*

Ang **mga provider** ay mga doktor, nars, at iba pang tao na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa mga provider ang mga ospital, home health agency, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, kagamitang medikal, at ilang pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS).

Ang **mga provider na nasa network** ay mga provider na nakikipagtulungan sa aming plan. 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 gumamit ka ng isang provider na nasa network, karaniwang *wala* kang babayaran para sa mga saklaw na serbisyo.

B. Mga patakaran sa pagkuha ng mga serbisyong sinasaklaw ng aming plan

Sinasaklaw ng aming plan ang mga serbisyo ng Medicare at sinasaklaw o ikinokoordina ang lahat ng serbisyo ng Medi-Cal. Kabilang dito ang kalusugan ng pag-uugali at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS).

Ikokoordina ng aming plan ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at LTSS na matatanggap mo kapag sinusunod mo ang aming mga patakaran. Sasaklawin ng aming plan:

- Ang makukuha mo na pangangalaga ay dapat na nasa **plan benefit.** Ibig sabihin nito na isinasama namin ito sa aming Tsart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng mga Miyembro*.
- Ang pangangalaga ay dapat maging **kinakailangan dala ng medikal na dahilan.** Sa kinakailangan dala ng medikal na dahilan, aming ibig sabihin na mahahalagang serbisyo na makatwiran at nangangalga sa buhay. Kailangan ang pangangalaga na kinakailangan dala ng medikal na dahilan upang panatilihin ang mga indibidwal na hindi magkasakit nang malubha o maging may kapansanan at binabawasan ang matinding pananakit sa pamamagitan ng paggamot sa sakit, karamdaman, o pinsala.
- Para sa mga serbisyong medikal, dapat kang mayroong **provider ng pangunahing pangangalaga (PCP)** na nasa network na nagtatagubilin ng pangangalaga o nagsasabi sa iyo na gumamit ng isa pang provider**.** 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 gumamit ng isang provider na hindi mo PCP o gumamit ng ibang provider na nasa network ng aming plan. Tinatawag ito na **referral**. Kung hindi ka makakuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo. Hindi mo kailangan ng referral para magpatingin sa ilang partikular na espesyalista, tulad ng mga espesyalista sa kalusugan ng mga kababaihan.
    - 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 inire-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 binuo upang magbigay ng pinagtutulungang mga serbisyo sa pangangalaga ng 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 gamitin ang isang provider para sa kalusugan ng kababaihan. Maaari kang makakuha ng iba pang uri ng pangangalaga nang walang referral mula sa iyong PCP (para sa karagdagang impormasyon tungkol dito, sumangguni sa seksyon D1 sa kabanatang ito).
- **Dapat mong kunin ang iyong pangangalaga mula sa mga provider sa network na kaanib sa grupong medikal ng iyong PCP**. Karaniwan, hindi namin sasaklawin ang pangangalaga mula sa isang provider na hindi nakikipagtulungan sa aming planong pangkalusugan at sa grupong medikal ng iyong PCP. Ibig sabihin nito na kakailanganin mong bayaran ang provider nang buo para sa mga serbisyong ibinigay ng mga provider na wala sa network. Narito ang ilang kaso kapag hindi naaangkop ang patakaran na ito:

- Sinasaklaw namin ang pangangalagang pang-emergency o agarang kinakailangan mula sa isang provider na wala sa network (para sa karagdagang impormasyon tungkol dito, sumangguni sa seksyon H sa kabanata.
- Kung kailangan mo ng pangangalaga na sinasaklaw ng aming plan at hindi ito maibibigay sa iyo ng aming mga provider na nasa network, maaari kang kumuha ng pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network. 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 na nasa network.
- Sinasaklaw namin ang mga serbisyong dialysis ng kidney kapag nasa labas ka ng lugar na pinagseserbisyuhan ng aming plan para sa maikling panahon o kapag pansamantalang hindi available o hindi ma-access ang iyong provider. Maaari mong matanggap ang mga serbisyong ito sa isang pasilidad ng dialysis na sertipikado ng Medicare.
- Kapag sumali ka sa aming plan sa unang pagkakataon, maaari mong hilingin na patuloy na gamitin ang mga kasalukuyan mong provider. Sa ilang pagbubukod, dapat naming aprubahan ang kahilingang ito kung mapapatunayan namin na nagkaroon ka ng umiiral na kaugnayan sa mga provider. Sumangguni sa **Kabanata 1** ng iyong *Handbook ng Miyembro*. Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan, maaari mong patuloy na gamitin ang mga provider na ginagamit mo sa kasalukuyan sa loob ng hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa loob ng panahong iyon, makikipag-ugnayan sa iyo ang iyong care coordinator upang tulungan kang maghanap 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 paggamit sa mga provider na wala sa aming network at hindi kaanib sa grupong medikal ng iyong PCP.

Mga bagong miyembro sa Blue Shield TotalDual Plan: Karaniwan, itatala ka sa Blue Shield TotalDual Plan para sa iyong mga benepisyo ng Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos mong humiling na maitala sa Blue Shield TotalDual Plan. Maaari mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa iyong dating planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos niyon, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield Promise Health Plan. Walang magiging puwang sa iyong saklaw sa Medi-Cal. Mangyaring tumawag sa amin sa 1-800-452-4413 (TTY: 711) kung mayroon kang anumang tanong.

C. Ang iyong care coordinator

C1. Ano ang isang care coordinator

Ang care coordinator ay isang taong espesyal na sinanay para tulungan ka sa pangangasiwa ng proseso ng pangangalaga. Ang iyong care coordinator ay magiging bahagi ng iyong pangkat ng pangangalaga at magsisilbi siyang isang pangunahing kontak at mapagkukunan ng impormasyon para sa iyo. Pagkatapos magpatala, tatawagan ka ng care coordinator para magpakilala siya sa iyo at tutulungan kang tapusin ang iyong Pagsusuri ng Panganib sa Kalusugan upang matukoy ang iyong mga pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan.

C2. Paano ka makikipag-ugnayan sa iyong care coordinator

Maaari kang makipag-ugnayan sa iyong care coordinator sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-548-5765, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Kapag nagsimula kang makipagtulungan sa isang care coordinator, maaari ka ring makipag-ugnayan sa kanya sa pamamagitan ng pagtawag sa kanyang direktang linya ng telepono.

C3. Paano mo mapapalitan ang iyong care coordinator

Upang humiling na baguhin ang iyong care coordinator, maaari kang tumawag sa 1-888-548-5765, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.

D. Pangangalaga mula sa mga provider

D1. Pangangalaga mula sa isang doktor ng pangunahing pangangalaga

Dapat kang pumili ng doktor 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 ginagawa 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 TotalDual Plan (naka-print sa ilalim ng pahinang ito ang mga 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 pagkontrata sa pangkat medikal o IPA para sa isang pagsasagawa ng 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, kakailanganing kumuha ng iyong PCP ng maagang pag-apruba mula sa Plano, 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/medicare at hanapin ang gusto mong PCP; o
- Tumawag sa Customer Care ng Blue Shield TotalDual 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 pangangalaga ng kalusugan na gusto mo ay available o tumatanggap ng mga bagong pasyente, sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* na makikita sa aming website, o tumawag sa Customer Care (naka-print ang numero ng telepono at mga oras ng trabaho sa ilalim ng pahinang ito).

Kung mayroong partikular na espesyalista o ospital ng Blue Shield TotalDual 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 blueshieldca.com/MAPDdocuments2023 o hilingin sa Customer Care ng Blue Shield TotalDual 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 aming network, matutulungan ka naming maghanap ng bagong PCP na nasa 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 mga 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 naka-print sa iyong membership card. Kung papalitan mo ang iyong PCP, makakatanggap ka ng bagong membership card. Kaanib ang mga PCP ng aming plan sa mga grupong medikal. Kung nagpalit

ka ng PCP, maaaring nagpalit ka rin ng grupong medikal. Kapag hinihiling mo ang pagpapalit, sabihin sa mga Serbisyo sa Miyembro kung gagamit ka ng espesyalista o kukuha ka ng iba pang saklaw na serbisyo na dapat may pag-apruba ng PCP. Tumutulong sa iyo ang mga Serbisyo sa Miyembro na ipagpatuloy ang pangangalaga ng espesyalista sa iyo at iba pang serbisyo kapag nagpalit ka ng iyong PCP.

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

Sa karamihang kaso, kkailangan mo ng pag-apruba mula sa iyong PCP bago gumamit ng iba pang 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 provider na nasa network (halimbawa, kapag nasa labas ka ng lugar na pinagseserbisyuhan ng aming plan o tuwing Sabado at Linggo).

  Tandaan: Ang agarang kinakailangan na pangangalaga ay dapat na kinakailangan kaagad at kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
- 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 aming plan. 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 at mga pagbabakuna sa COVID-19 pati na rin mga pagbabakuna para sa hepatitis B at pulmonya basta't kinukuha 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. Kasama rito ang mga eksaminasyon sa suso, mga mammogram na screening (mga x-ray ng suso), Pap test, at mga eksaminasyon sa balakang basta't kinukuha mo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.
- Dagdag pa rito, kung karapat-dapat makakuha ng mga serbisyo mula sa mga Indian na provider ng kalusugan, maaari mong gamitin 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, gaya ng:

- 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 anumang tanong tungkol sa kung sino ang responsable sa pagsusumite at pag-apruba ng mga paunang 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. Kapag umalis sa aming plano ang provider

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

- Kahit na 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.
- Gumagawa kami ng pagsisikap na makapagbigay sa iyo ng abiso na di bababa sa 30 araw upang may panahon kang pumili ng bagong provider.

- Tumutulong kami sa iyo na pumili ng isang bagong kuwalipikadong provider para ipagpatuloy ang pamamahala ng 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 magambala ang paggamot na natatanggap mo at kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
- Kung hindi kami makahanap ng isang kuwalipikadong espesyalista sa network na madali mong mapupuntahan, dapat naming isaayos ang isang espesyalista na wala sa network upang magbigay ng pangangalaga sa iyo.
- Kung naniniwala ka na hindi namin napalitan ang iyong dating provider ng isang kuwalipikadong provider o na hindi namin napapamahalaang mabuti ang pangangalaga sa iyo, mayroon kang karapatan na magsampa ng reklamo para sa kalidad ng pangangalaga sa QIO, isang karaingan sa kalidad ng pangangalaga, o pareho. (Sumangguni sa Kabanata 9 *para sa karagdagang impormasyon.)*

Kung malaman mo na aalis sa aming plan ang isa sa iyong mga provider, makipag-ugnayan sa amin. Matutulungan ka namin sa paghanap ng bagong provider at sa pamamahala ng iyong pangangalaga. Pakitawagan ang Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw kada linggo. Kapag tumawag ka, siguruhin na sabihin sa Customer Care kung nagpapatingin ka sa isang espesyalista o tumatanggap ng iba pang saklaw na serbisyo na nangangailangan ng pag-apruba ng iyong PCP (tulad ng mga serbisyong pangkalusugan sa tahanan at matibay na kagamitang medikal). Tutulong ang Customer Care na matiyak na maipagpapatuloy mo ang iyong pangangalaga ng espesyalista at iba pang serbisyo kapag nagpalit ka ng iyong PCP. Titingnan din nila upang makasiguro na ang gusto mong PCP na ipapalit mo ay tumatanggap ng mga bagong pasyente. Babaguhin ng Customer Care ang iyong membership record upang ipakita ang pangalan ng iyong bagong PCP at sasabihin sa iyo kung kailan magkakabisa ang pagpapalit ng iyong bagong PCP.

D4. 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 plan 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 maliban kung tumatanggap ka ng mga serbisyong pang-emergency o agarang kinakailangan. Sa ganitong sitwasyon, pareho ang babayaran mo katulad ng babayaran mo kung nakuha mo ang pangangalaga mula sa isang Provider na nasa network.

Kung gagamit ka ng 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 gagamitin mo ang 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. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isipan at karamdaman sa paggamit ng substansya)

Mayroon kang access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na kinakailangan dala ng medikal na dahilan na sinasaklaw ng Medicare at Medi-cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medicare. Hindi nagbibigay ang aming plan ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medi-Cal, ngunit magagamit mo ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng Los Angeles County Department of Mental Health (LACDMH) at ng Los Angeles County Department of Public Health (LACDPH), at ng County of San Diego Behavioral Health Services.

E1. Mga serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng pag-uugali na ibinibigay sa labas ng aming plan

Ang mga serbisyo sa kalusugan ng isipan na kailangan ng espesyalidad ng Medi-Cal ay makukuha mo sa pamamagitan ng plano ng kalusugan ng isipan (MHP) ng county kung natutugunan mo ang mga pamantayan para ma-access ang mga serbisyo ng espesyalista sa kalusugan ng isipan. Kasama sa mga serbisyo ng espesyalista sa kalusugan ng isipan ng Medi-Cal na ibinibigay ng Los Angeles County Department of Mental Health (LACDMH) at ng Los Angeles County Department of Public Health (LACDPH), at ng County of San Diego Behavioral Health Services ang:

- Mga serbisyo sa kalusugan ng isipan
- 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 Sistema ng Organisadong Paghahatid ng Medi-Cal o Drug Medi-Cal sa pamamagitan ng Los Angeles County Department of Mental Health (LACDMH) at ng Los Angeles County Department of Public Health (LACDPH), at ng County of San Diego Behavioral Health Services kung natutugunan mo ang pamantayan para makatanggap ng mga serbisyong ito. Kasama sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na ibinibigay ng Los Angeles County Department of Mental Health (LACDMH) at ng Los Angeles County Department of Public Health (LACDPH), at 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

Kasama sa mga Serbisyo ng Organisadong Sistema ng Paghahatid ng Drug Medi-Cal ang:

- Mga serbisyo sa outpatient at masusing serbisyo sa outpatient
- Mga gamot para sa paggamot ng pagkagumon (tinatawag ding Paggamot na Tinutulungan ng Gamot)
- Panresidensya/inpatient
- Pamamahala ng pag-withdraw
- Mga serbisyo sa paggamot ng narkotiko
- Mga serbisyo sa pagpapagaling
- Koordinasyon ng pangangalaga

Dagdag pa sa mga serbisyo 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.

Pagkanagagamit ng mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali

Mayroon kang malawak na hanay ng mga serbisyo na maaari mong makuha. Maaaring ikaw mismo ang sumangguni sa kinontratang Provider, at maaari ding isangguni 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 trabaho)
- LA County Department of Public Health, Substance Abuse Prevention and Control (pakitawagan sa 888-742-7900 (TTY: 711), 24 na oras, pitong araw kada linggo)
- County of San Diego Behavioral Health – Services Substance Use Disorder Services (pakitawagan sa 888-724-7240 (TTY: 711), 24 na oras, pitong araw kada linggo.)
- Linya sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Blue Shield TotalDual Plan (mangyaring tingnan sa Kabanata 2, Seksyon D ng handbook na ito para sa numero ng telepono at mga oras ng trabaho)
- Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan (naka-print sa ilalim ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras ng trabaho)

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 TotalDual Plan at ng County, at binuo ng mga eksperto sa kalusugan ng pag-uugali at iba pang stakeholder, at naaayon ang mga ito sa mga kinakailangan ng regulasyon.

Proseso ng Referral sa pagitan ng Blue Shield TotalDual Plan at ng County

Kung tumatanggap ka ng mga serbisyo mula sa Blue Shield TotalDual Plan o sa County, maaari kang isangguni sa ibang entidad na naaayon sa iyong mga pangangailangan. Maaari kang isangguni ng Blue Shield TotalDual 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 TotalDual 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 TotalDual 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 TotalDual Plan o ng County, depende sa entidad kung saan ka may hindi pagkakaunawaan.

F. Mga serbisyong pangtransportasyon

F1. Medikal na transportasyon ng mga sitwasyon na hindi pang-emergency

May karapatan ka sa medikal na transportasyon na hindi pang-emergency kung mayroon kang mga medikal na pangangailangan na hindi ka pinapayagan na gumamit ng kotse, bus, o taxi patungo sa iyong mga appointment. Maaaring ibigay ang medikal na transportasyong hindi pang-emergency para sa mga saklaw na serbisyo gaya ng mga appointment sa medikal, dental, kalusugan ng isipan, paggamit ng substansya, at parmasya. Kung kailangan mo ng hindi pang-emergency na transportasyong medikal, maaari kang tumawag nang direkta sa Call The Car sa 1-877-433-2178 (TTY: 711), 24 na oras at 7 araw kada linggo o gamitin ang CTC Go mobile app para mag-iskedyul mag-edit, subaybayan at kanselahin ang mga pagrereserba. Dapat gawin ang mga hindi agarang appointment at pagrereserba 24 na oras na maaga bago ang iyong appointment. Makakatulong ang iyong provider o ang aming vendor ng transportasyon, ang Call The Car, na magpasya sa pinakamahusay na uri ng transportasyon upang matugunan ang iyong mga pangangailangan.

Ang hindi pang-emergency na transportasyong medikal ay isang ambulansya, litter van, wheelchair van, o sasakyang panghimpapawid. Pinapayagan ng Blue Shield TotalDual Plan ang pinakamababang halaga na saklaw na paraan ng transportasyon at pinakaangkop na hindi pang-emergency na transportasyong medikal para sa iyong mga pangangailangan kapag kailangan mo ng pagsakay patungo sa iyong appointment. Halimbawa, kung kaya mong maibiyahe nang pisikal o medikal sa pamamagitan ng wheelchair van, hindi babayaran ng Blue Shield TotalDual Plan ang isang ambulansya. May karapatan ka lang sa transportasyon sa himpapawid kung imposible ang anumang anyo ng transportasyon sa lupa dahil sa iyong medikal na kalagayan.

Dapat gamitin ang hindi pang-emergency na transportasyong medikal kapag:

- Kailangan mo ito nang pisikal o medikal ayon sa tinukoy ng nakasulat na awtorisasyon mula sa iyong ibang provider dahil hindi ka makagamit ng bus, taxi, kotse, o van para dalhin ka sa iyong appointment.

- Kailangan mo ng tulong mula sa tsuper patungo at mula sa iyong tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang kapansanan sa katawan o isipan.

Para sa **mga agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Hindi kailangan ng mga agarang appointment ang 24 na oras na maagang abiso. Kabilang sa mga agarang appointment ang sumusunod:

- Dialysis
- Paglabas
- Follow-up sa operasyon
- Chemotherapy
- Radiation therapy
- Paglipat mula sa isang ospital patungo sa ibang ospital/SNF
- Pangangalaga ng sugat
- Mga sentro ng agarang pangangalaga

Ihanda ang iyong ID Card ng Miyembro kapag tumawag ka. Maaari ka ring tumawag kung kailangan mo ng karagdagang impormasyon.

Mga limitasyon sa medikal na transportasyon

Sinasaklaw ng Blue Shield TotalDual Plan ang pinakamababang halaga ng medikal na transportasyon na tumutugon sa iyong mga medikal na pangangailangan mula sa iyong bahay patungo sa pinakamalapit na provider kung saan mayroong available na appointment. Hindi ibibigay ang medikal na transportasyon kung hindi sinasaklaw ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo. Kung ang uri ng appointment ay saklaw ng Medi-Cal ngunit hindi sa pamamagitan ng planong pangkalusugan, tutulungan ka ng Blue Shield TotalDual Plan na mag-iskedyul ng iyong transportasyon. Ang isang listahan ng mga saklaw na serbisyo ay nasa Kabanata 4 ng handbook na ito. Hindi saklaw ang transportasyon sa labas ng network ng Blue Shield TotalDual Plan o lugar na pinagseserbisyuhan maliban kung may paunang awtorisasyon.

G2. Hindi medikal na transportasyon

Kasama sa mga benepisyo ng hindi medikal na transportasyon ang pagbibiyahe patungo at mula sa iyong mga appointment para sa isang serbisyo na awtorisdo ng iyong provider. Makakukuha ka ng isang pagsakay, nang libre, kapag ikaw ay:

- Magbibiyahe patungo at mula sa isang appointment para sa isang serbisyo na awtorisdo ng iyong provider, o

- Pagkuha ng mga inireresetang gamot at mga medikal na supply.

Pinapayagan ka ng Blue Shield TotalDual Plan na gumamit ng isang kotse, taxi, bus, o ibang paraan na pampubliko/pribado na pagpunta sa iyong hindi medikal na appointment para sa mga serbisyong awtorisado ng iyong provider. Ginagamit ng Blue Shield TotalDual Plan ang Call the Car para isaayos ang hindi medikal na transportasyon. Sinasaklaw namin ang pinakamababang gastos at hindi medikal na uri ng transportasyon na tumutugon sa iyong mga pangangailangan.

Kung minsan, maaari kang bayaran para sa mga pagsakay sa isang pribadong sasakyan na isinaayos mo. Dapat itong aprubahan ng Blue Shield TotalDual Plan **bago** mo kuhanin ang biyahe, at dapat mong sabihin sa amin kung bakit hindi ka makakuha ng biyahe sa ibang paraan, gaya ng pagsakay sa bus. Maaari mong sabihin sa amin sa pamamagitan ng pagtawag o pagpapadala ng emai, o personal. **Hindi ka mababayaran sa pagmamaneho nang ikaw mismo**.

Kailangan ang lahat ng sumusunod para sa pagbabayad ng milyahe:

- Ang lisensya sa pagmamaneho ng tsuper
- Ang rehistro ng sasakyan ng tsuper
- Katunayan ng insurance ng kotse para sa tsuper

Upang humingi ng biyahe, tumawag sa Call the Car sa 1-877-433-2178 (TTY: 711), 24 na oras at 7 araw kada linggo nang hindi bababa sa dalawampu't apat (24) na oras nang maaga (Lunes-Biyernes) bago ang iyong appointment. Para sa **mga agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang iyong ID Card ng Miyembro kapag tumawag ka. Maaari ka ring tumawag kung kailangan mo ng karagdagang impormasyon.

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

Mga limitasyon sa hindi medikal na transportasyon

Ibinibigay ng Blue Shield TotalDual Plan ang pinakamababang halaga ng hindi medikal na transportasyon na tumutugon sa iyong mga pangangailangan mula sa iyong bahay patungo sa pinakamalapit na provider kung saan mayroong available na appointment. **Hindi ka maaaring magmaneho nang ikaw mismo o mababayaran nang direkta.**

Ang hindi medikal na transportasyon ay **hindi** gagamitin kung:

- Kailangan ang isang ambulansya, litter van, wheelchair van, o ibang anyo ng hindi pang-emergency na transportasyong medikal para kumuha ng isang serbisyo.

- Kailangan mo ng tulong mula sa tsuper patungo at mula sa iyong tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang kondisyon ng katawan o medikal.
- Naka-wheelchari ka at hindi makasakay o makababa sa sasakyan nang walang tulong mula sa tsuper.
- Ang serbisyo ay hindi saklaw ng Medicare o Medi-Cal.

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

G1. Pangangalaga sa isang 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.

Kung mayroon kang isang medikal na emergency:

- **Humingi nang mabilis na tulong hanggang maaari.** Tumawag sa 911 o gamitin ang pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansya kung kailangan mo ito. **Hindi** mo kailangan ng pag-apruba o ng referral mula sa iyong PCP. Hindi mo kailangang gumamit ng provider na nasa network. Maaari kang makakuha ng pang-emergency na medikal na pangangalaga sa tuwing kailangan mo ito, saanman sa

U.S. o mga teritoryo nito o sa buong mundo, mula sa alinmang provider na may angkop na lisensya ng estado.

- **Sa lalong madaling panahon, sabihin sa aming plan ang tungkol sa iyong emergency.** Gagawa kami ng follow up sa iyong pang-emergency na pangangalaga. Ikaw o ang ibang tao ay kailangang tumawag para sabihin sa amin ang tungkol sa iyong pang-emergency na pangangalaga, karaniwang sa loob ng 48 oras. Gayunpaman, hindi mo babayaran ang mga serbisyong pang-emergency kung hindi mo agad nasabi sa amin. Tumawag sa Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413, 8:00 a.m. hanggang 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

Sa 2023, mag-aalok ang Blue Shield TotalDual Plan sa aming mga miyembro ng saklaw sa medikal na pang-emergency sa tuwing kailangan mo ito, saanman sa mundo. Walang limitasyon sa saklaw ng plan para sa emergency/agarang mga serbisyo sa labas ng Estados Unidos taon-taon. Upang malaman ang higit pa, tingnan ang Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4, Seksyon D.

Kung kailangan mo ng isang ambulansya para pumunta sa emergency room, saklaw iyon ng aming plan. Para malaman pa ang tungkol dito, sumangguni sa Tsart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** *ng iyong Handbook ng Miyembro.*

Sinasaklaw ng aming plan ang emergency saanman sa mundo at mga serbisyo ng agarang pangangalaga sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito sa ilalim ng mga sumusunod na pangyayari, na walang pinagsamang taunang limit. Tingnan ang “Emergency na pangangalaga” at “Mga serbisyong agarang kinakailangan” sa Tsart ng mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4 ng dokumentong ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung magkano ang iyong babayaran.

Ang mga provider na nagbibigay sa iyo ng pangangalagang pang-emergency ang magpapasya kapag matatag na ang iyong kondisyon at tapos na ang medikal na emergency. Magpapatuloy silang gamutin ka at makikipag-ugnayan sa amin upang gumawa ng mga plano kung kailangan mo ng follow-up na pangangalaga upang gumaling.

Sinasaklaw ng aming plan ang iyong follow-up 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 pumasok ka para pangangalagang pang-emergency at sasabihin ng doktor na hindi naman ito talaga isang emergency. Hangga't makatwiran mong aakalain na ang iyong kalusugan ay nasa malubhang panganib, sinasaklaw namin ang pangangalaga sa iyo.

Pagkatapos sabihin ng doktor na ito ay hindi isang emergency, sinasaklaw lang namin ang karagdagang pangangalaga sa iyo kung:

- Gumamit ka ng provider na nasa network **o**
- Ang karagdagang pangangalaga na nakukuha mo ay itinuturing na "agarang kinakailangan na pangangalaga" at sinusunod mo ang mga patakaran (sumangguni sa Seksyon H2) sa pagkuha nito.

G2. Agarang kinakailangan na pangangalaga

Ang agarang kinakailangan na pangangalaga ay ang pangangalagang nakukuha mo para sa isang sitwasyon na hindi isang emergency nguni't kailangan kaagad ng pangangalaga. Halimbawa, maaari kang magkaroon ng pagsumpong ng isang umiiral na kondisyon o isang matinding pananakit ng lalamunan na nangyayari nang Sabado at Linggo at kailangan ng paggamot.

Agarang kinakailangan na pangangalaga sa lugar na pinagseserbisyuhan ng aming plan

Sa karamihang kaso, sinasaklaw lang namin ang agarang kinakailangan na pangangalaga kung:

- Kinukuha mo ang pangangalaga na ito mula sa provider na nasa network **at**
- Sinusunod mo ang mga patakaran na inilarawan sa kabanatang ito.

Kung hindi posible o makatwiran na pumunta sa isang provider na nasa network, sasaklawin namin ang agarang kinakailangan na pangangalaga na makukuha mo mula sa isang provider na wala sa network.

Agarang kinakailangan na pangangalaga sa labas ng lugar na pinagseserbisyuhan ng aming plan

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

Nag-aalok ang Blue Shield TotalDual Plan sa aming mga miyembro ng agarang kinakailangan na medikal na saklaw sa tuwing kailangan mo ito, saanman sa mundo. Walang limitasyon sa saklaw ng plan para sa emergency/agarang mga serbisyo sa labas ng Estados Unidos taon-taon. Upang malaman ang higit pa, tingnan ang Tsart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4, Seksyon D.

Kung kailangan mo ng agarang pangangalaga habang nasa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito, tumawag sa Blue Shield Global Core Services Center nang libre sa **(800) 810-2583,** o tumawag nang may bayad sa (804) 673-1177, 24 na oras kada araw, pitong araw kada linggo. Sa isang emergency, direktang pumunta sa pinakamalapit na ospital. Dapat ka ring tumawag sa numero ng Customer Care na nasa likod ng iyong ID card ng miyembro. Bilang bahagi ng serbisyong ito, para sa pangangalaga sa ospital para sa inpatient, maaari kang makipag-ugnayan sa Blue Shield Global Core Services Center upang isaayos ang pag-access na hindi gumagamit ng cash. Kung isaayos mo ang pag-access na hindi gumagamit ng cash, responsable ka sa mga karaniwang gastos na mula sa sariling bulsa gaya ng mga bayarin at copayment na hindi saklaw. Kung hindi mo isaayos ang pag-access na hindi gumagamit ng cash, kakailanganin mong bayaran ang buong bayarin para sa iyong medikal na pangangalaga at magsumite ng isang kahilingan para sa pagbabalik ng ibinayad (tingnan ang Kabanata 2, *Saan magpapadala ng kahilingan na bayaran namin ang aming bahagi sa gastusin para sa medikal na pangangalaga o gamot na natanggap mo.*

G3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung ideklara ng Gobernador ng iyong estado, ng Kalihim ng Health and Human Services ng U.S., o ng Pangulo ng Estados Unidos ang isang estado ng sakuna o emergency sa iyong heograpikong lugar, karapat-dapat ka pa rin sa pangangalaga mula sa aming plan.

Bisitahin ang aming website para sa impormasyon tungkol sa kung paano kumuha ng kinakailangang pangangalaga sa panahon ng isang idineklarang sakuna: www.blueshieldca.com/medicare.

Sa panahong ng isang idineklarang sakuna, kung hindi ka makagamit ng isang provider na nasa network, maaari kang 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, makukuha mo ang iyong mga inireresetang gamot sa isang parmasya na wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon.

H. Ano ang gagawin kung direkta kang siningil para sa mga serbisyo na sinasaklaw ng aming plan

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

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

Kung nagbayad ka para sa iyong mga saklaw na serbisyo **o** kung nagbayad ka ng mas mahigit sa hatian ng gastos ng iyong plano para sa mga saklaw na serbisyo o kung nakatanggap ka ng isang bayarin para sa buong halaga ng mga saklaw na medikal na serbisyo, sumangguni sa Kabanata 7 *ng iyong Handbook ng Miyembro* para malaman kung ano ang gagawin.

H1. Ano ang gagawin kung hindi sinasaklaw ng aming plan ang mga serbisyo

Sinasaklaw ng aming plan ang lahat ng serbisyo:

- na natukoy na kinakailangan dala ng medikal na dahilan, **at**
- na nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo ng aming plan (sumangguni sa **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro*) **at**
- na nakukuha mo sa pagsunod sa mga patakaran ng plan.

Kung kukuha ka ng mga serbisyo na hindi sinasaklaw ng aming plan, **babayaran mo mismo ang kabuuang gastos.**

Kung gusto mong malaman kung binabayaran 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 ng **Kabanata 9** *ng iyong Handbook ng Miyembro* kung ano ang dapat gawin kung gusto mong saklawin namin ang isang medikal na serbisyo o gamit. Sinasabi rin nito kung paano umapela sa aming desisyon sa saklaw. Tumawag sa Customer Care para malaman pa ang tungkol sa iyong mga karapatan sa pag-apela.

Binabayaran namin ang ilang serbisyo hanggang sa isang partikular na limitasyon. Kung gumamit ka ng lampas sa limitasyon, babayaran mo ang buong halaga para makakuha ng higit pa ng ganoong uri ng serbisyo. Tumawag sa Customer Care para malaman kung ano ang mga limitasyon ng benepisyo at magkano ang nagamit mo sa iyong mga benepisyo.

I. Mga serbisyo ng pagsaklaw sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

I1. 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. Karaniwang hinihingi sa mga boluntaryo ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare na maging nasa pag-aaral.

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

Habang nasa pag-aaral ka, maaari kang manatiling nakatala sa aming plan. Sa ganoong paraan, patuloy kang sasaklawin ng aming plan para sa mga serbisyo at pangangalaga 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. Ang mga provider na nagbibigay sa iyo ng pangangalaga bilang bahagi ng pag-aaral ay **hindi** kailangang maging mga provider na nasa network.

Sinasaklaw ng iyong Blue Shield Promise Medi-Cal Plan ang mga gastusin sa rutinang pangangalaga sa pasyente para sa mga pasyenteng tinanggap sa Phase I, Phase II, Phase III o Phase IV na mga klinikal na pagsubok kung may kaugnayan ito sa pag-iwas, pagtuklas o paggamot ng kanser o iba pang kondisyon na nagbabanta sa buhay at kung isinagawa ang pag-aaral ng U.S. Food and Drug Administration (FDA), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) o Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Dapat aprubahan ang mga pag-aaral ng National Institutes of Health, ng FDA, ng Kagawaran ng Tanggulan o ng Pangasiwaan ng mga Beterano.

Hinihikayat ka naming sabihin sa amin bago ka magsimulang lumahok sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral.

Kung binabalak mong sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, ikaw o ang iyong care coordinator ay dapat makipag-ugnayan sa Customer Care upang ipaalam sa amin na sasali ka sa isang klinikal na pagsubok.

I2. Ang bayad para sa mga serbisyo kapag ikaw ay nasa klinikal na pag-aaral ng pananaliksik

Kung magboluntaryo ka para sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral inaprubahan ng Medicare, wala kang babayaran sa mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral. 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 klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, saklaw ka sa karamihan ng mga serbisyo at item 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 isang pag-aaral na **hindi inaprubahan** ng Medicare, babayaran mo ang anumang gastos dahil sa pagiging nasa pag-aaral.

I3. Marami pa tungkol sa klinikal na pananaliksik na mga pag-aaral

Maaari mong malaman 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.

J. Paano sinasaklaw ang mga serbisyo sa iyong pangangalaga ng kalusugan sa panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga ng kalusugan

J1. Kahulugan ng panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga ng kalusugan

Ang isang panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga ng kalusugan 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 relihiyosong paniniwala, sinasaklaw namin ang pangangalaga sa isang panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga ng kalusugan. Ang benepisyong ito ay para lang sa mga serbisyo ng Medicare Part A sa inpatient (hindi medikal na mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan).

J2. Pangangalaga mula sa panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga ng kalusugan

Para kumuha ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga ng kalusugan, dapat kang pumirma sa isang legal na dokumento na nagsasabi na ikaw ay labag sa pagkuha ng medikal na paggamot na "non-excepted."

- Ang "non-excepted" na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga na **kusang-loob at hindi iniuutos** ng anumang pederal, estado, o lokal na batas.
- Ang "excepted" na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga na **hindi kusang-loob at iniuutos** sa ilalim ng pederal, estado, o lokal na batas.

Para masaklaw ng aming plan, ang pangangalaga na iyong nakukuha mula sa isang panrelihiyong institusyon na hindi pangmedikal na pangangalaga ng kalusugan 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 aspekto ng pangangalaga.
- Kung makakakuha ka ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ibibigay sa iyo sa isang pasilidad:
    - 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.
        - Dapat kang kumuha ng pag-apruba mula sa amin bago ka ipasok sa pasilidad, o **hindi** sasaklawin ang iyong pananatili.

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

K. Matibay na kagamitang medikal (DME)

K1. DME bilang miyembro ng aming plan

Kasama sa DME ang partikular na mga item na kinakailangan dala ng medikal na dahilan na ini-order ng isang provider gaya ng mga wheelchair, saklay, sistema ng de-kuryenteng kutson, supply para sa diabetes, kamang pang-ospital na ini-order ng isang provider para gamitin sa

bahay, pump para sa intravenous (IV) infusion, aparato sa pagbuo ng salita, kagamitan sa oxygen at supply, nebulizer, at walker.

Palagi kang magmamay-ari ng mga item, tulad ng prosthetics.

Sa seksyon na ito, tatalakayin namin ang DME na iyong uupahan. Sa Orihinal na Medicare, ang mga taong nagrerenta ng partikular na uri ng DME ay nagiging kanya na pagkalipas na mabayaran ng mga copayment ang mga item sa 13 buwan. Bilang miyembro ng aming plan, karaniwang **hindi** mo aariin ang DME, gaano man katagal mo itong inupahan.

Sa ilang sitwasyon, maaaring ilipat sa iyo ng Blue Shield TotalDual Plan ang pag-aari ng item na 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 sa $150 at/o mga parenteral/ infusion pump
- Sertipikasyon ng doktor
- Kung ang aparato o kagamitan ay ginawang angkop para 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.

Kahit nagkaroon ka ng DME sa loob ng hanggang 12 buwan nang sunud-sunod sa ilalim ng Medicare bago ka sumali sa aming plan, ***hindi*** *mo magiging pag-aari ang kagamitan.*

K2. Pagmamay-ari ng DME kapag lumipat ka sa Original Medicare

Kung hindi ka nagmay-ari ng item na DME habang nasa aming plan, dapat kang gumawa ng 13 bagong sunud-sunod na pagbabayad pagkatapos mong lumipat sa Original Medicare para magmay-ari ka ng item. Ang mga ibinayad mo habang nasa aming plan ay **hindi** ibibilang sa 13 sunud-sunod na pagbabayad na ito.

Kung nakagawa ka na ng mga pagbabayad na mas mababa sa 13 para sa item na DME sa ilalim ng Original Medicare **bago** ka sumali sa aming plan, hindi isasama ang iyong mga dating pagbabayad sa 13 sunud-sunod na pagbabayad. Dapat kang gumawa ng 13 bagong sunud-sunod na pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare para ariin mo ang item. Walang hindi kasama sa kasong ito kapag bumalik ka sa Orihinal na Medicare.

K3. 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, sinasaklaw namin ang:

- 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.

K4. Kagamitan para sa oxygen kapag lumipat ka sa Original Medicare

Kapag ang kagamitan para sa oxygen ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan at **umalis ka sa aming plan at lumipat sa Original Medicare**, uupahan mo ito mula sa isang 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 sa loob ng 36 na buwan,** dapat magbigay ang iyong supplier ng:

- Kagamitan para sa oxygen, mga supply, at serbisyo para sa isa pang 24 na buwan.
- 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 isang bagong 5-taon na panahon.
- Umuupa ka mula sa isang supplier sa loob ng 36 na buwan.
- Pagkatapos, nagbibigay ang iyong supplier ng kagamitan para sa oxygen, mga supply, at mga serbisyo para sa isa pang 24 na buwan.
- Nagsisimula ang bagong siklo kada 5 taon hangga't kinakailangan dala ng medikal na dahilan ang kagamitan para sa oxygen.

Kabanata 4: Tsart ng mga Benepisyo

Panimula

Sinasabi ng kabanatang ito sa iyo ang tungkol sa mga serbisyong *sinasaklaw ng aming plan* at anumang paghihigpit o limitasyon 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 iyong *Handbook ng Miyembro*.

Mga bagong miyembro sa Blue Shield TotalDual Plan**:** Karaniwan, itatala ka sa Blue Shield TotalDual Plan para sa iyong mga benepisyo ng Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos mong humiling na maitala sa Blue Shield TotalDual Plan. Maaari mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa iyong dating planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos niyon, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield Promise Medi-Cal Plan. Walang magiging puwang sa iyong saklaw sa Medi-Cal. Mangyaring tumawag sa amin sa 1-800-452-4413 (TTY: 711) kung mayroon kang anumang tanong.

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. Tungkol sa Tsart ng mga Benepisyo ng aming plan 66

D. Ang Tsart ng mga Benepisyo ng aming plan 69

E. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plan 127

E1. California Community Transitions (CCT) 144

E2. Programang Medi-Cal Dental 145

E3. Pangangalaga sa hospisyo 146

F. Mga benepisyong hindi saklaw ng aming plan, Medicare, o Medi-Cal 146

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

Sinasabi sa iyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyo na sinasaklaw ng aming plan at kung magkano ang babayaran mo para sa bawat serbisyo. Malalaman mo rin ang tungkol sa mga serbisyo na hindi saklaw. Ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa gamot ay nasa **Kabanata 5**. Ipinaliliwanag din ng kabanatang ito ang mga limitasyon 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 iyong care coordinator at/o Customer Care sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

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

Hindi namin pinapayagan ang aming mga provider na nasa network 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 tumanggap ng bayarin mula sa provider para sa mga saklaw na serbisyo**. Kung gagawin mo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng iyong *Handbook ng Miyembro* o tumawag sa Customer Care.

C. Tungkol sa Tsart ng mga Benepisyo ng aming plan

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

Babayaran namin ang mga serbisyo na nakalista sa Tsart ng mga Benepisyo kapag natutugunan ang mga sumusunod na patakaran.

- Dapat naming 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 paggamit ng

substansya, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, kagamitan, at gamot). Inilalarawan ng kinakailangan dala ng medikal na dahilan ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan mo upang maiwasan, ma-diagnose, o magamot 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 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. Ang **Kabanata 3** ng iyong Handbook ng Miyembro ay may karagdagang impormasyon tungkol sa paggamit ng mga provider na nasa network at wala sa network.

- Mayroon kang isang primary care provider (PCP) o isang grupo sa pangangalaga na nagbibigay at namamahala sa pangangalaga sa iyo. Sa karamihang kaso, dapat bigyan ka ng pag-apruba ng iyong PCP bago ka makagamit ng isang provider na hindi mo PCP o gumamit ng iba pang provider na nasa network ng plan. Tinatawag ito na referral. Ang **Kabanata 3** ng iyong Handbook ng Miyembro ay may karagdagang impormasyon tungkol sa pagkuha ng referral at kapag **hindi** mo kailangan ng isa.

- Dapat kang kumuha ng pangangalaga mula sa mga provider na nauugnay sa grupong medikal ng iyong PCP. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng iyong Handbook ng Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

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

- Kung nasa loob ka ng anim na buwan na panahon ng aming plan ng ipinapalagay na nagpapatuloy na kuwalipikasyon, magpapatuloy kaming magbigay ng lahat ng benepisyo ng Medicare na saklaw ng plan ng Medicare Advantage. Gayunman, sa panahong ito, hindi sasaklawin ng Blue Shield TotalDual Plan ang mga benepisyo ng Medi-Cal (Medicaid) na kasama sa ilalim ng Medi-Cal (Medicaid), ni hindi namin babayaran ang mga premium ng Medicare o hati sa gastos na kung saan mananagot ang Estado kung hindi mawala sa iyo ang iyong kuwalipikasyon sa Medi-Cal (Medicaid). Ang halaga na babayaran mo para sa iyong mga serbisyo na saklaw ng Medicare sa

planong ito ay maaaring tumaas sa panahon pagkatapos na mawala sa iyo ang kuwalipikasyon sa Medi-Cal (Medicaid).

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

- **Mga Suporta sa Komunidad**: Maaaring magamit ang mga Suporta sa Komunidad sa ilalim ng iyong Indibidwal na Plano ng Pangangalaga. Ang mga Suporta sa Komunidad ay medikal na naaangkop at matipid na alternatibong mga serbisyo o kaayusan. Opsyonal ang mga serbisyong ito para sa mga miyembro. Kung kuwalipikado ka, maaaring makatulong ang mga serbisyong ito sa iyo na mabuhay nang nagsasarili. Hindi pinapalitan ng mga ito ang mga benepisyo na kinukuha mo na sa ilalim ng Medi-Cal. Kasama sa mga halimbawa ng mga Suporta sa Komunidad na iniaalok namin ang pagkain na medikal na sumusuporta o mga pagkaing medikal na pinasadya, tulong para sa iyo o sa iyong tagapag-alaga, o mga barang hawakan sa shower at mga rampa. Kabilang sa mga halimbawa ng mga serbisyo ng mga Suporta sa Komunidad na inialok ng Blue Shield TotalDual 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 na malaman kung aling mga Suporta sa Komunidad ang maaaring magagamit mo, tumawag sa iyong care coordinator o tumawag sa iyong provider ng pangangalaga ng kalusugan.

D. Ang Tsart ng mga Benepisyo ng aming plan

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Abdominal aortic aneurysm na pagsusuri Binabayaran namin ang para sa pang-isang beses na pag-screen na ultrasound para sa mga taong nanganganib. 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 (Saklaw ng Medicare at Medi-Cal) Binabayaran namin ang 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. Babayaran din namin ang hanggang 12 pagbisita para sa acupuncture sa loob ng 90 araw kung mayroon kang hindi gumagaling na pananakit ng ibabang likod, tinutukoy bilang: • tumatagal ng 12 linggo o mas matagal; • hindi espisipiko (walang systemic na dahilan na maaaring matukoy, gaya ng hindi nauugnay sa sakit na kumalat, namamaga, o nakahahawa); • hindi nauugnay sa operasyon; **at** • hindi nauugnay sa pagbubuntis. Bilang karagdagan, binabayaran namin ang karagdagang 8 sesyon ng acupuncture para sa hindi gumaling-galing na kirot sa ibabang likod kung nagpapakita ka ng paggaling. Hindi ka maaaring makakuha ng mahigit sa 20 acupuncture na paggamot para sa hindi gumaling-galing na kirot sa ibabang likod bawat taon. Dapat ihinto ang mga acupuncture na paggamot para sa hindi gumaling-galing na kirot sa ibabang likod kung hindi ka gumagalin o kung lumulubha ka. Mga Kinakailangan ng Provider: Maaaring magbigay ng acupuncture ang mga doktor (ayon sa tinukoy sa 1861(r)(1) ng Batas ng Social Security (ang Batas) alinsunod sa naaangkop na mga kinakailangan ng estado. Maaaring magbigay ng acupuncture ang mga katulong na doktor (mga PA), nurse practitioner (mga NPs)/clinical nurse specialist (mga CNS) (ayon sa tinukoy sa 1861(aa)(5) ng Batas), at mga lkatulong na tauhan kung natutugunan nila ang lahat ng naaangkop na kinakailangan ng estado at mayroong: • isang masters o doctoral level degree sa acupuncture o Oriental Medicine mula sa isang paaralan na kinikilala ng Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); at, **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Acupuncture (ipinagpatuloy) • isang kasalukuyan, ganap, aktibo, at walang limitasyong lisensya para magsagawa ng acupuncture sa isang Estado, Teritoryo, o Commonwealth (ibig sabihin, Puerto Rico) ng Estados Unidos, o Distrito ng Columbia. Ang mga katulong na tauhan na nagbibigay ng acupuncture ay dapat nasa ilalim ng pangangasiwa ng isang doktor, PA, o NP/CNS na hinihingi ng aming mga regulasyon sa 42 CFR §§ 410.26 at 410.27. Ibinibigay ang mga benepisyo sa pamamagitan ng kontrata sa American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para sa karagdagang impormasyon, o upang maghanap ng kasaling provider ng ASH Plans, maaari kang tumawag sa ASH Plans sa (800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746, Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 6 pm. Maaari ka ring tumawag sa Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan o pumunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor upang maghanap ng kasaling provider ng ASH Plans.	

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Acupuncture na mga serbisyo (hindi saklaw ng Medicare) Ibinibigay ang mga benepisyo para sa pagsusuri at paggamot na acupuncture ng isang Doktor ng Medisina, lisensyadong acupuncturist, o ibang naaangkop na lisensyado o sertipikadong Provider ng Pangangalaga ng Kalusugan. • Una at kasunod na mga eksaminasyon • Mga pagbisita sa opisina at mga pag-a-adjust • Mga pandagdag na therapy Ibinibigay ang mga benepisyo sa pamamagitan ng kontrata sa American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para sa karagdagang impormasyon, o upang maghanap ng kasaling provider ng ASH Plans, maaari kang tumawag sa ASH Plans sa (800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746], Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 6 p.m. Maaari ka ring tumawag sa Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan o pumunta sa **blueshieldca.com/find-a-doctor** para maghanap ng kasaling provider sa ASH Plans. *Hindi nalalapat ang mga serbisyo sa pinakamataas na limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng plano.	Magbabayad ka ng $0 (limitado sa hanggang 12 pagbisita kada taon).
	Mga karagdagang serbisyo ng telehealth Nagbibigay ang Teladoc ng mga konsultasyon sa Doktor sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono o online. 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 kang tumawag sa Teladoc sa telepono sa 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711], 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo, 365 araw kada taon. * Hindi nalalapat ang mga serbisyo sa pinakamataas na limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng plano.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pagsusuri (screening) at pagpapayo sa pagkagumon sa alak Binabayaran namin ang isang screening para sa pagkagumon sa alak (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.	$0
	Mga serbisyo ng ambulansya Kasama sa mga saklaw na serbisyo ng ambulansya ang mga serbisyo ng ground, fixed-wing, at rotary-wing (helicopter) na ambulansya. 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.	$0
	Taunang eksaminasyon ng katawan Saklaw ka para sa isang rutinang pagsusuri ng katawan tuwing 12 buwan bilang karagdagan sa iyong 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.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Taunang Pagbisita para sa Wellness Dapat 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. Binabayaran namin ito nang isang beses kada 12 buwan. Tandaan: Hindi magaganap ang iyong unang taunang pagbisita para sa wellness sa loob ng 12 buwan ng iyong “Welcome to Medicare” na pagbisita upang makaiwas sa sakit. Gayunman, hindi mo kailangang magkaroon ng “Welcome to Medicare” na pagbisita para maging saklaw ng taunang pagbisita para sa wellness pagkaraan na magkaroon ka ng Part B sa loob ng 12 buwan.	$0
	Mga Serbisyo upang Makaiwas sa Hika Makakatanggap ka ng pagtuturo tungkol sa hika at pagsusuri ng kapaligiran ng tahanan para sa mga nagpapasimula na karaniwang natatagpuan sa bahay para sa mga taong may hindi maayos na pagkontrol sa hika.	$0
	Bone mass measurement Binabayaran namin ang ilang pamamaraan para sa mga miyembrong magiging kuwalipikado (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. Binabayaran namin ang mga serbisyo nang isang beses kada 24 na buwan, o mas malimit kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Binabayaran din namin ang isang doktor para suriin at magkomento sa mga resulta.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pagsusuri ng kanser sa Dibdib (mammograms) Binabayaran namin ang 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
	Mga serbisyong panrehabilitasyon para sa puso Binabayaran 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 na 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.	$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

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	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
	Cervical at pagsusuri ng kanser sa vagina Binabayaran namin ang 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) o Pap plus HPV na pagsusuri minsan kada 5 taon	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Chiropractic na mga serbisyo Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Pag-aayos sa gulugod para iwasto ang pagkakahanay • Una at kasunod na mga eksaminasyon • Mga pagbisita sa opisina at mga pag-a-adjust na chiropractic • Mga pandagdag na therapy • Mga X-ray at mga pagsusuri sa laboratoryo (chiropractic lamang) Ibinibigay ang mga benepisyo sa pamamagitan ng kontrata sa American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para sa karagdagang impormasyon, o upang maghanap ng kasaling provider ng ASH Plans, maaari kang tumawag sa ASH Plans sa (800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746], Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 6 pm. Maaari ka ring tumawag sa Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan o pumunta sa **blueshieldca.com/find-a-doctor** upang maghanap ng kasaling provider ng ASH Plans**.** * Hindi nalalapat ang mga serbisyo sa pinakamataas na limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng plano.	$0 $0 (limitado ang saklaw sa hanggang 12 pagbisita kada taon para sa mga serbisyong hindi saklaw ng Medicare).

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pagsusuri ng kanser sa colorectal Para sa mga taong 50 taong gulang at mas matanda, binabayaran 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.	$0
	Community Based Adult Services (CBAS) Ang CBAS ay isang programa ng serbisyo na nakabase 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. Binabayaran 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.	$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 mo o kailangang tumigil sa paninigarilyo: • Binabayaran namin ang para sa dalawang pagtatangka sa pagtigil sa paninigarilyo sa loob ng 12 buwan na panahon bilang isang serbisyo para sa pag-iwas sa sakit. Libre ang serbisyong ito para sa iyo. Kasama sa bawat pagtatangka sa pagtigil sa paninigarilyo ang hanggang apat na harapang pagpapayo na pagbisita. Kung gumagamit ka ng tabako at nasuri na may sakit na may kaugnayan sa tabako o umiinom ng gamot na maaaring maapektuhan ng tabako: • Binabayaran namin ang dalawang pagpapayo para sa mga pagtatangka sa pagtigil sa paninigarilyo sa loob ng 12 buwan na panahon. Kasama sa bawat pagpapayo para sa pagtatangka ang hanggang apat na harapang pagbisita. 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 ngunit hindi limitado sa, mga paglilinis, pagpapasta at pustiso sa pamamagitan ng Programa ng Medi-Cal Dental o FFS Medi-Cal. Sa pangkalahatan, ang mga serbisyong pag-iwas sa sakit ng ngipin (tulad ng paglilinis, rutinang eksaminasyong ng ngipin, at mga x-ray sa ngipin) ay hindi saklaw ng Original Medicare. Sinasaklaw namin ang ilang rutina at komprehensibong mga serbisyo sa ngipin: Para sa listahan ng mga saklaw na pamamaraan sa ngipin, tingnan ang Tsart ng Pamamaraan ng mga Benepisyo ng Regular na Pangangalaga ng Ngipin sa dulo ng Tsart ng mga Medikal na Benepisyo para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung paano ma-access ang mga serbisyong ito. Nalalapat lamang ang mga copayment na nakalista sa Tsart ng Pamamaraan ng mga Benepisyo ng Regular na Pangangalaga ng Ngipin sa mga serbisyo kapag inireseta ng isang dentista na nasa network bilang kinakailangan, sapat at angkop na pamamaraan para sa kalagayan ng iyong ngipin. Maaaring hindi angkop ang lahat ng benepisyo para sa lahat. Dapat kang umasa sa iyong dentista na nasa network upang tukuyin ang angkop na pangangalaga para sa iyo. Ang network ng provider na dentista ay isang network ng pangkalahatang dentista lamang; walang espesyalista na nasa network. * Hindi nalalapat ang mga serbisyo sa pinakamataas na limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng plano.	Tingnan ang Tsart ng Pamamaraan ng mga Benepisyo ng Regular na Pangangalaga ng Ngipin sa dulo ng Tsart ng mga Medikal na Benepisyo para sa listahan ng mga saklaw na pamamaraan para sa ngipin at kung ano ang iyong babayaran.
	Mga pag-screen ng depresyon Binabayaran namin ang isang screening para sa depresyon kada taon. Ang screening ay kailangang gawin sa isang kapaligiran ng pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at mga referral.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pag-screen ng diabetes Binabayaran namin ang screening na ito (kasama ang mga pagsusuri ng glucose na may fasting) kung mayroon ka ng 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

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pagsasanay sa pamamahala ng sarili ng diabetiko, mga serbisyo, at mga supply Binabayaran 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 katumpakan ng mga strip sa pagsusuri at monitor • Para sa mga taong may diabetes na mayroong matinding sakit sa paa sanhi ng diabetes, binabayaran namin ang mga sumusunod: ○ Isang pares ng therapeutic custom-molded shoes (kabilang ang mga insert), kabilang ang pagsusukat, at dalawang ekstrang pares ng insert sa bawat taon sa kalendaryo, **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) Sa ilang kaso, binabayaran namin ang pagsasanay upang tulungan ka na pamahalaan ang iyong diabetes. Upang malaman ang higit pa, makipag-ugnayan sa Customer Care. 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 iyong doktor na kumuha ng pag-apruba nang mas maaga (tinatawag kung minsan na “paunang pahintulot”) mula sa plan para sa mga test strip at pang-monitor ng blood glucose mula sa lahat ng iba pang tagagawa.	$0 • Para sa mga monitor ng glucose sa dugo, pakitingnan ang seksyon na Matibay na Kagamitang Medikal (DME) at mga kaugnay na supply na nasa ibaba.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga Serbisyong Doula Para sa mga indibidwal na buntis, binabayaran namin ang siyam na pagbisita sa isang doula sa panahong bago at pagkatapos manganak pati na rin ang suporta sa panahon ng pagle-labor at panganganak.	$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 Sumangguni sa huling kabanata ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa kahulugan ng "Matibay na kagamitang medikal (DME)." Sinasaklaw namin ang mga sumusunod na item: • Mga wheelchair, kasama ang mga de-kuryenteng 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. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	Mga monitor ng glucose sa dugo: • Magbabayad ka ng $0 para sa FreeStyle® na mga monitor ng glucose sa dugo. • Upang kumuha ng mga monitor ng glucose sa dugo mula sa lahat ng iba pang tagagawa sa $0, ipakita sa iyong provider o pharmacist ang pareho mong mga ID card ng Blue Shield TotalDual Plan at Medi-Cal Beneficiary.

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) Sinasakop namin ang lahat ng kinakailangan dahil sa kalagayang medikal na DME, na sakop ng Orihinal na Medicare. Kung ang aming supplier sa inyong lugar ay wala ng isang partikular na brand o manufacturer, maaari kang humiling sa kanila kung maaari nilang espesyal na orderin ito para sa iyo. Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot. *Mangangailangan ng maagang pag-apruba ang matibay na kagamitang medikal (tinatawag kung minsan na "paunang pahintulot") mula sa amin kung ikaw o ang iyong provider ay gustong humiling ng matibay na kagamitang medikal na ibinibigay ng isang hindi gustong supplier.*	

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.
	
	Pandaigdigang saklaw.*
	Wala kang pinagsamang taunang limit para sa emergency na pangangalaga o agarang kinakailangang mga serbisyo sa labas ng Estados Unidos bawat taon.
	
	*Hindi nalalapat sa maximum na limit ng plan na mula sa sariling bulsa ang mga serbisyong nasa labas ng Estado Unidos at mga teritoryo nito.
		$0
		
		Kung makatanggap ka ng pangangalagang pang-emergency sa isang ospital na wala sa network at kailangan ng pangangalagang inpatient pagkaraang mapatatag ang iyong emergency, dapat kang bumalik sa isang ospital na nasa network upang ipagpatuloy na saklawin ang iyong pangangalaga *O* dapat na ang iyong inpatient na pangangalaga ay sa ospital na wala sa network na awtorisado ng plan at ang iyomg gastos ay ang hatian ng gastos na babayaran mo 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. Binabayaran namin ang 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 (IUC/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 kondisyong 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 kaugnay ng henetiko Binabayaran din namin ang ilan sa iba pang mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Gayunpaman, dapat kang gumamit ng 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

	Mga programang pagtuturo ng kalusugan at wellness 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	$0 na copay para sa mga nasusulat na babasahin sa edukasyong pangkalusugan, kasama ang mga newsletter.

	Mga programang tumutulong sa iyo na makapanatiling malusog. Kasama sa mga sakop na serbisyo ang:
	• Mga nasusulat na materyal na edukasyong pangkalusugan, kasama ang mga newsletter
	• Mga programang pang-edukasyon
	• Ang mga programang pang-edukasyon na nakapokus sa mga kalagayan ng kalusugan, tulad ng:
	  ○ Mataas na Presyon ng Dugo
	  ○ Kolesterol
	  ○ Asma
	  ○ Espesyal na diyeta
	• Mga Progaramang Pang-edukasyon na dinisenyo upang mapasulong ang iyong kalusugan at istilo ng pamumuhay, kabilang ang:
	  ○ Pangangasiwa ng timbang
	  ○ Fitness
	  ○ Pangangasiwa ng stress
		$0 para mga programang pang-edukasyon na ibinibigay ng isang lokasyong aprubado ng plan.

	NurseHelp 24/7 Magkaroon ng kumpidensyal na sarilinang pakikipag-usap online sa isang rehistradong nars, 24 na oras kada araw. Kapag may alalahanin ka na medikal, sa isang tawag sa aming libreng hotline makakausap mo ang isang rehistrading nars na makikinig sa iyong mga alalahanin at tutulungan ka sa paggawa ng isang solusyon. Tumawag sa 1-877-304-0504 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

	Mga programang pagtuturo ng kalusugan at wellness (ipinagpatuloy)* **SilverSneakers® Fitness** Matutulungan ka ng SilverSneakers na mamuhay nang mas malusog at mas aktibong buhay sa pamamagitan ng fitness at koneksyon sa lipunan. Saklaw ka para sa bepisyo sa fitness sa pamamagitan ng SilverSneakers sa mga kasaling lokasyon[1]. Mayroon kang access sa mga tagapagturo na namumuno sa mga klase ng ehersisyo ng espesyal na dinisenyong grupo[2]. Sa mga kasaling lokasyon sa buong bansa[1], maaari kang kumuha ng mga klase[2] at gumamit ng mga kagamitan sa pag-eehersisyo at iba pang pasilidad. Bukod diyan, nagbibigay sa iyo ang SilverSneakers FLEX® ng mga opsyon upang maging aktibo sa labas ng mga tradisyunal na gym (gaya ng mga sentrong panlibangan, mall at parke). Ikinokonekta ka rin ng SilverSneakers sa isang network ng mga tagasuporta at mga virtual na klase sa pamamagitan ng SilverSneakers LIVE™, SilverSneakers On--Demand™ na mga video at ang aming mobile app, SilverSneakers GO™. Makakukuha ka rin ng access sa Stitch[3], isang online na social site para sa mga matatanda, kung saan maaari kang sumali sa personal at online na mga aktibidad at kaganapan. Lahat ng kailangan mo para magsimula ay ang iyong personal na numero ng ID sa SilverSneakers. Pumunta sa Silversneakers.com upang malaman pa ang tungkol sa iyong benepisyo o tumawag sa 1-888-423-4632 [TTY: 711] Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. ET. **Laging makipag-usap sa iyong doktor bago magsimula sa isang programa ng pag-eehersisyo.** [1]Hindi pag-aari o pinatatakbo ng Tivity Health, Inc. o mga kaanib nito ang mga kasaling lokasyon (“PL”). Limitado ang paggamit ng mga pasilidad at amenity ng PL sa mga tuntunin at kondisyon ng basic membership sa PL. Nag-iiba-iba ang mga pasilidad at amenity ng PL. [2]Kasama sa membership ang mga panggrupo na klase ng fitness na pinamumunuan ng tagapagturo ng SilverSneakers. Nag-aalok ang ilang lokasyon ng mga karagdagang klase sa mga miyembro. Nag-iiba-iba ang mga klase ayon sa lokasyon. Ang [3]Stitch ay isang third-party provider at hindi pag-aari o pinatatakbo ng Tivity Health o mga kaanib nito. SilverSneakers Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga programang pagtuturo ng kalusugan at wellness (ipinagpatuloy)* dapat mayroong serbisyo ng internet ang mga miyembro para ma-access ang serbisyo ng Stitch. Responsibilidad ng miyembro ng SilverSneakers ang mga singil sa serbisyo ng internet. **Sistema ng Pagtugon sa Personal na Emergency (PERS)** – isang sistema ng pagsubaybay sa alertong medikal na nagbibigay ng access sa tulong nang 24/7, sa pagpindot ng isang button. Ibinibigay ng LifeStation® ang iyong mga benepisyo sa PERS at kasama ang: • Isang personal na emergency response system • Pagpili ng isang in-home system o mobile device na may GPS/WiFi • Buwanang pagsubaybay • Mga kinakailangang charger at kurdon Upang makuha ang PERS at magsimulang tumanggap ng mga serbisyo, tumawag sa pangkat ng LifeStation 24/7 sa 1-855-672-3269 (TTY:711) o bumisita sa **blueshieldca.com/PERS**. * Hindi nalalapat ang mga serbisyo sa pinakamataas na limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng plano.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo sa pandinig Mga diyagnostikong pagsusuri sa pandinig at balanse na isinagawa ng iyong PCP upang matiyak kung kailangan mo ng medikal na gamutan ay sasakupin bilang pangangalaga para sa outpatient kapag ibinigay ng isang doktor, audiologist, o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo. • Mga rutinang (hindi saklaw ng Medicare) eksaminasyon sa pandinig (kailangan ang paunang pag-apruba mula sa iyong PCP).* • Mga hearing aid* • * Hindi nalalapat ang mga serbisyo sa pinakamataas na limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng plano.	• Magbabayad ka ng $0 para sa saklaw ng Medicare na mga diyagnostikong eksaminasyon sa pandinig. • Magbabayad ka ng $0 para sa isang rutinang eksaminasyon sa pandinig kada taon. • Magbabayad ka ng $0 para sa pagsusukat/pagsusuri ng hearing aid. • Magbabayad ka ng $0 para sa 2 hearing aid (lahat ng uri, magkasama ang parehong tainga) na may presyong hanggang $2,000 bawat taon. Kung pipiliin mo ang mga hearing aid na may presyong mahigit sa $2,000, ikaw ang magbabayad para sa labis na halaga.

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. Binabayaran din namin ang (mga) karagdagang pag-screen ng HIV kapag inirerekomenda ng iyong provider.	$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. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang 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 pangangalaga ng kalusugan sa tahanan, dapat 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	$0 para sa bawat saklaw na pagbisita na kalusugan sa bahay.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Therapy na pagsasalin sa bahay Binabayaran ng aming plan 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. Sinasaklaw ng aming plan 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.	$0 para sa bawat saklaw na pagbisita para sa therapy na pagsasalin sa bahay.
	Paghahatid ng pagkain sa bahay Sa paglabas mula sa inpatient na ospital o pananatili sa pasilidad ng may kasanayang pagkalinga, sinasaklaw namin ang: • 22 pagkain at 10 meryenda kada paglabas • Hahatiin ang mga pagkain at meryenda hanggang sa tatlong magkakahiwalay na paghahatid kung kinakailangan • Ang pagsaklaw ay limitado sa dalawang paglabas kada taon Para sa karagdagang impormasyon, tumawag sa Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan (naka-print ang mga numero ng telepono sa likurang pabalat ng dokumentong ito). * Hindi nalalapat ang mga serbisyo sa pinakamataas na limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng plano	$0 para sa bawat saklaw na paghahatid ng pagkain sa bahay.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa hospisyo 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. Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Dapat kang tulungan ng plan na humanap ng mga programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Ang iyong doktor sa hospisyo ay maaaring isang provider na nasa network o isang provider na wala sa network. Magbabayad ang aming plan para sa mga sumusunod habang nakakatanggap ka ng mga serbisyo ng hospisyo: • Mga gamot para gamutin ang mga sintomas at pananakit • Panandaliang pangangalaga habang nagpapahinga ang tagapag-alaga • Pangangalaga sa tahanan **Ang mga serbisyo ng hospisyo at serbisyo na saklaw ng Medicare Part A o B ay sinisingil sa Medicare.** • Sumangguni sa **Seksyon F** ng kabanatang ito para sa karagdagang impormasyon. **Para sa mga serbisyong saklaw ng aming plan ngunit hindi saklaw ng Medicare Part A o B:** • Sinasaklaw ng aming plan ang mga serbisyong hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o B. Sinasaklaw namin ang mga serbisyo nauugnay man o hindi ang mga ito sa iyong karamdaman na nagtataning sa buhay. Wala *kang babayaran sa* mga serbisyong ito. **Para sa mga gamot na maaaring saklawin ng benepisyo ng Part D ng Medicare ng aming plan:** • Kailanman ay hindi sabay na sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plan ang mga gamot. Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** *ng iyong Handbook ng Miyembro*. **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 (ipinagpapatuloy) **Tandaan:** Kung kailangan mo ng pangangalaga na hindi mula sa hospisyo, tumawag sa iyong care coordinator para ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na hindi mula sa hospisyo ay pangangalaga na **hindi** nauugnay sa iyong karamdaman na nagtataning sa buhay. *Sinasaklaw ng aming plan ang mga serbisyo sa pagkonsulta sa hospisyo (isang beses lamang) para sa isang miyembro na mayroong karamdaman na nagtataning sa buhay na hindi pinili ang benepisyo ng hospisyo.*	
	Pagbabakuna Binabayaran namin ang 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 • Mga bakuna para sa COVID-19 • Iba pang mga bakuna kung ikaw ay nasa panganib at natutugunan ng mga ito ang mga patakaran sa pagsaklaw ng Medicare Part B Binabayaran namin ang iba pang mga bakuna na tumutugon sa mga patakaran sa saklaw ng Medicare Part D. Sumangguni sa **Kabanata 6** ng iyong Handbook ng Miyembro para malaman ang higit pa. Binabayaran din namin ang lahat ng bakuna para sa mga adulto ayon sa inirerekomenda ng Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).	$0 para sa saklaw na pagbabakuna ng Part B ng Medicare.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa ospital para sa inpatient Binabayaran namin ang sumusunod na mga serbisyo at iba pang serbisyong kinakailangan 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 serbisyong radiology • Kinakailangan na mga supply para sa operasyon at paggamot • 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. Ang mga provider ng transplant ay maaaring lokal o nasa labas ng lugar ng serbisyo. Kung ang aming mga serbisyo ng pag-transplant na nasa network ay nasa labas ng pattern ng komunidad ng pangangalaga, maaari mong piliin na pumunta sa lokal hangga't ang lokal na mga provider ng transplant ay handang tumanggap ng rate ng Original Medicare Kung nagbibigay ang Blue Shield TotalDual Plan ng mga serbisyong pag-transplant sa isang lokasyon sa labas ng pattern **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0 Dapat kang kumuha ng pag-apruba mula sa aming plan para makakuha ng pangangalaga na inpatient sa ospital na wala sa network pagkatapos mapatatag ang iyong emergency.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa ospital para sa inpatient (ipinagpapatuloy) • ng pangangalaga para sa mga transplant sa iyong komunidad at pipiliin mong kumuha ng mga transplant sa malayong lokasyong ito, isasaayos namin o babayaran ang angkop na halaga ng tuluyan at masasakyan para sa iyo at sa isang kasama. † • Dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • Mga serbisyo ng doktor **Tandaan:** Para maging isang inpatient, dapat na sumulat ng utos ang iyong tagapagbigay ng serbisyo na pormal kang tanggapin bilang isang inpatient ng ospital. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, maaaring ituring ka pa ring isang "outpatient." Kung hindi ka tiyak kung ikaw ay isang inpatient o isang outpatient, dapat na tanungin mo ang staff ng ospital. Maaari ka ring makaalam ng higit pang impormasyon sa isang fact sheet ng Medicare na tinatawag na "Ikaw ba ay isang Inpatient o Outpatient ng Ospital? Kung Mayroon Kang Medicare – Magtanong!" Ang fact sheet na ito ay available sa Web sa https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-877-486-2048. Makakatawag ka sa mga numerong ito nang libre, 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. † Saklaw lang ang mga transplant kung kukuha nang maaga ng pag-apruba mula sa amin ang iyong doktor o iba pang provider na nasa network (kung minsan tinatawag na "paunang pahintulot").	

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyong inpatient sa isang psychiatric na ospital Binabayaran namin ang mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan ng isipan na nangangailangan ng pamamalagi sa ospital. • Kung kailangan mo ng mga serbisyo na inpatient sa isang nagsasariling psychiatric na ospital, binabayaran namin ang unang 190 araw. Pagkatapos noon, binabayaran ng lokal na ahensya ng county sa kalusugan ng isipan ang mga inpatient na serbisyo para sa may karamdaman sa isipan na kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Ang pahintulot para sa pangangalaga na lampas sa 190 araw ay aayusinsa lokal na ahensya ng county sa kalusugan ng isipan. ○ Ang 190 araw na limitasyon ay **hindi** naaangkop sa mga serbisyo sa kalusugan ng isipan ng inpatient na ibinibigay sa isang yunit para sa may karamdaman sa isipan ng isang pangkalahatang ospital. • Kung 65 taong gulang ka o mas matanda, binabayaran namin ang mga serbisyong natanggap mo sa isang Institusyon para sa Mga Karamdaman sa Pag-iisip (IMD).	$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
	
	Hindi namin babayaran ang iyong pananatili bilang inpatient kung ito ay hindi makatwiran at kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
	
	Gayunpaman, sa ilang sitwasyon kung saan hindi saklaw ang pangangalaga sa inpatient, maaari naming bayaran ang mga serbisyong nakukuha mo habang ikaw ay nasa ospital o nursing facility. Upang malaman ang higit pa, makipag-ugnayan sa Customer Care.
	
	Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang 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 device na pinapalitan ang lahat o bahagi ng:
	  ○ Isang panloob na organ ng katawan (kasama ang magkadikit na tisyu), **o**
	  ○ Ang paggana ng isang hindi gumagana o pumapalyang panloob na organ 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, pagkapudpod, pagkawala, o isang pagbabago sa iyong kondisyon
	• Physical therapy, speech therapy, at occupational therapy
		$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo at supply sa sakit sa bato Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato para magturo ng pangangalaga sa bato at tulungan ka na gumawa ng mga mabuting desisyon tungkol sa iyong pangangalaga. Kailangan mayroon kang stage IV na hindi gumagaling na sakit sa bato, at dapat i-refer ka ng iyong doktor. Sinasaklawin namin ang hanggang sa anim na sesyon ng mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato. • Mga dialysis na paggamot sa outpatient, kabilang ang mga dialysis na paggamot kapag pansamantalang wala sa lugar ng pinagseserbisyuhan, tulad ng ipinaliwanag sa **Kabanata 3** ng iyong *Handbook ng Miyembro*, o kapag pansamantalang hindi available o maa-access ang iyong provider para sa serbisyong ito. • 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, sumangguni sa “Mga inireresetang gamot ng Medicare Part B” sa tsart na ito.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pag-screen ng kanser sa baga Binabayaran ng aming plan ang pag-screen sa kanser sa baga kada 12 buwan kung ikaw ay: • May edad na 50-77, **at** • May 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 20 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, binabayaran ng aming plan ang isa pang pag-screen bawat taon na may nakasulat na tagubilin mula sa iyong doktor o iba pang kuwalipikadong provider.	$0
	Therapy na nutrisyong medikal Ang benepisyo na ito ay para sa mga taong may diabetes o sakit sa bato na walang dialysis. Ito ay para din sa pagkatapos ng isang pag-transplant ng bato kapag *ini-refer* ng iyong doktor. Binabayaran namin ang tatlong oras na one-on-one na mga serbisyo sa pagpapayo sa iyong unang taon na makakatanggap ka ng mga serbisyo ng therapy para sa medikal na nutrisyon sa ilalim ng Medicare. Maaari naming aprubahan ang mga karadagang serbisyo kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan. Binabayaran namin ang para sa dalawang oras na one-on-one na mga serbisyo sa pagpapayo bawa't taon pagkatapos nito. Kung magbabago ang iyong kondisyon, paggamot, o pagsusuri, maaari kang makakuha ng marami pang oras ng paggamot nang may*referral* ng doktor. Dapat ireseta ng doktor ang mga serbisyong ito at muling baguhin ang *referral* bawat taon kung kailangan mo ng paggamot sa susunod na taon sa kalendaryo. Maaari naming aprubahan ang mga karadagang serbisyo kung kinakailangan dala ng medikal na dahilan.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP) Binabayaran ng aming plan ang mga serbisyo ng MDPP. Dinisenyo ang MDDP 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.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Medicare Part B na mga resetang gamot Saklaw ang mga gamot na ito sa ilalim ng Part B ng Medicare. Binabayaran ng aming plan ang mga sumusunod na gamot: • Mga gamot na hindi mo karaniwang ibinibigay sa iyong sarili at iniiniksiyon o inilalagay sa suwero habang kumukuha ka 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 aming 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. Binabayaran namin ang mga gamot na ito kung ikaw ay nakaratay sa kama dahil sa karamdaman, mayroong isang bali sa buto na pinatutunayan ng isang doktor na may kaugnayan sa osteoporosis pagkatapos ng menopause, at hindi makapag-iniksiyon ng gamot nang mag-isa • Mga antigen (gumagawa ng antibody na panlaban sa sakit) • Ilang iniinom na gamot laban sa kanser at mga gamot upang makaiwas sa pagduduwal **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0 (Pakibigay sa iyong doktor o parmasya ang pareho mong Blue Shield TotalDual Plan ID Card at iyong Medical Benefits Identification Card)

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga inireresetang gamot ng Medicare Part B (ipinagpapatuloy) • Ilang partikular na gamot para sa dialysis sa tahanan, kabilang ang heparin, ang antidote para sa heparin (kapag kinakailangan dala ng medikal na dahilan), mga ipinapahid na anesthesia, at mga erythropoiesis-stimulating agent (gaya ng Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) • Ang IV na immune globulin para sa paggamot sa tahanan ng mga sakit na nagpapahina ng resistensiya (primary immune deficiency) Sinasakaklaw din namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming benepisyo sa gamot na inirereseta ng Medicare Part B at Part D. Ipinaliliwanag ng **Kabanata 5** ng iyong Handbook ng Miyembro ang aming benepisyo ng inireresetang gamot para sa outpatient. Ipinapaliwanag nito ang mga patakaran na dapat mong sundin para masaklaw ang mga reseta. Ipinaliliwanag ng **Kabanata 6** ng iyong Handbook ng Miyembro kung ano ang babayaran mo para sa iyong mga inireresetang gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng aming plan.	

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. Kasama sa mga serbisyong binabayaran namin ang, ngunit hindi limitado sa sumusunod: • Semiprivate na kuwarto (o isang pribadong kuwarto kung ito ay kinakailangan dahil sa medikal na kalagayan) • 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 o kinakasama sa panahon na umalis ka sa ospital.	
	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, binabayaran 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. Kausapin mo ang iyong primary care provider para malaman pa.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Opioid treatment program (OTP) na mga serbisyo Binabayaran ng aming plan ang mga sumusunod na serbisyo upang gamutin ang sakit sa paggamit ng opioid (OUD): • Mga aktibidad ng pag-intake • Mga pana-panahong pagsusuri • 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 Binabayaran namin ang sumusunod na mga serbisyo at iba pang serbisyong kinakailangan 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 provider at kumuha ng referral.*	$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 iyong doktor upang malaman kung kailangan mong ipasok sa ospital bilang isang "inpatient."
	  ○ Kung 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/media/11101
	• Mga pagsusuri sa laboratoryo at diagnostic na sisingilin ng ospital
	• Pangangalaga sa kalusugan ng isipan, kasama ang pangangalaga sa isang programa ng bahagyang pagkakaospital, kung papatunayan ng isang doktor na kakailanganin ang inpatient na paggamot nang wala ito
	• 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
	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.
	
	Maaari ka ring makaalam ng higit pang impormasyon sa isang fact sheet ng Medicare na tinatawag na "Ikaw ba ay isang Inpatient o Outpatient ng Ospital? Kung Mayroon Kang
	Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina
		$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyong pang-outpatient ng ospital (ipinagpatuloy) Medicare – Humingi!" Ang fact sheet na ito ay available sa Web sa https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-877-486-2048. Makakatawag ka sa mga numerong ito nang libre, 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. *Maaaring ilapat ang mga panuntunan sa pagpapahintulot sa mga serbisyo. Dapat kang makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.*	

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient Binabayaran namin ang mga serbisyo sa kalusugan ng isipan na ibinibigay ng: • Isang psychiatrist o doktor na lisensyado ng 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 propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan ng isipan na kuwalipikado sa Medicare ayon sa pinahihintulutan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang 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 o 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	$0 para sa bawat pagbisita na indibidwal o therapy ng grupo.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyong panrehabilitasyon sa outpatient Binabayaran 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.	$0
	Mga serbisyong pang-outpatient para sa pag-abuso sa substansya Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang 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)	$0 para sa bawat pagbisita na indibidwal o therapy ng grupo.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pag-oopera sa outpatient Binabayaran 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. **Tandaan:** Kung nagpapaopera ka sa pasilidad ng isang ospital, dapat na sumangguni ka sa iyong tagapagbigay ng serbisyo kung ikaw ba ay isang inpatient o outpatient. Malibang sumulat ang provider ng utos na tanggapin ka bilang inpatient sa ospital, ikaw ay isang outpatient at magbabayad ka ng halaga ng pinaghahating gastos para sa operasyon sa outpatient. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, maaaring ituring ka pa ring isang “outpatient.”	$0 para sa bawat pagbisita sa isang sentro ng operasyon para sa nakakalakad at pasilidad ng ospital para sa outpatient.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga over-the-counter (OTC) na item May karapatan ka sa tuwing ikatlong buwan na allowance na $200 para sa mga gamot at supply na OTC na nakalista sa OTC catalog. 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 blueshieldca.com/medicareOTC. Maaari kang mag-order ng mga item sa telepono sa (888) 628-2770 [TTY: 711], Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 9 a.m. at 5 p.m. o online sa blueshieldca.com/medicareOTC. Ipapadala sa iyo nang walang dagdag na bayad ang mga order mo. Mangyaring maglaan ng humigit-kumulang na 14 na araw ng negosyo para sa paghahatid. Magkakabisa ang benepisyong ito sa unang araw ng bawat tatlong buwan (Enero 1, Abril 1, Hulyo 1, at Oktubre 1). Maaari kang kumuha ng **dalawang order** kada tatlong buwan at hindi magagamit ang hindi nagamit na allowance sa susunod na tatlong buwan. Ilalapat ang ilang limitasyon. Sumangguni sa catalog ng OTC para sa karagdagang impormasyon. * Hindi nalalapat ang mga serbisyo sa pinakamataas na limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng plano.	$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 sentro sa komunidad para sa kalusugan ng isipan sa aming network, sinasaklaw lang namin ang bahagyang pagkakaospital bilang serbisyo ng ospital para sa outpatient.*	$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
	
	Binabayaran namin ang 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 ang mga ito ng iyong doktor upang malaman kung kailangan mo ng paggamot
	
	Ilang serbisyo ng telehealth, kasama ang mga serbisyo ng doktor upang gamuntin ang kondisyong hindi 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 kunin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, dapat gumamit ka ng provider sa network na nag-aalok ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth.
	  ○ Sumangguni sa seksyon na “Mga karagdagang serbisyo ng telehealth” sa Tsart ng mga Medikal na Benepisyo para sa karagdagang impormasyon.
	• 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, pasilidad ng renal dialysis, o sa bahay
	
	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)
	• Mga serbisyo ng telehealth upang i-diagnose, suriin, o gamutin ang mga sintomas ng stroke
	• Mga serbisyo ng telehealth para sa mga miyembro na may karamdaman sa paggamit ng substansya o kasabay na karamdaman sa kalusugan ng isipan
	• Mga serbisyo ng telehealth para sa pag-diagnose, pagsusuri, at paggamot ng mga karamdaman sa kalusugan ng isipan kung:
	  ○ Mayroon kang personal na pagbisita sa loob ng 6 na buwan bago ang iyong unang pagbisita na telehealth
	  ○ Mayroon kang personal na pagbisita bawat 12 buwan habang tinatanggap mo ang mga serbisyo ng telehealth na ito
	  ○ Maaaring gawin ang mga pagbubukod sa mga nabanggit para sa ilang pangyayari
	• Mga serbisyo ng telehealth para sa mga pagbisita para sa kalusugan ng isipan na ibinibigay ng mga Klinika ng Kalusugan sa Rural at mga Sentrong Pangkalusugan na Kwalipikado ng Pederal.
	• Mga virtual na pag-check in (halimbawa, sa telepono o video chat) sa iyong doktor sa loob ng 5-10 minuto **kung**
	  ○ Ikaw ay hindi bagong pasyente **at**
	  ○ Hindi nauugnay ang pag-check-in sa pagbisita sa opisina sa nakalipas na 7 araw **at**
	  ○ Ang pag-check-in 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 ipinadala mo sa iyong doktor at pagbibigay ng kahulugan at pag-follow-up ng iyong doktor sa loob ng 24 na oras **kung**
	  ○ Ikaw ay hindi bagong pasyente **at**
	Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	

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) ○ Walang kaugnayan 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 na nasa 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	
	Mga serbisyo sa paa Binabayaran namin ang 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 • Rutinang (hindi saklaw ng Medicare) pangangalaga ng paa*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pagsusuri na pag-screen ng kanser sa prostate Para sa mga lalaki na nasa edad na 50 at mas matanda, binabayaran 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	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	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. Binabayaran namin ang mga sumusunod na prosthetic device, at maaaring ang iba pang device 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 o 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 Binabayaran din namin ang ilang supply na may kaugnayan sa mga prosthetic device. Nagbabayad din kami para ayusin o palitan ang mga prosthetic device. Naghahandog kami ng ilang pagsaklaw pagkatapos ng pag-alis ng katarata o pag-opera sa katarata. Sumangguni sa “Pangangalaga sa paningin” sa huling bahagi ng tsart na ito para sa mga detalye.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyong panrehabilitasyon ng palahingahan Binabayaran namin ang mga programa ng rehabilitasyon ng palahingahan 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. Binabayaran namin ang mga serbisyo sa palahingahan para sa mga pasyenteng umaasa sa ventilator.	$0
	Pagsusuri at pagpapayo para sa mga sakit na naipapasa sa pakikipagtalik (mga STI) Binabayaran namin ang mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Saklaw ang mga screening na ito para sa mga buntis na kababaihan at para sa ilang tao na nasa nadagdagang panganib para sa isang STI. Ang isang primary care provider ay kailangang iutos ang mga pagsusuri. Sinasaklaw namin ang mga ganitong pagsusuri nang isang beses kada 12 buwan o sa ilang beses sa panahon ng pagbubuntis. Binabayaran 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. Binabayaran lang namin ang mga sesyon sa pagpapayo na 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) Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang 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 ng 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 o 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 o kinakasama sa oras na umalis ka sa ospital	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pinangangasiwaang therapy na ehersisyo (SET) Binabayaran namin 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 ng PAD. Binabayaran ng aming plan ang: • Hanggang 36 na sesyon sa loob ng 12-linggong panahon kung natugunan ang lahat ng kinakailangan ng SET • Karagdagang 36 na sesyon na lampas sa oras 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 mga 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 saklawin ang SET na lampas sa 36 na sesyon sa 12 linggo para sa karagdagang 36 na sesyon sa pinalawig na panahon kung itinuturing na kinakailangan dala ng medikal na dahilan ng isang provider ng pangangalaga ng kalusugan.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Transportasyon: 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** Depende sa serbisyo, maaaring kailanganin ang paunang pahintulot. **Tandaan**: Pinangangasiwaan ng Call the Car ang mga pagsasaayos ng transportasyon. Dapat tumawag ang mga miyembro sa Call the Car sa (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 na oras kada araw, pitong araw kada linggo. Dapat gawin ang pagsasaayos ng transportasyon nang hindi bababa sa 24 na oras nang maaga. Nag-aalok ang Call the Car ng mobile application (CTC-Go) na magagamit ng mga miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan upang ikoordina ang transportasyon sa pangangalaga ng kalusugan. Pinapayagan ka ng CTC-Go na suriin ang iyong paparating o nakalipas na pagpapareserba, i-rate ang iyong biyahe, subaybayan ang iyong tsuper, kanselahin ang isang kasalukuyang pagpapareserba, at mag-iskedyul ng bagong pagpapareserba. Magagamit ang CTC-Go sa iOS at Android. Maghanap sa iyong app store para sa “CTC-Go” at i-download ang application. ** Hindi nalalapat ang mga serbisyo sa pinakamataas na limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng plano.*	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Transportasyon: 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. Kinakailangan ang sasakyan para sa layunin ng pagkuha ng kinakailangang medikal na pangangalaga, kasama ang pagbiyahe patungo sa mga appointment para sa ngipin at upang kumuha ng mga inireresetang gamot. Hindi nililimitahan ng benepisyong ito ang iyong benepisyo sa medikal na transportasyon na hindi pang-emergency.	$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 medikal na pangangalaga, **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 makuha ito mula sa isang provider na nasa network. Gayunman, maaari mong gamitin ang mga provider na wala sa network kapag hindi ka makapunta sa provider na nasa network (halimbawa, kapag nasa labas ka ng lugar na pinagseserbisyuhan ng plan o tuwing Sabado at Linggo). Pandaigdigang saklaw.* Wala kang pinagsamang taunang limit para sa emergency na pangangalaga o agarang kinakailangang mga serbisyo sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito. Hindi nalalapat sa maximum na limit ng plan na mula sa sariling bulsa ang mga serbisyong nasa labas ng Estado Unidos at mga teritoryo nito. * Hindi nalalapat ang mga serbisyo sa pinakamataas na limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng plano.	$0

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa paningin* Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Rutinang Eksaminasyon sa Mata • Mga contact lens o salamin sa mata (mga frame at lens) Ang *paunang pahintulot (maagang pag-apruba)* ***AY*** *kinakailangan para sa rutinang eksaminasyon sa mata at mga materyales*. Gamitin ang *Direktoryo para sa Paningin* o pumunta sa **blueshieldca.com/find-a-doctor** para humanap ng isang provider na kasali sa network ng Vision Service Plan (VSP) (Blue Shield Vision Plan Administrator). * Hindi nalalapat ang mga serbisyo sa pinakamataas na limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa ng plano. Binabayaran namin ang mga serbisyo ng doktor para sa outpatient para sa pag-diagnose 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, binabayarin namin ang isang screening ng glaucoma kada taon. Kasama sa mga tao na 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 Binabayaran namin ang isang pares ng salamin sa mata 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.	Magbabayad ka ng $0 para sa isang eksaminasyon kada taon. Magbabayad ka ng $0 para sa alinman sa mga contact lens **O** para sa isang pares ng salamin sa mata (mga frame at lens) na may presyong hanggang $300 bawat taon. Kung pipiliin mo ang mga contact lens o salamin sa mata (mga frame at lens) na may presyong mahigit sa $300, ikaw ang magbabayad para sa labis na halaga.

Saklaw ng mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat mong bayaran
	"Welcome to Medicare" na pagbisita upang makaiwas sa sakit Sinasaklaw namin ang isang beses na "Welcome to Medicare" na pagbisita upang makaiwas 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

Tsart ng Pamamaraan ng mga Benepisyo ng Regular na Pangangalaga ng Ngipin

Kasama ang mga benepisyo ng regular na pangangalaga ng ngipin para sa lahat ng Miyembro sa planong ito

Ipinakikita ng sumusunod na ***Tsart ng Pamamaraan ng mga Benepisyo ng Regular na Pangangalaga ng Ngipin*** ang partikular na mga pamamaraan sa pangangalaga ng ngipin na saklaw ng benepisyo ng regular na pangangalaga ng ngipin at kung ano ang babayaran mo para sa mga pamamaraang iyon. Ang mga serbisyong nakalista ay mga saklaw na benepisyo kapag ibinigay ng isang nasa network at lisensyadong dentista at kapag kinakailangan at nakaugalian ayon sa tinukoy ng mga pamantayan ng karaniwang tinatanggap na mga kasanayan sa pangangalaga ng ngipin.

Mahalaga: Mangyaring tandaan na hindi saklaw ang mga pamamaraan na hindi nakalista.

Mahalaga: Hindi saklaw ang ilang serbisyo sa ngipin sa ilalim ng anumang kundisyon (kilala rin bilang mga Pagbubukod) at saklaw lang ang ilang serbisyo sa ngipin sa ilalim ng mga partikular na kundisyon (kilala rin bilang mga Limitasyon).

Mangyaring sumangguni sa “Mga pangkalahatang limitasyon” at “Mga pangkalahatang pagbubukod” na nakalista pagkatapos nitong tsart ng mga benepisyo para sa karagdagang impormasyon.

Ibibigay ang mga benepisyo para sa mga partikular na pamamaraan sa ngipin na kinakailangan upang gamutin ang tinukoy na emergency, masakit o nakahahawang talamak na mga kondisyon ng ngipin, o kapag ibinigay sa paraang naaayon sa pamantayan ng pangangalaga na propesyonal na kinikilala. Inilalaan ng Plan ang karapatan sa pagsusuring administratibo, ng isang dental na direktor ng Plan, sa isinumiteng dokumentasyon ng naturang mga kondisyon para sa pagtukoy ng pagsaklaw.

Kasama ang sumusunod sa mga kondisyon na kinakikitaan ng malubhang pananakit o impeksiyon:

- Malubhang pananakit na nangangailangan ng agarang root canal;
- Malubhang pananakit na nangangailangan ng pagbunot ng ngipin o pagtanggal at/o paghiwa at pagpapatuyo;
- Malubhang nana sa gilagid na nangangailangan ng emergency na mga pamamaraan sa gilagid.

Kabilang sa emergency na mga kondisyon na pagpapanumbalik ang mga sumusunod:

- Isang ngipin na sumasailalim sa pagpapanumbalik na sinimula bilang isang (Pangunahing Pagpapanumbalik) pagpasta, ngunit dahil sa lawak ng pagkabulok/basag na natagpuan sa panahon ng pagpapanumbalik nito, ay kailangan ngayon na magkaroon ng (Malaking Pagpapanumbalik) paglalagay ng cast crown.

Nakalista ang mga serbisyo sa kodigo ng pamamaraan ng American Dental Association (ADA) batay sa kasalukuyang terminolohiya sa ngipin. Hinihingi ng batas ng pederal na gamitin ang kodigo ng ADA upang iulat ang mga pamamaraan sa ngipin. Maaaring baguhin ang mga kodigo ng pamamaraan paminsan-minsan ng ADA. Kaya, maaaring baguhin ng Plan ang listahan ng kodigong ito ayon sa hinihingi ng batas. Maaari kang makakuha ng naka-update na listahan ng kodigo ng ADA sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa departamento ng serbisyo sa customer ng Dental Plan Administrator (DPA) sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban kung holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado at Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

ADA Code	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran
Mga Serbisyong Diyagnostiko		
D0150	Komprehensibong pagsusuri ng bibig - bago o dating pasyente	$0
D0171	Muling pagsusuri, pagbisita sa opisina pagkatapos ng operasyon	$0
D0190	Screening ng pasyente	$0
D0191	Pagsusuri ng pasyente	$0
D0251	Radiographic na larawan ng extra-oral posterior na ngipin	$0
D0415	Koleksyon ng mga microorganism para sa pagkultura at pagiging sensitibo	$0
D0425	Pagsusuri sa pagiging madaling tablan ng pagkabulok ng ngipin	$0
D0460	Mga pagsusuri sa pulp vitality	$0
D0470	Mga cast ba diyagnostiko	$0
D0472	Pag-access ng tisyu, kabuuang eksaminasyon, paghahanda at pagpapadala ng nakasulat na ulat	$0
D0473	Pag-access ng tisyu, kabuuan at microscopic na eksaminasyon, paghahanda at pagpapadala ng nakasulat na ulat	$0
D0474	Pag-access ng tisyu, kabuuan at microscopic na eksaminasyon, kasama ang pagsusuri ng mga surgical margin para sa pagkakaroon ng sakit, paghahanda at pagpapadala ng nakasulat na ulat	$0
Mga Serbisyo upang Makaiwas sa Sakit		
D1110	Prophylaxis – adulto	$0
D1206	Direktang pagpapahid ng fluoride varnish	$0
D1208	Direktang pagpapahid ng fluoride - hindi kasama ang varnish	$0
D1353	Pagkukumpuni ng sealant - bawat ngipin	$10
D1520	Maintainer ng espasyo - natatanggal – unilateral – bawat quadrant	$70
Mga Serbisyong Pagpapanumbalik		
D2140	Amalgam - isang surface, pangunahin o permanente	$0
D2510	Inlay - metallic - isang surface	$170
D2520	Inlay - metallic - dalawang surface	$180
D2530	Inlay - metallic - tatlo o marami pang surface	$190
D2542	Onlay - metallic - dalawang surface	$185
D2543	Onlay - metallic - tatlong surface	$195
D2544	Onlay - metallic - apat o marami pang surface	$215
D2610	Inlay - porselana/ceramic - isang surface	$295
D2620	Inlay - porselana/ceramic - dalawang surface	$330

ADA Code	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran
D2630	Inlay - porselana/ceramic - tatlo o marami pang surface	$350
D2642	Onlay - porselana/ceramic - dalawang surface	$325
D2643	Onlay - porselana/ceramic - tatlong surface	$360
D2644	Onlay - porselana/ceramic - apat o marami pang surface	$380
D2650	Inlay - composite/resin - isang surface	$195
D2651	Inlay - composite/resin - dalawang surface	$220
D2652	Inlay - composite/resin - tatlo o marami pang surface	$255
D2662	Onlay - composite/resin - dalawang surface	$250
D2663	Onlay - composite/resin - tatlong surface	$275
D2664	Onlay - composite/resin - apat o marami pang surface	$320
D2720	Crown - resin na may mataas na noble metal	$320
D2722	Crown - resin na may noble metal	$260
D2750	Crown - porselana na isinama sa mataas na noble metal	$380
D2752	Crown - porselana na isinama sa noble metal	$320
D2753	Crown - porselana na isinama sa titanium at mga titanium alloy	$380
D2780	Crown, 3/4 cast na mataas na noble metal	$380
D2782	Crown, 3/4 cast na noble metal	$320
D2790	Crown- full cast na mataas na noble metal	$380
D2792	Crown - full cast na noble metal	$320
D2794	Crown - titanium	$380
D2921	Muling pagkakabit ng kapirasong ngipin, gilid o tulis ng pangkagat na ngipin	$50
D2929	Prefabricated na porselana/ceramic na crown - pangunahing ngipin - nasa harap	$75
D2940	May proteksyon na pagpapanumbalik	$0
D2981	Inlay na pagkukumpuni na dulot ng pagkabigo ng materyal sa pagpapanumbalik	$25
D2982	Onlay na pagkukumpuni na dulot ng pagkabigo ng materyal sa pagpapanumbalik	$25
D2983	Veneer na pagkukumpuni na dulot ng pagkabigo ng materyal sa pagpapanumbalik	$25
Mga Serbisyong Endodontic		
D3110	Pulp cap - direkta (hindi kasama ang panghuling pagpapanumbalik)	$0
D3331	Paggamot ng nakabara sa root canal, pag-access na hindi operasyon	$0

ADA Code	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran
D3333	Pagkukumpuni ng loob ng ngipin ng mga depektong preformation	$50
D3346	Muling paggamot ng dating root canal therapy - nasa harap	$0
D3348	Muling paggamot ng dating root canal therapy - bagang	$0
D3353	Apexification/recalcification - huling pagbisita (kasama ang mga natapos na root	$80
D3450	Root amputation - bawat root	$85
D3920	Hemisection (kasama ang anumang pagtanggal ng root), hindi kasama ang root canal therapy	$150
Mga Serbisyong Periodontic		
D4212	Gingivectomy o gingivoplasty upang payagan ang pag-access para sa pamamaraan na pagpapanumbalik, bawat ngipin	$85
D4240	Pamamaraan na gingival flap, kasama ang pagpaplano ng root - apat o mas maraming contiguous teeth o tooth bounded spaces bawat quadrant	$150
D4241	Pamamaraan na gingival flap - kasama ang pagpaplano ng root - isa hanggang tatlong contiguous teeth o tooth bounded spaces bawat quadrant	$225
D4245	Apically positioned flap	$75
D4260	Osseous surgery (kasama ang pagpasok at pagsasara ng flap) - apat o higit pang contiguous teeth o tooth bounded spaces bawat quadrant	$0
D4263	Graft na pagpapalit ng buto - pinanatiling natural na ngipin - unang lugar sa quadrant	$225
D4264	Graft na pagpapalit ng buto - pinanatiling natural na ngipin - bawat karagdagang lugar sa quadrant	$80
D4270	Pamamaraan na graft ng malambot na tisyu ng pedicle	$225
D4274	Pamamaraan na mesial/distal wedge iisang ngipin (kapag hindi isinagawa kasabay ng mga pamamaraan na operasyon sa parehong lugar	$225
D4277	Libreng pamamaraan na graft ng malambot na tisyu (kasama ang mga lugar ng operasyon ng tatanggap at donor) unang ngipin, implant, o ngipin na edentulous	$295
D4278	Libreng pamamaraan na graft ng malambot na tisyu (kasama ang mga lugar ng operasyon ng tatanggap at donor) bawat karagdagang contiguous tooth, implant, oposisyon ng ngipin na edentulous sa parehong lugar ng graft	$295

ADA Code	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran
D4921	Irigasyon ng gilagid - bawat quadrant	$0
Mga Serbisyong Prosthodontic (Natatanggal)		
D5110	Kumpletong pustiso - panga	$0
D5221	Bahagyang pustiso na immediate maxillary - resin base	$365
D5222	Bahagyang pustiso na immediate mandibular - resin base	$365
D5223	Bahagyang pustiso na immediate maxillary - cast metal framework na may resin denture bases	$415
D5224	Bahagyang pustiso na immediate mandibular-cast metal framework na may resin denture bases	$415
D5225	Bahagyang pustiso na maxillary - flexible base (kasama ang mga materyal na retentive/clasping, mga rest at ngipin)	$180
D5226	Bahagyang pustiso na mandibular - flexible base (kasama ang mga materyal na retentive/clasping mga rest at ngipin)	$180
D5670	Palitan lahat ng ngipin at acrylic sa cast metal framework (maxillary)	$100
D5671	Palitan lahat ng ngipin at acrylic sa cast metal framework (mandibular)	$100
D5710	Rebase na kumpletong pustiso na maxillary	$100
D5711	Rebase na kumpletong pustiso na mandibular	$100
D5720	Rebase na maxillary na bahagyang pustiso	$100
D5721	Rebase na mandibular na bahagyang pustiso	$110
D5820	Pansamantalang bahagyang pustiso (kasama ang mga materyal na retentive/clasping, mga rest at ngipin), maxillary. Kasama ang anumang kinakailangang mga clasp at rest.	$380
D5821	Pansamantalang bahagyang pustiso (kasama ang mga materyal na retentive/clasping, mga rest at ngipin), mandibular. Kasama ang anumang kinakailangang mga clasp at rest.	$320
Mga Serbisyong Prosthodontic (Nakapirmi)		
D6210	Pontic - cast na mataas na noble metal	$380
D6212	Pontic - cast na noble metal	$320
D6240	Pontic - porselana na isinama sa mataas na noble metal	$320
D6242	Pontic - porselana na isinama sa noble metal	$320
D6243	Pontic – porselana na isinama sa titanium at mga titanium alloy	$260
D6250	Pontic - resin na may mataas na noble metal	$330
D6252	Pontic - resin na may noble metal	$350
D6600	Retainer inlay - porselana/ceramic, dalawang surface	$280
D6601	Retainer inlay - porselana/ceramic - tatlo o marami pang surface	$290

ADA Code	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran
D6602	Retainer inlay - cast na mataas na noble metal, dalawang surface	$180
D6603	Retainer inlay - cast na mataas na noble metal, tatlo o marami pang surface	$190
D6604	Retainer inlay - cast na nakararaming base metal, dalawang surface	$210
D6605	Retainer inlay - cast na nakararaming base metal, tatlo o marami pang surface	$220
D6606	Retainer inlay - cast na noble metal, dalawang surface	$325
D6607	Retainer inlay - cast na noble metal, tatlo o marami pang surface	$360
D6608	Retainer onlay - porselana/ceramic, dalawang surface	$285
D6609	Retainer onlay - porselana/ceramic, tatlo o marami pang surface	$295
D6610	Retainer onlay - cast na mataas na noble metal, dalawang surface	$185
D6611	Retainer onlay - cast na mataas na noble metal, tatlo o marami pang surface	$195
D6612	Retainer onlay - cast na nakararaming base metal, dalawang surface	$205
D6613	Retainer onlay - cast na nakararaming base metal, tatlo o marami pang surface	$225
D6614	Retainer onlay - cast na noble metal, dalawang surface	$320
D6615	Retainer onlay - cast na noble metal, tatlo o marami pang surface	$260
D6720	Retainer crown - resin na may mataas na noble metal	$380
D6722	Retainer crown - resin na may noble metal	$320
D6750	Retainer crown - porselana na isinama sa mataas na noble metal	$380
D6752	Retainer crown - porselana na isinama sa noble metal	$380
D6753	Retainer crown– porselana na isinama sa titanium at mga titanium alloy	$320
D6780	Retainer crown- 3/4 cast na mataas na noble metal	$380
D6782	Retainer crown- 3/4 cast na noble metal	$380
D6784	Retainer crown ¾ - titanium at mga titanium alloy	$320
D6790	Retainer crown- buong cast na mataas na noble metal	$45
D6792	Retainer crown- buong cast na noble metal	$320
D6940	Pang-alis ng stress	$45
Mga Serbisyong Operasyon ng Bibig at Maxillofacial		

ADA Code	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran
D7111	Pagbunot, mga coronal remnant - pangunahing ngipin	$0
D7140	Pagbunot, lumabas na ngipin o nakalabas na root (pagtaas at/o pagtatanggal ng mga forcep)	$0
D7210	Pagbunot, lumabas na ngipin nangangailangan ng pagtanggal ng buto, sectioning ng ngipin at kasama ang pagtataas ng mucoperiosteal flap	$0
D7220	Pagtatanggal ng naapektuhang ngipin - malambot na tisyu	$0
D7241	Pagtatanggal ng naapektuhang ngipin - ganap na mabuto, may hindi karaniwang operasyon	$0
D7251	Coronectomy - intensyonal na bahagyang pagtatanggal ng ngipin	$130
D7282	Mobilisasyon ng lumabas o mali ang posisyon na ngipin upang tulungan ang paglabas	$90
D7510	Paghiwa at pagtutuyo ng nana - malambot na tisyu sa loob ng bibig	$0
Mga Serbisyong Orthodontic		
D8010	Limitadong paggamot na orthodontic ng pangunahing kondisyon ng ngipin	$1,150
D8040	Limitadong paggamot na orthodontic para sa kondisyon ng ngipin ng adulto - mga adulto	$1,350
D8090	Komprehensibong paggamot na orthodontic para sa kondisyon ng ngipin ng adulto - mga adulto	$2,100
Mga Pandagdag na Pangkalahatang Serbisyo		
D9311	Pagkonsulta sa propesyonal ng medikal na pangangalaga ng kalusugan	$0
D9450	Pagtatanghal ng kaso ng detalyado at malawak na pagpaplano ng paggamot	$0
D9932	Paglilinis at pagsusuri ng natatanggal na kumpletong pustiso, maxillary	$0
D9933	Paglilinis at pagsusuri ng natatanggal na kumpletong pustiso, mandibular	$0
D9934	Paglilinis at pagsusuri ng natatanggal na bahagyang pustiso, maxillary	$0
D9935	Paglilinis at pagsusuri ng natatanggal na bahagyang pustiso, mandibular	$0
D9943	Mga mga pag-a-adjust ng hindi magkalapat na ngipin	$10
D9944	Occlusal guard – matigas na appliance, buong arko	$100

ADA Code	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran
D9945	Occlusal guard – malambot na appliance, buong arko	$100
D9946	Occlusal guard – matigas na appliance, bahagyang arko	$100
D9975	Panlabas na pagpapaputi para sa aplikasyon sa bahay, bawat arko kasama ang mga materyales at paggawa ng mga pinasadyang tray - limitado sa isang tray ng pagpapaputi at gel para sa loob ng dalawang linggo ng sariling paggamot	$125
D9986	Nalampasang appointment - walang 24 na oras na abiso - bawat 15 minuto ng oras ng appointment	$10
D9987	Kinanselang appointment - walang 24 na oras na abiso - bawat 15 minuto ng oras ng appointment.	$10

TANDAAN: Maliban kung kailangan mo ng mga serbisyo sa ngipin na hindi saklaw ng Medicare, ilalapat lang ang nakalistang mga halaga ng Hati sa Gastos ng Miyembro kapag nakatanggap ka ng mga serbisyo sa ngipin mula sa isang dentista na nasa network (Tingnan ang “Pang-emergency na pangangalaga sa ngipin na hindi saklaw ng Medicare”).

TANDAAN: Dahil nakikipagkontrata ang Blue Shield sa Medicare bawat taon, maaaring maging hindi available itong mga regular na benepisyo sa ngipin sa susunod na taon.

Pagkuha ng Regular na Pangangalaga sa Ngipin

Panimula

Pinangangasiwaan ang Plan sa ngipin ng Blue Shield ng isang nakakontratang Dental Plan Administrator (DPA), isang entidad na nakikipagkontrata sa Blue Shield para pangasiwaan ang paghahatid ng mga serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng isang network ng mga nakakontratang dentista. Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa impormasyon na narito sa seksyon ng ngipin, kailangan ng tulong, o mayroong anumang problema, maaari kang makipag-ugnayan sa departamento ng serbisyo sa customer ng DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban kung holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado at Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Bago Kumuha ng Regulara na mga Serbisyo sa Ngipin

Responsable ka sa pagtiyak na ang pinili mong dentista ay isang dentista na nasa network.

TANDAAN: Maaaring magbago ang katayuan ng isang dentista na nasa network. Obligasyon mong patunayan kung ang iyong dentista ay kasalukuyang isang dentista na nasa network kung

sakaling nagkaroon ng anumang pagbabago sa listahan ng mga nakakontratang dentista. Makukuha ang isang listahan ng mga dentista na nasa network na matatagpuan sa iyong lugar sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa departamento ng serbisyo sa customer ng DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban kung holiday mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado at Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Pagbisita sa Iyong Dentista

Di-magtatagal pagkatapos ng pagpapatala, makakatanggap ka ng membership packet mula sa DPA na nagsasabi ng petsa na magsisimula ang iyong mga benepisyo at ang address at numero ng telepono ng iyong dentista na nasa network o dentista ng pangunahing pangangalaga (PCD). Pagkatapos ng petsa ng pagsisimula na nasa iyong membership packet, maaari kang kumuha ng mga saklaw na serbisyo sa pangangalaga ng ngipin. Para gumawa ng appointment, tumawag lamang sa pasilidad ng iyong PCD at tukuyin ang iyong sarili bilang isang Miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan. Dapat maiskedyul ang unang mga appointment sa loob ng apat na linggo maliban kung hiniling ang partikular na panahon. Dapat idirekta ang mga tanong tungkol sa pagiging available ng mga appointment at pagiging naa-access ng mga dentista sa departamento ng serbisyo sa customer ng DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban kung holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado at Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

TANDAAN: Dapat pumunta ang bawat Miyembro sa kanyang nakatalagang PCD upang kumuha ng mga saklaw na serbisyo, maliban para sa mga serbisyong ibinibigay ng isang espesyalista na nauna nang pinahintulutan sa pagsulat ng DPA, o para sa mga hindi Medicare na serbisyong pang-emergency na pangangalaga sa ngipin. Anumang ibang paggamot ay hindi saklaw sa ilalim ng Blue Shield TotalDual Plan.

Dapat kang makipag-ugnayan sa iyong PCD para sa lahat ng pangangailangan sa pangangalaga ng ngipin kasama ang mga serbisyo upang makaiwas sa sakit, regular na mga problema sa ngipin, pagkonsulta sa mga espesyalista ng plan, at mga serbisyong pang-emergency (kapag maaari). Responsable ang PCD sa pagbibigay ng pangkalahatang mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin at pagkoordina o pagsasaayos ng referral sa iba pang kinakailangang espesyalista ng plan. Dapat pahintulutan ng Plan ang mga naturang referral.

Hindi binabayaran nitong Plan sa ngipin na nasa network lang ang mga benepisyo sa mga dentista na wala sa network. Hindi sasaklawin ang mga serbisyong nakuha mula sa isang dentista na wala sa network, maliban kung mayroong emergency sa ngipin. Kapag nakatanggap ka ng mga serbisyo mula sa isang dentista na wala sa network, magiging responsable ka sa pagbabayad sa dentista nang direkta para sa buong halaga na siningil ng dentista.

TANDAAN: Maaaring malaman ng mga miyembrong hindi nagpatuloy sa kanilang regular na mga appointment sa ngipin (minsan bawat 6 na buwan) na kailangan nila ang mga serbisyong sangkot ang periodontal scaling at root planing bago ang regular na pangangalaga gaya ng magagawa ng mga regular na paglilinis o ibibigay.

Mga Copayment ng Miyembro

Bago ang pagsisimula ng iyong paggamot, magdidisenyo ang iyong dentista ng plano ng paggamot upang matugunan ang iyong mga indibidwal na pangangailangan. Pinakamahusay na talakayin ang iyong plano ng paggamot at mga pananagutang pinansyal sa iyong dentista bago simulan ang paggamot.

Dapat bayaran ang mga copayment sa panahon ng serbisyo o pagsisimula ng pangangalaga.

Kung kailangan mo ng karagdagang tulong sa pagkuha ng impormasyon tungkol sa iyong plano ng pangangalaga o kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa mga Copayment na sinisingil ka para sa mga saklaw na pamamaraan sa ngipin, maaari kang makipag-ugnayan sa departamento ng serbisyo sa customer ng DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban kung holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado at Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Pagpili ng dentista ng pangunahing pangangalaga

Sa panahon ng pagpapatala, dapat kang pumili ng isang dentista na nasa network na maging iyong PCD. Kung mabigo kang pumili ng isang dentista na nasa network o maging hindi available ang napiling dentista na nasa network, hihilingin ng DPA ang pagpili ng isa pang dentista na nasa network o itatalaga sa iyo ang isang dentista na nasa network. Maaari mong palitan ang iyong nakatalagang dentista na nasa network sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa departamento ng serbisyo sa customer ng DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban kung holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at mula Lunes hanggang Biyernes mula Abril 1 hanggang Setyembre 30. Upang masiguro na naabisuhan ang iyong dentista na nasa network at na tama ang mga listahan ng kuwalipikasyon ng DPA, dapat hilingin ang mga pagbabago sa mga dentista na nasa network bago ang ika-21 ng buwan para magkabisa ang mga pagbabago sa unang araw ng susunod na buwan.

Kung hindi na nakikipagkontrata ang iyong dentista sa Blue Shield TotalDual Plan DPA

Kung ang napili mong dentista na nasa network ay hindi na makapagpatuloy sa ilalim ng kontrata sa DPA dahil hindi niya kayang magsagawa o lumabag sa kontrata, o kung kinansela

ng DPA ang kontrata, aabisuhan ka ng DPA sa loob ng hindi bababa sa 30 araw bago magkabisa ang petsa ng pagtatapos ng dentista para makapili ka ng isa pang dentista.

Kung inabisuhan ka ng DPA sa pangangailangan na pumili ng isa pang dentista para sa kadahilanang ito, hindi sisingilin ang mga bayad para sa pagkopya at paglipat ng mga X-ray o iba pang rekord. At, tatapusin ng dentista na nasa network ang (a) isang bahagya o buong pustiso na kung saan ginawa ang panghuling impresyon, at (b) lahat ng gawain sa bawat ngipin na kung saan nagsimula ang gawain (gaya ng pagtapos sa mga nagaganap na root canal at paghahatid ng mga crown kapag naihanda na ang mga ngipin).

Pang-emergency na pangangalaga sa ngipin na hindi saklaw ng Medicare

Ang ibig sabihin ng mga serbisyong pang-emergency na hindi saklaw ng Medicare ay pangangalaga na ibinibigay ng isang dentista upang gamutin ang isang kondisyon ng ngipin na nagpapakita bilang isang sintomas na sapat ang tindi, kasama ang matinding pananakit, na kung saan ang kawalan ng agarang atensyon ay maaaring asahan ng Miyembro na magresulta sa alinman sa: (i) paglalagay sa kalusugan ng ngipin ng Miyembro sa malubhang panganib, o (ii) malubhang paghina ng mga paggana ng ngipin.

Pang-emergency na pangangalaga sa ngipin sa loob ng lugar na hindi saklaw ng Medicare

Kung sa pakiramdam mo ay kailangan mo ng pang-emergency na pangangalaga sa ngipin na hindi saklaw ng Medicare at ikaw ay nasa Lugar na Pinagseserbisyuhan ng Blue Shield TotalDual Plan, agad na tumawag sa iyong nakatalagang dentista na nasa network. Papayuhan ka ng tauhan ng opisina ng dentista kung ano ang gagawin.

Pang-emergency na pangangalaga sa ngipin sa labas ng lugar na hindi saklaw ng Medicare

Kung nasa labas ka ng Lugar na Pinagseserbisyuhan ng Blue Shield TotalDual Plan at kailangan ng pang-emergency na pangangalaga sa ngipin na hindi saklaw ng Medicare, maaari kang kumuha ng paggamot mula sa sinumang lisensyadong dentista. Saklaw ang mga serbisyong iyong natatanggap mula sa dentista na nasa labas ng lugar hanggang $100 (babawasin ang anumang naaangkop na mga Copayment ng Miyembro) hangga't ang paglipat sa isang Provider na nasa Network ay panganib sa iyong kalusugan.

Pagbabalik ng bayad para sa pang-emergency na pangangalaga sa ngipin sa labas ng lugar na hindi saklaw ng Medicare

Babayaran ka hanggang $100 (babawasin ang anumang naaangkop na mga Copayment ng Miyembro) para sa gastos ng saklaw na pang-emergency na mga serbisyo sa ngipin sa labas ng lugar na hindi saklaw ng Medicare. Kapag maaari, dapat mong hilingin sa iyong dentista na magpadala ng bayarin nang direkta sa Blue Shield sa address na nakalista sa ibaba.

Upang kumuha ng pagbabalik ng bayad, isumite ang iyong kahilingan para sa pagbabalik ng bayad, resibo ng bayad, at paglalarawan ng mga ibinigay na serbisyo sa pagsulat sa:

Blue Shield of California
Claims Department
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

May mga limitasyon sa oras sa pagsasampa ng mga claim. Karaniwan, dapat isumite sa Blue Shield ang mga bayarin para sa mga serbisyo sa loob ng isang taon ng petsa ng serbisyo, maliban kung may dahilan sa pagsasampa nang huli.

Susuriin ng aming DPA ang pang-emergency na serbisyo sa ngipin na hindi saklaw ng Medicare na natanggap mo at aabisuhan ka sa loob ng 30 araw mula sa pagtanggap ng claim kung kuwalipikado ka para sa pagbabalik ng bayad. Maliban sa mga pang-emergency na serbisyo sa ngipin na hindi saklaw ng Medicare, magiging responsable ka sa buong bayad ng mga serbisyo sa ngipin na natanggap mo sa labas ng California.

Pagtanggi sa claim na pagbabalik ng bayad para sa pang-emergency na pangangalaga sa ngipin sa labas ng lugar na hindi saklaw ng Medicare

Kung bahagya o ganap na tinanggihan ang iyong claim para sa pagbabalik ng bayad ng pang-emergency na pangangalaga sa ngipin sa labas ng lugar na hindi saklaw ng Medicare, aabisuhan ka ng DPA tungkol sa desisyon, sa sulat. Isasama sa abiso ang partikular na dahilan para sa pagtanggi at sasabihin sa iyo na maaari kang humiling ng muling pagsasaalang-alang ng pagtanggi.

Upang humiling ng muling pagsasaalang-alang ng pagtanggi o bahagyang pagtanggi, magsumite ng nakasulat na abiso sa Blue Shield TotalDual Plan sa loob ng 60 araw sa kalendaryo mula sa petsa na nasa nakasulat na abiso ng pagtanggi.

Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa Kabanata 9 (*Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, at reklamo)*).

Paghingi ng pangalawang opinyon para sa pangangalaga ng ngipin

Maaari kang humiling ng pangalawang opinyon kung hindi ka sumasang-ayon sa o nag-aalinlangan sa diagnosis at/o pagpapasya sa plano ng paggamot na ginawa ng iyong dentista na nasa network. Maaari ding hilingin ng DPA na kumuha ka ng pangalawang opinyon upang

patunayan ang pangangailangan at pagiging angkop ng paggamot ng ngipin o ang aplikasyon ng mga benepisyo.

Ibibigay ang mga pangalawang opinyon ng isang lisensyadong dentista nang napapanahon, naaangkop sa katangian ng iyong kondisyon. Pabibilisin ang mga kahilingan na sangkot ang mga kaso ng napipinto at malubhang banta sa kalusugan (aaprubahan o tatanggihan ang pahintulot sa loob ng 72 oras ng pagtanggap ng kahilingan, kapag maaari). Para sa tulong o karagdagang impormasyon tungkol sa mga pamamaraan at takdang panahon para sa mga pahintulot sa pangalawang opinyon, tumawag sa departamento ng serbisyo sa customer ng DPA sa **866-247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo (maliban kung holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, at tuwing Sabado at Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30 o sumulat sa DPA.

Ibibigay ang mga pangalawang opinyon sa isa pang pasilidad ng dentista na nasa network, maliban kung iba ang pinahintulutan ng DPA. Pahihintulutan ng DPA ang pangalawang opinyon ng isang provider na wala sa network kung hindi available ang isang angkop at kuwalipikadong dentista na nasa network. Babayaran lang ng DPA ang pangalawang opinyon na inaprubahan o pinahintulutan ng DPA. Padadalhan ka ng nakasulat na abiso kung magpasya ang DPA na hindi pahintulutan ang pangalawang opinyon. Kung hindi ka sumasang-ayon sa pagpapasyang ito, maaari kang magsampa ng isang apela sa Blue Shield TotalDual Plan. Sumangguni sa seksyon na *Karaingan at mga Apela* para sa karagdagang impormasyon.

Koordinasyon ng mga benepisyo

Nagbibigay ng mga benepisyo ang Plan na ito nang hindi isinasaalang-alang ang saklaw ng anumang ibang polisiya ng insurance na panggrupo o anumang ibang programa ng benepisyo sa kalusugan na panggrupo kung sinasaklaw ng ibang polisiya o programa ang mga serbisyo o gastusin bilang karagdagang sa pangangalaga ng ngipin. Kung hindi, ikinokoordina ang mga benepisyong ibinibigay sa ilalim ng Plan na ito ng mga espesyalista o mga dentista na wala sa network sa mga naturang iba pang polisiya ng insurance sa ngipin na panggrupo o anumang programa ng benepisyo sa ngipin na panggrupo. Ang pagpapasya ng kung aling polisiya o programa ang pangunahin ay pamamahalaan ng mga tuntunin na nakasaad sa kontrata.

Kung pangalawa ang Plan na ito, babayaran nito ang mas mababa sa:

- Halaga na dapat binayaran nito kapag wala ang anumang ibang saklaw ng benepisyo sa ngipin, o;
- Ang kabuuang gastos mula sa sariling bulsa ng Miyembro na babayaran sa ilalim ng pangunahing plano ng benepisyo sa ngipin hangga't ang mga benepisyo ay saklaw sa ilalim ng Plan na ito.

Dapat magbigay ang Miyembro sa DPA at maaaring maglabas o kumuha ang DPA mula sa alinmang kompanya ng insurance o ibang organisasyon, ng anumang impormasyon tungkol sa Miyembro na kinakailangan upang ipagkaloob ang koordinasyon ng mga benepisyo. Tutukuyin ng DPA, sa sarili nitong pagpapasya, kung ang anumang pagbabalik ng bayad sa isang kompanya ng insurance o ibang organisasyon ay may garantiya sa ilalim ng koordinasyon ng mga probisyon ng mga benepisyo na inilalarawan dito, at anumang naturang ibinayad na kabayaran ay ipapalagay na mga benepisyo sa ilalim ng kontratang ito. Magkakaroon ng karapatan ang DPA na bawiin mula sa isang dentista, Miyembro, kompanya ng insurance o ibang organisasyon, na pinili ng DPA, ang halaga ng anumang benepisyong binayaran ng DPA na lumalampas sa mga obligasyon nito sa ilalim ng probisyon ng koordinasyon ng mga benepisyo na inilalarawan dito.

Proseso ng karaingan at mga apela

Pangako namin sa iyo na siguraduhin hindi lang ang kalidad ng pangangalaga, ngunit maging ang kalidad sa proseso ng paggamot. Umaabot itong kalidad ng paggamot mula sa mga propesyonal na serbisyo na ibinibigay ng mga dentista na nasa network hanggang sa kagandahang-loob na ibinibigay sa iyo ng aming mga kinatawan sa telepono. Kung mayroon kang anumang tanong o reklamo tungkol sa kuwalipikasyon, ang pagtanggi sa mga serbisyo sa ngipin o mga claim, sa mga polisiya, pamamaraan o operasyon ng DPA o ang kalidad ng mga serbisyo sa ngipin na isinagawa ng isang dentista na nasa network, mayroon kang karapatan na magsampa ng karaingan o apela sa Blue Shield TotalDual Plan. Mangyaring pumunta sa *Kabanata 9: Anong gagawin kapag may problema ka o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)* para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano magsampa ng karaingan o apela. Kung mayroon kang anumang tanong, tumawag sa DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban kung holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado at Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30. Maaari ka ring makipag-ugnayan sa Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan (naka-print ang mga numero ng telepono sa likurang pabalat ng dokumentong ito).

Mga karaniwang limitasyon para sa regular na HMO Plan sa ngipin

1. Limitado ang mga eksaminasyon sa bibig sa isa (1) bawat tatlong (3) taon sa kalendaryo, bawat provider o lokasyon (D0150).

2. Limitado ang prophylaxis o scaling sa dalawa (2) bawat taon sa kalendaryo (D1110).

3. Limitado ang paglalagay ng topical fluoride (hindi kasama ang varnish) sa dalawa (2) bawat taon sa kalendaryo (D1208).

4. Crown – limitado ang porselanang isinama sa noble metal sa 2 bawat taon sa kalendaryo bawat pasyente (D2750).

5. Pustiso – bahagyang pustiso na immediate maxillary – cast metal framework na may resin denture bases 1 bawat 5 taon sa kalendaryo. (D5223).

6. Periodontics - pamamaraan na gingival flap - kasama ang pagpaplano ng root planing -isa hanggang tatlo na contiguous teeth o tooth bounded spaces bawat quadrant (D4241).

7. Limitado ang bahagyang pustiso sa isa (1) sa alinmang labindalawang (12) magkakasunod na mga buwan (D5820 and D5821).

8. Ibabatay ang gastos ng Miyembro na tumatanggap ng orthodontic na paggamot na ang saklaw ay kinansela o tinapos para sa anumang kadahilanan sa karaniwang bayad para sa plano ng paggamot sa Orthodontist na nasa network. Ipo-prorate ng Orthodontist na nasa network ang halaga para sa bilang ng mga buwan na nalalabi para tapusin ang paggamot. Magbabayad nang direkta ang Miyembro sa Orthodontist na nasa network ayon sa napagkasunduan.

Mga karaniwang pagbubukod para sa regular na HMO Plan sa ngipin

1. Anumang pamamaraan na hindi partikular na nakalista sa *Tsart ng Pamamaraan ng mga Benepisyo ng Regular na Pangangalaga ng Ngipin*.
2. Anumang pamamaraan na sa propesyonal na opinyon ng dentista na nasa network:
   a. ay may mahinang prognosis para sa matagumpay na resulta at makatwirang haba ng buhay batay sa kondisyon ng ngipin o mga ngipin at/o mga nakapaligid na istruktura, o
   b. ay hindi naaayon sa karaniwang tinatanggap na mga pamantayan para sa dentistry.
3. Mga serbisyong natatangi para sa mga layuning pangkosmetiko o para sa mga kondisyon na resulta ng pagiging namamana o mga depekto sa paglaki, gaya ng biyak na ngalangala, mga abnormal na pagtubo sa itaas at ibabang panga, nawawalang mga ngipin mula sa pagsilang at mga ngipin na nag-iba ang kulay o kulang na enamel.
4. Nawawala o ninakaw na mga aplliance kasama ang, ngunit hindi limitado sa, buo o bahagyang pustiso, mga space maintainer, mga crown at nakapirming bahagyang pustiso (mga bridge).
5. Mga pamamaraan, appliance o pagpapanumbalik kung ang layunin ay upang baguhin ang vertical na dimension, o upang ma-diagnose o gamutin ang mga abnormal na kondisyon ng temporomandibular joint (TMJ).
6. Mamahaling metal para sa mga natatanggal na appliance, metallic o permanenteng soft bases para sa kumpletong pustiso, porselanang pustisong ngipin, precision abutment para

sa natatanggal na mga bahagya o nakapirming bahagyang pustiso (mga overlay, implant, at appliance na nauugnay doon) at pagsasapersonal at characterization ng kumpleto o bahagyang mga pustiso.

7. Mga appliance at nakakabit sa ngipin na suportado ng implant, paglalagay ng implant, pagpapanatili, pagtatanggal at lahat ng iba pang serbisyo na may kaugnayan sa isang implant ng ngipin.
8. Mga konsultasyon para sa mga hindi saklaw na benepisyo.
9. Mga serbisyo sa ngipin na natanggap mula sa alinmang pasilidad ng dentista bukod sa nakatalagang dentista na nasa network, isang naunang pinahintulutang espesyalista sa ngipin, o isang Orthodontist na nasa network maliban para sa mga pang-emergency na serbisyo sa pangangalaga ng ngipin ayon sa inilarawa sa Katibayan ng Saklaw.
10. Lahat ng nauugnay na bayad para sa pagtanggap, paggamit, o pamamalagi sa isang ospital, sentro ng operasyon para sa outpatient, pinalawig na pasilidad ng pangangalaga, o ibang katulad na pasilidad ng pangangalaga.
11. Mga inireresetang gamot.
12. Mga gastusin sa ngipin na natamo na may kaugnayan sa anumang pamamaraan sa ngipin o orthodontic na nagsimula bago ang kuwalipikasyon ng Miyembro sa Blue Shield TotalDual Plan. Kasama sa mga halimbawa ang: mga ngipin na inihanda para sa mga crown, mga nagaganap na root canal, buo o bahagyang mga pustiso na kung saan nakuha ang isang impresyon at orthodontics.
13. Mga pagbabago sa paggamot na orthodontic na dulot ng anumang uri ng aksidente.
14. Myofunctional at parafunctional na mga appliance at/ o mga therapy.
15. Mga composite o ceramic na bracket, lingual adaptation ng mga orthodontic band at iba pang espesyal o kosmetikong alternatibo sa karaniwang nakapirmi at natatanggal na mga orthodontic na appliance.
16. Pagbunot ng mga ngipin, kapag ang mga ngipin ay asymptomatic/ non-pathologic (walang palatandaan o sintomas ng pathology o impeksiyon), kasama ang ngunit hindi limitado sa pagtatanggal ng ikatlong bagang at mga pagbunot na orthodontic.
17. Limitado ang mga pansamantalang bahagyang pustiso (mga stayplate), kasabay ng mga nakapirmi o natatanggal na appliance, sa pagpapalit ng binunot na anterior na mga ngipin para sa mga adulto sa panahon ng paghilom kapag hindi maidaragdag ang mga ngipin sa isang umiiral na bahagyang pustiso.
18. Limitado ang mga benepisyo para sa programa ng pamamahala ng malambot na tisyu sa mga bahaging iyon, na nakalistang mga saklaw na serbisyo na nakalista sa *Tsart ng Pamamaraan ng mga Benepisyo ng Regular na Pangangalaga ng Ngipin*. Kung tumanggi

ang miyembro sa mga hindi saklaw na serbisyo sa loob ng programa ng pamamahala ng malambot na tisyu, hindi nito tinatanggal o binabago ang iba pang saklaw na benepisyo.

19. Paggamot o mga appliance na ibinibigay ng isang dentista na ang pagsasanay ay dalubhasa sa mga serbisyong prosthodontic.
20. Dapat ibigay ang paggamot na orthodontic ng isang lisensyadong dentista. Hindi saklaw ang orthodontics na ginawa mismo ng pasyente.
21. Hindi saklaw na benepisyo ang pagtatanggal ng nakapirming mga orthodontic na appliance para sa mga kadahilanan bukod sa pagtatapos ng paggamot.

E. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plan

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

E1. California Community Transitions (CCT)

Gumagamit ang programang Mga Pagbalik sa Komunidad ng California (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 hindi bababa sa 90 magkakasunod na araw, na bumalik sa, at manatiling ligtas sa isang kapaligiran ng komunidad. Pinopondohan 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 kapaligiran ng komunidad.

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

Para sa mga serbisyo sa pangangasiwa sa paglipat ng CCT

Binabayaran 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:

Sinisingil kami ng provider para sa iyong mga serbisyo. Binabayaran ng aming plan ang mga ibinigay na serbisyo pagkatapos ng iyong pagbabalik. Wala kang babayaran sa mga serbisyong ito.

Habang nakakatanggap ka ng mga serbisyo sa pangangasiwa sa pagbabalik mula sa CCT, binabayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Tsart ng Mga Benepisyo na nasa **Seksyon D**.

Walang pagbabago sa benepisyo ng saklaw na gamot

Ang programang CCT ay **hindi** sinasaklaw ang mga gamot. Patuloy mong makukuha ang iyong karaniwang benepisyo sa gamot sa pamamagitan ng aming plan. Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** *ng iyong Handbook ng Miyembro.*

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalaga na hindi mula sa pagbabalik sa CCT, tumawag sa iyong care coordinator para ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga sa pagbabalik na hindi CCT ay isang pangangalagang **hindi** nauugnay sa iyong pagbabalik mula sa isang institusyon o pasilidad.

E2. Programang Medi-Cal Dental

Makukuha ang mga partikular na serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Programang Medi-Cal Dental; kasama ngunit hindi limitado sa, mga serbisyong tulad ng:

- Mga paunang eksaminasyon, 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, 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, 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

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. Maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Dapat kang tulungan ng plan na humanap ng mga programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Ang iyong doktor sa hospisyo ay maaaring isang provider na nasa network o isang provider na wala sa network.

Sumangguni sa Tsart ng mga Benepisyo sa **Seksyon D** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung ano ang binabayaran namin habang nakakatanggap ka ng mga serbisyo sa pangangalaga sa hospisyo.

Para sa mga serbisyo ng hospisyo at mga 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. Binabayaran ng Medicare ang mga serbisyo ng hospisyo na may kaugnayan 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 benepisyo ng Part D ng Medicare ng aming plan

- Kailanman ay hindi sabay na sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plan ang mga gamot. Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** *ng iyong Handbook ng Miyembro.*

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalaga na hindi mula sa hospisyo, tumawag sa iyong care coordinator para ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na hindi mula sa hospisyo ay pangangalaga na hindi nauugnay sa iyong karamdaman na nagtataning sa buhay.

E. Mga benepisyong hindi saklaw ng aming plan, Medicare, o Medi-Cal

Sinasabi ng seksyong ito ang tungkol sa mga benepisyo na ibinukod ng aming plan. Ang ibig sabihin ng "ibinukod" ay hindi namin babayaran ang mga benepisyong ito. Ang mga ito ay hindi rin binabayaran ng Medicare at Medi-Cal.

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

Hindi namin binabayaran ang mga ibinukod na benepisyong medikal na nakalista sa seksyong ito (o saan man dito sa *Handbook ng Miyembro*) maliban sa ilalim ng nakalistang mga partikular na kondisyon. Kahit kung nakakatanggap ka ng mga serbisyo sa isang pasilidad na pang-emergency, hindi babayaran ng plan ang mga serbisyong ito. Kung sa palagay mo na dapat bayaran ng aming plan ang isang serbisyo na hindi saklaw, maaari kang humiling ng isang apela. Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 9** *ng iyong Handbook ng Miyembro.*

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

- Mga serbisyong itinuturing na hindi "makatwiran at kinakailangan dala ng medikal na dahilan", alinsunod sa mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal, maliban kung ilista namin ang mga ito bilang mga saklaw na serbisyo.
- Mga pang-eksperimentong medikal at pang-operasyon na paggamot, item, at gamot, maliban kung sinasaklaw ang mga ito ng Medicare, inaprubahan ng Medicare na klinikal na pananaliksik na pag-aaral, o ng aming plan. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagayng impormasyon tungkol sa klinikal na pananaliksik na mga pag-aaral. Ang pang-eksperimento na paggamot at mga item ay yaong hindi pangkalahatang tinatanggap ng medikal na komunidad.
- Paggamot sa pamamagitan ng operasyon para sa hindi malusog na labis na katabaan, maliban kapag ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan at babayaran ito ng Medicare.
- 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 pasilidad ng pagkalinga, tulad ng isang telepono o 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 dala ng medikal na dahilan.
- 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, binabayaran 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.
- 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 iniresetang gamot para sa hindi mananatili sa ospital

Panimula

Ipinaliliwanag ng kabanatang ito ang mga patakaran sa pagkuha ng iyong pang-outpatient na resetang gamot. Ang mga ito ay mga gamot na ibinilin ng iyong provider para sa iyo na makukuha mo sa isang parmasya o sa pamamagitan ng serbisyo sa koreo. Kasama sa mga ito ang mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part D at Medi-Cal. Sinasabi ng **Kabanata 6** ng iyong *Handbook ng Miyembro* 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 iyong *Handbook ng Miyembro.*

Sinasaklaw rin namin ang mga sumusunod na gamot, bagaman hindi tinatalakay ang mga ito sa kabanatang ito:

- **Mga gamot na saklaw ng Medicare Part A.** Karaniwang kasama sa mga ito ang mga 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 sa panahon ng pagbisita sa opisina ng 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, sumangguni sa Tsart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Mga patakaran para sa saklaw sa gamot ng outpatient ng aming plan

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

1. Dapat mayroon kang doktor o ibang provider na magsusulat ng iyong reseta, na dapat ay valid sa ilalim ng umiiral na batas ng estado. Kadalasan ang taong ito ay ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP). Maaari din itong isa pang provider kung isinangguni ka ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga para sa pangangalaga.
2. Ang iyong tagapagreseta ay **hindi** dapat nasa mga Listahan ng Pagbubukod o Paghadlang ng Medicare, Listahan ng Pagbubukod ng Medi-Cal (Medicaid) ng Estado at Pinahintulutan ng Estado.
3. Sa pangkalahatan, kailangan mong gumamit ng parmasya na nasa network para punan ang iyong resetang gamot.

4. Ang iyong iniresetang gamot ay dapat nasa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* ng aming plan. 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.
   - Sumangguni sa Kabanata 9 para malaman ang tungkol sa paghiling ng pagbubukod.
   - Mangyaring tandaan din na susuriin ang kahilingan na saklawin ang iyong iniresetang gamot sa ilalim ng parehong mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal.
5. 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. Maaaring makatulong ang iyong doktor na tukuyin ang mga medikal na sanggunian upang suportahan ang hiniling na paggamit ng iniresetang gamot. Tinatawag na "off-label" na paggamit ang mga gamot na ginagamit upang gamutin ang mga kondisyon na hindi suportado ng FDA o mga sangguniang aklat. Ang mga gamot na ginagamit para sa “off-label” na paggamit ay hindi medikal na tinatanggap na mga paggamit, kaya hindi isang saklaw na benepisyo maliban kung:
   - Binanggit itong "off-label" na paggamit sa isa sa mga sangguniang aklat na aprubado ng CMS.
   - Nakasaad ang mga naturang gamot sa dalawang (2) artikulo mula sa mga pangunahing medical journal na sinuri ng magkakasama na nagpapakita ng data na sumusuporta sa panukalang off-label na paggamit o mga gamit bilang pangkalahatang ligtas at mabisa (naaangkop lang ito sa mga gamot na hiniling ng Medi-Cal).

Talaan ng mga Nilalaman

A. Pagkuha ng iyong mga resetang gamot 152

A1. Pagkuha ng iyong reseta sa isang parmasya ng network 152

A2. Paggamit ng iyong ID Card ng plan kapag kinukuha mo ang reseta 152

A3. Ano ang dapat gawin kung papalitan mo ang iyong parmasya na nasa network 153

A4. Ano ang dapat gawin kung umalis ang iyong parmasya sa network 153

A5. Paggamit ng isang espesyal na parmasya 153

A6. Paggamit ng mga serbisyo ng koreo upang kuhanin ang iyong mga gamot 154

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot 156

A8. Paggamit ng parmasya na wala sa network ng aming plan 156

A9. Pagbabayad sa iyo para sa resetang gamot 157

B. Ang Listahan ng Gamot ng aming plan 157

B1. Mga gamot na nasa aming Listahan ng Gamot 157

B2. Paano humanap ng gamot sa aming Listahan ng Gamot 158

B3. Mga gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot 158

B4. Mga antas (tier) sa hatian ng gastos sa Listahan ng Gamot 159

C. Mga limitasyon sa ilang gamot 160

D. Mga dahilan na maaaring hindi saklaw ang iyong gamot 161

D1. Pagkuha ng isang pansamantalang supply 162

E. Mga pagbabago sa saklaw para sa iyong mga gamot 164

F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso 167

F1. Sa isang ospital o skilled nursing facility para sa isang pamamalagi na sinasaklaw ng aming plan 167

F2. Sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga. 167

F3. Sa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare 167

G. Mga programa sa kaligtasan ng gamot at pamamahala ng mga gamot 168

G1. Mga programa upang tulungan ka na gamitin ang mga gamot nang ligtas 168

G2. Mga programa upang tumulong sa iyo na pamahalaan ang iyong mga gamot 168

G3. Programa sa pangangasiwa ng gamot para sa ligtas na paggamit ng mga gamot na opioid 169

A. Pagkuha ng iyong mga resetang gamot

A1. Pagkuha ng iyong reseta sa isang parmasya ng network

Kadalasan, binabayaran lang namin ang mga reseta kapag kinuha ito sa alinman sa aming mga parmasya na nasa network. Ang isang parmasya na nasa network ay isang botika na sumang-ayon na ibigay ang mga resetang gamot para sa mga miyembro ng aming plan. Maaari mong gamitin ang alinman sa aming mga parmasya na nasa network.

Upang humanap ng isang parmasya sa network, tumingin sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, bisitahin ang aming website o makipag-ugnayan sa Customer Care o iyong care coordinator.

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

Upang kuhanin ang reseta, **ipakita ang iyong ID card ng plan** sa iyong parmasya na nasa network. Sisingilin kami ng parmasya na nasa 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.

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

Kung hindi mo dala ang iyong ID Card ng plan o BIC kapag kinukuha mo ang iyong resetang gamot, hilingin sa parmasya na tumawag sa amin 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, maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi. **Kung hindi mo kayang bayaran ang gamot, pinahihintulutan ng batas ng estado at pederal na mag-isyu ang parmasya ng hindi bababa sa 72-oras na supply ng iyong kinakailangang reseta sa isang emergency. Makipag-ugnayan kaagad sa Customer Care.** Gagawin namin ang lahat ng makakaya namin para tumulong.

- Upang hingin sa amin na bayaran ka, sumangguni sa **Kabanata 7** ng iyong Handbook ng Miyembro.
- Kung kailangan mo ng tulong sa pagkuha ng resetang gamot, makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong care coordinator.

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

Kung magpapalit ka ng mga parmasya at kailangan mo ng muling pagkuha ng resetang gamot, 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 na nasa network, makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong care coordinator.

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

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

Upang humanap ng bagong parmasya na nasa network, tumingin sa *Direktoryo ng Provider at* Parmasya, bisitahin ang aming website, o makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong care coordinator.

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 ng pangmatagalang pangangalaga, tinitiyak namin 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 nahihirapan ka sa pag-access sa iyong mga benepisyo sa gamot sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, 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 botikang nagbebenta ng mga gamot na hinihigpitan ng FDA sa partikular na mga lugar o nangangailangan ng espesyal na pangangasiwa, koordinasyon sa tagapagbigay ng

serbisyo, o kaalaman sa paggamit nito. (Tandaan: Ang sitwasyong ganito ay dapat na bihira lang mangyari.)

Upang humanap ng may espesyalidad na parmasya, tumingin sa *Direktoryo ng Provider at* Parmasya, bisitahin ang aming website, o makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong care coordinator.

A6. Paggamit ng mga serbisyo ng koreo upang kuhanin ang iyong mga gamot

Para sa ilang uri ng mga gamot, maaari mong gamitin ang network ng *parmasya na nagseserbisyo* sa koreo ng aming plan. Karaniwan, ang mga gamot na available sa pamamagitan ng serbisyo ng koreo ay ang mga gamot na regular mong iniinom para sa isang hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon. Ang mga gamot na **hindi** makukuha sa pamamagitan ng parmasya na nagseserbisyo sa koreo ng aming plan ay minarkahan ng simbolong NDS sa aming Listahan ng Gamot.

Ang serbisyo sa koreo ng aming plan ay pinapayagan ka na mag-order ng hanggang 100-araw na supply para sa Tier 1: Mga mas gustong Generic na gamot at isang 90-araw na supply para sa Tier 2: Mga Generic na Gamot, Tier 3: Mas Gustong Branded na mga Gamot at Tier 4: Hindi Gustong mga Gamot. Pareho ang copay ng isang 90-araw at 100-araw na supply sa isang buwan na supply.

Pagkuha sa aking reseta sa pamamagitan ng koreo

Upang kumuha ng mga form sa pag-order at impormasyon tungkol sa pagkuha ng iyong mga resetang gamot sa pamamagitan ng koreo, mangyaring tumawag sa Customer Care sa numerong nasa likod na pabalat ng booklet na ito. Kung gumamit ka ng isang parmasya na nagseserbisyo sa koreo na wala sa network ng plan, hindi sasaklawain ang iyong reseta.

Kadalasan, darating ang isang resetang gamot na serbisyo ng koreo sa loob ng 14 na araw.

Gayunpaman, maaaring maantala ang iyong reseta sa serbisyo ng koreo kung minsan. Kung makatanggap ka ng abiso na maaaring magkaroon ng pagkaantala sa paghahatid ng iyong resetang gamot, nang wala kang kasalanan, ng serbisyo ng parmasya sa koreo, mangyaring tumawag sa Customer Care sa numerong nasa likod na pabalat ng booklet na ito. Tutulungan ka ng isang kinatawan ng Blue Shield sa pagkuha ng sapat na supply ng gamot mula sa isang lokal na nagtitinging parmasya sa network, kaya hindi ka mawawalan ng gamot hanggang dumating ang iyong gamot mula sa serbisyo ng koreo. Maaari nitong kailanganin ang pakikipag-ugnayan sa iyong doktor upang itawag o i-fax niya ang isang bagong reseta sa nagtitinging parmasya sa network para sa kinakailangang dami ng gamot hanggang matanggap mo ang iyong gamot mula sa serbisyo ng koreo.

Kung mahigit sa 14 na araw ang pagkaantala mula sa petsa na inorder ang reseta mula sa parmasya na nagseserbisyo sa koreo at ang dahilan ng pagkaantala ay pagkawala ng gamot sa

sistema ng koreo, maaaring isaayos ng Customer Care ang kapalit na order sa parmasya na nagseserbisyo sa koreo.

Mga prosesong serbisyo ng koreo

Mayroong iba't-ibang paraan ang serbisyo ng koreo para sa mga bagong reseta na kinukuha nito mula sa iyo, mga bagong reseta na direkta nitong kinukuha mula sa opisina ng iyong provider, at mga muling pagkuha ng iyong reseta 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 mula sa opisina ng iyong provider**

   Pagkatapos matanggap ng parmasya ang reseta mula sa isang provider ng pangangalaga ng kalusugan, makikipag-ugnayan ito sa iyo para malaman kung gusto mong kaagad na kuhanin ang iyong gamot o sa ibang pagkakataon.

   Binibigyan ka nito ng pagkakataon para tiyakin na inihahatid ng parmasya ang tamang gamot (kasama ang lakas, dami, at anyo) at, kung kinakailangan, pinahihintulutan ka na itigil o iantala ang pag-order bago ka singilin at ipadala ito.

   Sumagot 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 pagkaantala sa pagpapadala.

3. **Mga muling pagkuha ng reseta sa serbisyo ng koreo**

   Para sa mga muling pagkuha, makipag-ugnayan sa iyong parmasya **14** na araw bago maubos ang iyong kasalukuyang reseta upang matiyak na ang iyong susunod na order ay maipadadala sa iyo nang nasa oras.

Ipaalam sa parmasya ang pinakamahuhusay na mga paraan upang makipag-ugnayan sa iyo upang makaugnayan ka nila para kumpirmahin ang iyong order bago ipadala. Pakitiyak na palaging up-to-date ang iyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Blue Shield TotalDual Plan. Kung kailangan mong i-update ang iyong numero ng telepono o address, pakitawagan ang Customer Care ng Blue Shield TotalDual 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.

Pinahihintulutan ka ng ilang parmasya na nasa network na kumuha ng isang pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Sinasabi sa iyo ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* kung aling mga parmasya ang makapagbibigay 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 partikular na uri ng mga gamot, magagamit mo ang serbisyo sa koreo ng network ng aming plan upang kumuha ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Sumangguni sa **Seksyon A6** para malaman ang tungkol sa parmasya na nagseserbisyo sa koreo.

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

Karaniwan, binabayaran lang namin ang mga gamot na kinuha mula sa parmasya na wala sa network kapag hindi ka makagamit ng parmasya na nasa network.

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

- Kung hindi ka makakuha ng isang saklaw na gamot sa tamang panahon sa loob ng lugar na pinagseserbisyuhan namin dahil walang parmasya sa network sa loob ng makatwirang layo ng pagmamaneho na nagbibigay ng 24 na oras na serbisyo.
- Kung sinusubukan mong kumuha ng saklaw na inireresetang gamot na hindi regular na ini-stock sa isang kuwalipikadong network ng pagtitingi o parmasya na nagseserbisyo sa koreo (kasama sa mga gamot na ito ang orphan drugs, mahal at natatanging mga gamot o iba pang may espesyalidad na mga pharmaceutical).
- Ang ilang bakuna na itinuturok sa opisina ng iyong doktor na hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part B at hindi makatwirang makukuha sa isang parmasya na nasa network ay maaaring saklawin sa ilalim ng aming pag-access na wala sa network.
- Limitado ang mga reseta na kinuha sa mga parmasya na wala sa network sa isang 30-araw na supply ng mga saklaw na gamot.

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

A9. Pagbabayad sa iyo para sa resetang gamot

Kung dapat kang gumamit ng isang parmasya na wala sa network, karaniwang dapat 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.

Kung babayaran mo ang buong halaga para sa iyong resetang gamot na maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx, maaari kang bayaran ng parmasya sa sandaling magbayad ang Medi-Cal Rx para sa reseta. Bilang kapalit, maaari mong hingin sa Medi-Cal Rx na bayaran ka sa pamamagitan ng pagsusumite ng claim na "Pagbabalik ng Bayad para sa Gastusin na Mula sa Sariling Bulsa ng Medi-Cal (Conlan)". Makikita ang karagdagang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Upang malaman ang higit pa tungkol dito, sumangguni sa **Kabanata 7** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

B. Ang Listahan ng Gamot ng aming plan

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

Pinipili namin ang mga gamot na nasa Listahan ng Gamot sa tulong ng isang pangkat ng mga doktor at pharmacist. Sinasabi rin sa iyo ng Listahan ng Gamot ang mga patakaran na kailangan mong sundin para makuha ang iyong mga gamot.

Sa pangkalahatan, sinasaklaw namin ang isang gamot na nasa Listahan ng Gamot ng aming plan kapag sinusunod mo ang mga patakaran na ipinaliliwanag namin sa kabanatang ito.

B1. Mga gamot na nasa aming Listahan ng Gamot

Kasama sa aming listahan ng Gamot ang mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare.

Karamihan sa mga inireresetang gamot na kinukuha mo mula sa isang parmasya ay saklaw ng iyong plan. Maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx ang iba pang gamot, gaya ng mga gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang bitamina. Mangyaring bumisita sa website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon. Maaari ka ring tumawag Sentro ng Serbisyo sa Customer ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Pakidala ang iyong Medi-Cal Beneficiary Identification Card (BIC) kapag kumukuha ng iyong mga resetang gamot sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

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

Ang branded na gamot ay isang inireresetang gamot na ibinibenta sa ilalim ng naka-trademark na pangalan na pag-aari ng tagagawa ng gamot. Tinatawag na mga biological na produkto ang mga branded na gamot na mas kumplikado kaysa karaniwang gamot (halimbawa, mga gamot na nakabase sa isang protina). Sa aming Listahan ng Gamot, kapag tinutukoy namin ang "mga gamot" maaaring ang ibig sabihin nito ay isang gamot o isang biological na produkto.

Ang mga generic na gamot ay may mga parehong aktibong sangkap tulad ng sa mga branded na gamot. Dahil mas kumplikado ang mga biological na produkto kaysa mga karaniwang gamot, sa halip na magkaroon ng generic na anyo, mayroong mga alternatibo ang mga ito na tinatawag na mga biosimilar. Sa pangkalahatan, gumagana ang mga generic na gamot at mga biosimilar na katulad ng mga branded na gamot at karaniwang mas mura. May mga pamalit na generic na gamot o mga alternatibong biosimilar na available para sa maraming branded na gamot. Makipag-usap sa iyong provider kung mayroon kang mga tanong tungkol sa kung ang isang generic o branded na gamot ay makatutugon sa iyong mga pangangailangan.

B2. Paano humanap ng gamot sa aming Listahan ng Gamot

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

- Tingnan ang pinakabagong Listahan ng Gamot na ibinigay namin sa paraang elektroniko.
- Bumisita sa website ng aming plan sa **blueshieldca.com/medformulary2023**. Ang Listahan ng Gamot na nasa aming website ay siyang palaging pinakabago.
- Tumawag sa Customer Care para malaman kung ang isang gamot ay nasa aming Listahan ng Gamot o para humiling ng isang kopya ng listahan.
- Maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx ang mga gamot na hindi saklaw ng Part D. Mangyaring bumisita sa website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang impormasyon

B3. Mga gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot

Hindi namin sinasaklaw ang lahat ng inireresetang gamot. Ang ilang gamot ay wala sa aming 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 aming Listahan ng Gamot. Kung inireseta ang isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot, palaging susuriin ang iyong mga pangangailangan sa inireresetang gamot sa ilalim ng mga patakaran sa pagsaklaw ng aming plan, pati na rin ang mga tuntunin sa pagsaklaw ng Medicare.

Hindi magbabayad ang aming plan para sa mga nakalistang gamot sa seksyong ito. Ito ay tinatawag na **hindi kasama sa mga gamot**. Kung kumuha ka ng reseta para sa isang ibinukod

na gamot, maaaring kailanganin mong bayaran mo ito nang ikaw mismo. Kung sa palagay mo na dapat naming bayaran ang isang ibinukod na gamot dahil sa iyong kaso, maaari kang mag-apela. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga apela.

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

1. Ang pagsaklaw ng aming plan sa gamot para sa outpatient (na kasama ang Part D) ay hindi makakapagbayad para sa gamot na sinasaklaw na ng Medicare Part A o Part B. Sinasaklaw ng aming plan ang mga saklaw na gamot sa ilalim ng Medicare Part A o Part B nang libre, ngunit hindi itinuturing ang mga gamot na ito na bahagi ng iyong mga benepisyo sa inireresetang 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 maaaring 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 na inireseta para sa off-label na paggamit.

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

- 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 na ginawa ng isang kompanya na 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 aming Listahan ng Gamot ay nasa isa sa limang antas. Ang antas ay isang grupo ng mga gamot na karaniwang parehong uri (halimbawa, mga gamot na branded, generic, o nabibili nang walang reseta (OTC)). Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang antas ng hatian ng gastos, mas malaki ang iyong gastos para sa gamot.

- Antas 1 ng Hatian ng Gastos: Mas Gustong mga Generic na Gamot (pinakamababang antas ng hatian ng gastos)
  Kasama ang mas gustong mga generic na gamot.
- Antas 2 ng Hatian ng Gastos: Mga Generic na Gamot
  Kasama ang mga generic na gamot.
- Antas 3 ng Hatian ng Gastos: Mas Gustong Branded na mga Gamot
  Kasama ang mas gustong branded at ilang generic na gamot.
- Antas 4 ng Hatian ng Gastos: Hindi Gustong mga Gamot
  Kasama ang hindi gustong branded na gamot at ilang generic na gamot.
- Antas 5 ng Hatian ng Gastos: Specialty Tier na mga Gamot (pinakamataas na tier sa hatian ng gastos)
  Kasama ang napakamahal na branded na mga gamot at mga generic na gamot na maaaring mangailangan ng espesyal na pangangasiwa at/o maingat na pagsusubaybay

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

Sinasabi ng **Kabanata 6** ng iyong *Handbook ng Miyembro* 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 ang mga ito ng aming plan. Karaniwan, hinihikayat ka ng aming mga patakaran na kumuha ng gamot na gumagana para sa iyong medikal na kalagayan at ligtas at mabisa. Kapag gumagana ang isang ligtas at mas murang gamot tulad ng mas mahal na gamot, inaasahan namin na magreseta ang iyong provider ng mas murang gamot.

Kung may espesyal na patakaran para sa iyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na ikaw o ang iyong provider ay dapat gumawa ng dagdag na hakbang para saklawin namin ang gamot. Halimbawa, maaaring kailangang sabihin sa amin ng iyong provider na ang iyong diagnosis o magbigay muna ng mga resulta ng mga pagsusuri ng dugo. Kung sa palagay mo o ng iyong provider na hindi naaangkop ang patakaran sa iyong kalagayan, hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod. Maaari kaming sumang-ayon o hindi na hayaan kang gamitin ang gamot nang hindi gumagawa ng karagdagang mga hakbang.

Upang malaman pa ang tungkol sa paghingi ng mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** *ng iyong Handbook ng Miyembro*.

1. **Paglimita sa paggamit ng branded na gamot kapag available ang 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 binabayaran 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 para sa iyo ang generic na gamot, sasaklawin namin ang branded na gamot.

2.Pagkuha ng pag-apruba ng plan nang maaga

Para sa ilang gamot, ikaw o ang iyong doktor ay dapat na kumuha ng pag-apruba mula sa aming plan bago mo makuha ang iyong reseta. Kung hindi ka makakuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang gamot.

3. Pagsubok muna ng ibang gamot

Sa pangkalahatan, gusto naming subukan mo ang mga gamot na mas mura na 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 para 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 aming Listahan ng Gamot. Para sa pinaka up-to-date na impormasyon, tumawag sa Customer Care o tingnan sa aming website sa **blueshieldca.com/medformulary2023**. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon sa pagsaklaw o sa kahilingan na pagbubukod, maaari kang humiling ng isang apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol dito, sumangguni sa seksyon E sa Kabanata 9.

D. Mga dahilan na maaaring hindi saklaw ang iyong gamot

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

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

May mga bagay na maaari mong gawin kung hindi namin sinasaklaw ang gamot sa paraang gusto mong saklawin namin ito.

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 aming 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 aming plan noong nakalipas na taon.
     - Sinasaklaw namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot **sa unang 90 araw ng taon sa kalendaryo**.
     - Ang pansamantalang supply na ito ay hanggang 30 araw.

  - Kung nakasulat ang iyong reseta para sa iilang araw, pinapayagan namin ang maraming pagkuha para makapagbigay ng hanggang sa maximum na 30 araw ng gamutan. Dapat mong punan ang iyong reseta sa parmasya ng network.
  - Maaaring ibigay ng mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ang iyong resetang gamot nang kakaunti sa bawat pagkakataon para maiwasan na masayang.

Ikaw ay bago sa aming plan.

  - Sinasaklaw namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot **sa unang 90 araw ng iyong pagiging miyembro sa aming plan.**
  - Ang pansamantalang supply na ito ay hanggang 30 araw.
  - Kung nakasulat ang iyong reseta para sa iilang araw, pinapayagan namin ang maraming pagkuha para makapagbigay ng hanggang sa maximum na 30 araw ng gamutan. Dapat mong punan ang iyong reseta sa parmasya ng network.
  - Maaaring ibigay ng mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ang iyong resetang gamot nang kakaunti sa bawat pagkakataon para maiwasan na masayang.

- Naging bahagi ka ng aming plan nang higit sa 90 araw, nakatira sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, at kailangan kaagad ng supply.
  - Sinasaklaw namin ang isang 31-araw na supply, o mas mababa kung ang iyong reseta ay para sa iilang araw. Ito ay bilang karagdagan sa pansamantalang supply na naturan.
  - Para humiling ng pansamantalang supply ng isang gamot, tumawag sa Customer Care.

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

- Paglipat sa isa pang gamot.

  Maaaring saklawin ng aming plan ang ibang gamot na gumagana para sa iyo. Tumawag sa Customer Care para humiling ng isang listahan ng mga gamot na sinasaklaw namin na gumagamot sa parehong medikal na kondisyon. Matutulungan ng listahan ang iyong provider na maghanap ng isang saklaw na gamot na maaaring gumana para sa iyo.

  O

- 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 na wala sa aming Listahan ng Gamot o 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.

Kung aalisin ang isang gamot na iniinom mo sa aming Listahan ng Gamot o limitado sa ilang paraan sa susunod na taon, pinapayagan ka namin na humingi ng pagbubukod bago ang susunod na taon.

- Sinasabi namin sa iyo ang tungkol sa anumang pagbabago sa saklaw para sa iyong gamot para sa susunod na taon. Hilingin sa amin na gumawa ng isang pagbubukod at saklawin ang gamot sa susunod na taon sa paraang gugustuhin mo.
- Sasagutin namin ang iyong kahilingan para sa isang pagbubukod sa loob ng 72 oras pagkatanggap namin ng iyong kahilingan (o ng sumusuportang pahayag ng iyong tagapagreseta).

Para malaman pa ang tungkol sa paghingi ng isang pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Kung kailangan mo ng tulong sa paghiling ng pagbubukod, maaari kang makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong care coordinator. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon sa kahilingan na pagsaklaw o pagbubukod, maaari kang humiling ng isang apela (Para sa karagdagang impormasyon tungkol dito, sumangguni sa seksyon E sa Kabanata 9.).

E. Mga pagbabago sa saklaw para sa iyong mga gamot

Ang karamihang pagbabago sa pagsaklaw ng gamot ay nangyayari sa Enero 1, ngunit maaari kaming magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa aming Listahan ng Gamot sa buong taon. Maaari din naming baguhin ang aming mga patakaran tungkol sa mga gamot. Halimbawa, maaari kaming/naming:

- Magdesisyon na humingi o hindi humingi ng paunang pag-apruba para sa isang gamot (permiso mula sa amin bago mo makuha ang isang 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 (dapat mong subukan ang isang gamot bago namin saklawin ang isa pang gamot).

Para sa karagdagang impormasyon sa mga patakaran sa gamot na ito, sumangguni sa **Seksyon C**.

Kung ikaw ay umiinom ng gamot na sinaklaw namin 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 aming 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 aming Listahan ng Gamot, maaari mong laging:

- Tingnan ang aming kasalukuyang Listahan ng Gamot online sa blueshieldca.com/medformulary2023 **o**
- Tumawag sa Customer Care sa mga numerong nasa ilalim ng pahina para tingnan ang aming kasalukuyang Listahan ng Gamot.

Ang ilang pagbabago sa aming Listahan ng Gamot ay nangyayari **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 aming Listahan ng Gamot ngayon. Kapag nangyari iyon, maaari naming alisin ang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot, ngunit ang gastos mo para sa bagong gamot ay mananatiling pareho o magiging mas mababa.

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

  - Maaaring hindi namin sabihin sa iyo bago namin gawin itong pagbabago, ngunit magpapadala kami sa iyo ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabago na ginawa namin sa sandaling mangyari ito.
  - 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. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong Handbook ng Miyembro para sa karagdagang impormasyon tungkol 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 inalis ng tagagawa nito mula sa merkado ang gamot, aalisin namin ito mula sa aming Listahan ng Gamot. Kung iniinom mo ang gamot, sinasabi namin ito sa iyo.

- Malalaman din ng iyong tagapagresta ang tungkol sa pagbabagong ito, at maaaring makipagtulungan sa iyo upang humanap ng isa pang gamot para sa iyong kondisyon.

Maaari kaming gumawa ng iba pang mga pagbabago na nakakaapekto sa mga gamot na iyong iniinom. Sinasabi namin sa iyo nang maaga ang tungkol sa iba pang mga pagbabagong ito sa aming 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 aming Listahan ng Gamot **o**
  - Papalitan ang mga patakaran o limitasyon sa saklaw para sa branded na gamot.

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito, aming:

- Sasabihin sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago kami gumawa ng pagbabago sa aming Listahan ng Gamot **o**
- Ipapaalam sa iyo at bibigyan ka ng isang 30-araw na supply ng gamot pagkatapos mong humiling na muling kumuha ng gamot.

Nagbibigay ito sa iyo ng oras upang makipag-usap sa iyong doktor o ibang tagapagreseta. Matutulungan ka nila na magdesisyon:

- Kung mayroong kaparehong gamot sa aming Listahan ng Gamot na maaari mong kunin sa halip **o**
- Kung hihingi ka ng pagbubukod mula sa mga pagbabagong ito. Para malaman pa ang tungkol sa paghingi ng mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Maaari kaming gumawa ng mga pagbabago sa mga gamot na iniinom mo na hindi nakakaapekto sa iyo ngayon. Para sa mga naturang pagbabago, 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 o kung magkano ang ibinabayad mo para sa gamot para sa natitirang bahagi ng taon.

F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso

F1. Sa isang ospital o skilled nursing facility para sa isang pamamalagi na sinasaklaw ng aming plan

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

Para malaman pa ang tungkol sa pagsaklaw sa gamot at kung ano ang iyong babayaran, sumangguni sa **Kabanata 6** ng iyong *Handbook ng Miyembro.*

F2. Sa 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 parmasya ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga. Kung hindi o kung kailangan mo ng karagdagang impormasyon, makipag-ugnayan sa Customer Care.

F3. Sa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare

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

- Maaari kang itala sa isang hospisyo ng Medicare at mangailangan ng gamot sa pananakit, kontra pagsusuka, pampadumi, o kontra pagkabalisa na hindi sinasaklaw ng iyong hospisyo dahil wala itong kaugnayan sa iyong sakit na nagtataning sa buhay at mga kondisyon. Kung gayon, dapat makatanggap ng abiso ang aming plan mula sa tagapagreseta o sa iyong provider ng hospisyo na ang gamot ay walang kaugnayan bago namin masaklaw 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 sa hospisyo, sinasaklaw 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, dalhin ang dokumentasyon sa parmasya para patunayan na umalis ka sa hospisyo.

Sumangguni sa mga naunang bahagi ng kabanatang ito na nagsasabi ng tungkol sa mga gamot na sinasaklaw ng aming plan. Sumangguni sa **Kabanata 4** *ng iyong Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa benepisyo ng hospisyo.

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

G1. Mga programa upang tulungan ka 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 makahanap kami ng posibleng problema sa iyong paggamit ng mga inireresetang gamot, makikipagtulungan kami sa iyong provider para itama ang problema.

G2. Mga programa upang tumulong sa iyo na pamahalaan ang iyong mga gamot

Maaari kang uminom 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. Sa ganitong mga pangyayari, 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 ang iyong mga gamot ay gumagana para pabutihin ang iyong kalusugan. Bibigyan ka ng isang pharmacist o iba pang propesyonal sa kalusugan 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

Pagkatapos, bibigyan ka nila ng:

- Isang nakasulat na buod ng talakayang ito. Ang buod ay mayroong plano ng aksyon ng gamot na nagrerekomenda kung ano ang maaari mong gawin para sa pinakamabuting paggamit ng iyong mga gamot.
- Isang personal na listahan ng gamot na isinasama ang lahat ng iniinom mong gamot at kung bakit mo iniinom ang mga ito.
- 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 gagawing plano at listahan ng gamot sa iyong pagbisita o anumang oras na makikipag-usap ka sa iyong mga doktor, pharmacist, at iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan.
- 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 miyembrong kuwalipikado. Kung mayroon kaming isang programa na akma sa iyong mga pangangailangan, itatala ka namin sa programa at padadalhan ka ng impormasyon. Kung ayaw mong sumali sa programa, ipaalam sa amin, at aalisin ka namin dito.

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa mga programang ito, makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong care coordinator.

G3. Programa sa pangangasiwa ng gamot para sa ligtas na paggamit ng mga gamot na opioid

May programa ang aming plan 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 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 mga gamot na iyon mula sa partikular na mga parmasya at/o mula sa partikular na doktor
- Paglimita sa dami ng mga gamot na iyon na aming sinasaklaw 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. Ipinaliliwanag sa sulat ang mga limitasyon na sa palagay 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 mag-apela. Kung mag-apela ka, susuriin namin ang iyong kaso at bibigyan ka namin ng nakasulat na 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 ipapadala ang iyong kaso sa isang Independent Review Organization. Para malaman pa ang tungkol sa mga apela at sa Independent Review Organization, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.)

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 katapusan ng buhay, **o**
- Nakatira sa isang pasilidad ng 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 Rx, **at**
- Mga gamot at item na saklaw ng aming plan bilang mga karagdagang benepisyo.

Dahil ikaw ay karapat-dapat sa Medi-Cal, makakakuha ka ng “Ekstrang Tulong” mula sa Medicare upang tumulong sa pagbabayad ng iyong Medicare Part D na resetang gamot. Kami ay nagpadala sa iyo ng hiwalay na insert, na tinatawag na “Katibayan ng Saklaw na Rider para sa mga Taong Makakakuha ng Ekstrang Tulong sa Pagbayad ng mga Inireresetang Gamot” (tinatawag ding “Low Income Subsidy Rider” o ang “LIS Rider”), na nagsasabi sa iyo ng tungkol sa pagsaklaw sa iyong gamot. Kung wala ka nitong insert, mangyaring tumawag sa Customer Care at humingi ng “LIS Rider.”

> 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 iyong *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 alin sa limang antas naroon ang bawat gamot
    - Kung mayroong anumang limitasyon sa mga gamot

- Kung kailangan mo ng kopya ng aming Listahan ng Gamot, tumawag sa Customer Care. Makikita mo rin ang pinakabagong kopya ng aming Listahan ng Gamot sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2023.
- Karamihan sa mga inireresetang gamot na kinukuha mo mula sa isang parmasya ay saklaw ng Blue Shield TotalDual Plan. Maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx ang iba pang gamot, gaya ng mga gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang bitamina. Mangyaring bumisita sa website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang impormasyon. Maaari ka ring tumawag Sentro ng Serbisyo sa Customer ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Pakidala ang iyong Medi-Cal Beneficiary Identification Card (BIC) kapag kumukuha ng mga resetang gamot sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

- **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
  - Sinasabi nito kung paano kuhanin 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 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.
  - Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang aming mga parmasya na nasa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** *ng iyong Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga parmasya na nasa network.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang *Paliwanag tungkol sa mga Benepisyo* (EOB) 173

B. Paano subaybayan ang iyong mga gastos sa gamot 174

C. Mga Yugto sa Pagbabayad ng Gamot para sa mga gamot ng Medicare Part D 176

D. Yugto 1: Ang Yugto ng Paunang Saklaw 176

D1. Ang iyong mga pagpipilian na parmasya 177

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot 177

D3. Ano ang babayaran mo....177

D4. Pagtatapos ng Yugto ng Paunang Saklaw....179

E. Yugto 2: Ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna....180

F. Ang mga gastos mo sa gamot kung inirereseta ng iyong doktor ang mas mababa sa isang buong buwan na supply....180

G. Tulong sa hatian sa gastos sa inireresetang gamot para sa mga taong may HIV/AIDS....181

G1. Ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP)....181

G2. Kung hindi ka nakatala sa ADAP....181

G3. Kung nakatala ka sa ADAP....181

H. Mga Pagbabakuna....181

H1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka makakuha ng isang pagbabakuna....182

H2. Ano ang babayaran mo para sa isang pagbabakuna na saklaw ng Medicare Part D....182

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 buod na tinatawag na *Part D Paliwanag ng mga Benepisyo*. Kapag nagkaroon ka ng isa o higit pang mga nakuhang reseta sa pamamagitan ng plan sa nakaraang buwan, padadalhan ka namin ng Part D Paliwanag ng mga Benepisyo (“Part D EOB”). Tinatawag namin ito na Part D EOB para maikli. May karagdagang impormasyon ang Part D 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 Part D EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan**. Nakasulat sa buod 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 mga gastos sa gamot at ang kabuuan ng mga ibinayad simula Enero 1.
- **Impormasyon ng presyo ng gamot**. Ito ang kabuuang presyo ng gamot at ang porsiyento ng pagbabago sa presyo ng gamot simula ng unang pagkuha.
- **Mga alternatibo na mas mababang halaga**. Kapag available, lumilitaw ang mga ito sa buod na nasa ibaba ng iyong mga kasalukuyang gamot. Maaari kang makipag-usap sa iyong tagapagreseta upang malaman ang higit pa.

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 gastos mula sa sariling bulsa.
- Karamihan sa mga inireresetang gamot na kinukuha mo mula sa isang parmasya ay saklaw ng plano. Maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx ang iba pang gamot, gaya ng mga gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang bitamina. Mangyaring bumisita sa website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang impormasyon. Maaari ka ring tumawag sa sentro ng serbisyo sa customer ng Medi-Cal sa 800-977-2273. Pakidala ang iyong Medi-Cal beneficiary identification card (BIC) kapag kumukuha ng mga resetang gamot sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.
- Para alamin kung aling mga gamot ang sinasaklaw ng aming plan, sumangguni sa aming 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 plano.

Ipakita ang iyong ID Card ng Blue Shield TotalDual tuwing kukuha ka ng inireresetang gamot. Tumutulong ito sa amin na 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

   Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paghiling sa amin na bayaran ka para sa aming hati sa halaga ng isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** *n*g iyong Handbook ng Miyembro.

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 karamihang kawanggawa ay ibinibilang sa iyong mga gastos na mula sa sariling bulsa. Matutulungan ka nitong maging kuwalipikado para sa pagsaklaw sa sakuna. Kapag naabot mo ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna, binabayaran ng aming plan ang lahat ng gastos ng iyong mga gamot sa Part D para sa natitirang bahagi ng taon.

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

   Kapag nakakuha ka ng Part D EOB sa koreo, pakitiyak na ito ay kumpleto at tama. Kung sa palagay mo ay mayroong mali o nawawala, o kung mayroon kang anumang tanong, tumawag sa Customer Care. Itabi itong mga Part D na EOB. 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 pagsaklaw ng iyong inireresetang gamot na nasa Medicare Part D sa ilalim ng aming 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, binabayaran namin ang lahat ng gastos ng iyong mga gamot hanggang Disyembre 31, 2023. Sisimulan mo ang yugtong ito kapag nagbayad ka ng partikular na halaga ng mga gastusin na mula sa sariling bulsa.

Mahalagang Mensahe Tungkol sa Kung Ano ang Babayaran Mo para sa Insulin – Hindi ka magbabayad ng mahigit sa $35 para sa isang buwan na supply ng bawat produktong insulin na saklaw ng aming plan, saanmang tier ng hati sa gastos ito naroroon.

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. Ang copay ay depende sa kung nasa anong antas ng hatian ng gastos ang gamot at kung saan mo ito makukuha.

- Antas 1 ng Hatian ng Gastos: Mas Gustong mga Generic na Gamot (pinakamababang antas ng hatian ng gastos)
  Kasama ang mas gustong mga generic na gamot.
- Antas 2 ng Hatian ng Gastos: Mga Generic na Gamot
  Kasama ang mga generic na gamot.
- Antas 3 ng Hatian ng Gastos: Mas Gustong Branded na mga Gamot
  Kasama ang mas gustong branded at ilang generic na gamot.

- Antas 4 ng Hatian ng Gastos: Hindi Gustong mga Gamot

  Kasama ang hindi gustong branded na gamot at ilang generic na gamot.

- Antas 5 ng Hatian ng Gastos: Specialty Tier na mga Gamot (pinakamataas na tier sa hatian ng gastos)
  Kasama ang napakamahal na branded na mga gamot at mga generic na gamot na maaaring mangailangan ng espesyal na pangangasiwa at/o maingat na pagsusubaybay.

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

Sa mga limitadong pangyayari, sinasaklaw namin ang mga resetang gamot na kinuha sa mga parmasya na wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** *ng iyong Handbook ng Miyembro* upang malaman kung kailan namin iyon gagawin.

Upang malaman ang higit pa tungkol sa mga pagpipiliang ito, sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro* at sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang 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 Antas 1 at isang 90-araw na supply para sa mga gamot na nasa Antas 2, 3, at 4. 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, sumangguni sa **Kabanata 5** *ng iyong Handbook ng Miyembro* o ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ng aming plan.

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 copay, babayaran mo ang mas mababang presyo.

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 sa:

	Isang parmasya na nasa network Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	**Ang serbisyo sa koreo ng aming plan** Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	**Isang parmasya sa pangmatagalang pangangalaga na nasa network** Hanggang sa isang 31-araw na supply	**Isang parmasya na wala sa network** Hanggang sa isang 30-araw na supply Ang pagsaklaw ay limitado sa ilang pangyayari. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa mga detalye.
Hatian ng gastos Tier 1 (Mas Gustong mga Generic na Gamot)	$0			
Hatian ng gastos Tier 2 (Mga Generic na Gamot)	Nakadepende ang iyong copay sa antas ng Ekstrang Tulong na natatanggap mo: $0, $1.45, o $4.15			
Hatian ng gastos Tier 3 (Mas Gustong Branded na mga Gamot)	Nakadepende ang iyong copay sa antas ng Ekstrang Tulong na natatanggap mo: $0, $4.30, $10.35			

	Isang parmasya na nasa network	**Ang serbisyo sa koreo ng aming plan**	**Isang parmasya sa pangmatagalang pangangalaga na nasa network**	**Isang parmasya na wala sa network**
	Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	Hanggang sa isang 31-araw na supply	Hanggang sa isang 30-araw na supply Ang pagsaklaw ay limitado sa ilang pangyayari. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa mga detalye.
Hatian ng gastos Tier 4 (Hindi Gustong mga Gamot)	Nakadepende ang iyong copay sa antas ng Ekstrang Tulong na natatanggap mo: $0, $4.30, $10.35			
Hatian ng Gastos Tier 5 (Espesyalidad na Antas ng mga Gamot)	Nakadepende ang iyong copay sa antas ng Ekstrang Tulong na natatanggap mo: $0, $4.30, $10.35			

Para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga parmasya ang makapagbibigay sa iyo ng mga pangmatagalang supply, sumangguni 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 $7,400. Sa puntong iyon, magsisimula ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna. Sasaklawin namin ang lahat ng halaga ng iyong gamot mula doon hanggang sa pagtatapos ng taon.

Tumutulong sa iyo ang iyong Paliwanag ng mga Benepisyo (EOB) na subaybayan kung magkano ang iyong ibinayad para sa iyong mga gamot sa buong taon. Sinasabi namin sa iyo kung naabot mo ang $7,400 na limitasyon. Hindi ito naaabot ng maraming tao sa isang taon.

E. Yugto 2: Ang Yugto ng Saklaw sa Sakuna

Kapag naabot mo ang mula sa bulsang limitasyon na $7,400 para sa iyong mga iniresetang 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, binabayaran ng aming 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

Sa ilang kaso, 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 sumasang-ayon ang iyong doktor, hindi mo babayaran ang buong buwan na supply para sa ilang gamot.

Kapag kumuha ka ng mas mababa sa isang buwan na supply ng isang gamot, ibinabatay ang halaga na ibabayad mo sa bilang ng araw ng gamot na nakuha mo. Kinakalkula namin ang halagang babayaran mo kada araw para sa iyong gamot (ang “araw-araw na rate sa hatian ng 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 $1.35. Ibig sabihin nito, ang halaga ng iyong binabayaran para sa gamot mo ay mas mababa sa $0.05 kada araw. Kung makakatanggap ka ng 7 araw na supply ng gamot, ang iyong babayaran ay mababa sa $.05 kada araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na $0.35.
- Nagbibigay-daan sa iyo ang araw-araw na hatian ng gastos na matiyak na mabisa para sa iyo ang gamot bago mo bayaran ang buong buwang supply.
- Maaari mo ring hingin sa iyong provider na magreseta ng mas kaunti sa isang buwang supply ng gamot upang tulungan ka na:

- Mas mahusay na magplano kung kailan muling kukuha ng iyong 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. Ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP)

Tinutulungan ng AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ang mga kuwalipikadong indibidwal na namumuhay nang may HIV/AIDS upang ma-access ang mga gamot para sa HIV na nagliligtas ng buhay. Ang mga outpatient na inireresetang gamot ng Medicare Part D na saklaw rin ng ADAP ay kuwalipikado para sa tulong sa hatian ng gastos sa inireresetang gamot sa pamamagitan ng California Department of Public Health, Office of AIDS para sa mga indibidwal na nakatala sa ADAP.

G2. 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, tumawag sa 1-844-421-7050 o tingnan ang website ng ADAP sa www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Kung nakatala ka sa ADAP

Makakapagpatuloy ang ADAP na magbigay sa mga kliyente ng ADAP ng tulong sa hatian ng gastos sa inireresetang gamot ng Medicare Part D para sa mga gamot na nasa pormularyo ng ADAP. Para matiyak na patuloy mong matatanggap ang tulong na ito, abisuhan ang iyong lokal na tauhan sa pagpapatala ng ADAP tungkol sa anumang 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 tauhan sa pagpapatala, tumawag sa 1-844-421-7050 o tingnan ang website na nakalista sa itaas.

H. Mga Pagbabakuna

Mahalagang Mensahe Tungkol sa Kung Ano ang Binabayaran Mo para sa mga Bakuna - Sinasaklaw ng aming plan ang karamihang bakuna ng Part D nang libre. Tumawag sa Customer Care pra sa karagdagang impormasyon.

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 tumawag ka sa Customer Care kung nagpaplano kang magpabakuna.

- Masasabi namin sa iyo kung paano sinasaklaw ng aming plan ang iyong bakuna at ipinaliliwanag ang iyong bahagi sa gastos.
- Masasabi namin sa iyo kung paano ka makakatipid sa pamamagitan ng paggamit ng mga parmasya at provider na nasa network. Sumasang-ayon ang mga parmasya at provider na nasa network na makipagtulungan sa aming plan. Nakikipagtulungan sa amin ang provider na nasa network upang matiyak na wala kang anumang paunang gastos sa bakunang nasa Part D.

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

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

- Itinuturing ang ilang bakuna na mga benepisyo sa kalusugan sa halip na mga gamot. Ang mga bakuna na ito ay sinasaklaw nang wala kang babayaran. Upang malaman ang tungkol sa saklaw ng mga bakunang ito, sumangguni sa Tsart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** *ng iyong Handbook ng Miyembro.*
- Itinuturing ang iba pang mga bakuna bilang mga gamot ng Medicare Part D. Makikita mo ang mga bakunang ito sa Listahan ng Gamot ng aming 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 at ang iyong turok sa isang parmasya na nasa network.
   - 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 iyong doktor.
   - Magbabayad ka ng copay sa doktor para sa bakuna.

- Binabayaran 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 ang kukuha ng bakuna ng Medicare Part D sa isang parmasya, at dadalhin mo ito sa opisina ng iyong doktor para magpabakuna.
   - Magbabayad ka ng copay para sa bakuna.
   - Binabayaran ng aming plan ang gastos para sa pagbabakuna sa iyo.

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bayarin na natanggap 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 iyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Paghiling sa amin na bayaran ang iyong mga serbisyo o gamot 185

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad.....188

C. Mga desisyon sa saklaw.....188

D. Mga apela 189

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

Dapat singilin ng aming mga provider na nasa network ang planong pangkalusugan para sa iyong mga saklaw na serbisyo at gamot pagkatapos mong matanggap ang mga ito. Nakikipagtulungan ang provider na nasa network sa planong pangkalusugan. **Kung nakatanggap ka ng bayarin para sa** kabuuang gastos ng **pangangalaga ng kalusugan o mga gamot, huwag bayaran ang bayarin at ipadala sa amin ang bayarin.** Para maipadala sa amin ang bayarin, sumangguni sa **Seksyon B**.

- Kung sinasaklaw namin ang mga serbisyo o gamot, direkta naming babayaran ang provider.
- Kung sinasaklaw namin ang mga serbisyo o gamot at nagbayad ka na ng mas higit sa iyong hati sa gastos, karapatan mong mabayaran.
- Kung hindi namin sinasaklaw ang mga serbisyo o gamot, sasabihin namin sa iyo.
- Makipag-ugnayan sa Customer Care o sa iyong care coordinator 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 ng kalusugan mula sa isang provider na wala sa network, (tingnan ang K*abanata 3, seksyon D4, pahina 48).***

   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 ng 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 ng mas higit sa iyong hati sa gastos para sa serbisyo, aming aalamin kung magkano ang utang mo at babayaran ka para sa aming hati sa gastos.

- Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong Handbook ng Miyembro upang malaman pa ang tungkol sa mga parmasya na wala sa network.

2. Kapag nagpadala sa iyo ng bayarin ang provider sa network

Palaging kami dapat ang singilin ng mga provider na nasa network. Ipakita ang iyong ID Card ng plan kapag tumatanggap ka ng anumang serbisyo o resetang gamot. Nangyayari ang hindi tama o hindi angkop na pagsingil kapag sisingilin ka ng isang provider (gaya ng isang doktor o ospital) ng higit sa halaga ng ating hatian ng gastos para sa mga serbisyo. **Tumawag sa Customer Care kapag nakatanggap ka ng anumang bayarin. Huwag mong bayaran ang bayarin.**

- Bilang miyembro ng plan, magbabayad ka lang ng copay kapag nakatanggap ka ng serbsiyo na sinasaklaw namin. Hindi namin pinapayagan ang mga provider na singilin ka nang higit sa halagang ito. Totoo ito kahit na binabayaran namin ang provider ng mas mababang kaysa sa siningil ng provider para sa isang serbisyo. Kahit 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 ng utang mo sa aming plan.

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

Kung gumagamit ka ng isang parmasya na wala sa network, babayaran mo ang buong halaga ng iyong reseta.

- Sa ilang kaso lang, sinasaklaw 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.

- Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong Handbook ng Miyembro upang malaman pa ang tungkol sa mga parmasya na wala sa network.

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

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

- Kung hindi kaagad makuha ng parmasya ang impormasyon, maaaring kailanganin mo mismong bayaran ang buong halaga ng reseta o bumalik sa parmasya dala ang iyong ID card ng plan.
- 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 saklaw

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

- Maaaring ang gamot ay wala sa aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (Listahan ng Gamot) sa aming website, o maaaring mayroon itong kailangan o paghihigpit na hindi mo alam o sa palagay mo ay hindi naaangkop sa iyo. Kung magdedesisyon kang kuhanin ang gamot, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga.
    - Kung hindi mo babayaran ang gamot ngunit sa palagay mo ay dapat namin itong saklawin, maaari kang humingi ng desisyon sa saklaw (sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*).
    - Kung sa palagay mo at ng iyong doktor o ng ibang tagapagreseta na kailangan mo kaagad ang gamot, maaari kang humingi ng mabilis na desisyon sa saklaw (sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*).
- 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 hati sa gastos sa gamot.

Kapag nagpadala ka sa amin ng kahilingan para bayaran, susuriin namin ang ito at magdedesisyon kung dapat saklawin ang serbisyo o gamot. Ito ay tinatawag na paggawa ng isang “desisyon sa saklaw.” Kung magpasya kami na dapat saklawin ang serbisyo o gamot, babayaran namin ang aming hati sa gastos na ito.

Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para bayaran, maaari kang umapela sa aming desisyon. Upang malaman kung paano mag-aapela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad

Ipadala sa amin ang iyong bayarin 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 gumawa ng isang kopya ng iyong bayarin at mga resibo para sa iyong mga rekord.** Maaari kang humingi ng tulong sa iyong care coordinator.

Upang matiyak na ibinibigay mo sa amin ang lahat ng impormasyong 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 form mula sa aming website (**blueshieldca.com**), o maaari kang tumawag sa *Customer Care at humingi ng form.*

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

Mga medikal na claim:
Blue Shield TotalDual Plan
Medicare Customer Care
P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

Mga claim sa inireresetang gamot:
Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-20

Dapat mong isumite ang iyong claim sa amin sa loob ng isang taon sa petsa na natanggap 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 na magpapasya kami kung sinasaklaw ng aming plan ang iyong serbisyo, item, o gamot. Magdedesisyon din kami sa halaga ng pera, kung mayroon, na dapat mong bayaran.

- Ipapaalam namin sa iyo kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon mula sa iyo.

- Kapag nagdesisyon kaming sinasaklaw ng aming plan ang serbisyo, item, o gamot at sumunod ka sa mga patakaran para makuha ito, babayaran namin ang aming hati sa gastos para dito. Kung binayaran mo na ang serbisyo o gamot, ipapadala namin sa iyo sa koreo ang isang tseke para sa aming hati sa gastos. Kung hindi ka pa nagbayad, direkta naming babayaran ang provider.

- Ipinaliliwanag ng **Kabanata 3** *ng iyong Handbook ng Miyembro* ang mga patakaran para sa pagkuha ng mga saklaw na serbisyo. Ipinaliliwanag ng **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro* ang mga patakaran para masaklaw ang iyong mga resetang gamot sa Medicare Part D.

- Kung magdesisyon kaming hindi bayaran ang aming hati sa gastos ng serbisyo o gamot, padadalhan ka namin ng isang sulat na may mga dahilan. Ipinaliliwanag din ng sulat ang iyong mga karapatang umapela.

- Para malaman pa ang tungkol sa mga desisyon sa saklaw, sumangguni sa Kabanata 9.

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.

May detalyadong mga pamamaraan at takdang oras ang proseso ng pormal na pag-aapela. Para malaman ang higit pa tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong Handbook ng Miyembro:

- Upang mag-apela tungkol sa para mabayaran para sa isang serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, sumangguni sa **Seksyon F**.

- Upang mag-apela tungkol sa para mabayaran para sa gamot, sumangguni sa **Seksyon G**.

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 iyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang iyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang naaangkop sa iyong mga pangangailangan 192

B. Ang aming responsibilidad para sa iyong napapanahong pag-access sa mga saklaw na serbisyo at gamot 193

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang iyong pinoprotektahang impormasyon ng kalusugan (PHI) 194

C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI 195

C2. May karapatan kang tingnan ang iyong mga medikal na rekord 196

D. Ang aming responsibilidad na ibigay sa iyo ang impormasyon 196

E. Kawalang-kakayahan ng mga provider na nasa network na singilin ka nang direkta 198

F. Ang iyong karapatan na umalis sa aming plan 198

G. Iyong karapatan na gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan 198

G1. Ang karapatan mong malaman kung ano ang iyong mga pagpipiliang paggamot at magdesisyon 199

G2. Ang karapatan mong sabihin kung ano ang nais mong mangyari 199

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinunod ang iyong mga tagubilin 201

H. Ang karapatan mong magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon 201

H1. Ano ang gagawin sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan 201

I. Ang iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plan 202

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

Dapat naming siguraduhin na ibinibigay ang **lahat** ng serbisyo sa iyo sa isang paraan na may kakayahang pagkultura at naa-access. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming 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.

- Para makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tumawag sa Customer Care. May mga libreng serbisyo ng interpreter ang aming plan upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makapagbibigay rin ang aming plan ng mga babasahin sa mga wikang bukod sa Ingles at sa mga format tulad ng malalaking letra, braille, audio o kapalit na mga format nang libre kung kailangan mo ito. Magagamit ang Handbook ng Miyembro at iba pang mahahalagang babasahin sa mga wika maliban sa Ingles. Maaari ding makuha ang mga babasahin sa Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hindi, Hmong, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukranian, Vietnamese. Upang kumuha ng mga babasahin sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa Blue Shield of California Civil Rights Coordinator, P.O. Box 629007, El Dorado Hills, CA 95762-9007, (844) 696-6070 (TTY: 711) o mag-email sa: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com.
    - 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 Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan.
    - Itatabi ng Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan ang iyong mas gustong wika at format sa file para sa mga panghinaharap na mga komunikasyon. Upang gumawa ng anumang pagbabago sa iyong mga kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Blue Shield TotalDual Plan.

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plan dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at nais mong magsampa ng isang reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Makakatawag ka 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.
- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.

B. Ang aming responsibilidad para sa iyong napapanahong pag-access sa mga saklaw na serbisyo at gamot

May mga karapatan ka 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 mga provider ang maaaring kumilos bilang isang PCP at kung paano pumili ng isang PCP sa **Kabanata 3** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
    - Tumawag sa Customer Care o hanapin sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para malaman pa ang tungkol sa mga provider na nasa network at kung sinong mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- Ang mga kababaihan ay mayroong karapatan sa isang espesyalista sa kalusugan ng mga kababaihan nang hindi kumukuha ng isang referral. Ang referral ay isang pag-apruba mula sa iyong PCP na gumamit ng isang provider na hindi mo PCP.
- May karapatan kang makakuha ng mga saklaw na serbisyo mula sa mga provider na nasa network sa loob ng makatwirang dami ng oras.
    - Kasama rito ang karapatang makakuha ng mga nasa oras na serbisyo mula sa mga espesyalista.
    - Kung hindi ka makakuha ng mga serbisyo sa loob ng makatwirang haba ng panahon, dapat naming bayaran ang para sa pangangalagang wala sa network.
- 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 mo maaaring gamitin ang isang provider na wala sa network. Upang malaman ang higit pa tungkol sa mga provider na wala sa network, sumangguni sa **Kabanata 3** *ng iyong Handbook ng Miyembro*.

- 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, sumangguni sa **Kabanata 1** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- May karapatan kang gumawa ng sarili mong mga desisyon sa pangangalaga ng kalusugan sa tulong ng iyong pangkat ng pangangalaga at care coordinator.

Sinasabi ng **Kabanata 9** *ng iyong Handbook ng Miyembro* 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 nito 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 responsibilidad na protektahan ang iyong pinoprotektahang impormasyon ng kalusugan (PHI)

Pinoprotektahan namin ang iyong pinoprotektahang impormasyon ng kalusugan (PHI) ayon sa iniaatas ng mga batas ng pederal at estado.

Kasama sa iyong PHI ang impormasyon na ibinigay mo sa amin noong nagpatala ka sa aming plan. Kasama rin dito ang iyong mga medikal na talaan at iba pang impormasyong medikal at kalusugan.

May mga karapatan ka sa iyong impormasyon at kontrolin kung paano ginagamit ang iyong PHI. Binibigyan ka namin ng isang nakasulat na abiso na nagsasabi sa iyo ng tungkol sa mga karapatang 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).”

Ang mga miyembrong maaaring magpahintulot na tumanggap ng mga sensitibong serbisyo ay hindi kinakailangang kumuha ng pahintulot ng sinumang ibang miyembro upang tumanggap ng mga sensitibong serbisyo o na magsumite ng claim para sa mga sensitibong serbisyo. Ididirekta ng Blue Shield TotalDual Plan ang mga komunikasyon tungkol sa mga sensitibong serbisyo sa kahaliling itinalagang address sa koreo ng isang miyembro, o numero ng telepono o, kung walang pagtatalaga, sa ngalan ng miyembro sa address o numero ng telepono na nasa file. Hindi isisiwalat ng Blue Shield TotalDual Plan ang medikal na impormasyon na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo sa sinumang ibang miyembro nang walang nakasulat na pahintulot mula sa miyembrong tumatanggap ng pangangalaga. Pauunlakan ng Blue Shield TotalDual Plan ang mga kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon sa anyo at format na hiniling, kung handa itong magawa sa hiniling na anyo at format, o sa mga alternatibong lokasyon.

Magiging valid ang kahilingan ng isang miyembro para sa mga kumpidensyal na komunikasyon na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo hanggang sa bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsumite ng bagong kahilingan para sa mga kumpidensyal na komunikasyon.

1. Pumunta sa **blueshield.com** at i-click ang link sa Pagkapribado na nasa ilalim ng homepage at mag-print ng kopya.
2. Tumawag sa numero ng telepono ng Customer Care na nasa iyong ID card ng miyembro ng Blue Shield upang humiling ng kopya.
3. Tumawag sa Opisina ng Pagkapribado ng Blue Shield of California nang libre sa (888) 266-8080, 8 a.m. hanggang 3 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
4. Mag-email sa amin sa: privacy@blueshieldca.com.

C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI

Tinitiyak namin na hindi titingnan o mapapalitan ng mga walang pahintulot na tao ang iyong mga record.

Maliban sa mga kasong binanggit sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang iyong PHI sa sinuman na hindi nagbibigay ng pangangalaga sa iyo o nagbabayad para sa pangangalaga sa iyo. Kung gagawin namin ito, dapat muna naming makuha ng iyong nakasulat na pahintulot. Ikaw, o ang isang tao na legal na may pahintulot upang magpasya para sa iyo, ay makapagbibigay ng nakasulat na pahintulot.

Kung minsan, hindi namin kailangan munang kumuha ng nakasulat na pahintulot mo. Ang mga eksepsyong ito ay pinapahintulutan o hinihingi ng batas:

- Dapat naming ilabas ang PHI sa mga ahensya ng pamahalaan na sumusuri sa kalidad ng pangangalaga ng aming plan.
- Dapat naming ilabas ang PHI ayon sa utos ng hukuman.
- Dapat naming ibigay sa Medicare ang iyong PHI. Kung ilalabas ng Medicare ang iyong PHI para sa pananaliksik o iba pang paggamit, gagawin ito alinsunod sa mga pederal na batas.
- Dapat naming ibigay ang iyong Medi-Cal PHI habang kami ay:
    - Tumutulong na pamahalaan ang pangangalagang pangkalusugan na paggamot na tinatanggap mo

- Magpatakbo ng aming organisasyon
- Magbayad ng iyong mga serbisyong pangkalusugan
- Mamamahala ng iyong planong pangkalusugan
- Tumulong sa mga isyu sa pampublikong kalusugan at kaligtasan
- Gumawa ng pagsasaliksik
- Sumunod sa batas
- Tutugon sa mga paghiling ng pag-donate ng organ at tissue at pakikipagtulungan sa nagsusuri ng medikal o direktor ng punirarya
- Mag-asikaso ng kabayaran ng manggagawa, tagapagpatupad ng batas, at iba pang paghiling ng pamahalaan
- Tumugon sa mga paghabla at legal na aksyon

C2. May karapatan kang tingnan ang iyong mga medikal na rekord

- May karapatan kang tingnan ang iyong mga medikal na talaan at makakuha ng kopya ng iyong mga talaan.
- May karapatan kang hilingin sa amin na i-update o itama ang iyong mga medikal na talaan. Kung hihilingin mo sa amin na gawin ito, makikipagtulungan kami sa iyong provider ng pangangalaga ng kalusugan para magdesisyon kung dapat gawin ang mga pagbabago.
- May karapatan kang malaman kung at paano namin ibinahagi sa iba ang iyong PHI.

Kung mayroon kang mga tanong o alalahanin tungkol sa pagkapribado ng iyong PHI, tumawag sa Customer Care.

1.

D. Ang aming responsibilidad na ibigay sa iyo ang impormasyon

Bilang miyembro ng aming plan, may karapatan kang makakuha ng impormasyon mula sa amin tungkol sa aming plan, aming mga provider na nasa network, at iyong mga saklaw na serbisyo.

Kung hindi ka nagsasalita ng Ingles, mayroon kaming mga serbisyo ng interpreter para sagutin ang iyong mga tanong tungkol sa aming plan. Upang kumuha ng isang interpreter, tumawag sa amin sa (800) 452-4413 (TY: 711). 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 makuha ang mga babasahin sa Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hindi, Hmong, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukranian, Vietnamese. Maaari din kaming magbigay sa iyo ng impormasyon sa malalaking letra, braille, or audio. Obligado kaming bigyan ka ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plan sa format na madaling i-access at angkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang angkop sa iyo, mangyaring tumawag sa Customer Care.

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 ini-rate ng mga miyembro ng plano
  - 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 doktor 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 (sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro*) at mga gamot (sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng iyong *Handbook ng Miyembro*) 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 (sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*), 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 ng balanse o masisingil ka kung mas mababa ang ibinabayad namin kaysa sa siningil ng provider. Para malaman kung anong dapat gawin kung sinusubukan kang singilin ng isang provider na nasa network para sa iyong mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

F. Ang iyong karapatan na umalis sa aming 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 Original Medicare o isa pang 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 isa pang Medicare Advantage plan.
- Sumangguni sa **Kabanata 10** ng iyong *Handbook ng Miyembro:*
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan ka maaaring sumali sa bagong Medicare Advantage o plan ng benepisyo sa inireresetang gamot.
  - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano mo matatanggap ang iyong mga benepisyo ng Medi-Cal kung umalis ka sa aming plan.

G. Iyong karapatan na gumawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan

May karapatan ka sa buong impormasyon mula sa iyong mga doktor at iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan upang tulungan kang magpasya tungkol sa iyong pangangalaga ng kalusugan.

G1. Ang karapatan mong malaman kung ano ang iyong mga pagpipiliang paggamot at magdesisyon

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 iba't ibang opsyon sa paggamot.
- **Alamin ang mga panganib.** May karapatan kang sabihin sa iyo ang tungkol sa anumang mga nauugnay na panganib. Dapat sabihan ka namin 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 gumamit ng isa pang doktor bago magdesisyon sa paggamot.
- **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 kang itigil na inumin ang isang inireresetang gamot. Kung tatanggihan mo ang paggamot o ititigil na inumin ang isang inireresetang gamot, hindi ka namin 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 na sa palagay mo ay dapat mong matanggap.
- **Hilingin sa amin na saklawin ang serbisyo o gamot na tinanggihan o karaniwang hindi sinasaklaw.** Ito ay tinatawag na desisyon sa saklaw. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** *ng iyong Handbook ng Miyembro* kung paano humingi sa amin ng desisyon sa saklaw.

G2. Ang karapatan mong sabihin kung ano ang nais mong mangyari

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:

- Sagutan ang nakasulat na form para **ibigay sa iba ang karapatan na magdesisyon tungkol sa pangangalag ng kalusugan para sa iyo**.
- **Bigyan ang iyong mga doktor ng mga tagubilin** tungkol sa kung paano pangasiwaan nila ang iyong pangangalaga ng kalusugan kung hindi mo kayang magdesisyon para sa iyong sarili, kasama ang pangangalag na **hindi** mo gusto.

Ang legal na dokumento na ginagamit mo para ibigay ang iyong mga tagubilin 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 magkaroon ng isang paunang direktiba, nguni't maaari mong gawin ito. Narito ang gagawin kung gusto mong gumamit ng paunang direktiba:

- **Kumuha ng form.** Makukuha mo ang form mula sa iyong doktor, abogado, ahensya para sa mga serbisyo ng abogado, o social worker. Kadalasang may mga form ang mga parmasya at opisina ng provider. Makakakita ka ng libreng form online at maida-download ito. Maaari ka ring tumawag sa Customer Care upang humingi ng form.
- **Sagutan ang form at pirmahan ito.** Isang legal na dokumento ang form. Dapat mong isaalang-alang ang pagkakaroon ng isang abogado o isang tao na pinagkakatiwalaan mo, gaya ng isang miyembro ng pamilya o iyong PCP, na tulungan kang tapusin 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 na siyang gagawa ng mga desisyon para sa iyo. Maaaring naisin mong magbigay ng mga kopya sa mga malapit na kaibigan o mga miyembro ng pamilya. Magtabi ng isang kopya sa bahay.
- Kung ikaw ay maoospital at pumirma ka sa isang paunang direktiba, **dalhin ang kopya nito sa ospital**.
    - Itatanong 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.

May karapatan kang:

- Ipalagay ang iyong paunang direktiba sa iyong mga medikal na rekord.
- Baguhin o kanselahin ang iyong paunang direktiba anumang oras.
- Alamin ang tungkol sa mga pagbabago sa mga batas sa paunang direktiba. Sasabihin sa iyo ng Blue Shield TotalDual Plan ang tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado nang hindi lalampas sa 90 araw pagkatapos ng pagbabago.

Ang pagkakaroon ng paunang direktiva ay sarili **mong** pasya. Tumawag sa Customer Care para sa karagdagang impormasyon.

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinunod ang iyong mga tagubilin

Kung pumirma ka ng isang paunang direktiba at sa palagay mo na hindi sinunod ng isang doktor o ospital ang mga tagubilin na narito, maaari kang magreklamo sa Livanta (Quality Improvement Organization ng California) sa (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668 o sumulat sa: BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. Ang karapatan mong magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon

Sinasabi sa **Kabanata 9** ng iyong Handbook ng Miyembro 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, mag-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 miyembro ng plan laban sa amin. Tumawag sa Customer Care para makuha ang impormasyong ito.

H1. Ano ang gagawin sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan

Kung sa palagay mo ay tinrato ka namin nang hindi patas – at ito ay **hindi** tungkol sa diskriminasyon para sa mga kadahilanang nakalista sa **Kabanata 11** ng iyong *Handbook ng Miyembro* – o nais mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan, maaari kang tumawag sa:

- Customer Care sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).
- Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa (800) 434-0222 (TTY: 711). Para sa higit pang detalye tungkol sa HICAP, sumangguni sa Kabanata 2, Seksyon E.
- The Ombuds Program sa 1-888-452-8609. Para sa karagdagang detalye tungkol sa programang ito, sumangguni sa **Kabanata 2** *ng iyong Handbook ng Miyembro*.
- 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. Ang 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 sinasaklaw ng aming plan at ang mga patakarang susundin upang makakuha ng saklaw na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa iyong:
  - Mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** *ng iyong Handbook ng Miyembro.* 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 serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** *ng iyong Handbook ng Miyembro.*
- **Sabihin sa amin ang iba pang sinasaklaw na pangkalusugan o inireresetang gamot** na mayroon ka. Dapat naming tiyakin na ginagamit mo ang lahat ng iyong opsyon sa pagsaklaw kapag nakakatanggap ka ng pangangalaga ng kalusugan. Tumawag sa Customer Care kung mayroon kang ibang saklaw.
- **Sabihin sa iyong doktor at iba pang provider ng pangagalaga ng kalusugan** na miyembro ka ng aming plan. Ipakita ang iyong ID card ng plan 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 iba pang provider ang tungkol sa lahat ng iniinom mong gamot. Kasama rito ang mga inireresetang gamot, gamot na nabibili nang walang reseta, bitamina, at suplemento.
  - Itanong ang anumang tanong na mayroon ka. 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 maintindihan ang sagot, magtanong muli.
- **Makipagtulungan sa iyong care coordinator** kasama ang pagtapos ng isang taunang pagsusuri ng panganib sa kalusugan**.**

- **Isaalang-alang ang damdamin ng iba.** Inaasahan namin na ire respeto ng lahat ng miyembro ng plan ang mga karapatan ng iba. Inaasahan ka rin naming kumilos nang may paggalang sa opisina ng iyong doktor, mga ospital, at sa iba pang provider.
- **Sabihin sa amin ang tungkol sa anumang serbisyo na natanggap mo sa labas ng aming plan.**
- **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 plan, binabayaran ng Medi-Cal ang premium ng iyong Part A at Part B.
  - Para sa ilan sa iyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta o gamot na sinasaklaw ng aming plan, dapat mong bayaran ang iyong hati sa gastos kapag kinuha mo ang serbisyo o gamot.

Sabihin sa amin kung lilipat ka. Kung binabalak mong lumipat, sabihin kaagad sa amin. Tumawag sa Customer Care.

- **Kung lilipat ka sa labas ng aming lugar na pinagseserbisyuhan, hindi ka maaaring manatili sa aming plan.** Tanging ang mga taong nakatira sa aming lugar na pinagseserbisyuhan ang maaaring maging miyembro ng plan na ito. Sinasabi sa iyo ng **Kabanata 1** ng iyong *Handbook ng Miyembro* ang tungkol sa aming lugar na pinagseserbisyuhan.
- Matutulungan ka naming malaman kung lilipat ka sa labas ng aming lugar na pinagseserbisyuhan. Maaari naming sabihin sa iyo kung mayroon kaming plan sa iyong bagong lugar.
- Sabihin sa Medicare at Medi-Cal ang bago mong address kapag lumipat ka. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa mga numero ng telepono ng Medicare at Medi-Cal.
- **Kung lumipat ka at nanatili sa aming lugar na pinagseserbisyuhan, kailangan pa rin naming malaman.** Kailangan naming panatilihing pinakabago ang rekord ng iyong pagiging miyembro at malaman kung paano makikipag-ugnayan sa iyo.

- **Sabihin sa amin kung mayroon kang bagong numero ng telepono** o isang mas mabuting paraan upang makipag-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.
- Kailangan mo ng serbisyo, item, o gamot na sinabi ng iyong plan na hindi nito babayaran.
- Hindi ka sumasang-ayon sa isang desisyon na ginawa ng iyong plan tungkol sa iyong pangangalaga.
- Sa tingin mo ay masyadong maagang magwawakas ang mga saklaw na serbisyo.
- Mayroon kang problema o reklamo sa iyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta, na kasama ang mga serbisyo mula sa Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS) at Pasilidad ng Pagkalinga (NF).

Ang kabanatang ito ay nasa iba't ibang seksyon upang matulungan kang madaling makita ang hinahanap mo. **Kung mayroon kang problema o ikinababahala, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa iyong sitwasyon.**

Dapat mong matanggap ang pangangalaga ng kalusugan, mga gamot, at pangmatagalang serbisyo at suporta na napagpasyahan ng iyong doktor at iba pang provider bilang kinakailangan para sa iyong pangangalaga bilang bahagi ng iyong plano ng pangangalaga. **Kung mayroon kang problema sa iyong pangangalaga, maaari kang tumawag sa Ombuds Program sa 1-888-452-8609 para sa tulong.** Ipinapaliwanag sa kabanatang ito ang iba't ibang opsyon mo para sa iba't ibang problema at reklamo, ngunit maaari kang palaging tumawag sa Ombuds Program upang makatulong na gabayan ka sa iyong problema. Para sa karagdagang mapagkukunan upang pagtuunan ang iyong mga alalahanin at mga paraan upang makaugnayan sila, sumangguni sa **Kabanata 2** *ng iyong Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema o alalahanin 206

A1. Tungkol sa mga legal na termino 207

B. Saan hihingi ng tulong 207

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong 207

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela sa Medicare at Medi-Cal sa aming plan 209

D. Ang mga problema sa iyong mga benepisyo 209

E. Mga desisyon sa saklaw at apela 210

E1. Mga desisyon sa saklaw 210

E2. Mga Apela 211

E3. Tulong sa mga desisyon sa saklaw at mga apela 212

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa iyo 213

F. Medikal na pangangalaga 213

F1. Paggamit ng seksyong ito 214

F2. Paghingi ng desisyon sa saklaw 215

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela 218

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela 221

F5. Mga problema sa pagbabayad 228

G. Mga inireresetang gamot na nasa Medicare Part D 230

G1. Mga desisyon at apela sa pagsaklaw ng Part D 230

G2. Mga pagbubukod ng Part D 232

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghingi ng pagbubukod 233

G4. Paghingi ng desisyon sa saklaw, kabilang ang pagbubukod 234

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela 237

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela 240

H. Paghingi sa amin na saklawin ang mas matagal na pananatili sa ospital 242

H1. Pag-aaral tungkol sa iyong mga karapatan sa Medicare 243

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela 244

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela 246

H4. Paggawa ng Antas 1 na Kahaliling Apela 247

H5. Paggawa ng Antas 2 na Kahaliling Apela 248

I. Paghingi sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa tiyak na mga medikal na serbisyo 249

I1. Maagang abiso bago matapos ang iyong saklaw 250

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela 250

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela 253

I4. Paggawa ng Antas 1 na Kahaliling Apela 254

I5. Paggawa ng Antas 2 na Kahaliling Apela 255

J. Pagkuha ng iyong apela na lampas sa Antas 2 256

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare 256

J2. Mga Karagdagang apela ng Medi-Cal 257

J3. Mga Antas 3, 4 at 5 na Apela para sa Mga Kahilingan na Gamot ng Part D 258

K. Paano magrereklamo 260

K1. Ano-anong uri ng mga problema ang dapat maging reklamo 260

K2. Mga internal na reklamo 262

K3. Mga external na reklamo 264

A. Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema o alalahanin

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano pamamahalaan ang mga problema at alalahanin. Depende ang proseso na ginagamit mo sa uri ng problema mo. Gamitin ang isang proseso para sa **mga desisyon sa saklaw at mga apela** at ang isa pa para sa **pagrereklamo;** tinatawag ding mga karaingan.

Para matiyak ang pagiging patas at mabilis na pag-aasikaso, bawat proseso ay may set ng mga patakaran, mga pamamaraan, at takdang araw na dapat naming sundin, ganun din ikaw.

A1. Tungkol sa mga legal na termino

May mga legal na termino sa kabanatang ito para sa ilang alituntunin at takdang araw. Marami sa mga terminong ito ang mahirap maunawaan, kaya gumagamit kami ng mga mas simpleng salita kapalit ng ilang partikular na legal na termino kapag kaya namin. Hindi kami masyadong gumagamit ng mga daglat hangga't maaari.

Halimbawa, sinasabi 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"
- "Organisasyon ng Malayang Pagsusuri" sa halip na "Entidad ng Malayang Pagsusuri."

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 hihingi ng tulong

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong

Kung minsan, maaaring nakalilito na simulan o sundin ang proseso para sa pagresolba ng problema. Lalo na itong mahalaga kapag hindi maganda ang pakiramdam mo o limitado ang lakas mo. Sa ibang pagkakataon, maaaring wala kang impormasyon na kailangan mo upang gawin ang susunod na hakbang.

Tulong mula sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan

Maaari kang tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP). Masasagot ng mga tagapayo sa HICAP ang iyong mga tanong at tutulungan kang maintindihan kung ano ang dapat gawin sa iyong problema. Ang HICAP ay hindi konektado sa amin o sa anumang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan. 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.

Tulong mula sa Health Consumer Alliance

Maaari kang tumawag sa Health Consumer Alliance at makipag-usap sa isang tagapagtaguyod tungkol sa iyong mga tanong sa saklaw sa kalusugan. Nag-aalok sila ng libreng legal na tulong. Hindi konektado ang Health Consumer Alliance sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang kanilang numero ng telepono ay 1-888-804-3536 at ang kanilang website ay www.healthconsumer.org.

Tulong at impormasyon mula sa Medicare

Para sa higit pang impormasyon at tulong, maaari kang makipag-ugnayan sa Medicare. Narito ang dalawang paraan 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. Mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bumisita sa website ng Medicare (www.medicare.gov).

Tulong at impormasyon mula sa Medi-Cal

Mga Ahensya ng Medi-Cal (Medicaid) ayon sa County (California)		
Ang Iyong County	**Pangalan ng Ahensya**	**Tumawag sa**
Los Angeles County	Kagawaran ng Mga Pampublikong Serbisyong Panlipunan (Department of Public Social Services)	1-866-613-3777
San Diego County	Department of Health & Human Services Agency	1-866-262-9881
WEBSITE:	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx	

Tulong mula sa California Department of Health Care

Makakatulong ang Medi-Cal Managed Care Ombudsman ng California Department of Health Care Services (DHCS). Makakatulong sila kung may mga problema ka sa pagsali, pagpapalit o pag-alis sa isang planong pangkalusugan. Makakatulong din sila kung lumipat ka at nagkakaproblema sa paglilipat ng iyong Medi-Cal sa iyong bagong county. Maaari kang tumawag sa Ombudsman Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m. sa 1-888-452-8609.

Tulong mula sa California Department of Managed Health Care

Makipag-ugnayan sa California Department of Managed Health Care para sa libreng tulong. Ang DMHC ay may pananagutan para sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan.

Tinutulungan ng DMHC ang mga taong may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Magagamit ng mga indibidwal na hindi makarinig, nahihirapan sa pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang toll-free na numero ng TDD, 1-877-688-9891.

Responsable ang California Department of Managed Health Care sa pagkontrol ng mga plano sa serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat ka munang tumawag sa iyong planong pangkalusugan sa 1-800-452-4413 at gamitin ang proseso ng karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit ng pamamaraang ito ng karaingan ay hindi nagbabawal sa anumang posibleng legal na mga karapatan o remedyo na maaari mong magamit. Kung kailangan mo ng tulong sa isang karaingan na sangkot ang isang emergency, isang karaingan na hindi kasiya-siyang nalutas ng iyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na nananatiling hindi nalulutas sa loob ng mahigit sa 30 araw, maaari kang tumawag sa departamento para sa tulong. Maaaring kuwalipikado ka rin para sa Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (IMR). Kung kuwalipikado ka para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng walang kinikilingan na pagsusuri ng mga medikal na desisyon na ginawa ng planong pangkalusugan na nauugnay sa medikal na pangangailangan ng isang iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon sa saklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o pagsisiyasat ang katangian at mga pagtatalo sa pagbabayad para sa emergency o agarang medikal na mga serbisyo. Ang departamento ay maroon ding libreng numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at TDD na linya (**1-877-688-9891**) para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng departamento na **www.dmhc.ca.gov** ay may mga form ng reklamo, mga form ng aplikasyon sa IMR at mga tagubilin online.

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela sa Medicare at Medi-Cal sa aming plan

Mayroon kang Medicare at Medi-Cal. Nalalapat ang impormasyon sa kabanatang ito sa **lahat** ng iyong benepisyo sa Medicare at Medi-Cal. Tinatawag ito kung minsan na “pinagsamang proseso” dahil pinagsasama nito ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Kung minsan, hindi mapagsasama ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal. Sa mga sitwasyong iyon, ginagamit mo ang isang proseso para sa isang benepisyo ng Medicare at isa pang proseso para sa isang benepisyo ng Medi-Cal. Ipinaliliwanag ng **Seksyon F4** ang mga sitwasyong ito.

D. Ang mga problema sa iyong mga benepisyo

Kung mayroon kang problema o ikinababahala, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop 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 rito ang mga problema tungkol sa kung saklaw o hindi ang medikal na pangangalaga o mga inireresetang gamot, ang paraan ng pagsaklaw sa mga ito, at ang mga problema tungkol sa pagbabayad para sa medikal na pangangalaga o mga iniresetang gamot.	
Oo. Ang aking problema ay tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Sumangguni sa **Seksyon E,** “Mga desisyon sa saklaw at mga apela.”	**Hindi.** Ang aking problema ay hindi tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Sumangguni sa **Seksyon K**, “Paano magrereklamo.”

E. Mga desisyon sa saklaw at apela

Ang proseso para sa paghiling ng desisyon sa saklaw at pag-apela ay namamahala sa mga problema na may kaugnayan sa iyong mga benepisyo at saklaw. Kasama rin dito ang mga problema sa pagbabayad.

E1. Mga desisyon sa saklaw

Ang desisyon sa saklaw ay isang desisyon na ginagawa namin tungkol sa iyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halaga na binabayaran namin para sa mga medikal na serbisyo o gamot. Gumagawa kami ng desisyon sa saklaw kapag nagdedesisyon kami kung ano ang saklaw para sa iyo at kung magkano ang babayaran namin. Halimbawa, gumagawa ang iyong doktor sa network ng paborableng desisyon sa saklaw para sa iyo tuwing makakatanggap ka ng medikal na pangangalaga mula sa kanya o kung ire-refer ka niya sa isang medikal na espesyalista.

Ikaw o ang iyong doktor ay maaari ding makipag-ugnayan sa amin at humingi ng desisyon sa saklaw. Ikaw o ang iyong doktor ay maaaring hindi sigurado kung sinasaklaw namin ang isang partikular na serbisyong medikal o kung maaaring tanggihan namin na magbigay ng medikal na pangangalaga na sa iyong palagay ay kailangan mo. **Kung gusto mong malaman kung sasaklawin namin ang serbisyong medikal bago mo tanggapin ito, maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa saklaw para sa iyo.**

Sa ilang kaso, maaaring magpasya kami na hindi saklaw ang isang serbisyo o gamot o hindi na saklaw para sa iyo ng Medicare o Medi-Cal. Kung hindi ka sang-ayon sa desisyong ito sa pagsakop, maaari kang umapela.

E2. Mga Apela

Kapag gagawa kami ng desisyon sa pagsakop at hindi ka kontento sa desisyong ito, maaari kang "umapela" sa desisyon. Ang isang apela ay pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang aming ginawang desisyon sa pagsakop.

Kapag aapela ka sa desisyon sa unang pagkakataon, tinatawag itong Baytang 1 ng Apela (Level 1 Appeal). Sa apelang ito, sinusuri namin ang desisyon sa saklaw na ginawa namin para tingnan kung sinunod namin nang tama ang lahat ng patakaran. Hahawakan ang iyong apela ng iba't ibang tagasuri sa halip na ang mga taong gumawa ng orihinal na hindi paborableng desisyon.

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 Malayang Medikal na Pagrepaso mula sa Department of Managed Health Care sa www.dmhc.ca.gov. Sumangguni sa pahina 185 para sa karagdagang impormasyon.

Kapag nakumpleto namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon. Sa ilalim ng ilang partikular na pangyayari, na ipinaliwanag sa ibang bahagi ng kabanatang ito Seksyon F2, makakahiling ka ng pinabilis o "mabilis na desisyon sa saklaw" o mabilis na apela sa desisyon sa saklaw.

Kung sabihin namin ang **Hindi** sa lahat o bahagi ng iyong Antas 1 na Apela, maaari kang pumunta sa isang Antas 2 na Apela. Magsasagawa ng Antas 2 na Apela ang isang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri na hindi konektado sa amin.

- Sa ilang sitwasyon, **awtomatikong ipapadala** ang iyong kaso sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri para sa Antas 2 na Apela. Kung mangyayari ito, sasabihin namin sa iyo.
- Sa iba pang sitwasyon, **kailangan mong humiling** ng Antas 2 na Apela.
- Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Antas 2 na mga Apela.

Kung hindi ka nasisiyahan sa desisyon sa Antas 2 na Apela, maaari kang magpatuloy sa pamamagitan ng karagdagang mga antas ng apela.

E3. Tulong sa mga desisyon sa saklaw at mga apela

Maaari kang humingi ng tulong sa alinman sa mga sumusunod:

- **Customer Care** sa mga numerong nasa ilalim ng pahina.
- **Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP)** sa 1-800-434-0222.
- **Ang Help Center sa 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 may 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 TDD, 1-877-688-9891.
- **Ang iyong doktor o ibang provider**. Maaaring humingi ang iyong doktor o ibang provider ng isang desisyon sa saklaw o apela sa ngalan mo.
- **Isang kaibigan o miyembro ng pamilya**. Maaari mong pangalanan ang isa pang tao para kumilos para sa iyo bilang iyong "kinatawan" at humiling ng isang desisyon sa saklaw o mag-apela.
- **Isang abogado**. May karapatan kang magkaroon ng isang abogado, ngunit **hindi mo kinakailangang magkaroon ng isang abogado** upang humingi ng desisyon sa saklaw o mag-apela.
    - Tumawag sa 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.
    - Humingi ng isang legal aid attorney mula sa Health Consumer Alliance sa 1-888-804-3536.

Kung gusto mong kumatawan sa iyo ang isang abogado o ibang tao, sagutan ang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan. Binibigyan ng pahintulot ng form ang tao upang kumilos para sa iyo.

Tumawag sa Customer Care sa mga numerong nasa ilalim ng pahina at humingi ng form na "Pagtatalaga ng Kinatawan". Makukuha mo rin ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Dapat mo kaming bigyan ng kopya ng pinirmahang form.**

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa iyo

Mayroong apat na sitwasyon na kinasasangkutan ng mga desisyon sa saklaw at apela. Ang bawat sitwasyon ay mayroong iba't-ibang mga patakaran at takdang araw. Nagbibigay kami ng mga detalye para sa bawat isa sa isang hiwalay na seksyon ng kabanatang ito. Sumangguni sa seksyon na naaangkop:

- **Seksyon F**, “Medikal na pangangalaga”
- **Seksyon G**, “Mga inireresetang gamot ng Medicare Part D”
- **Seksyon H**, “Paghingi sa amin na saklawin ang mas matagal na pananatili sa ospital”
- **Seksyon I**, “Paghingi sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang medikal na serbisyo (Magagamit lang ang seksyon na ito sa mga serbisyong ito: pangangalaga ng kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa skilled nursing facility, at mga serbisyong Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF).)

Kung hindi ka sigurado kung aling seksyon ang dapat mong gamitin, tumawag sa Customer Care sa mga numerong nasa ilalim ng pahina. Maaari ka ring humingi ng tulong o impormasyon mula sa mga organisasyon ng pamahalaan tulad ng Programang Tulong sa Insurance sa Kalusugan ng Estado.

F. Medikal na pangangalaga

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang gagawin kung may mga problema ka sa pagkuha ng saklaw sa medikal na pangangalaga o kung gusto mong bayaran namin sa iyo ang aming hati sa gastos sa pangangalaga sa iyo.

Ang seksyong ito ay tungkol sa iyong mga benepisyo para sa medikal na pangangalaga at serbisyo na inilalarawan sa **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro..* Karaniwang tinutukoy namin ang “saklaw na medikal na pangangalaga” o “medikal na pangangalaga” sa natitirang bahagi ng seksyong ito. Kasama sa terminong “medikal na pangangalaga” ang mga medikal na serbisyo at item pati na rin ang mga inireresetang gamot na nasa Medicare Part B na karaniwang gamot na ibinibigay ng iyong doktor o propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan. Maaaring ilapat ang ibang mga patakaran sa inireresetang gamot na nasa Part B. Kapag ginawa nila, ipinaliliwanag namin kung paano naiiba ang mga patakaran para sa mga inireresetang gamot na nasa Part B mula sa mga patakaran para sa mga medikal na serbisyo at item.

F1. Paggamit ng seksyong ito

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang maaari mong gawin sa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa palagay mo ay sinasaklaw namin ang medikal na pangangalaga na kailangan mo ngunit hindi mo kinukuha.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa saklaw. Sumangguni sa **Seksyon F2**.

2. Hindi namin inaprubahan ang medikal na pangangalaga na nais ibigay ng iyong doktor o ng ibang provider ng pangangalaga ng kalusugan sa iyo, at sa palagay mo ay dapat naming ibinigay.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyon. Sumangguni sa **Seksyon F3**.

3. Nakakuha ka ng medikal na pangangalaga na sa palagay mo ay sinasaklaw namin, ngunit hindi namin babayaran.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyon na hindi magbayad. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

4. Nakakuha ka at binayaran ang medikal na pangangalaga na inakala mong sinasaklaw namin, at gusto mong bayaran ka namin.

   Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong hilingin sa aming bayaran ka. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

5. Binawasan o inihinto namin ang iyong saklaw para sa ilang medikal na pangangalaga, at sa palagay mo ay makakasama ang aming desisyon sa iyong kalusugan.

6. Nakakaranas ka ng mga pagkaantala sa pangangalaga o hindi ka makahanap ng isang doktor.

Ano ang maaari mong gawin: Maaari mong iapela ang aming desisyon upang bawasan o itigil ang medikal na pangangalaga. Sumangguni sa **Seksyon F4**.

- Kung ang pagsaklaw 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. Sumangguni sa **Seksyon H** o **Seksyon I** upang malaman ang higit pa.

- Para sa lahat ng iba pang sitwasyon na sangkot ang pagbawas o paghinto ng iyong saklaw para sa partikular na medikal na pangangalaga, gamitin ang seksyong ito (**Seksyon F**) bilang iyong gabay.

F2. Paghingi ng desisyon sa saklaw

> Kapag ang desisyon sa saklaw ay nagsasangkot sa iyong medikal na pangangalaga, ito ay tinatawag na **"pinagsama-samang pagpapasya ng organisasyon."**

Ikaw, ang iyong doktor, o ang iyong kinatawan ay maaari humingi sa amin ng desisyon sa saklaw sa pamamagitan ng:

- Pagtawag: (800) 452-4413 TTY: 711.
- Pagpapadala ng fax: (877) 251-6671
- Pagsulat: BlueShield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.

Karaniwang desisyon sa saklaw

Magpapasya ang Blue Shield TotalDual Plan ng mga regular na paunang pag-apruba sa loob ng 5 araw ng trabaho ng kung kailan kinukuha ng Blue Shield TotalDual Plan ang impormasyong kinakailangan upang magdesisyon, at hindi lalampas sa 14 na araw sa kalendaryo matapos matanggap ng Blue Shield TotalDual Plan ang kahilingan. Kapag ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon, ginagamit namin ang mga "karaniwang" deadline maliban kung sumasang-ayon kaming gamitin ang "mabilis" na mga deadline. Ang karaniwang desisyon sa saklaw ay nangangahulugan na bibigyan ka namin ng sagot tungkol sa**:**

- Medikal na serbisyo o item sa loob ng 5 araw ng negosyo matapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- Inireresetang gamot na nasa Medicare Part B sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

Para sa isang medikal na item o serbisyo, maaari kaming tumagal ng hanggang 14 pa na araw sa kalendaryo kung humihiling ka ng marami pang panahon o kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon na maaaring makinabang ka (tulad ng mga medikal na rekord mula sa mga provider na wala sa network). Kung gagamit kami ng dagdag na mga araw upang magpasya, sasabihin namin ito sa iyo sa sulat. **Hindi kami makapaglalaan ng ekstrang araw kung ang iyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na inireresetang gamot.**

Kung sa palagay mo na **hindi** kami dapat magtagal pa ng mga ekstrang araw, maaari kang magsampa ng isang "mabilis na reklamo" tungkol sa aming desisyon upang magtagal ng mga

ekstrang araw. Kapag nagsampa ka ng isang mabilis na reklamo, bibigyan ka namin ng sagot sa iyong reklamo sa loob ng 24 na oras. Ang proseso sa pagrereklamo ay iba sa proseso para sa desisyon sa saklaw at mga apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa pagrereklamo, kasama ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Mabilis na desisyon sa saklaw

> Ang legal na termino para sa "mabilis na desisyon sa saklaw" ay "**pinabilis na pagpapasya**."

Kapag hiniling mo sa amin na gumawa ng desisyon sa saklaw tungkol sa iyong medikal na pangangalaga at ang iyong kalusugan ay nangangailangan ng mabilis na pagtugon, humiling sa amin ng "mabilis na desisyon sa saklaw." Ang mabilis na desisyon sa saklaw ay nangangahulugan na bibigyan ka namin ng sagot tungkol sa:

- Medikal na serbisyo o item sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- Inireresetang gamot na nasa Medicare Part B sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

Para sa medikal na item o serbisyo, maaari kaming abutin nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo kung malaman namin na nawawala ang impormasyon na maaaring makinabang ka (tulad ng mga medikal na rekord mula sa mga provider na wala sa network) o kung kailangan mo ng panahon sa pabibigay sa amin ng impormasyon para sa pagsusuri. Kung gagamit kami ng dagdag na mga araw upang magpasya, sasabihin namin ito sa iyo sa sulat. **Hindi kami makapaglalaan ng ekstrang oras kung ang iyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na inireresetang gamot.**

Kung sa palagay mo na **hindi** kami dapat abutin pa ng mga ekstrang araw para gumawa ng desisyon sa saklaw, maaari kang magsampa ng isang "mabilis na reklamo" tungkol sa aming desisyon upang abutin ng mga ekstrang araw. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa pagrereklamo, kasama ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**. Tatawagan ka namin sa sandaling makagawa kami ng desisyon.

Para makuha ng mabilis na desisyon, dapat na matugunan mo ang dalawang kinakailangan:

- Humihingi ka ng saklaw para sa medikal na pangangalaga na iyong **hindi nakuha**. Hindi ka makahingi ng mabilis na desisyon sa saklaw tungkol sa bayad para sa medikal na pangangalaga na natanggap mo na.
- Ang paggamit sa mga karaniwang takdang araw **ay maaaring magdulot ng malubhang panganib sa iyong kalusugan** o mahahadlangan ang iyong kakayahang kumilos.

Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilis na desisyon sa saklaw kung sabihin sa amin ng iyong doktor na kailangan ito ng kalusugan mo. Kung hihiling ka nang walang suporta ng iyong doktor, magdedesisyon kami kung makakakuha ka ng mabilis na desisyon sa saklaw.

Kung magdesisyon kami na hindi natutugunan ng iyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa mabilis na desisyon sa saklaw , padadalhan ka namin ng sulat na nagsasabi ng tungkol dito at gagamitin namin ang karaniwang mga takdang petsa sa halip. Sinasabi sa iyo ng sulat na:

- Awtomatiko naming ibibigay sa iyo ang mabilis na desisyon sa saklaw kung hihingin ito ng iyong doktor.
- Kung paano ka magsasampa 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 pagrereklamo, kasama ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Kung sabihin namin ang Hindi sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag sa mga dahilan.

- Kung sasabihin namin na **Hindi**, may karapatan kang mag-apela. Kung sa palagay mo na nagkamali kami, ang pag-aapela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at palitan ito.
- Kung magdedesisyon kang umapela, pupunta ka sa Antas 1 na proseso ng mga apela (sumangguni sa **Seksyon F3**).

Sa mga limitadong pangyayari, maaari naming balewalain ang iyong kahilingan para sa desisyon sa saklaw, na nangangahulugan na hindi namin susuriin ang kahilingan. Kasama sa mga halimbawa ng kung kailan babalewalain ang isang kahilangan ang:

- Kung hindi kumpleto ang kahilingan,
- Kung may isang taong gumagawa ng kahilingan para sa iyo ngunit hindi legal na awtorisadong gawin iyon, o
- Kung hiningi mong bawiin ang iyong kahilingan.

Kung balewalain namin ang isang kahilingan para sa desisyon sa saklaw, padadalhan ka namin ng isang abiso na nagpapaliwanag kung bakit binalewala ang kahilingan at kung paano humingi ng pagsusuri ng pagbabalewala. Tinatawag ang pagsusuri na ito na isang apela. Tinatalakay ang mga apela sa susunod na seksyon.

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Para simulan ang isang apela, ikaw, ang iyong doktor, o ang iyong kinatawan ay dapat makipag-ugnayan sa amin. Tumawag sa amin sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Humingi ng karaniwang apela o mabilis na apela sa pagsulat o sa pagtawag sa amin sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

- Kung hiningi ng iyong doktor o ibang tagapagreseta na ipagpatuloy ang isang serbisyo o item na natatanggap mo na sa panahon ng iyong apela, maaaring kailanganin mong pangalanan sila bilang iyong kinatawan upang kumilos para sa iyo.
- Kung may isang tao bukod sa iyong doktor ang nag-aapela para sa iyo, isama ang isang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan na nagbibigay ng pahintulot sa taong ito na katawanin ka. Makukuha mo ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Maaari naming tanggapin ang isang kahilingan na apela nang walang form, pero hindi namin masisimulan o matatapos ang aming pagsusuri hanggang sa matanggap namin ito. Kung hindi namin matanggap ang form sa loob ng 44 na araw sa kalendaryo matapos matanggap ang iyong kahilangan sa apela:
    - Babalewalain namin ang iyong kahilingan, at
    - Magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng iyong karapatan na humiling sa isang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri para pag-aralan ang aming desisyon na ibasura ang iyong apela.

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 at mayroong mabuting dahilan para malampasan ito, maaari ka naming bigyan ng karagdagang panahon upang umapela. Ang mga halimbawa ng mabubuting dahilan ay mga bagay na tulad ng nagkaroon ka ng malubhang karamdaman o mali ang ibinigay naming impormasyon sa iyo tungkol sa takdang petsa. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang iyong apela kapag nag-apela ka.

Mayroon kang karapatan na humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa iyong apela. Ikaw at ang iyong doktor ay maaari ding magbigay sa amin ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.

Kung kailangan ito ng kalusugan mo, humingi ng mabilis na apela.

> Ang legal na termino para sa “mabilis na apela” ay **“pinabilis na rekonsiderasyon.”**

- Kung umaapela ka sa isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pagsaklaw sa pangangalaga na hindi mo natanggap, ikaw at/o ang iyong doktor ay magpapasya kung kailangan mo ng mabilis na apela.
- Ang proseso sa mabilis na pag-apela ay katulad ng sa mabilis na desisyon sa saklaw. Para humiling ng mabilis na pag-apela, sundin ang mga tagubilin sa paghiling ng mabilis na desisyon sa saklaw sa **Seksyon F2**.
- Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor na kinakailangan ito ng iyong kalusugan, ibibigay namin sa iyo ang mabilis na pag-apela.

Kung sabihin namin sa iyo na inihihinto namin o binabawasan ang mga serbisyo o item na tinatanggap mo na, maaari mong ipagpatuloy ang mga serbisyo o item na iyon sa panahon ng iyong apela.

- Kung magdedesisyon kami na baguhin o itigil ang saklaw para sa isang serbisyo o item na natatanggap mo, padadalhan ka namin ng abiso bago kami kumilos.
- Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kang magsampa ng isang Antas 1 na Apela.
- Patuloy naming sasaklawin ang serbisyo o item kung humingi ka ng Antas 1 na Apela **sa loob ng 10 araw sa kalendaryo** ng petsa na nasa aming sulat o sa petsa ng pagpapatupad sa aksyon, alinman ang mas huli.
    - Kung matutugunan mo ang takdang araw na ito, matatanggap mo ang serbisyo o item nang walang pagbabago habang nakabinbin ang iyong Antas 1 na apela.
    - Matatanggap mo rin ang lahat ng iba pang serbisyo o item (na hindi saklaw ng iyong apela) nang walang pagbabago.
    - Kung hindi ka mag-aapela bago ang mga petsang ito, hindi ipagpapatuloy ang iyong serbisyo o gamot habang naghihintay ka para sa desisyon sa iyong apela.

Isasaalang-alang namin ang iyong apela at ibibigay sa iyo ang aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang iyong apela, gumagawa kami ng isa pang maingat na pagsusuri sa lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan sa pagsaklaw ng medikal na pangangalaga.
- Susuriin namin kung sinusunod namin ang lahat ng patakaran kapag sinabi namin ang **Hindi** sa iyong kahilingan.

- Mangangalap kami ng karagdagang impormasyon kung kailangan namin ito. Marahil makipag-ugnayan kami sa iyo o sa iyong doktor upang makakuha ng higit pang impormasyon.

May mga takdang araw para sa isang mabilis na apela.

- Kapag ginagamit namin ang mga mabilis na takdang petsa, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela**. Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.

Kung hindi kami magbibigay sa iyo ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela. Pagkatapos, sinusuri ito ng isang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sasabihin namin sa iyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang proseso ng Antas 2 na pag-apela.

- **Kung sinabi namin ang Oo sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.

- **Kung sinabi namin ang Hindi sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan,** ipadadala namin ang iyong apela sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri para sa Antas 2 na Apela.

May mga takdang araw para sa isang karaniwang apela.

- Kapag ginamit namin ang karaniwang mga takdang araw, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela para sa pagsaklaw sa mga serbisyong hindi mo natanggap.

- Kung ang iyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B na hindi mo natanggap, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela o mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.

Kung hindi kami magbibigay sa iyo ng sagot sa takdang petsa, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela. Pagkatapos, sinusuri ito ng isang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sasabihin namin sa iyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang proseso ng Antas 2 na pag-apela.

Kung sabihin namin ang Oo sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan, dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 30 araw sa

kalendaryo, o **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** kung ang iyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B, pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.

*Kung sabihin namin ang Hindi sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan**, mayroon kang mga karagdagang karapatan sa pag-aapela:***

Kung sabihin namin ang **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 item ng Medicare, sinasabi sa iyo ng sulat na ipinadala namin ang iyong kaso sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri para sa Antas 2 na Apela.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw sa isang serbisyo o item ng Medi-Cal, sinasabi sa iyo ng sulat kung paano ka mismo makakapaghain ng Antas 2 na Apela.

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung sabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong Antas 1 na Apela, padadalhan ka namin ng sulat. Sinasabi sa iyo ng sulat na ito kung karaniwang sinasaklaw ng Medicare, Medi-Cal, o parehong programa ang serbisyo o item.

- Kung ang problema mo ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medicare**, 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 na karaniwang sinasaklaw ng **Medi-Cal**, maaaring ikaw mismo ang magsampa ng Antas 2 na Apela. Sinasabi sa iyo ng sulat kung paano ito gagawin. Isinasama rin namin ang marami pang impormasyon kalaunan sa kabanatang ito. Hindi kami awtomatikong nagsasampa ng Antas 2 na Apela para sa iyo para sa mga serbisyo o item ng Medi-Cal.
- Kung ang problema mo ay tungkol sa isang serbisyo o item maaaring saklawin ng **parehong Medicare at Medi-Cal**, awtomatiko kang makakakuha ng Antas 2 na Apela sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri. Maaari ka ring humingi ng Patas na Pagdinig sa estado.

Kung kuwalipikado ka para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo kapag nagsampa ka ng iyong Antas 1 na Apela, maaari ding magpatuloy ang iyong mga benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot na inaapela sa panahon ng Antas 2. Sumangguni sa **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng iyong mga benepisyo sa panahon ng Antas 1 na Apela.

- Kung ang problema mo ay tungkol sa isang serbisyo na karaniwang saklaw lang ng Medicare, hindi magpapatuloy ang iyong mga benepisyo para sa naturang serbisyo sa panahon ng proseso ng Antas 2 na apela sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri.
- Kung ang problema mo ay tungkol sa isang serbisyo na karaniwang saklaw lamang ng Medi-Cal, magpapatuloy ang iyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon kung magsusumite ka ng Antas 2 na Apela sa loob ng 10 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang aming sulat ng desisyon.

Kapag ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medicare

Susuriin ng Independent Review Organization ang iyong apela. Isa itong malayang organisasyon na inuupahan ng Medicare.

> Ang pormal na pangalan para sa "Organisasyon ng Malayang Pagsusuri" ay **"Entidad ng Malayang Pagsusuri,"** na kung minsan ay tinatawag na **"IRE."**

- Hindi konektado sa amin ang organisasyong ito at hindi ito isang ahensya ng pamahalaan. Pinili ng Medicare ang kompanya na maging Independent Review Organization, at pinamamahalaan ng Medicare ang kanilang trabaho.
- Ipinapadala namin sa organisasyong ito ang impormasyon tungkol sa iyong apela (ang iyong "file ng kaso"). May karapatan ka sa libreng kopya ng iyong file ng kaso.
- Mayroon kang karapatang magbigay sa Independent Review Organization ng ibang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.
- Maingat na titingnan ng mga tagasuri sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang lahat ng impormasyon na may kaugnayan sa iyong apela.

Kung nagkaroon ka ng mabilis na apela sa Antas 1, mayroon ka rin ng mabilis na apela sa Antas 2.

- Kung nagkaroon ka ng mabilis na apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kang magkakaroon ng mabilis na apela sa Antas 2. Ang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ay dapat magbigay sa iyo ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 72 oras** ng pagtanggap ng iyong apela.

Kung nagkaroon ka ng karaniwang apela sa Antas 1, mayroon ka rin ng karaniwang apela sa Antas 2.

- Kung nagkaroon ka ng karaniwang apela sa Antas 1, awtomatikong magkakaroon ka ng karaniwang apela sa Antas 2.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo, dapat magbigay sa iyo ang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** ng pagtanggap ng iyong apela.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B, dapat ibigay sa iyo ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang sagot sa iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** ng pagtanggap ng iyong apela.

Binibigyan ka ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ng kanilang sagot nang nakasulat at ipapaliwanag ang mga dahilan.

- **Kung sinabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang Oo sa bahagi o lahat ng kahilingan para sa medikal na item o serbisyo,** dapat naming ipatupad nang maagap ang desisyon:
  - Pahintulutan ang saklaw sa medikal na pangangalaga **sa loob ng 72 oras** o
  - Ibigay ang serbisyo sa loob ng **14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng Independent Review Organization para sa **mga karaniwang kahilingan** o
  - Ibigay ang serbisyo **sa loob ng 72 oras** mula sa petsa na matanggap namin ang desisyon ng Independent Review Organization para sa **mga pinabilis na kahilingan**.
- Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Oo** sa bahagi o lahat ng kahilingan para sa inireresetang gamot na nasa Medicare Part B, dapat naming pahintulutan o ibigay ang inireresetang gamot na nasa Medicare Part B na pinagtatalunan:
  - **Sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri para sa **mga karaniwang kahilingan** o
  - **Sa loob ng 24 na oras** mula sa petsa na matanggap namin ang desisyon ng Independent Review Organization para sa **mga pinabilis na kahilingan**.
- Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o bahagi ng iyong kahilingan) para sa pagsaklaw ng medikal na pangangalaga. Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon” o “pagtanggi sa iyong apela.”

Kung natutugunan ng iyong kaso ang mga kahilingan, pipiliin mo kung gusto mo pang ipagpatuloy sa isa pang antas ang iyong apela.

Mayroon pang tatlong karagdagang antas sa proseso ng apela pagkatapos ng Antas 2, na may kabuuang limang antas.

Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay hindi pinaboran ngunit natutugunan mo ang mga kinakailangan para maipagpatuloy ang proseso ng pag-apela, dapat na magpasya ka kung gusto mo pang pumunta sa Antas 3 at gumawa ng ikatlong apela. Ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nakasulat sa abiso na natanggap mo pagkatapos ng iyong Antas 2 na Apela.

Ang Antas 3 na Apela ay pinamamahalaan ng isang Administratibong Hukom ng Batas o tagahatol na abogado. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal

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 item na saklaw ng Medi-Cal na may katangiang medikal. 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 aantalain 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 namin 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. Sumangguni sa pahina 216 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 Malayang 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.
- Ikoreo o i-fax ang iyong mga form at anumang kalakip sa:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 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 gumagamit ka ng doktor na wala sa network ng iyong planong pangkalusugan, mahalaga na kumuha ka at ipadala sa amin ang iyong mga medikal na record 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 at item ng Medi-Cal. Kung humingi sa amin ang iyong doktor o ibang provider ng serbisyo o item na hindi namin inaprubahan, 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 karaptan 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 <xx> fpara 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 916-651-5210 o 916-651-2789.

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.

Binibigyan ka ng opisina ng Patas na Pagdinig ng kanilang nasusulat na desisyon at ipapaliwanag ang mga dahilan.

- Kung sinabi ng opisina ng Patas na Pagdinig ang **Oo** sa bahagi o lahat ng kahilingan para sa isang medikal na item o serbisyo**,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang serbisyo o item **sa loob ng 72 oras** matapos naming matanggap ang kanilang desisyon.
- Kung sabihin ng opisina ng Patas na Pagdinig ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o bahagi ng iyong kahilingan) para sa pagsaklaw para sa medikal na pangangalaga. Tinatawag itong "pagsuporta sa desisyon" o "pagtanggi sa iyong apela."

Kung ang desisyon ng Independent Review Organization o Patas na Pagdinig ay **Hindi** para sa lahat o bahagi ng iyong kahilingan, mayroon kang karagdagang mga karapatan sa pag-apela.

Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay pumunta sa **Organisasyon ng Malayang Pagsusuri,** maaari ka lang umapela muli kung ang halaga ng dolyar ng serbisyo o item na gusto mo ay natutugunan ang isang partikular na pinakamababang halaga. Ang Antas 3 na Apela ay pinamamahalaan ng isang Administratibong Hukom ng Batas o tagahatol na abogado. **Ipinaliliwanag ng matatanggap mong sulat mula sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang mga karagdagang karapatan na maaaring mayroon ka.**

Inilalarawan ng sulat na matatanggap mo mula sa opisina ng Patas na Pagdinig ang opsyon sa susunod na pag-apela.

Sumangguni sa **Seksyon J** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa apela pagkatapos ng Antas 2.

F5. Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapayagan ang aming mga provider na nasa network na singilin ka para sa mga 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 kailanman kinakailangang bayaran ang balanse ng anumang bayarin.** 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 pa sa iyong copay para sa mga saklaw na serbisyo at item, ipadala sa amin ang bayarin. **Hindi mo dapat bayaran mismo ang bayarin.** Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at kami ang bahala sa problema. Kung babayaran mo ang bayarin, maaari kang makakuha ng refund kung sinunod mo ang mga patakaran sa pagkuha ng mga serbisyo o item.

Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 7** ng iyong *Handbook ng Miyembro*. Inilalarawan nito ang mga sitwasyon kapag maaaring kailanganin mong hilingin sa amin na bayaran ka o bayaran ang isang bayarin na natanggap mo mula sa isang provider.

Sinasabi rin nito kung paano magpapadala sa amin ng mga dokumento na hinihiling sa aming magbayad.

Kung hihilingin mong bayaran ka, humihiling ka ng isang desisyon sa saklaw. Susuriin namin kung ang serbisyo o item na binayaran mo ay saklaw at 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 patakaran, ipadadala namin sa iyong provider ang *aming hati sa gastos* para sa serbisyo o item sa loob ng 60 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 item 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 item at ipinapaliwanag kung bakit.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon na hindi magbayad, **maaari kang umapela**. Sundin ang proseso ng mga apela na inilarawan sa **Seksyon F3**. Kapag sinunod mo ang mga tagubilin na ito, tandaan na:

- Kung nag-apela ka na bayaran ka namin, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- Kung hiniling mo sa amin na bayaran ka para sa medikal na pangangalaga na natanggap mo at binayaran mo mismo, hindi ka makakahiling ng isang mabilis na apela.

Kung ang sagot namin sa iyong apela ay **Hindi** at karaniwang sinasaklaw ng **Medicare** ang serbisyo o item, ipadadala namin ang inyong kaso sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri. Padadalhan ka namin ng sulat kung mangyari ito.

- Kung babaligtarin ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri 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 o sa provider ng pangangalaga ng kalusugan sa loob ng 60 araw sa kalendaryo.
- Kung sinabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Hindi** sa iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan. Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon” o “pagtanggi sa iyong apela.”

Makakatanggap ka ng isang sulat na nagpapaliwanag ng karagdagang mga karapatan sa apela na maaaring mayroon ka. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung ang sagot namin sa iyong apela ay **Hindi** at **Medi-Cal** ang karaniwang sumasaklaw sa serbisyo o item, maaaring ikaw mismo ang magsampa ng Antas 2 na Apela. Hindi kami awtomatikong nagsasampa ng antas 2 na apela para sa iyo. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon.

G. Mga inireresetang gamot na nasa Medicare Part D

Ang iyong mga benepisyo bilang isang miyembro ng aming plan ay may kasamang pagsaklaw para sa maraming mga iniresetang gamot. Karamihan sa mga ito ay Medicare Part D na mga gamot. Mayroong kaunting gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare Part D na maaaring saklawin ng Medi-Cal. **Naaangkop lang ang seksyon na ito sa mga apela sa Part D na gamot.** Sasabihin naming “gamot” sa natitirang bahagi ng seksyong ito, sa halip na laging ulit-ulitin ang “Part D na gamot”.

Para masakop, ang iyong gamot ay kailangang gamitin para sa indikasyong tinatanggap bilang medikal. Nangangahulugan iyon na aprubado ng Food and Drug Administration (FDA) ang gamot o suportado ng ilang partikular na sangguniang medikal. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa palatandaan na medikal na tinatanggap.

G1. Mga desisyon at apela sa pagsaklaw ng Part D

Narito ang mga halimbawa ng mga desisyon sa pagsakop na maaari mong hilingin sa amin na gawin namin tungkol sa iyong mga gamot sa Part D:

- Humiling ka sa amin ng pagbubukod, kasama ang paghiling sa amin na:
  - Saklawin ang Part D na gamot na wala sa Listahan ng Gamot ng aming plan o
  - Isaisantabi ang paghihigpit sa aming pagsaklaw sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa dami na maaari mong makuha)
- Itinanong mo sa amin kung ang isang gamot ay saklaw para sa iyo (gaya ng kapag ang iyong gamot ay nasa Listahan ng Gamot ng aming plan ngunit dapat naming aprubahan ito para sa iyo bago namin saklawin ito)

TANDAAN: Kung sasabihin sa iyo ng iyong parmasya na hindi maaaring ibigay ang iyong reseta ayon sa nakasulat, bibigyan ka ng parmasya ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano makikipag-ugnayan sa amin upang humiling ng desisyon sa saklaw.

Ang unang desisyon sa saklaw tungkol sa iyong Part D na gamot ay tinatawag na **"pagpapasya ng saklaw."**

- Humiling ka sa amin na bayaran ang gamot na binili mo na. Ito ay paghingi ng desisyon sa saklaw tungkol sa pagbabayad.

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 desisyon sa saklaw at kung paano mag-apela. Gamitin ang tsart na nasa ibaba upang matulungan ka.

Sa aling mga sitwasyon na ito ka naroon?			
Kailangan mo ng 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 mong saklawin namin ang isang gamot na nasa aming Listahan ng Gamot, at sa palagay mo ay natutugunan mo ang mga patakaran o paghihigpit ng plan (tulad ng maagang pagkuha ng pag-apruba) para sa kailangan mong gamot.	Gusto mong hilingin sa amin na bayaran ka para sa isang gamot na natanggap at binayaran mo na.	Sinabi namin sa iyo na hindi namin sasaklawin o babayaran ang gamot sa paraan 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.** (Nangangahulugan ito na hinihiling mo sa amin na muling isaalang-alang.)
Magsimula sa **Seksyon G2**, pagkatapos sumangguni sa **mga Seksyon G3 at G4**.	Sumangguni sa **Seksyon G4**.	Sumangguni sa **Seksyon G4**.	Sumangguni sa **Seksyon G5**.

G2. Mga pagbubukod ng Part D

Kung hindi namin sinasaklaw ang isang gamot sa paraang gusto mo, maaari mong hingin sa amin na gumawa ng isang "pagbubukod." Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa isang pagbubukod, maaari kang umapela sa aming desisyon.

Kapag humiling ka ng isang pagbubukod, kakailanganin ipaliwanag ng iyong doktor o ng ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan mo ng pagbubukod.

> Ang paghiling para sa pagsaklaw ng isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o na tanggalin ang paghihigpit sa isang gamot ay tinatawag kung minsan na paghiling ng **"pagbubukod sa pormularyo."**

Narito ang mga halimbawa ng mga pagbubukod na maaaring hilingin mo o ng iyong doktor o ibang tagapagreseta na gawin namin:

1. **Pagsaklaw sa isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot**
   - Kung sumasang-ayon kaming gumawa ng isang hindi pagbubukod at saklawin ang isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot, babayaran mo ang copay na naaangkop sa mga gamot na nasa Antas 4: Hindi Gustong mga Gamot.
   - Hindi ka makakatanggap ng isang pagbubukod sa kinakailangang halaga ng copay para sa gamot.
2. **Pagtanggal ng paghihigpit para sa saklaw na gamot**
   - Mayroong mga karagdagang patakaran o paghihigpit na nalalapat sa ilang gamot na nasa aming Listahan ng Gamot (sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon).
   - Kasama sa mga karagdagang patakaran at paghihigpit 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 nang maaga bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot para sa iyo. Tinatawag ito kung minsan na "paunang pahintulot."
     - Kinakailangang subukan muna ang ibang gamot bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot na hinihiling mo. Tinatawag ito kung minsan na "step therapy."
     - Mga limitasyon sa dami. Para sa ilang gamot, may mga restriksyon sa dami ng gamot na maaari mong makuha.

- Kung sumasang-ayon kami sa pagbubukod at isaisantabi ang paghihigpit, maaari kang humingi ng pagbubukod sa halaga ng copay na kinakailangan mong bayaran.

3. **Pagbabago ng pagsaklaw sa gamot tungo sa mas mababang antas ng hatian ng gastos.** Bawat gamot na nasa aming Listahan ng Gamot ay nasa isa sa limang antas ng hatian ng gastos. Sa pangkalahatan, kapag mas mababa ang bilang ng antas ng hatian ng gastos, mas mababa ang halaga ng iyong kinakailangang copay.

> Ang paghiling ng mas mababang presyo para sa saklaw na hindi gustong gamot at tinatawag kung minsan na **"pagbubukod sa pag-aantas."**

- Mas madalas 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 ang isang alternatibong gamot para sa iyong medikal na kondisyon ay nasa isang mas mababang tier sa paghahati ng gastos kaysa gamot na iniinom mo, maaari mong hingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng paghahati ng gastos para sa alternatibong gamot. Pababain nito ang halaga ng iyong copay para sa gamot.

Kung ang iyong gamot na iniinom ay isang produktong biological, maaari mong hingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng paghahati ng gastos para sa pinakamababang tier para sa mga alternatibo sa produktong biological para sa iyong kondisyon.

Kung ang iyong gamot na iniinom ay isang branded na gamot, maaari mong hingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng paghahati ng gastos para sa pinakamababang tier para sa mga alternatibo sa branded na gamot para sa iyong kondisyon.

Kung ang iyong gamot na iniinom ay isang generic na gamot, maaari mong hingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng paghahati ng gastos para sa pinakamababang tier para sa alinman sa mga alternatibo sa branded o generic na gamot para sa iyong kondisyon.

- Hindi mo maaaring hilingin sa amin na baguhin ang antas ng hatian ng gastos para sa anumang gamot sa Antas 5: Specialty Tier na mga Gamot.
- Kung aprubahan namin ang iyong kahilingan sa pagbubukod sa pag-tier at mayroong mahigit sa isa na mas mababang tier sa paghahati ng gastos sa mga alternatibong gamo na hindi mo mainom, karaniwang babayaran mo ang pinakamababang halaga.

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghingi ng 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. Para sa mas mabilis na desisyon, ilakip ang impormasyong ito mula sa iyong doktor o iba pang nagrereseta kapag humiling ka ng eksepsyon.

Mas madalas 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 ang alternatibong gamot ay magiging kasing bisa lang ng gamot na hinihingi mo at hindi magdudulot ng mas maraming masasamang epekto o iba pang problema sa kalusugan, karaniwang **hindi** namin aaprubahan ang iyong kahilingan para sa pagbubukod. Kung hihiling ka sa amin ng pagbubukod sa pag-aantas, karaniwang **hindi** namin inaaprubahan ang iyong kahilingan maliban kung lahat ng alternatibong gamot sa mas mababang (mga) antas ng hatian ng gastos ay hindi mabisa para sa iyo o malamang na magdulot ng masamang reaksyon o iba pang pinsala.

Maaari naming sabihin na Oo o Hindi sa iyong kahilingan.

- Kung sabihin namin ang **Oo** sa iyong kahilingan sa 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 sasabihin namin ang **Hindi** sa iyong kahilingan na pagbubukod, maaari kang mag-apela. Sumangguni sa **Seksyon G5** para sa impormasyon tungkol sa pag-aapela kung sabihin namin ang **Hindi**.

Sinasabi ng susunod na seksyon kung paano hihiling ng desisyon sa saklaw, kasama ang eksepsyon.

G4. Paghingi ng desisyon sa saklaw, kabilang ang pagbubukod

- Humingi ng uri ng desisyon sa saklaw na gusto mo sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), pagsulat, o pagpapadala ng fax sa amin. Ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong doktor (o ibang tagapagreseta) ay makagagawa nito. Isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa claim.

- Ikaw o ang iyong doktor (o ibang tagapagreseta) o isang tao na kumikilos sa ngalan mo ay maaaring humiling ng isang desisyon sa saklaw. Maaari din na ang iyong abogado ang kumilos para sa iyo.

- Sumangguni sa **Seksyon E3** para malaman kung paano pangalanan ang isang tao bilang iyong kinatawan.

- Hindi mo kailangang magbigay ng nasusulat na pahintulot sa iyong doktor o ibang tagapagreseta upang humiling ng isang desisyon sa saklaw sa ngalan mo.
- Kung gusto mong humiling sa amin na bayaran ka para sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- Kung humihiling ka ng pagbubukod, ibigay sa amin ang "sumusuportang pahayag." Kasama sa sumusuportang pahayag ang mga medikal na dahilan ng iyong doktor o ibang tagapagreseta para sa kahilingan na pagbubukod.
- Maaaring i-fax o ipadala sa amin sa koreo ng iyong doktor o ibang tagapagreseta ang sumusuportang pahayag. Masasabi rin nila sa amin sa telepono at pagkatapos ay i-fax o ipadala sa koreo ang pahayag.

Kung kailangan ito ng kalusugan mo, humingi sa amin ng isang "mabilis na desisyon sa saklaw."

Ginagamit namin ang "mga karaniwang takdang petsa" maliban kung sumasang-ayon kami na gumamit ng "mabilis na mga takdang petsa."

- Ang ibig sabihin ng **karaniwang desisyon sa saklaw** ay magbibigay kami sa iyo ng sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap 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 matanggap ang pahayag ng iyong doktor.

> Ang "mabilis na desisyon sa saklaw" ay tinatawag na **"pinabilis na kapasyahan sa pagsaklaw."**

Maaari kang makakuha ng mabilis na desisyon sa saklaw kung:

- Para ito sa gamot na hindi mo nakuha. Hindi ka makakakuha ng mabilis na desisyon sa saklaw kung hinihiling mo sa amin na bayaran ka para sa isang gamot na nabili mo na.
- Malubhang mapipinsala ang iyong kalusugan o kakayahang gumana kung gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa.

Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta na kailangan ng iyong kalusugan ang mabilis na desisyon sa saklaw, sasang-ayon kami at ibibigay ito sa iyo. Padadalhan ka namin ng sulat na magsasabi sa iyo.

- Kung humihiling ka ng mabilis na desisyon sa saklaw nang walang suporta mula sa iyong doktor o ibang tagapagareseta, magpapasya kami kung makakatanggap ka ng mabilis na desisyon sa saklaw.

- Kung mapagpasya kami na hindi nakatutugon ang iyong medikal na kondisyon sa mga kinakailangan para sa mabilis na desisyon sa saklaw, gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa sa halip.

Padadalhan ka namin ng sulat na magsasabi sa iyo. Sinasabi rin sa iyo ng sulat kung paano magrereklamo tungkol sa aming pasya.

Maaari kang magsampa ng isang mabilis na reklamo at makakuha ng sagot sa loob ng 24 na oras. Para sa karagdagang impormasyon sa pagrereklamo, kasama ang mga mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Mga takdang petsa para sa isang mabilis na desisyon sa saklaw

- Kung ginagamit namin ang mga mabilis na takdang petsa, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Kung hihiling ka ng pagbubukod, ibibigay namin ang aming sagot sa iyo sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor. Mas maaga naming ibinibigay sa iyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.

- Kung hindi namin matutugunan ang takdang petsa na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Antas 2 na Apela.

- Kung sabihin namin ang **Oo** sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, ibibigay namin sa iyo ang saklaw sa loob ng 24 na oras matapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor.

- Kung sabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, ipadadala namin sa iyo ang isang sulat na may mga dahilan. Sinasabih din sa iyo ng sulat kung paano ka mag-aapela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang desisyon sa saklaw tungkol sa isang gamot na hindi mo nakuha

- Kung ginagamit namin ang mga karaniwang takdang petsa, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Kung hihiling ka ng pagbubukod, ibibigay namin ang aming sagot sa iyo sa loob ng 72 na oras pagkatapos naming matanggap ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor. Mas maaga naming ibinibigay sa iyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.

- Kung hindi namin matutugunan ang takdang petsa na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri.
- Kung sabihin namin ang **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan, ibibigay namin sa iyo ang saklaw sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor para sa pagbubukod.
- Kung sabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, ipadadala namin sa iyo ang isang sulat na may mga dahilan. Sinasabi rin sa iyo ng sulat kung paano mag-apela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang desisyon sa saklaw tungkol 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 petsa na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri.
- Kung sasabihin namin ang **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan, babayaran ka namin sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo.
- Kung sabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, ipadadala namin sa iyo ang isang sulat na may mga dahilan. Sinasabi rin sa iyo ng sulat kung paano mag-apela.

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela

> Ang pag-apela sa aming plan tungkol sa desisyon sa saklaw ng gamot sa Part D ay tinatawag na **“muling pagpapasya”** ng plan.

- Simulan ang iyong **karaniwan** o **mabilis na apela** sa pamamagitan ng pagtawag sa <phone number>, pagsulat, o pagpapadala ng fax sa amin. Ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong doktor (o ibang tagapagreseta) ay makagagawa nito. Isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa iyong claim.
- 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 at mayroong mabuting dahilan para malampasan ito, maaari ka naming bigyan ng karagdagang panahon upang umapela. Ang mga halimbawa ng mabubuting dahilan ay mga bagay na tulad ng nagkaroon ka ng malubhang karamdaman o mali ang ibinigay naming impormasyon sa iyo tungkol sa takdang petsa. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang iyong apela kapag nag-apela ka.
- Mayroon kang karapatan na humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa iyong apela. Ikaw at ang iyong doktor ay maaari ding magbigay sa amin ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.

Kung kailangan ito ng kalusugan mo, humingi ng mabilis na apela.

> Ang mabilis na apela ay tinatawag ding **"pinabilis na muling pagpapasya."**

- Kung umaapela ka sa isang desisyon na ginawa namin tungkol sa gamot na hindi mo pa natatanggap, ikaw at ang iyong doktor o ibang tagapagreseta ay magpapasya kung kailangan mo ng isang mabilis na apela.
- Ang mga kinakailangan para sa isang mabilis na apela ay katulad din sa mabilis na desisyon sa saklaw. Sumangguni sa **Seksyon G4** para sa karagdagang impormasyon.

Isasaalang-alang namin ang iyong apela at ibibigay sa iyo ang aming sagot.

- Susuriin namin ang iyong apela at maingat naming titingnan muli ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan para sa pagsaklaw.
- Susuriin namin kung sinunod namin ang mga patakaran nang sabihin 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.

Mga takdang petsa para mabilis na apela sa Antas 1

- Kung ginagamit namin ang mga mabilis na takdang petsa, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot saer **sa loob ng 72 oras** pagkatapos na ming matanggap ang iyong apela.
- Mas maaga naming ibinibigay sa iyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.

Kung hindi kami magbibigay sa iyo ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela. Pagkatapos, susuriin ito ng

Organisasyon ng Malayang Pagsusuri. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at ang proseso ng Antas 2 na Apela.

- Kung sinasabi namin ang **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan, dapat naming ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- Kung sabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa iyo kung paano ka mag-aapela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang apela sa Antas 1

- Kapag ginagamit namin ang mga karaniwang takdang petsa, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela para sa isang gamot na hindi mo nakuha.
- Mas maaaga naming ibibigay sa iyo ang aming desisyon kung hindi mo natanggap ang gamot at kailangan ito ng kondisyon ng iyong kalusugan. Kung naniniwala ka na kailangan ito ng iyong kalusugan, humingi ng isang mabilis na apela.

Kung hindi namin ibibigay sa inyo ang desisyon sa loob ng 7 araw sa kalendaryo, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos, susuriin ito ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at ang proseso ng Antas 2 na Apela.

Kung sabihin namin ang **Oo** sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan:

- Dapat kaming **magbigay ng saklaw** na sinang-ayunan naming ibigay nang mabilis hangga't kailangan ng iyong kalusugan, ngunit **hindi lalampas ng 7 araw sa kalendaryo** matapos naming matanggap ang iyong apela.
- Dapat kaming **magpadala ng bayad sa iyo** para sa isang gamot na binili mo **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** matapos naming matanggap ang iyong apela.

Kung sabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan:

- Magpapadala kami sa iyo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at sinasabi sa iyo kung paano ka maaaring mag-apela.
- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot tungkol sa pagbabayad sa gamot na iyong binili **sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** matapos naming matanggap ang iyong apela.

Kung hindi namin ibibigay sa inyo ang desisyon sa loob ng 14 araw sa kalendaryo, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos, susuriin ito ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at ang proseso ng Antas 2 na Apela.

- Kung sasabihin namin ang **Oo** sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, dapat ka naming bayaran sa loob ng 30 araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- Kung sabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa iyo kung paano ka mag-aapela.

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung sabihin namin ang **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela, maaari mong tanggapin ang aming desisyon o gagawa ng isa pang apela. Kung nagpapasya kang gumawa ng isa pang apela, gamitin mo ang proseso ng mga apela na Antas 2 na Apela. Sinusuri ng **Organisasyon ng Malayang Pagsusuri** ang aming desisyon nang sabihin namin ang **Hindi** sa iyong unang apela. Nagpapasya ang organisasyong ito kung dapat naming baguhin ang aming desisyon.

> Ang pormal na pangalan para sa “Organisasyon ng Malayang Pagsusuri” ay **“Entidad ng Malayang Pagsusuri,”** na kung minsan ay tinatawag na **“IRE.”**

Para gumawa ng Antas 2 na Apela, ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong doktor o iba pang tagapagreseta ay dapat makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri **sa pagsulat** at humiling ng pagsusuri ng iyong kaso.

- Kung sasabihin namin ang **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela, kasama sa sulat na ipinadala namin sa iyo ang **mga tagubilin kung paano gumawa ng Antas 2 na Apela** sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng mga tagubilin kung sino ang maaaring gumawa ng Antas 2 na Apela, kung ano ang mga takdang petsa na dapat mong sundin, at kung paano makikipag-ugnayan sa organisasyon.
- Kapag mag-aapela ka sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri, ipapadala namin ang impormasyong nasa amin tungkol sa iyong apela sa organisasyon. Ang impormasyong ito ay tinatawag na iyong “file ng kaso.” **May karapatan ka sa libreng kopya ng iyong file ng kaso**.
- Mayroon kang karapatang magbigay sa Independent Review Organization ng ibang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.

Sinusuri ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang iyong Part D na Antas 2 na Apela at bibigyan ka ng sagot sa pagsulat. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri.

Mga takdang petsa para mabilis na apela sa Antas 2

Kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan, humiling sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ng isang mabilis na apela.

- Kung sumang-ayon sila sa isang mabilis na apela, dapat silang magbigay sa iyo ng sagot **sa loob ng 72 oras** matapos matanggap ang iyong kahilingan sa pag-apela.
- Kung sabihin nila ang **Oo** sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, dapat naming ibigay ang aprubadong pagsaklaw sa gamot **sa loob ng 24 na oras** matapos matanggap ang desisyon ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri.

Mga takdang petsa para sa karaniwang apela sa Antas 2

Kung mayroon kang karaniwang apela sa Antas 2, dapat kang bigyan ng sagot ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri:

- **Sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** matapos nilang matanggap ang iyong apela para sa isang gamot na hindi mo nakuha.
- **Sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** matapos nilang matanggap ang iyong apela para sa pagbabayad ng gamot na binili mo.

Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Oo** sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan:

- Dapat naming ibigay ang aprubadong saklaw sa gamot **sa loob ng 72 oras** matapos naming matanggap ang desisyon ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri.
- Dapat ka naming bayaran para sa binili mong gamot sa loob ng 30 araw sa kalendaryo matapos naming matanggap ang desisyon ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri.

Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri 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” o “pagtanggi sa iyong apela.”

Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Hindi** sa iyong Antas 2 na Apela, may karapatan ka sa Antas 3 na Apela kung ang halaga ng dolyar ng saklaw na gamot na hinihiling mo ay nakakatugon sa pinakamababang halaga ng dolyar. Kung mas mababa ang halaga ng dolyar ng saklaw sa gamot na hinihiling mo kaysa kinakailangang minimum, hindi ka makagagawa ng isa pang apela. Sa kasong iyon, pinal na ang desisyon ng Antas 2 na Apela.

Magpapadala ng sulat sa iyo ang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri na nagsasabi sa iyo ng kinakailangang pinakamababang halaga ng dolyar upang ipagpatuloy ang Antas 3 na Apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng iyong kahilingan ay nakatutugon sa kinakailangan, pipiliin mo kung gusto mong isagawa pa ang iyong apela.

- Mayroon pang tatlong karagdagang antas sa proseso ng apela pagkatapos ng Antas 2.
- Kung sinasabi ng Organisayon ng Malayang Pagsusuri ang **Hindi** sa iyong Antas 2 na Apela at natutugunan mo ang mga kinakailangan upang ipagpatuloy ang proseso ng mga apela, ikaw ay:
  - Magpapasya kung nais mong gumawa ng isang Antas 3 na Apela.
  - Sumangguni sa sulat na ipinadala sa iyo ng Organisayon ng Malayang Pagsusuri sa iyong Antas 2 na Apela para sa mga detalye tungkol sa kung paano gumawa ng Antas 3 na Apela.

Ang Antas 3 na Apela ay pinamamahalaan ng isang Administratibong Hukom ng Batas o tagahatol na abogado. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa mga Antas 3, 4, at 5 na Apela.

H. 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. Para sa karagdagng impormasyon tungkol sa saklaw sa ospital ng aming plan, sumangguni sa **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro.*

Sa saklaw na pamamalagi mo sa ospital, nakikipagtulungan sa iyo ang iyong doktor at mga tauhan ng ospital upang maghanda para sa araw ng pag-alis mo sa ospital. Tumutulong din silang mag-ayos para sa 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 iyo na umalis sa ospital o nag-aalala ka tungkol sa iyong pangangalaga pagkatapos mong umalis ng ospital, maaari kang humiling ng mas mahabang pamamalagi sa ospital. Sasabihin sa iyo ng seksyong ito kung paano hihiling.

H1. Pag-aaral tungkol sa iyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos mong ipasok sa ospital, isang tauhan sa ospital, gaya ng isang nars o caseworker, ang magbibigay sa iyo ng nakasulat na abiso na tinatawag na **"Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Iyong mga Karapatan."** Lahat ng taong may Medicare ay makakatanggap ng kopya nitong abiso kapag sila ay ipinasok sa ospital.

Kung hindi ka makatanggap ng abisong ito, humingi nito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan mo ng tulong, tumawag sa Customer Care sa mga numerong nasa ilalim ng pahina. 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.

- **Basahing mabuti ang abiso** at magtanong kung hindi mo ito maintindihan. Sinasabi sa iyo ng abiso ang tungkol sa 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.
- **Pirmahan ang abiso** upang ipakita na nakuha mo ito at nauunawan ang mga karapatan mo.
    - Ikaw o sinuman na kumikilos para sa iyo ay maaaring pumirma sa abiso.
    - Ipinakikita **lamang** ng pagpirma sa abisona natanggap mo ang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. Ang paglagda ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon ka sa petsa ng paglabas na maaaring sinabi sa iyo ng iyong doktor o tauhan ng ospital.
- **Itago ang iyong kopya** ng pinirmahang abiso para mayroon kang impormasyon kung kailangan mo nito.

Kung pumirma ka ng abiso nang higit sa dalawang araw bago ka umalis ng ospital, makakatanggap ka ng isa pang kopya bago ka palabasin.

Maaari mong tingnan nang mas maaga ang isang kopya ng abiso kung ikaw ay:

- Tumawag sa Customer Care sa mga numero na nasa ilalim ng pahina
- 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.
- Bisitahin ang www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung gusto mong saklawin namin ang mga serbisyo ng ospital bilang inpatient para sa mas mahabang panahon, gumawa ng isang apela. Susuriin ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang Antas 1 na Apela upang malaman kung ang iyong naiplanong petsa ng paglabas ay medikal na naaangkop para sa iyo.

Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay isang grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Sinusuri ng mga ekspertong ito at tumutulong sa pagpapahusay ng kalidad para sa mga taong may Medicare. Hindi sila bahagi ng aming plan.

Sa California, ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay ang Livanta. Tumawag sa kanila sa (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668). Ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ay nasa abiso rin, “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Iyong Mga Karapatan,” at sa **Kabanata 2**.

Tumawag sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad bago ka umalis sa ospital at hindi lalampas sa petsa ng iyong nakaplanong paglabas.

- **Kung tumawag ka bago umalis**, maaari kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas nang hindi ito binabayaran habang naghihintay ka sa desisyon sa iyong apela mula sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad.
- **Kung hindi ka tumawag upang mag-apela**, at nagpasya kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas, maaaring bayaran mo ang lahat ng gastos para sa pangangalaga ng ospital na natanggap mo matapos ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas.
- **Kung nalampasan mo ang takdang petsa** para makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad tungkol sa iyong apela, mag-apela nang direkta sa aming

plan sa halip. Sumangguni sa **Seksyon G4** para sa impormasyon tungkol sa pag-aapela sa amin.

- Dahil saklaw ang mga pananatili sa ospital ng parehong Medicare at Medi-Cal, kung hindi pakikinggan ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad 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 Pagsusuri. Mangyaring sumangguni sa Seksyon F4 sa pahina <xx> upang malaman kung paano magsampa ng reklamo o humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagsusuri.

Humingi ng tulong kung kailangan mo ito. Kung mayroon kang mga tanong o kung kailangan mo ng tulong anumang oras:

- Tumawag sa Customer Care sa mga numero na nasa ilalim ng pahina.
- Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222.

Humingi ng mabilis na pagsusuri. Kumilos nang mabilis at makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad para humiling ng mabilis na pagsusuri ng iyong paglabas sa ospital.

> Ang legal na termino para sa **“mabilis na pagsusuri”** ay **“agarang pagsusuri”** o **“pinabilis na pagsusuri.”**

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilis na pagsusuri

- Tatanungin ka o ang iyong kinatawan ng mga tagasuri sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad kung bakit sa palagay mo na dapat magpatuloy ang pagsaklaw pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas. Hindi kinakailangan na magsulat ka ng isang pahayag, ngunit maaari mong gawin.
- Titingnan rin ng mga tagsuri ang iyong medikal na impormasyon, kakausapin ang iyong doktor, at susuriin ang impormasyon na ibinigay sa kanila ng ospital at ng aming plan.
- Sa tanghali ng araw pagkatapos sabihin ng mga tagasuri sa aming plan ang tungkol sa iyong apela, makakatanggap ka ng isa pang abiso na ipinaliliwanag kung bakit sa palagay ng iyong doktor, ng ospital, at namin na iyon ang tamang petsa ng paglabas na medikal na angkop para sa iyo.

Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay ang **"Detalyadong Abiso ng Paglabas."** Maaari kang makakuha ng sampol sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Care sa mga numerong nasa ibaba ng pahina o 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 ka ring sumangguni sa sampol na abiso online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos matanggap ang lahat ng kinakailangang impormasyon nito, ibibigay ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang kanilang sagot sa iyong apela.

Kung sinasabi ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang **Oo** sa iyong apela:

- Ibibigay namin ang iyong saklaw na mga serbisyo ng ospital bilang inpatient hangga't ang serbisyo ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Kung sinasabi ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang **Hindi** sa iyong apela:

- Naniniwala sila na ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ay medikal na naaangkop.
- Magtatapos ang aming pagsaklaw para sa iyong inpatient na mga serbisyo ng ospital sa tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang kanilang sagot sa iyong apela.
- Maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga ng pangangalaga sa ospital na natanggap mo pagkatapos ng tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang kanilang sagot sa iyong apela.
- Maaari kang gumawa ng Antas 2 na Apela kung tatanggihan ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang iyong Antas 1 na Apela **at** nanatili ka sa ospital pagkatapos ng iyong nakatakdang petsa ng paglabas.

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin mo sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad na tingnan muli ang naging desisyon nila sa iyong Antas 1 na Apela. Tumawag sa kanila sa (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668).

Dapat kang humiling ng pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw na sinabi ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari ka **lamang** humiling ng ganitong pagsusuri kung manatili ka sa ospital pagkatapos ng petsa na matapos ang pagsaklaw sa iyo para sa pangangalaga.

Ang mga tagasuri ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay:

- Maingat na titingnan muli ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong apela.
- Sasabihin sa iyo ang kanilang desisyon tungkol sa Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo ng pagtanggap ng iyong hiling para sa pangalawang pagsusuri.

Kung sinasabi ng Organisasyon sa Pagsusuri ng Kalidad ang **Oo** sa iyong apela:

- Dapat ka naming bayaran para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital na natanggap mo simula sa tanghali ng araw pagkatapos ng petsa na tinanggihan ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang iyong Antas 1 na apela.
- Ibibigay namin ang iyong saklaw na mga serbisyo ng ospital bilang inpatient hangga't ang serbisyo ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Kung sinasabi ng Organisasyon sa Pagsusuri ng Kalidad ang **Hindi** sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa kanilang desisyon tungkol sa iyong Antas 1 na Apela at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan ka nila ng sulat na nagsasabi sa iyo kung ano ang maaari mong gawin kung nais mong magpatuloy sa proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari ka ring magsampa ng reklamo o humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso upang ituloy ang pananatili mo sa ospital. Mangyaring sumangguni sa Seksyon E4 sa pahina <xx> upang malaman kung paano magsampa ng reklamo at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagsusuri.

Ang Antas 3 na Apela ay pinamamahalaan ng isang Administratibong Hukom ng Batas o tagahatol na abogado. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa mga Antas 3, 4, at 5 na Apela.

H4. Paggawa ng Antas 1 na Kahaliling Apela

Ang takdang petsa para sa pakikipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad para sa Antas 1 na Apela ay sa loob ng 60 araw o hindi lalampas sa iyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital. Kung nalampasan mo ang takdang petsa ng Antas 1 na Apela, maaari kang gumamit ng isang proseso na “Kahaliling Apela”.

Tumawag sa Customer Care sa mga numerong nasa ilalim ng pahina at humiling sa amin ng “mabilis na pagsusuri” ng iyong petsa ng paglabas sa ospital.

> Ang legal na termino para sa “mabilis na pagsusuri” o “mabilis na apela” ay **“pinabilis na apela.”**

- Tinitingnan namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa pananatili mo sa ospital.
- Sinusuri namin na ang unang desisyon ay patas at sinunod ang mga patakaran.
- Ginagamit namin ang mabibilis na takdang petsa sa halip na mga karaniwang takdang petsa at ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras ng kung kailan ka humingi ng mabilis na pagsusuri.

Kung sinasabi namin ang **Oo** sa iyong mabilis na apela:

- Sumasang-ayon kami na kailangan mong maging nasa ospital pagkatapos ng petsa ng paglabas.
- Ibibigay namin ang iyong saklaw na mga serbisyo ng ospital bilang inpatient hangga't ang serbisyo ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
- Babayaran ka namin para sa aming bahagi ng mga gastos ng pangangalaga na natanggap mo mula sa petsa kung kailan sinabi namin na magwawakas ang iyong saklaw.

Kung sinasabi namin ang **Hindi** sa iyong mabilis na apela:

- Sumasang-ayon kami na ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ay medikal na naaangkop.
- Matatapos ang aming pagsaklaw para sa iyong mga inpatient na serbisyo ng ospital sa petsa na sinabi namin sa iyo.
- Hindi namin babayaran ang aming bahagi sa mga gastos pagkatapos ng petsang ito.
- Maaaring kailanganin mong bayaran ang buong gastos ng pangangalaga sa ospital na natanggap mo pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas kung nagpatuloy kang manatili sa ospital.
- Ipadadala namin ang iyong apela sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri upang tiyaking sinunod namin ang lahat ng patakaran. Kapag gagawin namin ito, awtomatikong mapupunta ang iyong kaso sa proseso ng Antas 2 na apela.

H5. Paggawa ng Antas 2 na Kahaliling Apela

Ipadadala namin ang impormasyon para sa iyong Antas 2 na Apela sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri sa loob ng 24 na oras ng pagsasabi ng **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Awtomatiko naming ginagagawa ito. Wala kang kailangang gawin.

Kung sa palagay mo na hindi namin natutugunan ang takdang petsa na ito, o anumang ibang takdang petsa, maaari kang magreklamo. Sumangguni sa **Seksyon K** para sa impormasyon tungkol sa pagrereklamo.

Gumagawa ang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ng mabilis na pagsusuri ng iyong apela. Maingat nilang titingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong paglabas sa ospital at karaniwang ibibigay ang sagot sa loob ng 72 oras.

Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Oo** sa iyong apela:

- Babayaran ka namin para sa aming bahagi ng mga gastos ng pangangalaga na natanggap mo mula sa petsa kung kailan sinabi namin na magwawakas ang iyong saklaw.
- Ibibigay namin ang iyong saklaw na mga serbisyo ng ospital bilang inpatient hangga't ang serbisyo ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Hindi** sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila na ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital ay medikal na naaangkop.
- Bibigyan ka nila ng sulat na nagsasabi sa iyo kung ano ang maaari mong gawin kung nais mong magpatuloy sa proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.

Ang Antas 3 na Apela ay pinamamahalaan ng isang Administratibong Hukom ng Batas o tagahatol na abogado. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa mga Antas 3, 4, at 5 na Apela.

Maaari ka ring magsampa ng reklamo sa o humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso upang ituloy ang pananatili mo sa ospital. Mangyaring sumangguni sa Seksyon F4 sa pahina <xx> upang malaman kung paano magsampa ng reklamo at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagsusuri. Maaari kang humingi ng Malayang Medikal na Pagrepaso bilang karagdagan sa o sa halip na sa Antas 3 na Apela.

I. Paghingi sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa tiyak na mga medikal na serbisyo

Ang seksyong ito ay tungkol lamang sa tatlong uri ng mga serbisyo na maaari mong makuha:

- Mga serbisyo ng pangangalaga ng kalusugan sa tahanan
- May kakayahang pangangalaga sa isang skilled nursing facility.
- Pangangalagang rehabilitasyon bilang outpatient sa isang Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) na aprubado ng Medicare. Karaniwang 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 serbisyong ito, mayroon kang karapatang makakuha ng mga saklaw na serbisyo hangga't sasabihin ng doktor na kailangan mo ang mga ito.

Kapag nagpasiya kaming itigil ang pagsaklaw sa alinman sa mga ito, dapat namin itong sabihin sa iyo **bago** matapos ang iyong mga serbisyo. Kapag natapos ang iyong pagsaklaw para sa serbisyong iyon, ititigil namin ang pagbabayad para dito.

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.

I1. Maagang abiso bago matapos ang iyong saklaw

Padadalhan ka namin ng nakasulat na abiso na matatanggap mo nang hindi bababa sa dalawang araw bago kami tumigil sa pagbabayad para sa iyong pangangalaga. Ito ay tinatawag na “Abiso sa Hindi Pagsaklaw ng Medicare”. Sinasabi sa iyo ng abiso ang petsa kung kailan namin ititigil ang pagsaklaw sa pangangalaga sa iyo at kung paano iapela ang aming desisyon.

Dapat pirmahan mo o ng iyong kinatawan ang abiso upang ipakita na natanggap mo ito. Ipinapakita **lamang** ng pagpirma sa abiso na natanggap mo ang impormasyon. **Hindi** nangangahulugan ang pagpirma na sumasang-ayon ka sa aming desisyon.

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung sa palagay mo ay itinitigil namin ang saklaw sa iyong pangangalaga sa lalong madaling panahon, maaari mong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa iyo ng seksyong ito ang tungkol sa proseso ng Antas 1 na Apela at kung ano ang gagawin.

- **Matugunan ang mga takdang araw.** Mahalaga ang mga takdang araw. Intindihin at sundin ang mga takdang petsa na naaangkop sa mga bagay na dapat mong gawin. Dapat ding sundin ng aming plan ang mga takdang petsa. Kung sa palagay mo ay hindi kami sumusunod sa aming mga takdang petsa, maaari kang magsampa ng isang reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga reklamo.
- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito.** Kung mayroon kang mga tanong o kung kailangan mo ng tulong anumang oras:
  - Tumawag sa Customer Care sa mga numero na nasa ilalim ng pahina.
  - Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222.

- **Makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (QIO).**
  - Sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormayson tungkol sa QIO at kung paano sila makokontak.
  - Hilingin sa kanila na suriin ang iyong apela at magpasya kung babaguhin ang pasya ng aming plan.
- **Kumilos nang mabilis at humiling ng "mabilis na apela."** Itanong sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad kung medikal na naaangkop ito para sa amin na tapusin ang saklaw sa iyong mga medikal na serbisyo.

Ang iyong takdang petsa para makipag-ugnayan sa organisasyong ito

- Dapat mong kontakin ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad sa tanghali ng araw bago ang petsa na epektibo ang Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare na ipinadala namin sa iyo.
- Kung nalampasan mo ang takdang petsa para kontakin ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad, maaari kang direktang umapela sa amin sa halip. Para sa mga detalye tungkol sa kung paano gawin iyon, sumangguni sa **Seksyon I4**.
- 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 sumangguni sa Seksyon F4 sa pahina <xx> upang malaman kung paano magsampa ng reklamo at humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagsusuri.

Ang legal na termino para sa nakasulat na abiso ay **"Abiso ng Medicare ng Hindi-**Pagsaklaw." Upang makakuha ng kopya ng sampol, tumawag sa Customer Care sa mga numerong nasa ilalim ng pahina o 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. O kumuha ng kopya online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilisang apela

- Tatanungin ka o ang iyong kinatawan ng mga tagasuri sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad kung bakit sa palagay mo ay dapat magpatuloy ang pagsaklaw. Hindi kinakailangan na magsulat ka ng isang pahayag, ngunit maaari mong gawin.
- Titingnan ng mga tagasuri ang iyong medikal na impormasyon, makikipag-usap sa iyong doktor, at susuriin ang impormasyon na ibinigay sa kanila ng aming plan.
- Ipadadala rin ng aming plan sa iyo ng isang nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng aming mga dahilan para sa pagtatapos ng saklaw sa iyong mga serbisyo. Matatanggap mo ang abiso sa pagtatapos ng araw na ipinaalam sa amin ng mga tagasuri ang iyong apela.

> Ang legal na termino para sa abiso na nagpapaliwanag ay **"Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw."**

- Sasabihin sa iyo ng mga tagasuri ang kanilang desisyon sa loob ng isang buong araw pagkatapos matanggap ang lahat ng impormasyon na kailangan nila.

Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Oo** sa iyong apela:

- Ibibigay namin ang iyong mga saklaw na serbisyo hangga't ang mga ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Hindi** sa iyong apela:

- Magwawakas ang iyong saklaw sa petsa na sinabi namin sa iyo.
- Ihihinto namin ang pagbayad sa aming hati sa mga gastos ng pangangalagang ito sa petsa na nasa abiso.
- Babayaran mo ang buong gastos ng pangangalagang ito kung magpasya kang patuloy na makuha ang mga serbisyong pangangalaga ng kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng may kasanayang pagkalinga, o Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) pagkatapos ng petsa na magwakas ang iyong saklaw
- Magpapasya ka kung gusto mong ipagpatuloy ang mga serbisyong ito at gagawa ng Antas 2 na Apela.

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin mo sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad na tingnan muli ang naging desisyon nila sa iyong Antas 1 na Apela. Tumawag sa kanila sa (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668).

Dapat kang humiling ng pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw na sinabi ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari ka **lamang** makahingi ng pagsusuring ito kung ipagpapatuloy mo ang pangangalaga pagkatapos ng petsa na magwakas ang iyong saklaw sa pangangalaga.

Ang mga tagasuri ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay:

- Maingat na titingnan muli ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong apela.
- Sasabihin sa iyo ang kanilang desisyon tungkol sa Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo ng pagtanggap ng iyong hiling para sa pangalawang pagsusuri.

Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Oo** sa iyong apela:

- Babayaran ka namin para sa aming bahagi ng mga gastos ng pangangalaga na natanggap mo mula sa petsa kung kailan sinabi namin na magwawakas ang iyong saklaw.
- Magbibigay kami ng pagsaklaw para sa pangangalaga hangga't ito ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Hindi** sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyon na tapusin ang iyong pangangalaga at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan ka nila ng sulat na nagsasabi sa iyo kung ano ang maaari mong gawin kung nais mong magpatuloy sa proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari ka ring humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagrepaso para maipagpatuloy ang saklaw ng iyong serbisyong pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring sumangguni sa Seksyon F4 sa pahina <xx> upang malaman kung paano humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagsusuri. 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.

Ang Antas 3 na Apela ay pinamamahalaan ng isang Administratibong Hukom ng Batas o tagahatol na abogado. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa mga Antas 3, 4, at 5 na Apela.

I4. Paggawa ng Antas 1 na Kahaliling Apela

Gaya ng ipinaliwanag sa **Seksyon I2**, dapat kang magmadali at makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri para simulan ang iyong Antas 1 na Apela. Kung nalampasan mo ang takdang petsa, maaari kang gumamit ng isang proseso na "Kahaliling Apela".

Makipag-ugnayan sa Customer Care sa mga numerong nasa ilalim ng pahina at humiling sa amin ng isang "mabilis na pagsusuri."

> Ang legal na termino para sa "mabilis na pagsusuri" o "mabilis na apela" ay **"pinabilis na apela."**

- Tinitingnan namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kaso.
- Tinitingnan namin kung patas ang unang desisyon at sinusunod ang mga patakaran noong itinakda namin ang petsa para sa pagtatapos ng saklaw para sa iyong mga serbisyo.
- Ginagamit namin ang mabibilis na takdang petsa sa halip na mga karaniwang takdang petsa at ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras ng kung kailan ka humingi ng mabilis na pagsusuri.

Kung sinasabi namin ang **Oo** sa iyong mabilis na apela:

- Sumasang-ayon kami na kailangan mo ng mga serbisyo nang mas mahaba.
- Ibibigay namin ang iyong mga saklaw na serbisyo hangga't ang mga serbisyo ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.
- Sumasang-ayon kami na bayaran ka namin para sa aming hati sa mga gastos ng pangangalaga na natanggap mo mula sa petsa kung kailan namin sinabi na magwawakas ang iyong saklaw.

Kung sinasabi namin ang **Hindi** sa iyong mabilis na apela:

- Magwawakas ang aming saklaw para sa mga serbisyong ito sa petsa na sinabi namin sa iyo.
- Hindi namin babayaran ang aming bahagi sa mga gastos pagkatapos ng petsang ito.
- Babayaran mo ang kabuuang gastos ng mga serbisyong ito kung magpapatuloy kang kuhanin ang mga ito pagkatapos ng petsa na sinabi namin sa iyo na magwawakas ng aming saklaw.

- Ipadadala namin ang iyong apela sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri upang tiyaking sinunod namin ang lahat ng patakaran. Kapag gagawin namin ito, awtomatikong mapupunta ang iyong kaso sa proseso ng Antas 2 na apela.

I5. Paggawa ng Antas 2 na Kahaliling Apela

Sa panahon ng Antas 2 na Apela,

Ipadadala namin ang impormasyon para sa iyong Antas 2 na Apela sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri sa loob ng 24 na oras nang sabihin ang Hindi sa iyong Antas 1 na Apela. Awtomatiko naming ginagagawa ito. Wala kang kailangang gawin.

Kung sa palagay mo na hindi namin natutugunan ang takdang petsa na ito, o anumang ibang takdang petsa, maaari kang magreklamo. Sumangguni sa **Seksyon K** para sa impormasyon tungkol sa pagrereklamo.

Gumagawa ang Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ng mabilis na pagsusuri ng iyong apela. Maingat nilang titingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong paglabas sa ospital at karaniwang ibibigay ang sagot sa loob ng 72 oras.

Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Oo** sa iyong apela:

- Babayaran ka namin para sa aming bahagi ng mga gastos ng pangangalaga na natanggap mo mula sa petsa kung kailan sinabi namin na magwawakas ang iyong saklaw.
- Ibibigay namin ang iyong saklaw na mga serbisyo ng ospital bilang inpatient hangga't ang serbisyo ay kinakailangan dala ng medikal na dahilan.

Kung sinasabi ng Organisasyon ng Malayang Pagsusuri ang **Hindi** sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyon na tapusin ang iyong pangangalaga at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan ka nila ng sulat na nagsasabi sa iyo kung ano ang maaari mong gawin kung nais mong magpatuloy sa proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.

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 sumangguni sa Seksyon F4 sa pahina <xx> upang malaman kung paano humingi sa DMHC ng Malayang Medikal na Pagsusuri. Maaari kang magsampa ng reklamo at humingi ng Malayang Medikal na Pagrepaso bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.

Ang Antas 3 na Apela ay pinamamahalaan ng isang Administratibong Hukom ng Batas o tagahatol na abogado. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa mga Antas 3, 4, at 5 na Apela.

J. Pagkuha ng iyong apela na lampas sa Antas 2

J1. 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.

Kung ang dolyar na halaga ng serbisyo o item ng Medicare na iniapela mo ay hindi natutugunan ang isang partikular na pinakamababang dolyar na halaga, hindi ka na makakapag-apela pa. Kung sapat ang taas ng dolyar na halaga, maaari kang magpatuloy sa proseso ng apela. Ipinaliliwanag ng sulat na matatanggap mo mula sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri para sa iyong Antas 2 na Apela kung kanino ka makikipag-ugnayan at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang Antas 3 na proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng Administrative Law Judge (ALJ). Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang tagahatol na abogado na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung sinasabi ng ALJ o tagahatol na abogado ang **Oo** sa iyong apela**,** may karapatan kaming umapela sa Antas 3 na desisyon na paborable sa iyo.

- Kung magpasya kaming **iapela** ang desisyon, magpapadala kami sa iyo ng kopya ng kahilingan na Antas 4 na Apela na may anumang kasamang mga dokumento. Marahil maghihintay kami ng desisyon ng Level 4 Appeal bago namin pahintulutan o ibigay ang serbisyong di pinakakasunduan.
- Kung magpasya kaming **hindi iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatanggap ng desisyon ng ALJ o tagahatol na abogado.

Kung sinasabi ng ALJ o tagahatol na abogado ang **Hindi** sa iyong apela, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng apela.

- Kung magpasya kang **tanggapin** ang desisyong ito na tinatanggihan ang iyong apela, tapos na ang proseso ng apela.

- Kung magpasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tinatanggihan ang iyong apela, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng matatanggap mong abiso kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Sinusuri ng Konseho ng Apela ng Medicare ang iyong apela at bibigyan ka ng sagot. Bahagi ng pedereal na pamahalaan ang Konseho.

Kung sasabihin ng Konseho ang **Oo** sa iyong Antas 4 na Apela o tanggihan ang aming kahilingan na suriin ang desisyon sa Antas 3 na Apela na paborable sa iyo, mayroon kaming karapatan na umapela sa Antas 5.

- Kung magpapasya kaming **iapela** ang desisyon, ipapaalam namin sa iyo sa sulat.
- Kung magpasya kaming **hindi iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatanggap ng desisyon ng Konseho.

Kung sinasabi ng Konseho ang **Hindi** o kung tinatanggihan ang aming kahilingan na pagsusuri, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya kang **tanggapin** ang desisyong ito na tinatanggihan ang iyong apela, tapos na ang proseso ng apela.
- Kung nagpasya kang **hindi tanggapin** ang desisyon na tinatanggihan ang iyong apela, maaari kang magpatuloy sa susunod antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin ng abiso na matatanggap mo kung maaari kang pumunta sa Antas 5 na Apela at kung ano ang gagawin.

Antas 5 na Apela

Susuriin ng isang hukom ng Korte ng Pederal na Distrito ang iyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang huling desisyon. Walang ibang antas ng apela sa labas ng Korte ng Pederal na Distrito.

J2. Mga Karagdagang apela ng Medi-Cal

Mayroon ka ring iba pang mga karapatan sa pag-apela kung ang iyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal. Sasabihin sa iyo ng matatanggap mong sulat mula sa opisina ng Patas na Pagdinig kung ano ang gagawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng apela. 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 muling pagdinig, maaari kang humiling ng panghukumang pagsusuri nguni't hindi ka maaaring humiling ng isa pang muling pagdinig.

J3. Mga Antas 3, 4 at 5 na Apela para sa Mga Kahilingan na Gamot ng Part D

Maaaring angkop para sa iyo ang seksyong ito kung gumawa ka ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela, at parehong tinanggihan ang iyong mga apela.

Kung ang halaga ng gamot na inapela mo ay nakakatugon sa partikular na halaga ng dolyar, maaari kang pumunta sa karagdagang mga antas ng apela. Ipinaliliwanag ng nakasulat na tugon na matatanggap mo sa iyong Antas 2 na Apela kung kanino ka makikipag-ugnayan at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang Antas 3 na proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng Administrative Law Judge (ALJ). Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang tagahatol na abogado na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung sasabihin ng ALJ o tagahatol na abogado ang **Oo** sa iyong apelal**:**

- Tapos na ang proseso ng apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang aprubadong saklaw sa gamot sa loob ng 72 oras (24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatanggap namin ng desisyon.

Kung sinasabi ng ALJ o tagahatol na abogado ang **Hindi** sa iyong apela, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng apela.

- Kung magpasya kang **tanggapin** ang desisyong ito na tinatanggihan ang iyong apela, tapos na ang proseso ng apela.
- Kung magpasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tinatanggihan ang iyong apela, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng matatanggap mong abiso kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Sinusuri ng Konseho ng Apela ng Medicare ang iyong apela at bibigyan ka ng sagot. Bahagi ng pedereal na pamahalaan ang Konseho.

Kung sasabihin ng Konseho ang **Oo** sa iyong apela:

- Tapos na ang proseso ng apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang aprubadong saklaw sa gamot sa loob ng 72 oras (24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatanggap namin ng desisyon.

Kung sinasabi ng Konseho ang **Hindi** sa iyong apela, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng apela.

- Kung magpasya kang **tanggapin** ang desisyong ito na tinatanggihan ang iyong apela, tapos na ang proseso ng apela.
- Kung nagpasya kang **hindi tanggapin** ang desisyon na tinatanggihan ang iyong apela, maaari kang magpatuloy sa susunod antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin ng abiso na matatanggap mo kung maaari kang pumunta sa Antas 5 na Apela at kung ano ang gagawin.

Antas 5 na Apela

Susuriin ng isang hukom ng Korte ng Pederal na Distrito ang iyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang huling desisyon. Walang ibang antas ng apela sa labas ng Korte ng Pederal na Distrito.

K. Paano magrereklamo

K1. Ano-anong uri ng mga problema ang dapat maging reklamo

Ginagamit ang proseso ng reklamo para sa ilang partikular na uri ng mga problema lamang, tulad ng mga problemang may kaugnayan sa kalidad ng pangangalaga, mga oras ng paghihintay, koordinasyon ng pangangalaga, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng mga problema na hinahawakan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng iyong medikal na pangangalaga	• Hindi ka masaya sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng nakuha mong pangangalaga sa ospital.
Paggalang sa iyong pagkapribado	• Sa palagay mo ay hindi iginalang ng isang tao ang iyong karapatan sa pagkapribado o ibinahagi ang kumpidensyal na impormasyon tungkol sa iyo.
Kawalang-galang, pangit na serbisyo sa customer, o iba pang negatibong asal	• Isang provider ng pangangalagang pangkalusugan o tauhan na bastos o walang galang sa iyo. • Hindi maganda ang pakikitungo sa iyo ng aming mga tauhan. • Sa palagay mo ay inaalis ka sa aming plano.

Reklamo	Halimbawa
Madaling paggamit at tulong sa wika	• Hindi ka maka-access sa mga serbisyo at pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan sa isang opisina ng doktor o provider. • Hindi nagbibigay ang iyong doktor o provider ng isang interpreter para sa wikang hindi Ingles na ginagamit mo (tulad ng American Sign Language o Espanyol). • Hindi ka binibigyan ng iyong provider ng ibang makatwirang akomodasyon na kailangan mo at hiningi.
Mga oras ng paghihintay	• Nagkakaproblema ka sa pagkuha ng isang appointment o naghihintay nang matagal upang makuha ito. • Pinaghihintay ka nang matagal ng mga doktor, pharmacist, o ibang mga propesyonal sa kalusugan, Customer Care, o iba pang tauhan plan.
Kalinisan	• Sa palagay mo hindi malinis ang klinika, ospital o opisina ng doktor.
Impormasyon na makukuha mo 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.

Reklamo	Halimbawa
Ang napapanahon na nauugnay sa mga desisyon sa saklaw o mga apela	• Sa iyong palagay, hindi namin natutugunan ang aming mga takdang petsa para sa paggawa ng desisyon sa saklaw o pagsagot sa iyong apela. • Sa iyong palagay, pagkatapos makakuha ng desisyon sa saklaw o apela na pumanig sa iyo, hindi namin natutugunan ang mga takdang petsa para sa pag-apruba o pagbibigay sa iyo ng serbisyo o pagbabayad sa iyo para sa ilang serbisyong medikal. • Sa iyong palagay hindi namin ipinadala ang iyong kaso sa Organisasyon ng Malayang Pagsusuri sa tamang panahon.

May iba't ibang uri ng mga reklamo. 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 plan. Kung kailangan mo ng tulong sa paghahain ng internal at/o external na reklamo, maaari kang tumawag sa Customer Care sa (800) 452-4113.

> Ang legal na termino para sa isang “reklamo” ay isang **“karaingan.”**
>
> Ang legal na termino para sa “pagrereklamo” ay ang **“pagsasampa ng karaingan.”**

K2. Mga internal na reklamo

Upang gumawa ng panloob na reklamo, tumawag sa Customer Care sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Maaari kang gumawa ng reklamo sa anumang oras maliban kung tungkol ito sa Part D na gamot. Kung ang reklamo ay tungkol sa Part D na gamot, dapat mo itong gawin **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.
- Narito kung paano ito gumagana:

- Hakbang 1: Magsampa ng Karaingan

Upang simulan ang proseso, tumawag sa kinatawan ng Customer Care sa loob ng 60 araw sa kalendaryo ng kaganapan at humiling na magsampa ng karaingan. Maaari ka ring magsampa ng karaingan na nakasulat sa loob ng 60 araw sa kalendaryo ng kaganapan sa pamamagitan ng pagpapadala nito sa:

Blue Shield TotalDual Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856
FAX: (916) 350-6510

Kung makikipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng fax o koreo, mangyaring tumawag sa amin upang humiling ng **Form ng mga Apela at Karaingan ng Blue Shield TotalDual Plan**.

Magpapadala kami sa iyo ng sulat upang ipaalam sa iyon na natanggap namin ang abiso ng iyong ikinababahala sa loob ng 5 araw sa kalendaryo at ibibigay sa iyo ang pangalan ng taong nag-aasikaso nito. Karaniwan naming lulutasin ito sa loob ng 30 araw sa kalendaryo.

Kung hihiling ka ng "pinabilis na karaingan" dahil nagpasya kami na hindi namin ibigay sa iyo ang isang "mabilis na desisyon" o "mabilis na apela", ipadadala namin ang iyong kahilingan sa medikal na direktor na hindi kasangkot sa aming orihinal na desisyon. Maaari naming itanong kung mayroon kang karagdagang impormasyon na hindi magagamit sa oras na hiniling mo ang isang “mabilis na paunang desisyon” o “mabilis na apela.”

Susuriin ng medikal na direktor ang iyong kahilingan at magpapasya kung naangkop ang aming orihinal na desisyon. Magpapadala kami sa iyong ng sulat na may desisyon namin sa loob ng 24 na oras ng iyong kahilingan para sa “pinabilis na karaingan.”

Dapat na kasing bilis ng kinakailangan ng iyong kaso ang aming pagtugon sa iyong karaingan batay sa kalagayan ng iyong kalusugan, ngunit hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang iyong reklamo.

- Hakbang 2: Pagdinig sa Karaingan

Kung hindi ka nasisiyahan sa paglutas ng iyong karaingan na nauugnay sa isang isyu ng kalidad ng pangangalaga, maaari kang gumawa ng isang nakasulat na kahilingan sa Departamento ng mga Apela at Karaingan ng Blue Shield Medicare para sa isang pagdinig sa karaingan. Sa loob ng 31 araw sa kalendaryo ng iyong

nakasulat na kahilingan, bubuo kami ng isang panel upang dinggin ang iyong kaso. Aanyayahan ka na dumalo sa pagdinig, na kasama ang isang hindi kasangkot na doktor at isang kinatawan mula sa Departamento ng mga Apela at Paglutas ng Karaingan. Maaari kang dumalo nang personal o sa pamamagitan ng teleconference. Pagkatapos ng pagdinig, padadalhan ka namin ng sulat ng pinal na paglutas.

- Kung hindi ka nasisiyahan sa paglutas ng iyong karaingan na hindi kasama ang kalidad ng pangangalaga, tulad ng mga oras ng paghihintay, walang paggalang, serbisyo sa customer o kalinisan, maaari kang makipag-ugnayan sa Departamento ng Customer Care ng BlueShield TotalDual Plan upang humiling ng karagdagang pagsusuri.

> **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 gumawa ng desisyon sa loob ng 30 araw sa kalendaryo dahil kailangan namin ng karagdagang impormasyon, aabisuhan ka namin sa pagsulat sa iyo. Magbibigay rin kami ng update sa status at tinatayang panahon para matanggap mo ang sagot.
- 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 tutugon sa iyong reklamo sa loob ng 24 na oras.
- Kung magrereklamo ka dahil gumamit kami ng karagdagang panahon upang gumawa ng desisyon sa saklaw o apela, awtomatiko ka naming bibigyan ng "mabilis na reklamo" at tutugon sa iyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

Kung hindi kami sumasang-ayon sa ilan o sa lahat ng iyong reklamo, sasabihin namin sa iyo at ibibigay ang aming mga dahilan. Tutugon kami kung sumasang-ayon kami o hindi sa reklamo.

K3. Mga external na reklamo

Medicare

Maaari mong sabihin sa Medicare ang iyong reklamo o ipadala ito sa Medicare. Makikita ang Form ng Reklamo sa Medicare sa: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Hindi mo na kailangang magsampa ng reklamo sa Blue Shield TotalDual Plan bago magsampa ng reklamo sa Medicare.

Siniseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at ginagamit ang impormasyong ito upang mapahusay ang kalidad ng programang Medicare.

Kung mayroon kang anumang ibang feedback o mga alalahanin, o kung sa pakiramdam mo ay hindi tinutugunan ng planong pangkalusugan ang iyong problema, maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Makakatawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Medi-Cal

Maaari kang magsampa ng reklamo sa California Department of health Care Services (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-452-8609. Makakatawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tumawag Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m.

Maaari kang magsampa ng reklamo sa California Department of Managed Health Care (DMHC). Ang DMHC ay may pananagutan para 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. Magagamit ng mga indibidwal na hindi makarinig, nahihirapang makarinig, 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).

Tanggapan ng mga Karapatang Sibil

Maaari kang magreklamo 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 Tanggapan ng mga Karapatang Sibil ay 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697. Maaari mong 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 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 Medi-Cal Ombuds Program para sa tulong. Ang numero ng telepono ay 1-888-452-8609.

Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad

Kapag ang iyong reklamo ay tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mayroon kang dalawang pagpipilian:

- Maaari kang direktang magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad.
- Maaari kang magreklamo sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad at sa aming plan. Kung magrereklamo ka sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad, 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, sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Sa California, ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay tinatawag na Livanta. Ang kanilang numero ng telepono ay (877) 588-1123 (TTY: (855) 887-6668

Kabanata 10: Pagwawakas ng iyong pagiging miyembro sa aming plan

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano mo mawawakasan ang pagiging miyembro mo sa aming plan at ang iyong mga opsyon sa saklaw na pangkalusugan pagkatapos mong umalis sa aming 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 iyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro sa aming plan 268

B. Paano wawakasan ang iyong pagiging miyembro sa aming plan 269

C. Paano kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal 270

C1. Ang iyong mga serbisyo ng Medicare 270

C2. Ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal 273

D. Paano kuhanin ang iyong mga serbisyong medikal at gamot hanggang magwakas ang iyong pagiging miyembro sa aming plan 274

E. Iba pang sitwasyon kapag magwawakas ang iyong pagiging miyembro sa aming plan 274

F. Mga patakaran laban sa paghingi sa iyo na umalis sa aming plan para sa anumang dahilan na may kaugnayan sa kalusugan 276

G. Ang karapatan mong magreklamo kung winakasan namin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan 276

A. Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro sa aming plan

Maaaring tapusin ng karamihang taong may Medicare ang kanilang pagiging miyembro sa ilang panahon ng taon. Dahil mayroon kang Medi-Cal, maaari mong tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan o lumipat sa ibang plan nang isang beses sa panahon ng bawat kasunod na Mga Yugto ng Espesyal na Pagpapatala:

- Enero hanggang Marso
- Abril hanggang Hunyo
- Hulyo hanggang Setyembre

Bilang karagdagan sa tatlong yugto ng Espesyal na Pagpapatala na ito, maaari mong tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan sa panahon ng mga sumusunod na yugto bawat taon:

- Ang Yugto ng Taunang Pagpapatala, na magtatagal mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipiliin mo ang bagong plano sa yugtong ito, magtatapos ang iyong pagiging miyembro sa aming plan sa Disyembre 31 at magsisimula ang iyong pagiging miyembro sa bagong plan sa Enero 1.

- Magtatagal ang Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medicare mula Enero 1 hanggang Marso 31. Kung pipiliin mo ang bagong plano sa panahon ng yugtong ito, magsisimula ang iyong pagiging miyembro sa bagong plano sa unang araw ng susunod na buwan.

Maaaring may iba pang sitwasyon kung kailan ka kuwalipikadong gumawa ng pagbabago sa iyong pagpapatala. Halimbawa, kapag:

- Umalis ka sa aming lugar na pinagseserbisyuhan.

- Nagbago ang iyong kuwalipikasyon para sa Medi-Cal o Ekstrang Tulong, o

- Kung lumipat ka kamakailan sa, kasalukuyang tumatanggap ng pangangalaga sa, o kaaalis pa lang mula sa isang nursing home o ospital ng pangmatagalang pangangalaga.

Nagwawakas ang pagiging miyembro mo sa huling araw ng buwan kung kailan namin natanggap ang kahilingan mong palitan ang iyong plan. Halimbawa, kung matanggap namin ang iyong kahilingan sa Enero 18, magwawakas ang pagkakasaklaw mo sa aming plan sa Enero 31. Magsisimula ang iyong bagong saklaw sa unang araw ng susunod na buwan (Pebrero 1, sa halimbawang ito).

Kapag umalis ka sa aming plan, makakakuha ka ng impormasyon tungkol sa iyong:

- Mga pagpipilian sa Medicare sa talahanayan sa **Section C1**.
- Mga serbisyo ng Medi-Cal sa **Seksyon C2**.

Makakakuha ka ng karagdagang impormasyon sa kung paano mo mawawakasan ang pagiging miyembro mo sa pamamagitan ng pagtawag sa:

- Customer Care sa mga numerong nasa ilalim ng pahina.
- 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.
- 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 iyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP/.
- 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.
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman sa 1-888-452-8609, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m.hanggang 5:00 p.m. o mag-email sa MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

TANDAAN: Kung ikaw ay nasa isang programa ng pangangasiwa ng gamot, maaaring hindi ka makapagpalit ng mga plan. *Sumangguni sa Kabanata 5 ng iyong Handbook ng Miyembro para sa impormasyon tungkol sa mga programa ng pamamahala sa gamot.*

B. Paano wawakasan ang iyong pagiging miyembro sa aming plan

Mayroon ka ng mga sumusunod na opsyon kung gusto mong umalis sa aming plan:

- 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 isa pang plano ng kalusugan o plano 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 <numero ng pahina>.

- 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.
- Kabilang sa Seksyon C na nasa ibaba ang mga hakbang na maaari mong gawin upang magpatala sa ibang plan, na magtatapos din sa iyong pagiging kasapi sa aming plan.

C. Paano kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal

Mayroon kang mga pagpipilian tungkol sa pagkuha ng iyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal kung pipiliin mong umalis sa aming plan.

C1. Ang iyong mga serbisyo ng Medicare

Mayroon kang tatlong opsyon sa pagkuha ng mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba. Sa pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko mong tatapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan.

1. Maaari kang lumipat sa: **Iba pang planong pangkalusugan ng Medicare** kasama ang plan na pinagsama ang iyong saklaw ng Medicare at Medi-Cal.	**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 tungkol 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 iyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa isang bagong Medicare plan. Awtomatiko kang aalisin sa pagkakatala mula sa aming Medicare plan kapag nagsimula na ang pagsaklaw ng iyong bagong plan. Maaaring magbago ang iyong Medi-Cal plan.

2. Maaari kang lumipat sa: **Original 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 iyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa bagong plano sa inireresetang gamot ng Medicare. Awtomatiko kang aalisin sa aming plan kapag nagsimula na ang saklaw ng iyong Original Medicare. Hindi magbabago ang iyong Medi-Cal plan.

3. Maaari kang lumipat sa: **Original Medicare nang walang hiwalay na plan sa resetang gamot ng 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 iyong lugar, mangyaring bumisita sa www.aging.ca.gov/HICAP/.	**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 iyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kang aalisin sa aming plan kapag nagsimula na ang saklaw ng iyong Original Medicare. Hindi magbabago ang iyong Medi-Cal plan.

C2. Ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano kumuha ng iyong mga serbisyo ng Medi-Cal matapos kang umalis sa aming plan, makipag-ugnayan 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. Magtanong kung paano makakaapekto ang pagsali sa ibang plano o pagbalik sa Original Medicare sa kung paano mo makukuha ang iyong saklaw sa Medi-Cal.

D. Paano kuhanin ang iyong mga serbisyong medikal at gamot hanggang magwakas ang iyong pagiging miyembro sa aming plan

Kung aalis ka sa aming plan, maaaring matagalan bago magwakas ang pagiging miyembro mo at magsimula ang bago mong saklaw sa Medicare at Medi-Cal. Sa loob ng panahong ito, patuloy kang makakatanggap mga gamot at pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng aming plan hanggang magsimula ang iyong bagong plan.

- Gamitin ang aming mga parmasya na nasa network kasama ang sa pamamagitan ng aming parmasya na nagseserbisyo sa koreo upang makuha ang iyong mga resetang gamot.
- Kung maospital ka sa araw na magwawakas ang iyong pagiging miyembro sa Blue Shield TotalDual Plan, sasaklawin ng aming plan ang pananatili mo sa ospital hanggang sa lumabas ka.

E. Iba pang sitwasyon kapag magwawakas ang iyong pagiging miyembro sa aming plan

Ito ang mga kaso kung kailan dapat naming tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan:

- Kung mayroong pahinga (break) sa saklaw mo sa Medicare Part A at Part B.
- Kung hindi ka na kuwalipikado para sa Medi-Cal (Medicaid). Ang aming plan ay para lamang sa mga taong kuwalipikado para sa parehong Medicare at Medi-Cal (Medicaid).
    - Dapata maging kuwalipikado ang mga benepisyaryo ng Medicare na nagpatala sa Blue Shield TotalDual Plan para sa parehong Medicare Part A at Part B at Medi-Cal (Medicaid). Kung hindi ka na karapat-dapat para sa Medi-Cal (Medicaid), aabisuhan ka namin sa pagkawala ng iyong katayuan sa Medi-Cal (Medicaid) at ipagpapatuloy naming saklawin ang iyong mga benepisyo sa Medicare hanggang sa magawa mong muling maging kuwalipikado para sa Medi-Cal (Medicaid) sa loob ng susunod na 6 na buwan pagkatapos ng abiso ng pagkawala ng katayuan ng mga espesyal na pangangailangan.
    - Pinahahaba namin ang oportunidad na lumipat sa isa sa aming mga plan na hindi HMO D-SNP. Iniaalok ang plan na hindi HMO D-SNP para sa mga benepisyaryo na may karapatan sa parehong Medicare Part A at Medicare Part B, ngunit walang mga benepisyo ng Medi-Cal (Medicaid). Pinahihintulutan ng Medicare ang isang Espesyal

na Yugto ng Pagpapatala (SEP) para sa mga benepisyaryo ng Medicare na hindi na kuwalipikado para sa Medi-Cal (Medicaid).

  - Kung hindi ka maging muling kuwalipikado para sa Medi-Cal (Medicaid) o tinatanggap ang oprtunidad na magpalit sa isang plan na hindi HMO D-SNP sa loob ng anim (6) na buwan pagkatapos ng abiso ng pagkawala ng katayuan ng mga espesyal na pangangailangan, ikaw ay hindi sinasadyang aalisin sa pagkakatala sa Blue Shield TotalDual Plan.
- 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 magbibiyahe 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.

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 papayagan mo ang ibang tao na gamitin ang iyong ID card upang makakuha ng medikal na pangangalaga. (Maaaring hingin ng Medicare sa Inspector General na

imbestigahan ang iyong kung tatapusin namin ang iyong pagiging miyembro sa kadahilanang ito.)

F. Mga patakaran laban sa paghingi sa iyo na umalis sa aming plan para sa anumang dahilan na may kaugnayan sa kalusugan

Hindi ka namin maaaring paalisin sa aming plan para sa anumang dahilan na may kaugnayan sa iyong kalusugan. Kung sa palagay mo na pinaaalis ka namin sa aming plan sa dahilang may kaugnayan sa kalusugan, **tumawag sa Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

G. Ang karapatan mong magreklamo kung winakasan namin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan

Kung tatapusin namin ang pagiging miyembro mo sa aming plan, dapat naming sabihin sa iyo sa ang aming mga dahilan sa pagtapos 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 ka ring sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa kung paano mag-apela.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga legal na abiso na naaangkop sa iyong pagiging miyembro sa aming plan. Makikita ang mga mahahalagang termino at ang kanilang mga kahulugan sa pagkakasunud-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Abiso tunkol sa mga batas 278

B. Abiso tungkol sa walang diskriminasyon.....278

C. Abiso tungkol sa Medicare bilang ikalawang tagabayad at Medi-Cal bilang huling tagabayad 279

D. Administrasyon ng Katibayan ng Saklaw.....280

E. Pakikipagtulungan ng miyembro.....280

F. Pagtatalaga 280

G. Responsibilad ng Employer.....280

H. Responsibilidad ng ahensya ng gobyerno 280

I. U.S. Department of Veterans Affairs.....280

J. Ang kompensasyon ng manggagawa o mga benepisyo sa pananagutan ng employer 281

K. Pagbawi ng sobrang bayad 281

L. Kapag ang ikatlong partido ang nagdulot ng iyong mga pinsala 281

M. Abiso tungkol sa Pagsali sa Palitan ng Impormasyon ng Kalusugan 282

N. Pagsusumbong ng Pandaraya, Pagsasayang, at Pang-aabuso 283

A. Abiso tungkol 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 ng Miyembro*. Ang mga pangunahing batas na gagamitin ay mga batas ng pederal at estado na 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, sekso, o seksuwal na oryentasyon. Bilang karagdagan, hindi kami nagdidiskrimina nang labag sa batas, ibinubukod ang mga tao, o tinatrato sila ng kakaiba dahil sa lipi, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, pagkakakilanlan ng kasarian, katayuan sa pag-aasawa, o kondisyong medikal.

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 Department of Health Care Services, Office for Civil Rights sa 916-440-7370. Makakatawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711 (Telecommunications Relay Service).
- Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.
- Sagutan ang form ng reklamo o magpadala ng sulat sa:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  Available ang mga form ng reklamo sa:
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Kung naniniwala ka na ikaw nadiskrimina at gusto mong magsampa ng karaingan para sa diskriminasyon, makipag-ugnayan sa Customer Care. Kung gusto mo ng karagdagang impormasyon o may mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato, mangyaring tumawag sa **Office for Civil Rights** ng Department of Health and Human Services sa 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o sa iyong loka na Office for Civil Rights. Maaari mo ring suriin ang impormasyon mula sa Office for Civil Rights ng Department of Health and Human Services sa https://www.hhs.gov/ocr/index.

Kung ang iyong karaingan ay tungkol sa diskriminasyon sa programang Medi-Cal, maaari kang magsampa ng reklamo sa Department of Health Care Services, Office of Civil Rights sa telepono, pagsulat, o elektronikong paraan;

- Sa telepono: Call 916-440-7370. Kung hindi ka nakakapagsalita o nakakarinig nang mabuti, mangyaring tumawag sa 711 (Telecommunications Relay Service).
- Sa pagsulat: Sagutan ang form ng reklamo o magpadala ng sulat sa:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

Makikkita ang mga form ng reklamo sa dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Sa paraang elektroniko: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.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

Kung 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 kami sa mga batas at regulasyon ng pederal at estado na may kaugnayan sa legal na pananagutan ng mga ikatlong partido para sa mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan

sa mga miyembro. Gagawin namin ang lahat ng makatwirang hakbang para tiyakin na ang Medi-Cal ang huling magsisilbing tagapagbayad.

D. Administrasyon ng Katibayan ng Saklaw

Maaari naming gamitin ang mga makatwirang patakaram, pamamaraan, at mga interpretasyon upang isulong ang maayos at mahusay na pangangasiwa ng Katibayan ng Saklaw na ito.

E. Pakikipagtulungan ng miyembro

Dapat mong tapusin ang anumang aplikasyon, form, pahayag, releases, awtorisasyon, form ng prenda at anumang ibang dokumento na hiniling namin sa normal na kurso ng negosyo o tulad ng tinukoy sa Katibayan ng Saklaw na ito.

F. Pagtatalaga

Maaari mong hindi italaga ang Katibayan ng Saklaw na ito o anumang mga karapatan, interes, claim para sa perang dapat bayaran, benepisyo, o obligasyon sa ilalim nito nang walang paunang nakasulat na pahintulot.

G. Responsibilad ng Employer

Para sa anumang serbisyo na hinihingi ng batas na ibigay ng isang employer, hindi namin babayaran ang employer, at kapag sasaklawin namin ang anumang naturang serbisyo na maaaring bawiin ang halaga ng mga serbisyo mula sa employer.

H. Responsibilidad ng ahensya ng gobyerno

Para sa anumang serbisyo na hinihingi ng batas na ibigay lang o tanggapin lamang mula sa isang ahensya ng gobyerno, hindi namin babayaran ang ahensya ng gobyerno, at kapag sasaklawin namin ang anumang naturang serbisyo na maaaring bawiin ang halaga ng mga serbisyo mula sa ahensya ng gobyerno.

I. U.S. Department of Veterans Affairs

Para sa anumang serbisyo para sa mga kondisyon na hinihingi ng batas na ibibigay ng Department of Veterans Affairs, hindi namin babayaran ang Department of Veterans Affairs, at kapag sasaklawin namin ang anumang naturang serbisyo na maaari naming mabawi ang halaga ng mga serbisyo mula sa Department of Veterans Affairs.

J. Ang kompensasyon ng manggagawa o mga benepisyo sa pananagutan ng employer

Maaari kang maging karapat-dapat para sa mga pagbabayad o iba pang benepisyo sa ilalim ng batas sa kompensasyon ng manggagawa o batas ng pananagutan ng employer. Magbibigay kami ng saklaw na Mga Part D na gamot kahit na hindi ito malinaw kung ikaw ay may karapatan sa mga benepisyo, ngunit maaari naming bawiin ang halaga sa anumang Saklaw na Serbisyo mula sa mga sumusunod na pinagmumulan:

1. Mula sa anumang pinagmumulan na nagbibigay ng mga benepisyo o mula sa kung kanino nararapat ang isang benepisyo.
2. Mula sa iyo, hanggang sa lawak na ang isang benepisyo ay ibinibigay o mababayaran o hinihiling na ibigay o bayaran kung masigasig mong hinangad na itatag ang iyong mga karapatan sa mga benepisyo sa ilalim ng anumang kabayaran sa mga manggagawa o batas sa pananagutan ng employer.

K. Pagbawi ng sobrang bayad

Maaari naming bawiin ang anumang sobrang bayad na ginawa namin para sa mga serbisyo mula sa sinumang nakatanggap ng naturang sobrang bayad o mula sa sinumang tao o organisasyon na obligadong magbayad para sa mga serbisyo.

L. Kapag ang ikatlong partido ang nagdulot ng iyong mga pinsala

Kung ikaw ay napinsala o nagkasakit dahil sa ginawa o pagkukulang ng isa pang tao ("ikatlong partido"), gagawin ng Blue Shield, na may kaugnayan sa mga Serbisyong kinakailangan bilang resulta ng pinsalang iyon, na magbigay ng mga Benepisyo ng Plan at may pantay na karapatan sa pagsasauli, pagbabayad o iba pang magagamit na remedyo para mabawi ang mga halagang binayaran ng Blue Shield para sa mga Serbisyong ibinigay sa iyo mula sa anumang pagbawi (tinukoy sa ibaba) na nakuha ng o sa ngalan mo, mula sa o sa ngalan ng ikatlong partido na responsable para sa pinsala o karamdaman o mula sa motorista na walang saklaw ng insurance/kulang sa insurance.

Itong karapatan sa pagbabayad-pinsala, pagbabalik ng ibinayad o iba pang magagamit na remedyo ay laban sa anumang pagbawi na matatanggap mo bilang resulta ng pinsala o karamdaman, kasama ang anumang halaga na ipinagkaloob sa o natanggap sa paraan ng paghatol ng korte, kaloob ng arbitrasyon, kasunduan o anumang ibang pagsasaayos, mula sa alinmang ikatlong partido o tagapagseguro ng ikatlong partido, o mula sa hindi nakaseguro o kulang sa seguro na saklaw na motorista, may kaugnayan sa karamdaman o pinsala (ang “Pagbawi”), nang hindi isinasaalang-alang kung ikaw ay “lubos na pinagaling” ng Pagbawi. Ang

karapatan sa pagbabayad-pinsala, pagbabalik ng ibinayad o iba pang magagamit na remedyo ay may kaugnayan sa bahaging iyon ng kabuuang Pagbawi na dapat bayaran para sa mga binayarang Benepisyo na may kaugnayan sa naturang pinsala o karamdaman, kinalkula ayon sa California Civil Code Section 3040.

Hinihingi sa iyo na:

1. Abisuhan ang Blue Shield sa pagsulat tungkol sa anumang aktuwal o posibleng claim o legal na aksyon na inaasahan mong dalhin o dinala na laban sa ikatlong partido na nagmula sa ipinaparatang na mga pagkilos o hindi paggawa na nagdulot ng pinsala o karamdaman, nang hindi lalampas sa 30 araw pagkatapos magsumite o magsampa ng claim o legal na aksyon laban sa ikatlong partido; at,

2. Sumasang-ayon na makipagtulungan at isagawa ang anumang form o dokumentong kinakailangan upang ipatupad ang karapatang ito sa pagsasauli, pagbabayad o iba pang magagamit na remedyo; at,

3. Sumasang-ayon sa pagsulat na bayaran ang Blue Shield para sa mga Benepisyong ibinayad ng Blue Shield mula sa anumang Pagbawi kapag kinuha ang Pagbawi mula o sa ngalan ng ikatlong partido o ang tagapagseguro ng ikatlong partido, o mula sa hindi nakaseguro o kulang sa saklaw ng seguro na motorista; at

4. Magbigay ng lien na kinalkula ayon sa seksyon 3040 ng California Civil Code. Maaaring isampa ang lien sa ikatlong partido, sa ahente o abogado ng ikatlong partido, o sa korte, maliban kung hindi ipinagbabawal ng batas; at,

5. Tumugon nang pana-panahon sa mga kahilingan sa impormasyon kaugnay ng claim laban sa ikatlong partido, at abisuhan ang Blue Shield, sa pagsulat, sa loob ng sampung (10) araw pagkatapos na makuha ang anumang Pagbawi.

Ang iyong pagkabigo na sumunod sa 1. Sa pamamagitan ng 5., na nasa itaas ay hindi dapat kumilos sa anumang paraan bilang isang waiver, pagpapalaya, o pag-aalis ng mga karapatan ng Blue Shield.

M. Abiso tungkol sa Pagsali sa Palitan ng Impormasyon ng Kalusugan

Sumasali ang Blue Shield sa Palitan ng Impormasyong Pangkalusugan (“HIE”) ng **Manifest MedEx** na ginagawang available ang impormasyong pangkalusugan ng mga miyembro nito sa Manifest MedEx na maa-access ng kanilang mga awtorisadong provider ng pangangalaga ng kalusugan. Ang Manifest MedEx ay isang malaya at hindi pangkalalakal na organisasyon na nagpapanatili ng database ng elektronikong mga rekord ng pasyente sa buong estado na

kasama ang impormasyong pangkalusugan na iniambag ng mga doktor, pasilidad ng pangangalaga ng kalusugan, plano ng serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, at kompanya ng insurance ng kalusugan. Maaaring ligtas na ma-access ng mga awtorisadong provider ng pangangalaga ng kalusugan (kasama ang mga doktor, nars, at ospital) ang impormasyong pangkalusugan ng kanilang mga pasyente sa pamamagitan ng Manifest MedEx HIE upang suportahan ang pagbibigay ng ligtas at mataas na kalidad na pangangalaga.

Iginagalang ng Manifest MedEx ang karapatan sa privacy ng mga Miyembro at sinusunod ang umiiral na mga batas sa privacy ng estado at pederal. Gumagamit ang Manifest MedEx ng makabagong mga sistema ng seguridad at modernong pamamaraan ng pag-encrypt ng data upang protektahan ang privacy ng mga Miyembro at ang seguridad ng kanilang personal na impormasyon.

May karapatan ang bawat Miyembro ng Blue Shield na utusan ang Manifest MedEx na hindi ibahagi na kanilang impormasyong pangkalusugan sa kanilang mga provider ng pangangalaga ng kalusugan. Bagama't ang hindi pagsali sa Manifest MedEx ay maaaring maglimita sa kakayahan ng iyong provider ng pangangalaga ng kalusugan na mabilis na ma-access ang mahalagang impormasyon sa pangangalaga ng kalusugan tungkol sa iyo, hindi maaapektuhan ang insurance sa kalusugan ng isang miyembro o ang saklaw sa benepisyo ng planong pangkalusugan ng pagpili na hindi sumali sa Manifest MedEx. Walang doktor o ospital na kasali sa Manifest MedEx na tatanggihan ang medikal na pangangalaga sa isang pasyenteng pinipili na hindi sumali sa Manifest MedEx HIE.

Ang mga miyembrong hindi gustong ipakita ang kanilang impormasyon sa pangangalaga ng kalusugan sa Manifest MedEx ay dapat sagutan ang online form sa https://www.manifestmedex.org/opt-out o tumawag sa Manifest MedEx sa (888) 510-7142, 7 a.m. hanggang 7 p.m. PST, Lunes hanggang Biyernes. TTY 711 para sa may kapansanan sa pandinig.

N. Pagsusumbong ng Pandaraya, Pagsasayang, at Pang-aabuso

Ano ang pandaraya, pagsasayang, at pang-aabuso (FWA)?

- Ang **pandaraya** ay isang sinasadyang pagsisinungaling na maaaring magresulta sa hindi awtorisadong mga gastusin sa isang programa ng pangangalaga ng kalusugan.
- Ang **pagsasayang** ay ang hindi angkop na paggamit ng mga pondo o pinagkukunan ng pangangalaga sa kalusugan nang walang makatwirang pangangailangan na gawin iyon.
- Ang **pang-aabuso** ay isang gawain na hindi naaayon sa mabuting mga pagsasagawa ng medikal o negosyo na maaaring tuwiran o di-tuwirang magresulta sa hindi kinakailangang mga gastusin sa isang programa ng pangangalaga ng kalusugan.

Protektahan ang iyong sarili at ang iyong mga benepisyo

- Huwag kailanman ang iyong mga numero ng Social Security, Medicare o planong pangkalusugan o impormasyon ng bangko sa isang taong hindi mo kilala.
- Huwag payagan ang anumang pagsusuri sa laboratoryo nang walang utos ng iyong doktor.
- Hindi legal na tanggapin ang anumang bagay na may halaga kapalit ng mga medikal na serbisyo.

Maging may kaalaman sa pandaraya sa pagsusuri sa henetiko

Lumalapit ang mga manloloko sa mga mapagtiwalang nagpapatala sa mga lokal na health fair, pasilidad ng pabahay sa matatanda, sentrong pangkomunidad, ahensya ng home health, at iba pang mapagkakatiwalaang lokasyon upang isagawa ang pandaraya sa pagsusuri sa henetiko. Nangangako sila nang may kasinungalingan na babayaran ng Medicare ang pagsusuri, at kailangan mo lang magbigay ng swab sa pisngi, iyong ID at impormasyon ng Medicare upang matanggap ang iyong mga resulta ng pagsusuri.

Sa kasamaang-palad, mayroon na ngayon ang mga manlolokong ito ng iyong planong pangkalusugan o numero ng Medicare, at maaari nilang singilin ang Medicare ng libo-libong dolyar para sa mga pagsusuri o maging ng mga serbisyo na hindi mo kailanman tinanggap. Mayroon din sila ng iyong personal na impormasyon ng henetiko.

Upang isumbong ang pinaghihinalaang pandaraya, pagsasayang, at pang-aabuso, mangyaring makipag-ugnayan sa:

- **Hotline sa pandaraya sa Medicare ng Blue Shield of California: (855) 331-4894 (TTY: 711)** o sa pamamagitan ng email: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.

- **Medicare sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227),** 24 na oras kada araw, pitong araw kada linggo (dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Panimula

Kabilang sa kabanatang ito ang mga mahahalagang termino na ginagamit sa iyong buong *Handbook ng Miyembro* kasama 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 na nasa network ay hindi magagamit o hindi ka makapunta sa kanila.

Apela: Isang paraan para sa iyo upang hamunin ang aming aksyon 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 ng iyong Handbook ng Miyembro ang mga apela, kasama ang kung paano mag-apela.

Bahagi sa gastos: Ang bahagi ng mga gastusin mo sa pangangalaga ng kalusugan na maaaring dapat mong bayaran bawat buwan bago magkabisa ang iyong mga benepisyo. 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.

Care coordinator: Isang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa iyo, sa planong pangkalusugan, at sa 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. Ipinapaliwanag sa Kabanata 2 ng iyong *Handbook ng Miyembro* kung paano makipag-ugnayan sa CMS.

Comprehensive outpatient rehabilitation facility (CORF): Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyong panrehabilitasyon pagkatapos ng isang sakit, aksidente o malaking operasyon. Nagbibigay ito ng iba't ibang serbisyo, kabilang ang physical therapy, mga serbisyong panlipunan o sikolohikal, therapy sa baga, occupational therapy**, therapy sa pagsasalita, at mga serbisyong pagsusuri ng kapaligiran ng tahanan.**

Copay: Isang nakapirming halaga na iyong babayaran bilang bahagi mo sa gastusin sa tuwing kukuha ka ng ilang partikular na serbisyo o inireresetang gamot. Halimbawa, maaari kang magbayad ng $2 o $5 para sa isang serbisyo o inireresetang gamot.

Customer Care: Isang departamento sa loob ng aming plan na responsable sa pagsagot ng iyong mga tanong tungkol sa iyong pagiging miyembro, mga benepisyo, karaingan, at apela. Tingnan sa Kabanata 2 para sa impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa Customer Care.

Department of Health Care Services (DHCS): Ang kagawaran ng Estado ng California na nangangasiwa sa Medi-Cal (Medicaid) Program (tinatawag bilang Medi-Cal)

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 mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng mga Malayang Medikal na Pagsusur (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 ang halagang babayaran namin para sa mga serbisyo sa kalusugan mo. Ipinapaliwanag ng Kabanata 9 *ng iyong Handbook ng Miyembro* kung paano humingi sa min ng desisyon sa saklaw.

Doktor ng pangunahing pangangalaga (PCP): Ang doktor o ibang provider na una mong ginagamit 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 doktor at provider ng pangangalaga ng kalusugan tungkol sa pangangalaga sa iyo at maaari ka niyang i-refer sa kanila.
- Sa maraming planong pangkalusugan ng Medicare, dapat mo munang gamitin ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga bago mo gamitin ang sinumang iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan.
- Sumangguni sa Kabanata 3 ng iyong Handbook ng Miyembro para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga mula sa mga provider ng pangunahing pangangalaga.

Dual eligible special needs plan (D-SNP): Planong pangkalusugan na nagsisilbi sa mga indibidwal na karapat-dapat para sa parehong Medicare at Meid-Cal. Ang aming plan ay isang D-SNP.

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 medikal na emergency ay kapag ikaw, o ang sinumang ibang tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kang mga medikal na sintomas na kailangan ng agarang medikal na pansin upang maiwasan ang pagkamatay, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng paggana o malubhang paghina ng isang paggana ng katawan. Ang mga sintomas na medikal ay maaaring malubhang pinsala o matinding pananakit.

Espesyal na parmasya: Sumangguni sa Kabanata 5 ng iyong *Handbook ng Miyembro* upang malaman pa ang tungkol sa mga espesyal na parmasya.

Espesyalista: Isang doktor na nagbibigay ng pangangalaga ng kalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan.

Generic na gamot: Isang inireresetang gamot na aprubado 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.

***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. Ipinapaliwanag sa Kabanata 2 ng iyong *Handbook ng Miyembro* kung paano makipag-ugnayan sa HICAP.

Health risk assessment: Isang pagsusuri ng iyong kasaysayang medikal at kasalukuyang kondisyon. Ginagamit ito upang malaman ang tungkol sa iyong kalusugan at kung paano maaari itong 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.
- Nagbibigay ng pangangalaga ang espesyal na sinanay na pangkat ng mga propesyonal at tagapag-alaga sa tao sa kanyang kabuuan, kabilang ang mga pangangailangang pisikal, emosyonal, panlipunan, at ispiritwal.
- Iniuutos sa amin na ibigay sa iyo ang isang listahan ng mga provider ng hospisyo sa iyong 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. Tumutulong din sa iyo ang 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 na nasa 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 iniutos na ehersisyo). Ang mga katulong sa kalusugan sa tahanan ay walang nursing license at hindi rin sila nagbibigay ng therapy.

Kinakailangan dala ng medikal na dahilan: Inilalarawan nito ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan mo upang maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang isang medikal na kondisyon o upang mapanatili 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.

***Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (Listahan ng Gamot):**Isang listahan ng mga gamot na inirereseta at nabibili nang walang reseta (OTC) na sinasaklaw namin. Pinipili namin ang mga gamot na nasa listahang ito sa tulong ng mga doktor at pharmacist. 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): Sumangguni sa “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. Tanging ang mga taong nakatira sa aming lugar na pinagseserbisyuhan ang makakakuha ng aming plan.

Malayang Medikal na Pagrepaso (IMR): Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, maaari kang mag-apela. 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 sa iyo ang isang provider (tulad ng isang doktor o ospital) nang higit sa halaga ng ating hati sa gastos para sa mga serbisyo. Tumawag sa Customer Care kung nakatanggap ka ng anumang bayarin na hindi mo nauunawaan. **Bilang miyembro ng plan, magbabayad ka lang ng halaga ng hatian ng gastos ng aming plan kapag nakatanggap ka ng serbsiyo na sinasaklaw namin. 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 bagay na ito ay mga wheelchair, saklay, sistema ng pinagaganang kutson, gamit sa diabetes, kamang pang-ospital na inorder 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.

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 Medi-Cal (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 Medi-Cal (Medicaid).
- Sumangguni sa **Kabanata 2** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa Medi-Cal.

Medicare Advantage: Isang programa ng Medicare, tinatawag ding “Medicare Part C” o “MA,” na nag-aalok ng mga plan ng MA 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 ng 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, kilala rin bilang “Medicare Advantage” o “MA” 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 serbisyong saklaw ng Medicare Part D. Partikular na ibinubukod ng kongreso ang partikular na mga kategorya ng mga gamot mula sa pagsaklaw sa ilalim ng 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, mga bakuna, at ilang supply na hindi saklaw ng Medicare Part A o Part B o Medi-Cal. Kasama ang Medicare Part D sa aming plan.

Medicare: Ang pederal na programa sa insurance ng kalusugan para sa mga taong 65 taon ang edad o mas matanda, ilang taong wala pang edad na 65 na may tiyak na mga 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 (sumangguni sa “Planong pangkalusugan”).

Mga gamot na nabibili nang walang reseta (OTC): Ang mga over-the-counter na gamot ay mga gamot o medisina na maaaring bilhin ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan.

Mga gastos mula sa sariling bulsa: **A**ng 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”. Sumangguni sa kahulugan ng “hatian ng gastos” na nasa 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 dami ng isang gamot na maaari mong makuha. Maaari naming limitahan ang dami ng gamot na aming sinasaklaw sa bawat reseta.

Mga Medi-Cal plan: Mga planong sumasaklaw lang sa 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 pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS): Tumutulong ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta 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. Kasama sa LTSS ang Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS) at Mga Nursing Facility (NF).

Mga Part D na gamot: Sumangguni sa “Medicare Part D na mga gamot.”

Mga saklaw na gamot: Ang terminong ginagamit namin upang ipakahulugan ang lahat ng inirereseta at mabibili nang walang reseta (OTC) na mga gamot na saklaw ng aming plan.

Mga saklaw na serbisyo: Ang pangkalahatang termino na ginagamit namin upang ipakahulugan ang lahat ng pangangalaga ng kalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, mga gamot na inirereseta at mabibili nang walang reseta, kagamitan, at iba pang serbisyo na sinasaklaw ng aming plan.

Mga sensitibong serbisyo: Mga serbisyong may kaugnayan sa kalusugan ng isipan o pag-uugali, kalusugang seksuwal at kakayahang magkaanak, pagpaplano ng pamilya, mga impeksiyong naipapasa sa pakikipagtalik (mga STI), HIV/AIDS, seksuwal na pagsalakay at

aborsyon, karamdaman sa paggamit ng substansya, pangangalaga na nagpapatunay sa kasarian at karahasan ng kinakasama.

Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS): Programa ng serbisyo na nakabase sa pasilidad para sa outpatient na nahahatid ng pagkalinga ng may kasanayang pangangalaga, mga serbisyong panlipunan, mga occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/tagapangalaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang serbisyo sa mga karapat-dapat na miyembro na natutugunan ang mga angkop na pamantayan sa pagiging karapat-dapat.

Mga serbisyong panrehabilitasyon: Paggamot na iyong natatanggap upang tulungan kang gumaling mula sa isang sakit, aksidente o malaking operasyon. Sumangguni sa Kabanata 4 ng iyong *Handbook ng Miyembro* 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 (OTC) ay mga halimbawa ng mga antas ng gamot. Bawat gamot na nasa Listahan ng Gamot ay nasa isa sa limang antas.

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.

Nagpatala sa Medicare-Medi-Cal: 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.”

Narito ang isang halimbawa: Sabihin nating ang copay para sa iyong gamot sa buong buwang supply (isang 30-araw na supply) ay $1.35. Ibig sabihin nito, ang halaga ng iyong binabayaran para sa gamot mo ay mas mababa sa $0.05 kada araw. Kung makakatanggap ka ng 7 araw na supply ng gamot, ang iyong babayaran ay mababa sa $0.05 kada araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na $0.35.

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 maaari kang tulungan sa pag-unawa sa kung ano ang dapat gawin. Libre ang mga serbisyo ng ombudsman. Makikita mo ang marami pang impormasyon sa mga Kabanata 2 at 9 ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Original Medicare (tradisyunal na Medicare o fee-for-service na Medicare): Nag-aalok ang pamahalaan ng Original Medicare. Sa ilalim ng Original Medicare, sinasaklaw ang mga serbisyo ng mga nagbabayad na doktor, ospital, at iba pang mga provider ng pangangalaga ng kalusugan na tinutukoy ng Kongreso.

- Maaari kang gumamit ng sinumang doktor, ospital, o iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan 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, maaari mong piliin ang Original Medicare.

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: Ang mga halagang dapat mong bayaran kapag kukuha ka ng ilang partikular na serbisyo o inireresetang 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 aming plan ng isang pagpapasya ng organisasyon kapag kami, o ang isa sa aming mga provider, ay gumagawa ng isang desisyon tungkol sa kung ang mga serbisyo ay saklaw o kung magkano ang babayaran mo para sa mga saklaw na serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na “mga desisyon sa saklaw.” Ipinapaliwanag ng Kabanata 9 **ng iyong Handbook ng Miyembro** ang mga desisyon sa saklaw.

Pagsasanay sa kakayahan sa kultura: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang tagubilin para sa aming mga provider ng pangangalaga ng 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.

Pamamahala ng Terapi Gamit ang Gamot: Isang natatanging grupo ng serbisyo o grupo ng mga serbisyo na ibinibigay ng mga provider ng pangangalaga ng kalusugan, kasama ang mga pharmacist, upang siguruhin ang pinakamahusay na resulta ng panggagamot para sa mga pasyente. Sumangguni sa Kabanata 5 ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon.

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: Sumangguni sa "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. Hindi sinasaklaw ng aming plan ang karamihang gamot na kinukuha mo mula sa mga parmasya na wala sa network 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 silang makipagtulungan sa aming plan. Sa karamihang kaso, sinasaklaw lang ang iyong mga resetang gamot kapag ang mga ito ay kinuha sa isa sa aming mga parmasya na nasa network.

Part A: Sumangguni sa "Medicare Part A."

Part B: Sumangguni sa "Medicare Part B."

Part C: Sumangguni sa "Medicare Part C."

Part D: Sumangguni sa "Medicare Part D."

Paunang pahintulot: Isang pag-apruba na dapat mong kuhanin mula sa amin bago ka makakuha ng isang partikular na serbisyo o gamot o gumamit ng isang provider na wala sa network. Maaaring hindi saklawin ng amin plan ang serbisyo o gamot kung hindi ka muna makakuha ng pag-apruba.

Sinasaklaw lang ng aming plan ang ilang medikal na serbisyo na nasa network kung nakakuha ng paunang pahintulot mula sa amin 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 **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Sinasaklaw lamang ng aming plan ang ilang gamot kung ikaw ay kumuha ng paunang pahintulot mula 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 iyong pangalan, address, social security number, pagbisita sa doktor at medikal na kasaysayan. Sumangguni sa Abiso ng mga Kasanayan sa Pagkapribado para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan, ginagamit, at isinisiwalat ang iyong PHI, pati na rin ang iyong mga karapatan na may kaugnayan sa iyong PHI.

Plano ng pangangalaga: Sumangguni sa "Indibidwal na Plano ng Pangangalaga."

Planong pangkalusugan: Isang organisasyong binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, provider ng mga pangmatagalang serbisyo, at iba pang mga provider. Mayroon din itong mga care coordinator para matulungan kang pamahalaan ang lahat ng iyong provider at serbisyo. Lahat sila ay magkakasamang nagtutulungan para magbigay ng pangangalagang kailangan mo.

Programa ng Saklaw Lahat na Pangangalaga para sa Matatanda (PACE): 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.

Programang Serbisyo sa Koreo: Maaaring mag-alok ang ilang plano ng programang serbisyo sa koreo na hinahayaan kang makakuha ng hanggang sa 3-buwang supply ng iyong mga saklaw na resetang gamot na ipinadadala nang direkta sa iyong tahanan. Ito ay maaaring isang matipid at maginhawang paraan upang kuhanin ang mga resetang gamot na regular mong iniinom.

Prosthetics at Orthotics: Mga medikal na device na iniutos ng iyong doktor o ibang provider ng pangangalaga ng kalusugan na kasama ang, 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 ng 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 pangangalaga ng kalusugan.
- Tinatawag namin sila na "mga provider na nasa network" kapag sumang-ayon sila na makipagtulungan sa aming planong pangkalusugan, tanggapin ang aming bayad, at hindi maningil ng karagdagang halaga sa 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 ng Kabanata 3 ng iyong Handbook ng Miyembro ang mga provider o pasilidad na wala sa network.

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 ng pamahalaang pederal ang QIO para tingnan at pabutihin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Sumangguni sa Kabanata 2 ng iyong Handbook ng Miyembro para sa impormasyon tungkol sa QIO**.**

Referral: Ang referral ay ang pag-apruba ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) upang gumamit ng isang provider bukod sa iyong PCP. Kung hindi ka muna nakakuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin 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 marami pang impormasyon tungkol sa mga referral sa Kabanata 3 at 4 ng iyong Handbook ng Miyembro.

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, 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 para sa outpatient sa mga pasyente 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. Awtomatikong nagbibigay ang SSI ng saklaw ng Medi-Cal.

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* (kilala rin bilang Listahan ng Gamot) ay isa sa limang antas ng hatian ng gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang antas ng hatian, mas mataas ang iyong gastos para sa **gamot.**.

Yugto ng paunang saklaw: Ang yugto bago umabot ang kabuuan mong mga gastusin para sa Part D na gamot sa $4,660. Kabilang dito ang mga halaga na binayaran mo, kung magkano ang 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 panahon ng yugtong ito, babayaran namin ang bahagi ng mga halaga ng iyong mga gamot, at babayaran mo ang iyong bahagi.

Yugto ng saklaw sa sakuna: Ang yugto sa benepisyo ng gamot ng Part D kung saan binabayaran ng aming plan ang lahat ng gastos ng iyong mga gamot hanggang sa katapusan ng taon. Sisimulan mo ang yugtong ito kapag naabot mo na ang limitasyong $7,400 para sa iyong mga inireresetang gamot.

Customer Care ng Blue Shield TotalDual Plan

TUMAWAG SA	(800) 452-4413 Libre ang mga pagtawag sa numerong ito. 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw kada linggo, araw kada linggo. Mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter ng wika ang Customer Care na magagamit 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. 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw kada linggo.
FAX	(877) 251-6671
SUMULAT	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
WEBSITE	www.blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555

blue california