Ebidensya ng Saklaw

Ang inyong mga benepisyo sa kalusugan at mga serbisyo ng Medicare at saklaw ng inireresetang gamot bilang isang miyembro ng
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

Mga County ng Los Angeles at San Diego

Enero 1, 2027 - Disyembre 31, 2027

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association
MA001-EOC-MM-LASD-TA-1026

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP), Medi-Medi Plan na *Handbook ng Miyembro*

H2819_26_142A_C_TA Approved 08272026

OMB Approval 0938-1444 (Mawawalan ng bisa sa: 5/31/2029)

Kung mayroon kang tanong, pakitawagan ang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw kada linggo. Libre ang tawag. **Para sa iba pang impormasyon**, bisitahin ang blueshieldca.com/medicare.

Enero 1, 2027 – Disyembre 31, 2027

Ang Iyong Saklaw sa Kalusugan at Gamot sa ilalim ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

Introduksyon ng *Handbook ng Miyembro*

Ipinapaalam sa iyo ng *Handbook ng Miyembro* na ito*,* na kilala rin bilang *Ebidensya ng Saklaw,* ang tungkol sa iyong saklaw sa ilalim ng aming plano hanggang sa Disyembre 31, 2027*.* Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at problema sa paggamit ng droga at alak), saklaw ng gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa **Kabanata 12** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Ito ay mahalagang legal na dokumento. Itabi ito sa ligtas na lugar.

Kapag sinabi sa *Handbook ng Miyembro* na ito ang “kami,” “namin,” “amin,” o “aming plano,” ang tinutukoy nito ay ang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Ang dokumentong ito ay makukuha nang libre sa Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese-Traditional, Chinese-Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, at Vietnamese.

Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, gaya ng malaking titik, braille, at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw kada linggo. Libre ang tawag.

- Maaari kang gumawa ng pangmatagalang request para makuha ang dokumentong ito sa ibang wika bukod sa Ingles o sa ibang format ngayon at sa hinaharap. Para humingi nito, pakikontak ang Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Ang gusto mong wika at format ay ilalagay sa file para sa mga komunikasyon sa hinaharap. Para i-update ang iyong mga gusto, pakikontak ang Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

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

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语(Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413(TTY:711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电1-800-452-4413(TTY:711)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ

ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711).ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記（Japanese）

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오.

점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແຈກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂ
ອງທ່ານໃຫ້ ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່
ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់

ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan,tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Iba pang mga wika

Maaari mong makuha ang *Handbook ng Miyembro* na ito at ang iba pang mga materyal ng plano sa iba pang wika nang libre. Ang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ay nagbibigay ng mga nakasulat na salin na ginawa ng mga kwalipikadong tagapagsalin. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY 711). Libre ang tawag. Basahin ang *Handbook ng Miyembro* na ito para malaman ang higit pa tungkol sa mga serbisyo ng tulong sa wika para sa pangangalagang pangkalusugan, tulad ng interpreter at pagsasaling-wika.

Iba pang mga format

Makukuha ang impormasyong ito, nang walang pagkaantala, sa iba pang format, tulad ng braille, malaking titik na may 20-point na font, audio format, at mga electronic format na madaling ma-access

(data CD), nang wala kang babayaran. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY 711). Libre ang tawag.

Mga Serbisyo sa Access sa Wika

Nagbibigay ang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ng mga serbisyo sa interpretation, kabilang ang sign language, mula sa isang kwalipikadong interpreter sa loob ng 24 oras, nang wala kang babayaran. Hindi mo kailangang gumamit ng isang miyembro ng pamilya o kaibigan para magsilbing interpreter. Hindi namin hinihikayat ang paggamit ng pamilya o mga kaibigan, lalo na ang mga menor de edad, bilang mga interpreter, maliban kung may emergency. Ang mga serbisyo ng access sa wika, kabilang ang mga serbisyo ng interpreter, ay maaaring makuha nang libre. Available ang mga serbisyo ng interpreter 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Para sa tulong sa iyong wika o para makuha ang handbook na ito sa ibang wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY 711).
Libre ang tawag.

Mga Disclaimer

- Ang mga benepisyo at/o mga copayment ay maaaring magbago pagsapit ng Enero 1, 2028.
- Ang benepisyo sa Pagkain at Produkto na nabanggit ay isang Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa May Hindi Gumagaling na Karamdaman (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). Hindi lahat ng miyembro ng

plano ay kwalipikado. Ang pagiging karapat-dapat ay batay sa kahulugan ng "enrollee na may hindi gumagaling na karamdaman". Kasama sa mga hindi gumagaling na kondisyon ang mga sumusunod, pero maaaring may iba pa: Mga cardiovascular na karamdaman; Hindi gumagaling na pagpalya ng puso; Diabetes mellitus; Labis ang timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome; at Hindi gumagaling na mga karamdaman sa baga. Tingnan ang Handbook ng Miyembro ng Plano para sa kumpletong listahan ng mga kwalipikadong hindi gumagaling na kondisyon at mga kahilingan para sa pagiging karapat-dapat.

- Maaaring magbago anumang oras ang mga saklaw na gamot, network ng botika, at/o network ng provider. Makakatanggap ka ng abiso tungkol sa anumang pagbabagong maaaring makaapekto sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago ang pagbabago.
- Responsibilidad ng aming plano na isaayos para sa iyo ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal (Medicaid).
- Ang Blue Shield of California ay isang HMO D-SNP plan na may kontrata sa Medicare at may kontrata sa California State Medicaid Program. Ang enrollment sa Blue Shield of California ay nakadepende sa pag-renew ng kontrata.
- Ang saklaw sa ilalim ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ay kwalipikadong saklaw sa kalusugan na tinatawag na “minimum na mahalagang saklaw.” Natutugunan nito ang kahilingan ng Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) tungkol sa bahaging pananagutan ng indibidwal. Bisitahin ang website ng Internal Revenue Service (IRS) sa www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para sa higit pang impormasyon tungkol sa kahilingan para sa bahaging pananagutan ng indibidwal.
- Ang Amazon Pharmacy ay hiwalay sa Blue Shield of California at kinontrata ng Blue Shield para ihatid sa bahay ang mga inireresetang gamot ng mga miyembro ng Blue Shield.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro

Introduksyon

Kasama sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, isang planong pangkalusugan na sumasaklaw sa lahat ng mga serbisyo para sa iyo ng Medicare at nagsasaayos ng lahat ng mga serbisyo para sa iyo ng Medicare at Medi-Cal, at ng iyong membership dito. Sinasabi rin nito sa iyo kung ano ang maaasahan at ano pang impormasyon ang makukuha mo mula sa amin. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Welcome sa aming plano 13

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal 13

B1. Medicare 13

B2. Medi-Cal 13

C. Mga pakinabang mula sa aming plano 14

D. Ang lugar ng serbisyo ng aming plano 15

E. Paano ka magiging karapat-dapat na maging miyembro ng plano 15

F. Ano ang aasahan mo sa unang beses na pagsali sa aming planong pangkalusugan 16

G. Ang iyong team ng pangangalaga at plano ng pangangalaga 18

G1. Team ng pangangalaga 18

G2. Plano ng pangangalaga 18

H. Buod ng Mahahalagang Gastos 19

H1. Halaga ng Pagbabayad sa Reseta ng Medicare 19

I. Ang *Handbook ng Miyembro* na Ito 19

J. Iba pang mahalagang impormasyong makukuha mo mula sa amin 19

J1. Ang Iyong ID Card ng Miyembro (Member ID Card) 20

J2. *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* 21

J3. *Listahan ng Mga Covered na Gamot* 22

J4. Ang *Paliwanag ng Mga Benepisyo* 23

K. Panatiling updated ang iyong talaan bilang miyembro (membership record) 23

K1. Pagkapribado ng personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information, PHI) 24

A. Welcome sa aming plano

Naglalaan ang aming plano ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa mga taong karapat-dapat sa dalawang programa. Kasama sa aming plano ang mga doktor, mga ospital, mga pharmacy, mga provider ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga provider para sa kalusugan ng pag-uugali, at iba pang provider. Mayroon din kaming mga coordinator ng pangangalaga at mga team ng pangangalaga para tulungan kang pamahalaan ang iyong mga provider at serbisyo. Nagtutulungan silang lahat para maibigay ang 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 indibidwal na edad 65 pataas,
- ilang indibidwal na wala pang 65 taong gulang na may partikular na mga kapansanan, **at**
- mga taong may end-stage na sakit sa bato (hindi na gumaganang bato).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal ang tawag sa programa ng Medicaid sa California. Ang Medi-Cal ay pinapatakbo ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na gobyerno. Tumutulong ang Medi-Cal sa mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan para mabayaran ang Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS) at mga gastusing medikal. Sinasaklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare.

Nagpapasya ang bawat estado:

- kung ano ang itinuturing na kita at mapagkukunan,
- kung sino ang karapat-dapat,
- kung anong mga serbisyo ang saklaw, **at**
- kung ano ang gastos sa mga serbisyo.

Makakapagpasya ang mga estado kung paano patakbuhin ang kanilang mga programa, hangga't sinusunod nila ang mga tuntunin ng pederal.

Inaprubahan ng Medicare at ng estado ng California ang aming plano. Maaari mong makuha ang mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa pamamagitan ng aming plano kung:

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

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

C. Mga pakinabang mula sa aming plano

Makukuha mo na ngayon mula sa aming plano ang lahat ng mga saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal para sa iyo, kasama ang mga gamot. **Wala kang karagdagang gastos para makasali sa planong pangkalusugan na ito.**

Tumutulong kami para ang mga benepisyo mo mula sa Medicare at Medi-Cal ay maibigay nang mas mahusay, nang magkasama para sa iyo. Kasama sa ilang pakinabang ang:

- Maaari kang makipag-ugnayan sa amin para sa **karamihan** ng iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Mayroon kang team ng pangangalaga na binuo sa tulong mo. Maaaring kasama sa iyong team ng pangangalaga ang iyong sarili, iyong caregiver, mga doktor, nurse, tagapayo o iba pang mga propesyonal sa kalusugan.
- May access ka sa isang coordinator ng pangangalaga. Makikipag-ugnayan ang taong ito sa iyo, sa aming plano, at sa iyong team ng pangangalaga para tumulong sa paggawa ng isang plano ng pangangalaga.
- Magagawa mong pangasiwaan ang sarili mong pangangalaga na may tulong mula sa iyong team ng pangangalaga at coordinator ng pangangalaga.
- Makikipag-ugnayan sa iyo ang iyong team ng pangangalaga at coordinator ng pangangalaga para makagawa ng plano ng pangangalaga na dinisenyo para tugunan ang **iyong** mga pangangailangan sa kalusugan. Tumutulong ang team ng pangangalaga na ayusin ang mga serbisyong kailangan mo. Halimbawa, nangangahulugan ito na titiyakin ng iyong team ng pangangalaga na:
    - Alam ng iyong mga doktor ang lahat ng gamot mo para matiyak nilang tama ang mga gamot na iniinom mo at para mabawasan ang anumang side effect na maaaring idulot ng mga gamot.
    - Nabibigyan ng mga resulta ng iyong test ang lahat ng iyong doktor at iba pang provider, kung angkop.

- Mga bagong miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: Kadalasan nang i-e-enroll ka sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos mong hilingin na ma-i-enroll sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Maaari ka pa ring makatanggap ng mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa iyong dating planong pangkalusugan ng Medi-Cal sa loob ng hanggang dalawang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap mo ang mga serbisyong Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Hindi mapuputol ang iyong saklaw sa Medi-Cal. Pakitawagan kami sa numero sa ibaba ng pahina kung mayroon kang anumang tanong.

D. Ang lugar ng serbisyo ng aming plano

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

Ang mga tao lamang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ang maaaring sumali sa aming plano.

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

E. Paano ka magiging karapat-dapat na maging miyembro ng plano

Karapat-dapat ka sa aming plano hangga’t ikaw ay:

- naninirahan sa aming lugar ng serbisyo (ang mga taong nakakulong ay hindi itinuturing na naninirahan sa lugar ng serbisyo kahit na sila ay pisikal na naroroon), **at**
- edad 21 pataas sa panahon ng enrollment, **at**
- may parehong Medicare Part A at Medicare Part B, **at**
- isang citizen o nasyonal ng Estados Unidos, o isang karapat-dapat na hindi citizen, **at**
- kasalukuyang karapat-dapat para sa Medi-Cal**.**
- Kung mawala ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal pero inaasahang maibabalik ito sa loob ng anim na (mga) buwan, patuloy naming ibibigay ang lahat ng mga benepisyo ng Medicare na saklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Kapag natapos na ang iyong saklaw sa Medi-Cal, hindi namin

babayaran ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal. Nangangahulugan din ito na mas malaki ang iyong mga gastusing mula sa sariling bulsa tulad ng mga copay, premium, at nababawas (deductible) sa mga buwang nawala ang iyong saklaw sa Medi-Cal. Para matuto pa at humingi ng tulong sa pag-renew ng pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal, kontakin ang Retention Team ng Blue Shield Duals sa 1-844-378-4181 (TTY: 711), 8 a.m hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes.

Tutulungan ka naming mabawi ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal. Kung naibalik ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal habang ikaw ay naka-enroll pa rin sa amin para sa iyong saklaw sa Medicare, ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa iyong mga benepisyo sa Medi-Cal at magpapatuloy ang iyong enrollment sa amin. Kung hindi mo mabawi ang Medi-Cal sa loob ng 6 buwan, aalisin ka namin sa pagkakatala sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Kung mabawi mo ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal pagkatapos na maalis sa pagkakatala, kailangan mo kaming kontakin para muling mag-enroll sa plano.

Tumawag sa Customer Service para sa higit pang impormasyon.

F. Ano ang aasahan mo sa unang beses na pagsali sa aming planong pangkalusugan

Sa unang beses na pagsali mo sa aming plano, makakatanggap ka ng pagtatasa sa panganib sa kalusugan (health risk assessment, HRA) sa loob ng 90 araw bago o pagkatapos ng petsa ng pagka-epektibo ng iyong enrollment.

Dapat naming kumpletuhin ang isang HRA para sa iyo. Ang HRA na ito ang batayan para sa pagbuo ng iyong plano ng pangangalaga. Kasama sa HRA ang mga tanong para tukuyin ang iyong mga pangangailangan sa medikal, kalusugan ng pag-uugali, at kakayahan sa mga gawain.

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

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

Kung bago sa iyo ang aming plano, maaari mong ipagpatuloy ang pagpapatingin sa mga doktor na pinupuntahan mo ngayon sa loob ng partikular na haba ng panahon, kahit wala sila sa aming network. Tinatawag namin itong pagpapatuloy ng pangangalaga (continuity of care). Kung hindi sila bahagi ng aming network, maaari kang manatili sa iyong mga kasalukuyang provider at mga pahintulot sa serbisyo mula sa oras na mag-enroll ka hanggang 12 buwan, kung natutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong provider ay humihiling na pahintulutan kang patuloy na gamitin ang iyong kasalukuyang provider.
- Mapatunayan naming mayroon ka nang umiiral na ugnayan sa isang pangunahing provider o provider ng espesyalidad na pangangalaga, na may ilang eksepsyon. Kapag sinabi naming “umiiral na ugnayan,” nangangahulugan ito na nagpatingin ka sa isang provider na wala sa network nang hindi bababa sa isang beses para sa isang hindi emergency na pagpapatingin sa loob ng 12 buwan bago ang petsa ng una mong pagpapatala sa aming plan.
    - Tutukuyin namin kung may umiiral na ugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa available na impormasyon tungkol sa iyong kalusugan o sa impormasyong ibibigay mo sa amin.
    - Mayroon kaming 30 araw para tumugon sa iyong kahilingan. Maaari mong hilingin sa amin na magpasya nang mas mabilis, at dapat kaming tumugon sa loob ng 15 araw. Maaari mong i-request ito sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Kung nasa panganib ka na mapahamak, dapat kaming tumugon sa loob ng tatlong araw.
    - Ikaw o ang iyong provider ay dapat magpakita ng dokumentasyon ng isang umiiral na ugnayan at sumasang-ayon sa mga partikular na tuntunin kapag ikaw ay magre-request.

Tandaan: Maaari mong i-request ito para sa mga provider ng Matibay na Kagamitang Medikal (Durable Medical Equipment, DME) sa loob ng hindi bababa sa 90 araw hanggang sa pahintulutan namin ang bagong pagrenta ng DME at maihatid ang nirentahang DME ng isang provider na nasa network. Bagama't hindi mo maaaring gawin ang kahilingang ito para sa mga provider ng transportasyon o iba pang mga tagapagbigay ng suporta, maaari kang humiling ng mga serbisyo ng transportasyon o iba pang mga pansuportang serbisyo na hindi kasama sa aming plano.

Pagkatapos ng panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga (continuity of care), kakailanganin mong magpatingin sa mga doktor at iba pang mga provider na nasa network ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan na konektado sa iyong grupong medikal ng provider ng pangunahing pangangalaga, maliban na lang kung gagawa 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 independent physician association (IPA) ay isang organisasyong binuo sa ilalim ng batas ng California na nakikipagkontrata sa mga planong pangkalusugan para maibigay o maisaayos ang pagbibigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga naka-enroll o enrollee sa planong pangkalusugan. Ang isang grupong medikal o IPA ay isang asosasyon ng mga doktor ng pangunahing pangangalaga at mga espesyalista na ginawa para magbigay sa iyo ng naisaayos na mga

serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Tingnan ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagtanggap ng pangangalaga.

G. Ang iyong team ng pangangalaga at plano ng pangangalaga

G1. Team ng pangangalaga

Makakatulong ang isang team ng pangangalaga para patuloy kang makakakuha ng pangangalagang kailangan mo. Maaaring kasama sa isang team ng pangangalaga ang iyong doktor, isang coordinator ng pangangalaga, mga espesyalista o iba pang propesyonal sa kalusugan na pinili mo.

Ang isang coordinator ng pangangalaga ay taong sinanay para tulungan kang pamahalaan ang pangangalagang kailangan mo. Makakakuha ka ng isang coordinator ng pangangalaga kapag nag-enroll ka sa aming plano. Ire-refer ka rin ng taong ito sa iba pang mga mapagkukunan sa komunidad na maaaring hindi inilaan ng aming plano at makikipagtulungan sa iyong team ng pangangalaga para maisaayos ang iyong pangangalaga. Tawagan kami sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong coordinator ng pangangalaga at team ng pangangalaga.

G2. Plano ng pangangalaga

Makikipagtulungan sa iyo ang iyong team ng pangangalaga para gumawa ng plano ng pangangalaga. Ang isang plano ng pangangalaga ay magsasabi sa iyo at sa iyong mga doktor ng tungkol sa mga serbisyong kailangan mo at kung paano makukuha ang mga ito. Kasama rito ang iyong medikal, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS o iba pang mga serbisyo.

Kalakip sa iyong plano ng pangangalaga ang:

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

Makikipagkita sa iyo ang iyong team ng pangangalaga pagkatapos ng iyong HRA. Itatanong nila sa iyo ang tungkol sa mga serbisyong kailangan mo. Ipapaalam din nila sa iyo ang tungkol sa mga serbisyong baka gusto mong pag-isipang kunin. Nilikha ang iyong plano ng pangangalaga batay sa iyong mga pangangailangan at mga layunin. Makikipagtulungan sa iyo ang iyong team ng pangangalaga para i-update ang iyong plano ng pangangalaga nang hindi bababa sa isang beses kada taon.

H. Buod ng Mahahalagang Gastos

Maaaring kasama sa iyong mga gastusin ang sumusunod:

- Halaga ng Plano sa Pagbabayad sa Reseta ng Medicare (Medicare Prescription Payment Plan) (**Section H1**)

Sa ilang mga sitwasyon, maaaring mas mura ang premium ng plano mo.

H1. Halaga ng Pagbabayad sa Reseta ng Medicare

Kung kalahok ka sa Plano sa Pagbabayad sa Reseta ng Medicare, makakakuha ka ng bill mula sa aming plano para sa iyong mga gamot (sa halip na magbayad sa botika). Ang iyong buwanang bill ay batay sa kung ano ang dapat mong bayaran para sa anumang mga resetang nakukuha mo, kasama ang iyong balanse sa nakaraang buwan, na hinahati sa bilang ng mga natitirang buwan sa taon.

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

I. Ang *Handbook ng Miyembro* na Ito

Ang *Handbook ng Miyembro* na ito ay bahagi ng aming kontrata sa iyo. Nangangahulugan ito na dapat nating sundin ang lahat ng panuntunan sa dokumentong ito. Kung sa tingin mo ay may ginawa kami na labag sa mga panuntunang ito, maaari kang umapela sa aming pasya. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Maaari kang humingi ng isang *Handbook ng Miyembr*o sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina. Maaari mo ring tingnan ang *Handbook ng Miyembro* na makikita sa aming website sa web address na nasa ibaba ng pahina.

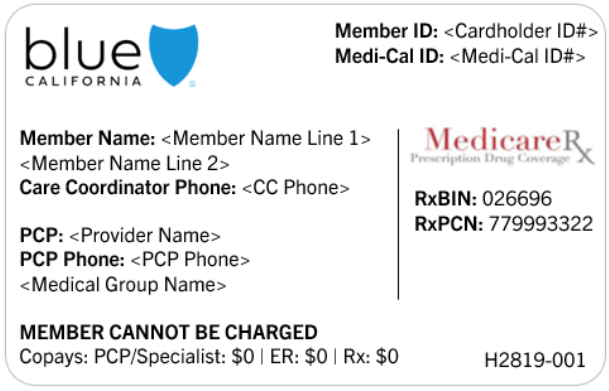
May bisa ang kontrata sa mga buwang naka-enroll ka sa aming plano sa pagitan ng Enero 1, 2027 at Disyembre 31, 2027.

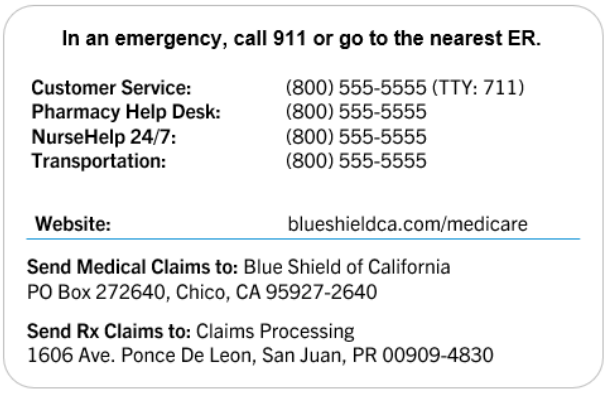
J. Iba pang mahalagang impormasyong makukuha mo mula sa amin

Kasama sa iba pang mahalagang impormasyong ibinibigay namin sa iyo ang iyong ID Card ng Miyembro, impormasyon tungkol sa kung paano ma-access ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*, ang *Listahan ng mga Covered na Gamot,* na kilala rin bilang *Listahan ng Gamot* o *Formulary*.

J1. Ang Iyong ID Card ng Miyembro (Member ID Card)

Sa ilalim ng aming plano, mayroon kang isang card para sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, kabilang ang Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS), ilang partikular na mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at mga reseta. Ipakita ang card na ito kapag kukuha ka ng anumang mga serbisyo o reseta. Narito ang isang sample ng ID Card ng Miyembro:





Kung ang iyong ID Card ng Miyembro ay nasira, nawala, o ninakaw, tawagan kaagad ang Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina. Papadalhan ka namin ng isang bagong card.

Hangga't miyembro ka ng aming plano, hindi mo kailangang gamitin ang iyong pula, puti, at asul na Medicare card o ang iyong Medi-Cal card para makatanggap ng karamihan sa mga serbisyo. Itabi ang mga card na iyon sa isang ligtas na lugar, sakaling kailanganin mo ang mga ito sa ibang pagkakataon. Kung Medicare card ang ipapakita mo sa halip na ang iyong ID Card ng Miyembro, maaaring singilin ng provider ang Medicare sa halip na ang aming plano, at maaaring makatanggap ka ng bill. Maaaring hilingan ka na ipakita ang iyong Medicare card kung kailangan mo ng mga serbisyo sa ospital, mga serbisyo ng hospice, o lalahok ka sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare (tinatawag ding mga klinikal na pagsubok). Tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para malaman kung ano ang dapat gawin kung makatanggap ka ng bill mula sa isang provider.

Tandaan, kakailanganin mo ang iyong Medi-Cal card o Identification Card para sa Mga Benepisyo (Benefits Identification Card, BIC) para makuha ang mga sumusunod na serbisyo:

- Mga reseta na sinasaklaw lang sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx
- Mga serbisyo sa ngipin na sinasaklaw lang sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Program
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS)

- Programa para sa mga Nakatatanda na Nagbibigay ng Iba't Ibang Serbisyo (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)
- Mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali ng county

J2. *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*

Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* ang mga provider at pharmacy sa network ng aming plano. Habang ikaw ay miyembro ng aming plano, dapat mong gamitin ang mga provider na nasa network para makakuha ng mga saklaw na serbisyo.

Maaari kang humingi ng isang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* (electronic o pisikal na kopya) sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina. Ipapadala sa iyo ang mga hininging pisikal na kopya ng Mga Direktoryo ng Provider at Pharmacy sa pamamagitan ng koreo sa loob ng tatlong araw ng trabaho.

Maaari mo ding tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* sa web address na nasa ibaba ng pahina.

Nakalista sa *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* ang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan (tulad ng mga doktor, nurse practitioner, at psychologist), mga pasilidad (tulad ng mga ospital o klinika), at mga Provider ng suporta (tulad ng mga Provider ng Adult Day Health at Home Health) kung saan ka puwedeng magpatingin bilang miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Nakalista sa Direktoryo ang mga botika na magagamit mo para makuha ang iyong mga inireresetang gamot. Nagbibigay din ang Direktoryo ng ilang impormasyon tungkol sa mga sumusunod:

- Kung kailangan ng mga referral para magpatingin sa ibang mga Provider, espesyalista o pasilidad, at
- Kung paano pumili ng isang doktor, at
- Kung paano palitan ang iyong doktor, at
- Kung paano makahanap ng mga doktor, espesyalista, botika, o pasilidad sa iyong lugar at/o grupong medikal/IPA, at
- Kung paano makakuha ng Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS), Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS) o Programa para sa mga Nakatatanda na Nagbibigay ng Iba't Ibang Serbisyo (Multipurpose Senior Services Program, MSSP), at
- Impormasyon sa kung paano magkaroon ng delivery sa bahay, home infusion o mga botika ng pangmatagalang pangangalaga.

Kahulugan ng mga provider na nasa network

- Kasama sa aming mga provider na nasa network ang:
    - mga doktor, mga nurse, at iba pang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na mapupuntahan mo bilang miyembro ng aming plano;
    - mga klinika, mga ospital, mga pasilidad ng pag-aalaga, at iba pang mga lugar na nagbibigay ng mga serbisyo sa kalusugan sa aming plano; **at,**
    - LTSS, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, mga ahensya ng kalusugan sa bahay, mga supplier ng matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME), at iba pang nagbibigay ng mga produkto at serbisyo na makukuha mo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

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

Kahulugan ng mga botikang nasa network

- Ang mga botikang nasa network ay mga botikang sumasang-ayon na punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* para hanapin ang pharmacy na nasa network na gusto mong gamitin.
- Maliban kung emergency, dapat mong punan ang mga reseta mula sa isang botika na nasa network namin, kung gusto mong matulungan ka ng aming plano na bayaran ang mga ito.

Tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon. Parehong maibibigay sa iyo ng Customer Service at ng aming website ang pinakabagong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa mga botika at provider na nasa network namin.

J3. *Listahan ng Mga Covered na Gamot*

May *Listahan ng Mga Covered na Gamot* ang aming plano. Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot"* para mas maiksi. Sinasabi nito sa iyo kung aling mga gamot ang sinasaklaw ng aming plano. Ang mga gamot na nasa listahang ito ay pinili ng aming plano sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Dapat matugunan ng *Listahan ng Gamot* ang mga kahilingan ng Medicare. Ang mga gamot na may napagkasunduang presyo sa ilalim ng Programa ng Medicare tungkol sa Napagkasunduang Presyo ng Gamot (Medicare Drug Price Negotiation Program) ay isasama sa *Listahan ng Gamot* maliban kung inalis at pinalitan ang mga ito tulad ng inilarawan sa **Kabanata 5, Seksyon E.** Inaprubahan ng Medicare ang *Listahan ng Gamot ng* Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Sasabihin din sa iyo ng *Listahan ng Gamot* kung mayroong anumang mga panuntunan o restriksiyon sa anumang mga gamot, gaya ng limitasyon sa dami ng puwede mong kunin. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

Kada taon, papadalhan ka namin ng impormasyon tungkol sa kung paano ma-access ang *Listahan ng Gamot* pero maaaring may ilang pagbabagong maganap sa loob ng taon. Para makuha ang pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang sinasaklaw, tumawag sa Customer Service o puntahan ang aming website sa address na matatagpuan sa ibaba ng pahina.

J4. Ang *Paliwanag ng Mga Benepisyo*

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

Nakasaad sa EOB ang kabuuang halagang nagastos mo, o ng ibang tao sa ngalan mo, para sa iyong Medicare Part D na mga gamot at ang kabuuang halagang binayaran namin para sa bawat Medicare Part D na gamot sa buwan na iyon. Ang EOB na ito ay hindi isang bill. Ang EOB ay may higit na impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom mo. Nagbibigay ng higit na impormasyon ang **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito tungkol sa EOB at kung paano ito makakatulong sa iyo na masubaybayan ang saklaw sa iyong gamot.

Maaari ka ring humingi ng EOB. Para makakuha ng kopya, tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.

K. Panatiling updated ang iyong talaan bilang miyembro (membership record)

Mapapanatili mong updated ang iyong membership record sa pamamagitan ng pagsasabi sa amin kapag may pagbabago sa iyong impormasyon.

Kailangan namin ang impormasyong ito para tiyaking tama ang impormasyon mo sa aming mga record. Ginagamit ng mga doktor, ospital, pharmacist, at iba pang mga provider sa network ng aming plano ang iyong membership record para malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang sinasaklaw at halaga ng iyong pagbabahagi ng gastos (cost-sharing). Dahil dito, napakahalagang tulungan mo kaming panatilihing updated ang iyong impormasyon.

Sabihin kaagad sa amin ang tungkol sa mga sumusunod:

- mga pagbabago sa iyong pangalan, address, o numero ng telepono;

- mga pagbabago sa iba pang saklaw ng insurance sa kalusugan, gaya ng mula sa iyong employer, employer ng iyong asawa, o employer ng iyong kinakasama, o kabayaran sa mga manggagawa (workers' compensation);
- anumang mga claim sa pananagutan (liability claims), gaya ng claim dahil sa isang aksidente sa sasakyan;
- pagka-admit sa pasilidad ng pag-aalaga o ospital;
- pangangalaga sa ospital o emergency room;
- mga pagbabago sa iyong caregiver (o sinumang may pananagutan sa iyo); **at,**
- pakikilahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (clinical research study). (**Tandaan:** Hindi ka obligadong sabihin sa amin ang tungkol sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na balak mong salihan, pero hinihikayat ka naming sabihin ito.)

Kapag may mga pagbabago sa anumang impormasyon, tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.

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

Maaaring kasama sa impormasyon sa iyong membership record ang personal na impormasyong pangkalusugan (PHI). Inaatas ng mga batas ng estado at batas pederal na panatilihin naming pribado ang iyong PHI. Pinoprotektahan namin ang iyong PHI. Para sa karagdagang detalye tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI, tingnan ang **Kabanata 8** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at mapagkukunan ng tulong at impormasyon

Introduksyon

Ibinibigay sa iyo ng kabanatang ito ang impormasyon para makontak ang mga mahahalagang mapagkukunan ng impormasyon na makakasagot sa iyong mga tanong tungkol sa aming plano at sa iyong mga benepisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Magagamit mo rin ang kabanatang ito para makakuha ng impormasyon tungkol sa kung paano makontak ang iyong coordinator ng pangangalaga at ang iba pa para maging tagapagtaguyod sa ngalan mo.
Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Customer Service 27

B. Ang Iyong Coordinator ng Pangangalaga 30

C. Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 33

D. Linya ng Tawag para sa Payo ng Nurse (Nurse Advice Call Line) 35

E. Linya ng Tulong sa Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali (Behavioral Health Crisis Line) 36

F. Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) 37

G. Medicare 38

H. Medi-Cal 40

I. Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal at Opisina ng Ombudsman para sa Kalusugan ng Isip 41

J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County (County Social Services) 42

K. Ahensya sa Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County (County Behavioral Health Services Agency) 44

L. California Department of Managed Health Care 45

M. Alliance ng Consumer sa Kalusugan (Health Consumer Alliance, HCA) 46

N. Mga Programa na Tumutulong sa Pagbabayad para sa mga Gamot 46

N1. Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare....46

N2. Programa ng Tulong para sa Gamot sa AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP): 47

N3. Plano sa Pagbabayad sa Reseta ng Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)....47

O. Social Security....49

P. Board ng Railroad Retirement (Railroad Retirement Board, RRB) 50

Q. Programa ng Ombudsperson para sa Medicare at Medi-Cal (Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program)....51

R. Medi-Cal Dental 52

A. Customer Service

Paraan ng Pagkontak	
TUMAWAG	1-800-452-4413. Libre ang tawag na ito. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw kada linggo. Mayroon kaming mga libreng 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 ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw kada linggo.
SUMULAT	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
WEBSITE	blueshieldca.com/medicare

Makipag-ugnayan sa Customer Service para humingi ng tulong tungkol sa:

- mga tanong tungkol sa plano
- mga tanong tungkol sa mga claim o billing
- mga desisyon sa saklaw tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan
    - Ang desisyon sa saklaw tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan ay isang desisyon tungkol sa:
        - iyong mga benepisyo at mga saklaw na serbisyo, **o**
        - halagang babayaran namin para sa iyong mga serbisyo sa kalusugan.
    - Tumawag sa amin kung mayroon kang mga tanong sa desisyon sa saklaw tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan.
    - Para matuto pa tungkol sa mga desisyon sa saklaw, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- mga apela tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan
    - Ang apela ay isang pormal na paraan para hilingin sa amin na suriin ang pasyang ginawa namin tungkol sa iyong saklaw at hilingin sa amin na baguhin ito kung sa iyong palagay ay nagkamali kami o hindi ka sumasang-ayon sa pasya.
    - Para matuto pa tungkol sa paggawa ng apela, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o kontakin ang Customer Service.
- mga reklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan
    - Maaari kang magreklamo tungkol sa amin o sa sinumang provider (kabilang ang provider na wala sa network o nasa network). Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa aming plano. Maaari ka ring magreklamo sa amin o sa Organisasyon ng Pagpapabuti ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap mo (tingnan ang **Seksyon F**).
    - Maaari kang tumawag sa amin at ipaliwanag ang iyong reklamo sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).
    - Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa desisyon sa saklaw kaugnay sa iyong pangangalagang pangkalusugan, maaari kang umapela (tingnan ang seksyon sa itaas).
    - Maaari kang magpadala ng reklamo sa Medicare tungkol sa aming plano. Maaari kang gumamit ng online form sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.
    - Maaari kang magreklamo tungkol sa aming plano sa Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077.
    - Para matuto pa tungkol sa paggawa ng reklamo kaugnay sa iyong pangangalagang pangkalusugan, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- mga desisyon sa saklaw tungkol sa iyong mga gamot
    - Ang desisyon sa saklaw tungkol sa iyong mga gamot ay isang desisyon tungkol sa:
        - iyong mga benepisyo at mga saklaw na gamot, **o**
        - halagang babayaran namin para sa iyong mga gamot.

- Maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx ang mga gamot na hindi saklaw ng Medicare, tulad ng mga over-the-counter (OTC) na gamot at mga partikular na vitamins. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx sa (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari ka ding tumawag sa Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 1-800-977-2273.
- Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga desisyon sa saklaw tungkol sa iyong mga gamot, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- mga apela tungkol sa iyong mga gamot
  - Ang apela ay isang paraan para hilingin sa amin na baguhin ang isang desisyon sa saklaw.
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paggawa ng apela kaugnay sa iyong mga gamot, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- mga reklamo tungkol sa iyong mga gamot
  - Maaari kang magreklamo tungkol sa amin o anumang botika. Kabilang dito ang paggawa ng reklamo tungkol sa iyong mga gamot.
  - Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa saklaw kaugnay sa iyong mga gamot, maaari kang maghain ng apela. (Tingnan ang seksyon sa itaas.)
  - Maaari kang magpadala ng reklamo sa Medicare tungkol sa aming plano. Maaari kang gumamit ng online form sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paggawa ng reklamo kaugnay sa iyong mga gamot, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- pagbabayad para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot na nabayaran mo na
  - Para sa higit pang impormasyon kung paano hilingin sa amin na ibalik ang binayaran mo, o para bayaran ang isang bill na natanggap mo, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
  - Kung hiniling mo sa amin na bayaran ang isang bill at hindi namin ibinigay ang anumang bahagi ng iyong kahilingan, maaari kang gumawa ng apela sa aming pasya. Tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. Ang Iyong Coordinator ng Pangangalaga

Ang isang Coordinator ng Pangangalaga ay isang indibidwal na espesyal na sinanay para tulungan kang makuha ang iyong mga benepisyo at serbisyo sa Medicare at Medi-Cal. Ang iyong Coordinator ng Pangangalaga ay magiging bahagi ng iyong Team ng Pangangalaga, at siya ang magsisilbing pangunahing contact mo. Pagkatapos mag-enroll, tatawagan ka ng isang Coordinator ng Pangangalaga para kumpletuhin ang iyong Pagtatasa sa Panganib sa Kalusugan (Health Risk Assessment) at Plano sa Pangangalaga para sa Indibidwal (Individualized Care Plan). Ito ang mga tool na gagamitin ng iyong Coordinator ng Pangangalaga para makatulong na matukoy at maiangkop sa iyo ang iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari mong kontakin ang iyong Coordinator ng Pangangalaga o magpalit nito sa pamamagitan ng pagtawag sa numero sa ibaba.

Paraan ng Pagkontak	
TUMAWAG	1-888-548-5765. Libre ang tawag na ito. 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Lunes hanggang Biyernes. Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang mga anyo, gaya ng malaking titik, braille, at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service. Mayroon kaming mga libreng 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 ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito. 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Lunes hanggang Biyernes.
SUMULAT	Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

Kontakin ang iyong coordinator ng pangangalaga para makatanggap ng tulong tungkol sa:

- mga tanong tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan
- mga tanong tungkol sa pagkuha ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at problema sa paggamit ng droga at alak)
- mga tanong tungkol sa mga benepisyo sa ngipin
- mga tanong tungkol sa transportasyon para sa pagpunta sa mga medikal na appointment
- mga tanong tungkol sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS), kabilang ang Mga Serbisyong nasa Komunidad para sa mga Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS) at Mga Pasilidad ng Pag-aalaga (Nursing Facilities, NF)

Maaari mong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyong nasa Komunidad para sa mga Nasa Hustong Gulang (CBAS)
- sanay na pag-aalaga (skilled nursing care)
- physical therapy
- occupational therapy
- speech therapy
- mga medikal na serbisyong panlipunan
- pangangalaga ng kalusugan sa bahay
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS) sa pamamagitan ng ahensya ng serbisyong panlipunan ng iyong county
- Minsan ay makakakuha ka ng tulong para sa iyong mga pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan at pamumuhay.

Depende sa kung saang county ka nakatira at sa iyong pagiging karapat-dapat, maaari ka ring makatanggap ng karagdagang Mga Suporta sa Komunidad (Community Supports) sa pamamagitan ng iyong Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Maaaring i-refer ka ng iyong provider kung sa tingin nila ay karapat-dapat ka para sa Mga Suporta sa Komunidad o maaari mong kontakin ang Customer Service o ang iyong Coordinator ng Pangangalaga para matuto pa. Maaari mong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga pagbabago para maging mas madaling gamitin at mapuntahan ang kapaligiran (mga pagbabago sa bahay)

- Mga serbisyo para sa gabay (navigation) sa paglipat ng tirahan
- Mga deposito sa pabahay
- Mga serbisyo para mapanatili ang iyong tirahan (Housing tenancy and sustaining services)
- Mga pansuportang pagkain o mga pagkaing iniangkop sa mga pangangailangang medikal
- Mga serbisyo sa personal na pangangalaga at gawaing bahay
- Pangangalaga habang nagpapagaling (medical respite)
- Pahinga para sa mga caregiver
- Pansamantalang tirahan pagkatapos ng pagpapaospital, o
- Mga sobering center

C. Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

Ang Programa ng Estado Para sa Tulong sa Insurance sa Kalusugan (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) ay isang programa ng gobyerno na may mga sinanay na tagapayo sa bawat estado na nagbibigay ng libreng tulong, impormasyon, at mga sagot sa iyong mga tanong tungkol sa Medicare. Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan (HICAP). Maaaring sagutin ng mga tagapayo ng HICAP ang iyong mga tanong at matutulungan kang maunawaan kung ano ang dapat gawin para maharap ang iyong problema. Mayroong mga sinanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo.

Ang HICAP ay isang hiwalay na programa ng estado (hindi konektado sa anumang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan) na tumatanggap ng pera mula sa pederal na gobyerno para makapagbigay ng libreng lokal na pagpapayo tungkol sa insurance sa kalusugan para sa mga taong may Medicare.

Paraan ng Pagkontak	
TUMAWAG	1-800-434-0222 9:00 a.m. hanggang 4:00 p.m. Lunes hanggang Biyernes
TTY	711 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para 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/

Kontakin ang HICAP para sa tulong tungkol sa:

- mga tanong tungkol sa Medicare
- Maaaring sagutin ng mga tagapayo ng HICAP ang iyong mga tanong tungkol sa pagpapalit tungo sa isang bagong plano at tulungan kang:
  - maunawaan ang iyong mga karapatan,
  - maunawaan ang iyong mga pagpipiliang plano,
  - sagutin ang mga tanong tungkol sa pagpapalit sa ibang plano,
  - magreklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan o paggamot, **at**
  - malutas ang mga isyu sa bill o mga claim.

D. Linya ng Tawag para sa Payo ng Nurse (Nurse Advice Call Line)

Nag-aalok ang Blue Shield of California Nurse Advice Call Line ng suporta mula sa mga rehistradong nurse na available para sagutin ang mga tanong 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Available ang mga nurse sa pamamagitan ng telepono para tumugon sa mga karaniwang tanong tungkol sa kalusugan at magbigay ng mga direksyon sa mga karagdagang mapagkukunan ng impormasyon. Sa Nurse Advice Call Line, maaaring ipadala sa email ng mga miyembro ang buod ng pag-uusap kabilang ang lahat ng impormasyon at mga link para madali nila itong balikan. Maaari mong kontakin ang Nurse Advice Call Line para sa mga tanong tungkol sa iyong kalusugan o pangangalagang pangkalusugan.

Paraan ng Pagkontak	
TUMAWAG	1-877-304-0504. Libre ang tawag na ito. 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Mayroon kaming mga libreng 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 mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito. 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo.

E. Linya ng Tulong sa Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali (Behavioral Health Crisis Line)

Isang 24 oras na linya ng telepono na nagbibigay ng agarang suporta para sa mga taong nakakaranas ng krisis sa kalusugan ng isip o problema sa paggamit ng droga o alak. Maaaring masuri ng mga may kasanayang tagapayo ang sitwasyon, magbigay ng tulong sa panahon ng krisis, ikonekta ang mga tumatawag sa mga angkop na serbisyo, at tumulong na magsaayos ng pang-emergency na tulong kapag kailangan.

Paraan ng Pagkontak	
TUMAWAG	**Los Angeles County Access and Crisis Line** 1-800-854-7771 Libre ang tawag na ito. 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles. **San Diego County Access at Crisis Line** 1-800-724-7240. Libre ang tawag. 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo Mayroon kaming mga libreng 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 mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito. 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo

Kontakin ang Behavioral Health Crisis Line para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali at pang-aabuso sa droga o alak

Para sa mga tanong tungkol sa mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip ng iyong county, tingnan ang **Seksyon K.**

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

Ang ating estado ay may organisasyon na tinatawag na Commence Health. Isa itong grupo ng mga doktor at iba pang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na mapabuti ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Ang Commence Health ay isang independiyenteng organisasyon. Hindi ito konektado sa aming plano.

Paraan ng Pagkontak	
TUMAWAG	1-877-588-1123
TTY	711 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
SUMULAT	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
WEBSITE	commencehealthqio.cms.gov

Kontakin ang Commence Health para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa iyong mga karapatan sa pangangalagang pangkalusugan
- paggawa ng reklamo tungkol sa pangangalagang natanggap mo kung:
    - ikaw ay may problema sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng pagtanggap ng maling gamot, mga hindi kinakailangang test o procedure, o maling diagnosis,
    - sa tingin mo ay masyadong maagang matatapos ang iyong pananatili sa ospital, **o**
    - sa tingin mo ay masyadong maagang matatapos ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga o pasilidad ng komprehensibong rehabilitasyon ng outpatient (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF).

G. Medicare

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

Ang pederal na ahensyang namamahala sa Medicare ay ang Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS. Nakikipagkontrata ang ahensya na ito sa mga organisasyon ng Medicare Advantage kabilang ang aming plano.

Paraan ng Pagkontak	
TUMAWAG	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 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 ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
LIVE NA CHAT	Mag-chat nang live sa www.Medicare.gov/talk-to-someone
SUMULAT	Sumulat sa Medicare sa PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Paraan ng Pagkontak	
WEBSITE	www.medicare.gov • Makatanggap ng impormasyon tungkol sa mga planong pangkalusugan at gamot (health and drug plans) ng Medicare sa iyong lugar, kabilang kung magkano ang mga ito at kung anong mga serbisyo ang kanilang ibinibigay. • Maghanap ng mga kalahok na doktor o iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan at mga supplier ng Medicare. • Alamin kung ano ang sinasaklaw ng Medicare, kabilang ang mga preventive na serbisyo (tulad ng mga screening, iniksyon, o bakuna, at taunang pagbisita para sa kagalingan o "wellness"). • Makatanggap ng impormasyon at mga form ng apela sa Medicare. • Makatanggap ng impormasyon tungkol sa kalidad ng pangangalagang ibinibigay ng mga plano, nursing home, ospital, doktor, ahensya ng kalusugan sa bahay, pasilidad ng dialysis, sentro ng hospice, pasilidad ng inpatient na rehabilitasyon, at mga ospital ng pangmatagalang pangangalaga. • Maghanap ng mga kapaki-pakinabang na website at mga numero ng telepono. Para magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Sineseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at ginagamit nila ang impormasyong ito para makatulong sa pagpapahusay sa kalidad ng programa ng Medicare.

H. Medi-Cal

Medi-Cal ang tawag sa programa ng Medicaid sa California. Isa itong pampublikong programa sa insurance sa kalusugan na naglalaan ng kinakailangang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan para sa mga taong mababa ang kita, kabilang ang mga pamilyang may mga anak, mga senior, may mga kapansanan, bata at kabataan sa foster care o sa pangangalaga ng ibang pamilya, at buntis. Pinopondohan ang Medi-Cal ng mga pondo mula sa estado at pederal na gobyerno.

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

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

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

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

Tumutulong ang Opisina ng Ombudsman na lutasin ang mga problema nang walang pinapanigan para masiguro na matatanggap ng aming mga miyembro ang lahat ng saklaw na serbisyong medikal na kinakailangan. Makikinig sila, sasagutin ang iyong mga tanong, susuriin ang iyong sitwasyon, ipapaliwanag ang mga patakaran at pamamaraan, magbibigay ng impormasyon, payo, at mga opsyon, at magmumungkahi ng mga angkop na referral. Trabaho nila ang tumulong na makabuo ng mga patas na solusyon sa mga problemang kaugnay sa pagtanggap ng pangangalagang pangkalusugan. Hindi sila konektado sa aming plano o sa anumang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan. Libre ang mga serbisyo nila.

Paraan ng Pagkontak	
TUMAWAG	1-888-452-8609 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
SUMULAT	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
WEBSITE	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County (County Social Services)

Kung kailangan mo ng tulong para sa iyong Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS), pag-update sa iyong impormasyon sa Medi-Cal, o pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal at sa pag-renew ng mga benepisyo, kontakin ang iyong lokal na ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng Los Angeles o San Diego County.

Kontakin ang ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng iyong County para mag-apply sa Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay, na tutulong sa pagbabayad sa mga serbisyong ibinibigay sa iyo upang manatili kang ligtas sa sarili mong tahanan. Maaaring kasama sa mga uri ng serbisyo ang tulong sa paghahanda ng pagkain, paliligo, pagbibihis, paglalaba, pamimili o transportasyon.

Kontakin ang ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng iyong County para sa anumang mga tanong tungkol sa iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal.

Paraan ng Pagkontak	
TUMAWAG	1-866-613-3777 Libre ang tawag na ito. Ang **Kagawaran ng Mga Serbisyong Panlipunan sa Publiko ng Los Angeles County** ay may isang Customer Service Center (CSC) na nagbibigay ng serbisyo sa 33 Opisina ng Distrito. Ang mga oras na bukas ang opisina ay Lunes hanggang Biyernes, maliban sa mga holiday, mula 7:30 a.m. hanggang 6:30 p.m.
TTY	1-877-735-2929 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
SUMULAT	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
WEBSITE	https://dpss.lacounty.gov

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

K. Ahensya sa Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County (County Behavioral Health Services Agency)

Makukuha mo sa iyong county ang mga espesyalidad na serbisyo ng Medi-Cal para sa kalusugan ng isip at problema sa paggamit ng droga at alak (substance use disorder) kung matutugunan mo ang mga pamantayan sa pagkuha nito.

TUMAWAG	**Los Angeles County** 1-800-854-7771 Libre ang tawag na ito. 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles. **San Diego County** 1-888-724-7240 Libre ang tawag na ito. 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo
TTY	711. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito. 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo.

Kontakin ang ahensya ng Kalusugan ng Pag-uugali ng county para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng county
- mga tanong tungkol sa mga serbisyo na ibinibigay ng county kaugnay sa problema sa paggamit ng droga at alak (substance use disorder)
- mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip kabilang ang, pero hindi limitado sa:
  - mga serbisyong outpatient para sa kalusugan ng isip
  - paggamot sa araw (day treatment)
  - tulong at pagpapatatag sa panahon ng krisis
  - pamamahala ng kaso ayon sa espesipikong pangangailangan
  - Paggamot sa pasilidad para sa mga nasa hustong gulang (adult residential treatment)
  - paggamot sa pasilidad sa panahon ng krisis

L. California Department of Managed Health Care

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

Paraan ng Pagkontak	
TUMAWAG	1-888-466-2219 Available ang mga kinatawan ng DMHC sa pagitan ng 8 a.m. at 6 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
TDD	1-877-688-9891 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
SUMULAT	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	916-255-5241
WEBSITE	www.dmhc.ca.gov

M. Alliance ng Consumer sa Kalusugan (Health Consumer Alliance, HCA)

Ang Alliance ng Consumer sa Kalusugan (HCA) ay isang samahan sa buong estado na nag-aalok ng libreng legal na tulong on-line, sa telepono, o personal para tulungan ang mga residente ng California na nahihirapang kumuha o mapanatili ang saklaw sa kalusugan at malutas ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan. Para matuto pa tungkol sa HCA o para makakuha ng posibleng tulong, tumawag sa 1-888-804-3536 o bisitahin ang www.healthconsumer.org/

N. Mga Programa na Tumutulong sa Pagbabayad para sa mga Gamot

Ang website ng Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa kung paano mapapababa ang iyong mga gastos sa gamot. Para sa mga taong limitado ang kita, mayroon ding iba pang mga programa na tutulong, gaya ng inilarawan sa ibaba.

N1. Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare

Dahil karapat-dapat ka para sa Medi-Cal, kwalipikado ka rin at nakakatanggap ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare para mabayaran ang iyong mga gastos sa plano sa gamot. Wala kang kailangang gawin para matanggap ang "Karagdagang Tulong" na ito.

Paraan ng Pagkontak	
TUMAWAG	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 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 ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
WEBSITE	www.medicare.gov

Kung sa tingin mo ay maling halaga ang binabayaran mo para sa iyong reseta sa isang botika, may proseso ang aming plano para matulungan kang makakuha ng ebidensya ng tamang halaga ng iyong copayment. Kung mayroon ka nang ebidensya ng tamang halaga, matutulungan ka naming isumite sa amin ang ebidensyang ito.

- Maaari kang tumawag sa Customer Service, sabihin na sa tingin mo ay sobra ang binabayaran mo para sa iyong mga inireresetang gamot, at ibigay ang iyong impormasyon sa Medi-Cal. Ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal ay ituturing na Pinakamahusay na Magagamit na Ebidensya (Best Available Evidence) para ma-update ang iyong Karagdagang Tulong at mapababa ang iyong copay sa reseta kung posible. Hindi garantisado na mapapababa ang mga copayment sa inireresetang gamot.

- Kapag natanggap namin ang ebidensyang nagpapakita ng tamang antas ng copayment, i-a-update namin ang aming system para mabayaran mo ang tamang halaga ng copayment kapag kukuha ka na ng iyong susunod na reseta. Kung sobra ang ibinayad mo sa iyong copayment, ibabalik namin ito sa iyo sa pamamagitan ng tseke o bilang credit na magagamit sa iyong susunod na copayment. Kung hindi kinolekta ng botika ang iyong copayment at may utang ka sa kanila, maaaring magbayad kami nang direkta sa botika. Kung nagbayad ang estado para sa iyo, maaaring magbayad kami nang direkta sa estado. Tawagan ang Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina kung mayroon kang mga tanong.

N2. Programa ng Tulong para sa Gamot sa AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP):

Tinutulungan ng ADAP ang mga taong karapat-dapat sa ADAP na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa nagliligtas-buhay na mga gamot ng HIV. Ang Medicare Part D na mga gamot na makikita rin sa formulary ng ADAP ay kuwalipikado para sa tulong sa pagbabahagi ng gastos (cost-sharing) sa reseta sa pamamagitan ng California ADAP. Tandaan: Para maging karapat-dapat sa ADAP sa iyong estado, kailangang matugunan ng mga indibidwal ang ilang partikular na pamantayan, kabilang ang patunay ng pagiging residente ng estado at kalagayan ng HIV, mababang kita (ayon sa pagtukoy ng estado), at pagiging walang insurance/kulang sa insurance. Kung magpapalit ka ng plano, ipaalam ito sa iyong lokal na ADAP enrollment worker para patuloy kang makatanggap ng tulong. Para sa impormasyon sa pamantayan sa pagiging karapat-dapat, mga saklaw na gamot, o kung paano mag-enroll sa programa, pakitawagan ang California ADAP sa 1-844-421-7050, 8 a.m. hanggang 5 p.m. Lunes hanggang Biyernes, o bisitahin ang kanilang website sa: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

N3. Plano sa Pagbabayad sa Reseta ng Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)

Ang Plano sa Pagbabayad sa Reseta ng Medicare ay isang opsyon sa pagbabayad na gumagana kasama ang iyong kasalukuyang saklaw sa gamot upang tulungan kang pamahalaan ang iyong mga gastusing mula sa sariling bulsa para sa mga gamot na saklaw ng aming plano sa pamamagitan ng paghahati-hati ng mga ito sa buong taon ng kalendaryo

(Enero-Disyembre). Ang sinumang may plano ng gamot ng Medicare o planong pangkalusugan ng Medicare na may saklaw ng gamot (tulad ng isang Medicare Advantage plan na may saklaw ng gamot) ay maaaring gumamit ng opsyon sa pagbabayad na ito. **Maaaring makatulong sa iyo ang opsyon sa pagbabayad na ito para pamahalaan ang iyong mga gastos, pero hindi nito mababawasan o mapapababa ang iyong mga gastos sa gamot. Kung kasali ka sa Plano sa Pagbabayad sa Reseta ng Medicare at mananatili ka sa parehong plano, wala kang kailangang gawin para patuloy na magamit ang opsyong ito.** Ang “Karagdagang Tulong” (Extra Help) mula sa Medicare at tulong mula sa iyong SPAP at ADAP, para sa mga kwalipikado, ay mas kapaki-pakinabang kaysa sa paglahok sa opsyon sa pagbabayad na ito, anuman ang antas ng iyong kita, at ang mga plano na may saklaw ng gamot ay dapat mag-alok ng opsyong ito sa pagbabayad. Para matuto pa tungkol sa opsyon sa pagbabayad na ito, tawagan ang Customer Service sa numero ng telepono sa ibaba ng pahina o bisitahin ang www.medicare.gov.

O. Social Security

Tinutukoy ng Social Security ang pagiging karapat-dapat sa Medicare at inaasikaso nito ang enrollment sa Medicare.

Kung lilipat ka o nagbago ang iyong mailing address, mahalagang kontakin mo ang Social Security para ipaalam ito sa kanila.

TUMAWAG	1-800-772-1213 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available 8 a.m. hanggang 7 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari mong gamitin ang kanilang automated na serbisyo sa telepono para makakuha ng naka-record na impormasyon at magsagawa ng ilang transaksiyon, 24 oras kada araw.
TTY	1-800-325-0778 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
WEBSITE	www.ssa.gov

P. Board ng Railroad Retirement (Railroad Retirement Board, RRB)

Ang RRB ay isang independiyenteng ahensya ng Pederal na nangangasiwa ng mga komprehensibong programa ng benepisyo para sa mga manggagawa ng riles ng tren (railroad) at kanilang mga pamilya. Kapag tumatanggap ka ng Medicare sa pamamagitan ng RRB, ipaalam sa kanila kung ikaw ay lilipat o magpapalit ng iyong mailing address. Para sa mga tanong tungkol sa iyong mga benepisyo mula sa RRB, kontakin ang ahensya.

TUMAWAG	1-877-772-5772 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Pindutin ang “0” para makipag-usap sa isang kinatawan ng RRB mula 9 a.m. hanggang 3:30 p.m., Lunes, Martes, Huwebes at Biyernes, at mula 9 a.m. hanggang 12 p.m. kapag Miyerkules. Pindutin ang “1” para ma-access ang automated na RRB Help Line at makakuha ng naka-record na impormasyon 24 oras kada araw, kabilang ang Sabado at Linggo at mga holiday.
TTY	1-312-751-4701 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito. Hindi libre ang mga tawag sa numerong ito.
WEBSITE	www.rrb.gov

Q. Programa ng Ombudsperson para sa Medicare at Medi-Cal (Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program)

Naghahandog ang Programa ng Ombudsperson para sa Medicare at Medi-Cal ng LIBRENG tulong sa mga taong nahihirapang makakuha ng saklaw sa kalusugan o magpanatili nito at para lutasin ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan.

Kung mayroon kang mga problema sa:

- Medi-Cal
- Medicare
- planong pangkalusugan mo
- pag-access sa mga serbisyong medikal
- pag-apela sa mga tinanggihang serbisyo, gamot, matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME), mga serbisyo sa kalusugan ng isip, atbp.
- medikal na bill
- IHSS (In-Home Supportive Services o Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay)

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

R. Medi-Cal Dental

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

- mga unang eksaminasyon, X-ray, cleaning, sealant, at paggamot gamit ang fluoride;
- restorations at crown;
- root canal therapy; at
- partial at kumpletong mga pustiso, adjustments, repair, at reline

Ang mga benepisyo sa ngipin ay maaaring makuha sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Fee-For-Service (FFS) at Pinapamahalaang Pangangalaga ng Ngipin (Dental MC).

TUMAWAG	1-800-322-6384 Libre ang tawag. Ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental FFS ay maaaring makausap para tulungan ka mula 8 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
TTY	1-800-735-2922 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
WEBSITE	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Sa halip na Medi-Cal Dental Fee-For-Service, maaari kang makatanggap ng mga benepisyo sa ngipin sa pamamagitan ng pinamamahalaang plano sa pangangalaga ng ngipin. Available ang mga pinamamahalaang plano sa pangangalaga ng ngipin sa Los Angeles County. Kung nais mo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga plano sa ngipin, o gusto mong magpalit ng plano sa ngipin, kontakin ang Health Care Options sa 1-800-430-4263 (TTY users tumawag sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. Libre ang tawag. Makikita rin dito ang mga pwedeng kontakin para sa pinamamahalaang plano sa pangangalaga ng ngipin: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

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

Introduksyon

May mga partikular na tuntunin at patakaran ang kabanatang ito na kailangan mong malaman para makakuha ng pangangalagang pangkalusugan at iba pang saklaw na serbisyo ng aming plano. Nakasaad din dito ang tungkol sa iyong coordinator ng pangangalaga, paano makakuha ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng provider at sa ilang espesyal na sitwasyon (kabilang ang mga provider o botika na wala sa network), ano ang gagawin kung direkta kang siningil para sa mga serbisyong sinasaklaw namin, at mga patakaran para sa pagmamay-ari ng Matibay na Kagamitang Medikal (Durable Medical Equipment, DME). Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider 56

B. Mga patakaran para sa pagkuha ng mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano 56

C. Ang iyong coordinator ng pangangalaga 59

C1. Ano ang isang coordinator ng pangangalaga 59

C2. Paano mo makokontak ang iyong coordinator ng pangangalaga 59

C3. Paano mo mapapalitan ang iyong coordinator ng pangangalaga 59

D. Pangangalaga mula sa mga provider 59

D1. Pangangalaga mula sa isang provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) 59

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

D3. Kung aalis ang isang provider sa aming plano 64

D4. Mga provider na wala sa network 65

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term services and supports, LTSS) 66

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at problema sa paggamit ng droga at alak)....67

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

G. Mga serbisyo sa transportasyon....71

G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon....71

G2. Hindi medikal na transportasyon....73

H. Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag agarang kinakailangan, o sa panahon ng kalamidad....74

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency....74

H2. Agarang kailangang pangangalaga (Urgently needed care)....76

H3. Pangangalaga sa panahon ng isang kalamidad....77

I. Paano kung direkta kang siningil para sa mga saklaw na serbisyo....78

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

J. Saklaw na mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral....79

J1. Kahulugan ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral....79

J2. Pagbabayad sa mga serbisyo kapag lumahok ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral....79

J3. Iba pang impormasyon tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral....80

K. Paano sinasaklaw ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan kapag nasa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan....80

K1. Kahulugan ng panrelihiyong hindi medikal na institusyon na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan....80

K2. Pangangalaga mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan....80

L. Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME)....81

L1. Pagkuha ng DME bilang isang miyembro ng aming plano 81

L2. Magmamay-ari ng DME kung lilipat ka sa Original Medicare 82

L3. Mga benepisyo ng oxygen equipment bilang isang miyembro ng aming plano 83

L4. Oxygen equipment kapag lilipat ka sa Original Medicare o sa ibang Medicare Advantage (MA) plan 83

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider

Ang **mga serbisyo** ay pangangalagang pangkalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports, LTSS), mga supply, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, mga reseta at mga over-the-counter na gamot, kagamitan at iba pang serbisyo. Ang **mga saklaw na serbisyo** ay alinman sa mga serbisyong ito na binabayaran ng aming plano. Makikita ang saklaw na pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Ang iyong mga saklaw na serbisyo para sa mga inireresetang gamot at mga over-the-counter na gamot ay matatagpuan sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Ang **mga provider** ay ang mga doktor, nurse at iba pang mga taong nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga at lisensyado ng estado. Kasama rin sa mga provider ang mga ospital, ahensya ng kalusugan sa bahay, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, medikal na kagamitan, at ilang LTSS.

Ang mga **provider na nasa network** ay mga provider na nakikipagtulungan sa aming plano. Sumasang-ayon ang mga provider na ito na tanggapin ang aming bayad bilang kumpletong bayad. Direkta kaming sinisingil ng mga provider na nasa network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa iyo. Kapag gagamit ka ng isang provider na nasa network, kadalasang wala kang babayaran para sa mga saklaw na serbisyo.

B. Mga patakaran para sa pagkuha ng mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano

Sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng mga serbisyong saklaw ng Medicare, at karamihan sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Kabilang dito ang ilang serbisyong para sa kalusugan ng pag-uugali at LTSS.

Karaniwang babayaran ng aming plano ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at mga LTSS na matatanggap mo kung susundin mo ang aming mga patakaran. Para saklawin ito ng aming plano:

- Ang pangangalagang iyong natatanggap ay dapat na kasama sa aming Medikal na Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Dapat na **medikal na kinakailangan (medically necessary)** ang pangangalaga. Kapag sinabing medikal na kinakailangan, ang ibig naming sabihin ay ang mga serbisyong makatwiran at kinakailangan para ma-diagnose at magamot ang iyong medikal na kondisyon. Ang medikal na kinakailangang pangangalaga ay kailangan para maiwasan ng mga indibidwal ang malubhang sakit o kapansanan at mabawasan ang matinding kirot sa pamamagitan ng paggamot sa sakit, karamdaman, o pinsala.

- Para sa mga medikal na serbisyo, dapat ay mayroon kang **provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP)** na nasa network na nagbibigay at nangangasiwa sa iyong pangangalaga. Bilang miyembro ng plano, dapat kang pumili ng provider na nasa network upang maging iyong PCP (pumunta sa **Seksyon D1** para sa higit pang impormasyon).
    - Kadalasan nang kailangan kang bigyan muna ng aming plano ng pag-apruba (approval) bago ka gumamit ng isang provider na hindi mo PCP o gumamit ng ibang mga provider sa network ng aming plano. Ito'y tinatawag na **referral.** Kapag hindi ka nakakuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo.
    - Ang mga PCP ng aming plano ay bahagi ng mga grupong medikal. Kapag pumipili ka ng iyong PCP, pinipili mo rin ang grupong medikal na kinabibilangan nito. Nangangahulugan itong ire-refer ka ng iyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong bahagi din ng kanilang grupong medikal. Ang isang grupong medikal ay isang samahan ng mga doktor ng pangunahing pangangalaga at mga espesyalista na binuo para magbigay sa iyo ng isinaayos na mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
    - Hindi mo kailangan ng referral mula sa iyong PCP para sa pang-emergency na pangangalaga o agarang kailangang pangangalaga, para magpatingin sa isang provider ng kalusugan ng kababaihan, o anumang iba pang mga serbisyong nakalista sa **Seksyon D1**.
- **Dapat mong kunin ang iyong pangangalaga mula sa mga provider na nasa network** (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon D** ng kabanatang ito)**.** Kadalasan nang hindi namin sinasaklaw ang pangangalaga mula sa isang provider na hindi konektado sa aming planong pangkalusugan. Ibig sabihin, kailangan mong bayaran nang buo ang provider para sa mga serbisyong natanggap mo. Narito ang ilang sitwasyon kung saan hindi nalalapat ang tuntuning ito:
    - Kung kailangan mo ng pang-emergency o agarang kailangang pangangalaga mula sa provider na wala sa network (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon H**).
    - Kung kailangan mo ng pangangalagang sinasaklaw ng aming plano at hindi ito maibigay ng mga provider na nasa network namin, maaari kang tumanggap ng pangangalaga mula sa provider na wala sa network. Kakailanganin ang pahintulot at dapat itong makuha mula sa plano bago tumanggap ng pangangalaga. Sa sitwasyong ito, sasaklawin namin ang pangangalaga na parang nakuha mo ito mula sa isang nasa network na provider **o** nang wala kang gagastusin. Para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pag-apruba bago gumamit ng provider na wala sa network, pumunta sa **Seksyon D4**.

- Kung kailangan mo ng mga serbisyo ng dialysis sa bato kapag nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano sa loob ng maikling panahon o kapag pansamantalang hindi available o hindi accessible ang iyong provider, maaari kang kumuha ng pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network.

- Kung ikaw ay bagong miyembro ng aming plano, maaari mong hilinging patuloy na magpatingin sa iyong mga kasalukuyang provider. Maliban sa ilang eksepsyon, kailangan naming aprubahan ang kahilingang ito kung mapapatunayan naming mayroon ka nang umiiral na ugnayan sa mga provider. Tingnan ang **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Kapag aprubahan namin ang iyong kahilingan, maaari mong ipagpatuloy ang pagpapatingin sa mga provider na ginagamit mo ngayon sa loob ng hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyan, kokontakin ka ng iyong coordinator ng pangangalaga para tulungan kang humanap ng mga provider sa aming network na konektado sa grupong medikal ng iyong PCP. Pagkalipas ng 12 buwan, hindi na namin sasaklawin ang iyong pangangalaga kung patuloy kang magpapatingin sa mga provider na wala sa aming network at hindi konektado sa grupong medikal ng iyong PCP.

Iba pang Saklaw sa Kalusugan: Kailangan mo munang gamitin ang lahat ng iba mo pang saklaw sa kalusugan (health coverage) bago ang Medi-Cal kung saklaw ng iyong pangunahing health coverage ang parehong serbisyo, dahil ang Medi-Cal ang huling tagabayad. Ibig sabihin, sa karamihan ng mga sitwasyon, ang Medi-Cal ang pangalawang tagabayad pagkatapos ng Medicare, na sasagot sa mga pinapayagang gastos na hindi binayaran ng Medicare o ng iba pang saklaw sa kalusugan, hanggang sa halagang binabayaran ng Medi-Cal.

Mga bagong miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: Kadalasan nang i-e-enroll ka sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos mong hilingin na ma-i-enroll sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Maaari ka pa ring makatanggap ng mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa iyong dating planong pangkalusugan ng Medi-Cal sa loob ng hanggang dalawang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap mo ang mga serbisyong Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Hindi mapuputol ang iyong saklaw sa Medi-Cal. Pakitawagan ang numero sa ibaba ng pahina kung mayroon kang anumang tanong.

C. Ang iyong coordinator ng pangangalaga

C1. Ano ang isang coordinator ng pangangalaga

Ang isang coordinator ng pangangalaga ay isang indibidwal na espesyal na sinanay para tulungan kang makuha ang iyong mga benepisyo at serbisyo sa Medicare at Medi-Cal. Ang iyong coordinator ng pangangalaga ay magiging bahagi ng iyong team ng Pangangalaga at siya ang magsisilbing pangunahing contact mo at pagkukunan mo ng impormasyon. Pagkatapos mag-enroll, tatawagan ka ng isang coordinator ng pangangalaga para ipakilala ang kaniyang sarili at tulungan kang kumpletuhin ang Pagtatasa sa Panganib sa Kalusugan (Health Risk Assessment) para matukoy ang mga kailangan mong pangangalagang pangkalusugan.

C2. Paano mo makokontak ang iyong coordinator ng pangangalaga

Maaari mong kontakin ang iyong coordinator ng pangangalaga sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-548-5765, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Kapag nagsimula ka nang makipag-ugnayan sa isang coordinator ng pangangalaga, maaari mo rin siyang kontakin sa pamamagitan ng pagtawag sa kanilang direktang linya ng telepono.

C3. Paano mo mapapalitan ang iyong coordinator ng pangangalaga

Para hilinging palitan ang iyong coordinator ng pangangalaga, 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 provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP)

Dapat kang pumili ng isang PCP na magbibigay at mamahala sa iyong pangangalaga. Ang mga PCP ng aming plano ay bahagi ng mga grupong medikal. Kapag pumipili ka ng iyong PCP, pinipili mo rin ang grupong medikal na kinabibilangan nito.

Ang kahulugan ng PCP at ano ang ginagawa ng PCP para sa iyo

Ang iyong PCP ay isang doktor na nakakatugon sa mga pamantayan ng estado at may kasanayan para magbigay sa iyo ng pangunahing pangangalagang medikal. Ang PCP ay maaaring isang Pampamilyang Manggagamot (Family Practitioner), Pangkalahatang Manggagamot (General Practitioner), Provider ng Internal Medicine, OB-GYN, at espesyalista kapag ni-request. Maaari mong piliin ang isang espesyalista para maging iyong PCP kung sumasang-ayon ang espesyalista na ibigay ang lahat ng serbisyo na karaniwang ibinibigay ng mga PCP. Para hilingin sa iyong espesyalista na maging iyong PCP, kontakin ang Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

(makikita sa ibaba ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang opisina). Maaari ding maging PCP mo ang isang klinika (clinic), gaya ng Mga Pederal na Kwalipikadong Health Center (Federally Qualified Health Centers o FQHC). Kukunin mo ang iyong karaniwan o pangunahing pangangalaga mula sa iyong PCP. Maaari ding isaayos ng iyong PCP ang iba pang mga saklaw na serbisyong kailangan mo. Kasama sa mga saklaw na serbisyong ito ang:

- Mga x-ray
- Mga test sa laboratoryo
- Mga therapy
- Pangangalaga mula sa mga doktor na mga espesyalista
- Pagpapaospital
- Follow-up na pangangalaga

Ang mga PCP ng aming plano ay kabilang sa mga espesipikong grupong medikal. Ang grupong medikal o independent physician association (IPA) ay isang organisasyong binuo sa ilalim ng batas ng California na nakikipagkontrata sa mga planong pangkalusugan para maibigay o maisaayos ang pagbibigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga naka-enroll o enrollee sa planong pangkalusugan. Kapag pumipili ka ng iyong PCP, pinipili mo na rin ang grupong medikal na kinabibilangan nito. Nangangahulugan itong ire-refer ka ng iyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong konektado rin sa kanyang grupong medikal.

Kadalasan nang dapat kang magpatingin sa iyong PCP para makakuha ng referral bago ka magpatingin sa iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan o bumisita sa isang espesyalista. Kapag naaprubahan na ng grupong medikal ng iyong PCP ang referral na ito, maaari ka nang gumawa ng appointment sa espesyalista o ibang provider para matanggap ang paggamot na kailangan mo. Ipapaalam ng espesyalista sa iyong PCP kung natapos na ang iyong paggamot o serbisyo para maipagpatuloy ng iyong PCP ang pangangasiwa sa iyong pangangalaga. Para matanggap mo ang ilang partikular na serbisyo, kailangang patiunang kumuha ang iyong PCP ng pag-apruba mula sa Plano, o, sa ilang sitwasyon, sa kinabibilangang grupong medikal ng iyong PCP. Ang maagang pag-apruba na ito ay tinatawag na “paunang pahintulot” (prior authorization).

Ang iyong pagpili ng PCP

Kapag naging miyembro ka ng aming plano, dapat kang pumili ng Provider na konektado sa plano para maging PCP mo.

Para makapili ng PCP, maaari mong:

- Gamitin ang iyong *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*. Tingnan ang index ng “Mga Doktor ng Pangunahing Pangangalaga” na makikita sa likod ng direktoryo para mahanap ang doktor na gusto mo. (Ang index ay nakaayos ayon sa alpabeto batay sa apelyido ng mga doktor.); o
- Pumunta sa aming website sa blueshieldca.com/find-a-doctor at hanapin ang gusto mong PCP; o
- Tumawag sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para sa tulong (makikita sa ibaba ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang opisina).

Para malaman kung available o tumatanggap ng mga bagong pasyente ang Provider ng pangangalagang pangkalusugan na gusto mo, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* na available sa aming website, o tumawag sa Customer Service (makikita sa ibaba ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang opisina). Kung gusto mong magpatingin sa isang partikular na espesyalista o ospital, alamin kung kabilang sila sa grupong medikal ng iyong PCP. Maaari mong tingnan ang *Direktoryo ng Provider at* Pharmacy o hilingin sa Customer Service na alamin kung ang PCP na gusto mo ay nagbibigay ng referral sa espesyalistang iyan o gumagamit ng ospital na iyan.

Opsyon para palitan ang iyong PCP

Maaari mong palitan ang iyong PCP para sa anumang dahilan, kahit kailan. Posible ring umalis ang iyong PCP sa network ng aming plano. Kung umalis ang iyong PCP sa aming network, matutulungan ka naming maghanap ng bagong PCP sa aming network.

Maaari mong sundin ang mga hakbang sa “Ang iyong pagpili ng PCP” sa itaas para palitan ang iyong PCP. Tiyaking tumawag sa Customer Service para ipaalam sa kanilang papalitan mo ang iyong PCP (makikita sa ibaba ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang opisina).

Kapag na-request mo na ang pagbabago, ang paglipat sa bago mong PCP at sa Grupong Medikal (Medical Group) na kinabibilangan nito ay magkakabisa sa unang araw ng susunod na buwan kasunod ng iyong request na palitan ang iyong PCP.

Makikita ang pangalan at numero ng telepono ng opisina ng iyong PCP sa iyong membership card. Kung nagpalit ka ng iyong PCP, makakatanggap ka ng bagong membership card.

Ang mga PCP ng aming plano ay bahagi ng mga grupong medikal. Kung papalitan mo ang iyong PCP, maaaring magbago din ang mga grupong medikal. Kapag hihiling ka ng pagbabago, ipaalam sa Customer Service kung nagpapatingin ka sa isang espesyalista o kumukuha ng ibang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng pag-aruba ng PCP. Tutulong ang Customer Service na maipagpatuloy ang iyong espesyalidad na pangangalaga at iba pang mga serbisyo kapag nagpalit ka ng iyong PCP.

Mga serbisyong maaari mong matanggap kahit walang pahintulot mula sa iyong PCP

Kadalasan nang kailangan mo ng pahintulot mula sa iyong PCP bago magpatingin sa iba pang mga provider. Ang pahintulot na ito ay tinatawag na **referral.** Maaari kang kumuha ng mga serbisyong tulad ng mga nakalista sa ibaba kahit na wala kang pahintulot mula sa iyong PCP *o* sa aming plano:

- Mga pang-emergency na serbisyo mula sa mga nasa network na provider o mga wala sa network na provider
- Mga saklaw na serbisyong agarang kailangan at nangangailangan ng medikal na atensiyon (pero hindi isang emergency) kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano, o kung hindi makatuwiran, batay sa iyong panahon, lugar at kalagayan, na makuha ang serbisyong ito mula sa mga nasa network na provider. Ang mga halimbawa ng agarang kailangang serbisyo ay mga hindi inaasahang medikal na karamdaman at pinsala, o biglaang paglala ng mga dati nang kondisyon. Ang karaniwang pagbisita sa provider na medikal na kinakailangan (tulad ng taunang check-up), ay hindi itinuturing na agarang kailangan kahit na nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng plano o pansamantalang hindi available ang network.
- Mga serbisyo ng dialysis sa bato na nakukuha mo sa isang pasilidad ng dialysis na sertipikado ng Medicare kapag nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano. Kung tatawag ka sa Customer Service bago ka umalis sa lugar ng serbisyo, matutulungan ka naming makatanggap ng dialysis habang nasa malayo ka.
- Mga iniksyon para sa trangkaso at bakuna sa COVID-19 at pati na rin ang bakuna sa hepatitis B at pulmonya hangga't kinukuha mo ang mga ito mula sa isang nasa network na provider.
- Karaniwang pangangalagang pangkalusugan ng mga babae at mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya (family planning). Kasama rito ang mga pagsusuri sa suso, mammogram na screening (x-ray ng suso), Pap test, at pagsusuri sa pelvis hangga’t kinukuha mo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.

Bilang karagdagan, kung ikaw ay Miyembro na American Indian, maaari kang makatanggap ng Mga Saklaw na Serbisyo mula sa isang Indian na Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan na gusto mo, nang hindi nangangailangan ng referral mula sa isang Network PCP o ng Paunang Pahintulot.

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

Ang espesyalista ay isang doktor na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan. Mayroong iba't ibang uri ng espesyalista, gaya ng:

- Mga oncologist na nangangalaga sa mga pasyenteng may cancer.
- Mga cardiologist na nag-aalaga sa mga pasyenteng may mga problema sa puso.
- Mga orthopedist na nag-aalaga sa mga pasyenteng may mga problema sa buto, kasu-kasuan, o kalamnan.

Kapag kailangan mo ng espesyalidad na pangangalaga o mga karagdagang serbisyong hindi maibibigay ng iyong PCP, bibigyan ka niya ng referral. Kapag naaprubahan na ng grupong medikal ng iyong PCP ang referral na ito, maaari ka nang gumawa ng appointment sa espesyalista o ibang provider para matanggap ang paggamot na kailangan mo. Ipapaalam ng espesyalista sa iyong PCP kung natapos na ang iyong paggamot o serbisyo para maipagpatuloy ng iyong PCP ang pangangasiwa sa iyong pangangalaga.

Kailangang patiunang kumuha ang iyong PCP ng pag-apruba mula sa Plano para matanggap mo ang ilang partikular na serbisyo. Ang maagang pag-apruba na ito ay tinatawag na “paunang pahintulot” (prior authorization). Halimbawa, kailangan ang paunang pahintulot para sa lahat ng hindi pang-emergency na inpatient na pananatili sa ospital. Sa ilang sitwasyon, maaaring ang kinabibilangang grupong medikal ng iyong PCP, sa halip na ang iyong plano, ang magpahintulot sa serbisyo.

Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa kung sino ang may responsibilidad sa pagsusumite at pag-apruba ng mga paunang pahintulot sa mga serbisyo, kontakin ang grupong medikal ka kinabibilangan ng iyong PCP. Maaari ka ring tumawag sa Customer Service. Para sa higit pang impormasyon kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang pahintulot, tingnan ang Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4, Seksyon D.**

Ang isang nakasulat na referral ay maaaring para sa isang pagbisita lang o kaya naman isang pangmatagalang referral para sa higit sa isang pagbisita kung nangangailangan ka ng patuluyang serbisyo. Kailangan ka naming bigyan ng isang pangmatagalang referral sa kwalipikadong espesyalista para sa alinman sa mga kondisyong ito:

- isang hindi gumagaling (nagpapatuloy) na kondisyon;
- isang karamdaman sa isip o katawan na nagbabanta sa buhay
- isang sakit o kapansanan na patuloy na lumalala (degenerative);

- anumang iba pang malubha o kumplikadong kondisyon o sakit na nangangailangan ng paggamot ng isang espesyalista.

Kung hindi ka nakakuha ng isang nakasulat na referral kapag kailangan ito, maaaring hindi bayaran ang bill. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina na ito.

D3. Kung aalis ang isang provider sa aming plano

Ang isang provider na nasa network ay maaaring umalis sa aming plano. Kung ang isa sa iyong mga provider ay umalis sa aming plano, mayroon kang mga karapatan at proteksyon na nakabuod sa ibaba:

Kahit magbago ang aming network ng mga provider sa loob ng taon, kailangang mabigyan ka namin ng tuluy-tuloy na access sa mga kwalipikadong provider.

- Ipapaalam namin sa iyo kung ang iyong provider ay aalis sa aming plano para magkaroon ka ng sapat na oras para makapili ng isang bagong provider.
    - Kung ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga o provider ng kalusugan ng pag-uugali ay umalis sa aming plano, aabisuhan ka namin tungkol dito kung nagpatingin ka sa provider na iyon sa loob ng nakaraang tatlong taon.
    - Kung umalis sa aming plano ang alinman sa iba mo pang provider, aabisuhan ka namin tungkol dito kung naka-assign ka sa mga provider na iyon, kasalukuyang tumatanggap ng pangangalaga mula sa kanila, o nagpatingin sa kanila sa loob ng nakaraang tatlong buwan.
- Tutulungan ka naming pumili ng isang bagong kwalipikadong provider na nasa network para patuloy na mapangasiwaan ang iyong pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Kung ikaw ay kasalukuyang sumasailalim sa medikal na paggamot o mga therapy sa iyong kasalukuyang provider, may karapatan kang humiling na patuloy na makatanggap ng medikal na kinakailangang paggamot o mga therapy mula sa ibang provider na nasa aming network. Makikipag-ugnayan kami sa iyo para patuloy kang makakatanggap ng pangangalaga.
- Bibigyan ka namin ng impormasyon tungkol sa mga available na panahon ng enrollment at mga opsyon na maaaring mayroon ka para sa pagbabago ng mga plano.
- Kung hindi kami makahanap ng isang kwalipikadong espesyalista sa network na malapit sa iyo, kailangan naming magsaayos ng isang espesyalistang wala sa network para mabigyan ka ng pangangalaga kapag ang provider na nasa network o benepisyo ay hindi available o hindi sapat para matugunan ang iyong mga medikal na pangangailangan.

- Kapag nalaman mo na ang isa sa iyong mga provider ay aalis sa aming plano, kontakin kami. Matutulungan ka naming pumili ng isang bagong provider para pangasiwaan ang iyong pangangalaga.

- Kung sa palagay mo ay hindi namin napalitan ang dati mong provider ng isang kwalipikadong provider o na hindi namin napapangasiwaan nang mabuti ang pangangalaga sa iyo, may karapatan kang magsampa ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Quality Improvement Organization (QIO), ng isang karaingan tungkol sa kalidad ng pangangalaga, o pareho. (Tingnan ang **Kabanata 9** para sa higit pang impormasyon.)

D4. Mga provider na wala sa network

Kung kailangan mo ng medikal na pangangalaga na kinakailangang saklawin ng aming plano ayon sa Medicare at/o Medi-Cal, at hindi maibibigay ng mga provider sa aming network ang pangangalagang ito, maaari mong kunin ang pangangalagang ito mula sa isang provider na wala sa network. Ang iyong PCP ang responsable sa pagsusumite ng request para sa paunang pahintulot ng mga serbisyo na wala sa network. Dapat kang kumuha ng pahintulot mula sa plano o sa kinabibilangang grupong medikal ng iyong PCP bago kumuha ng pangangalaga mula sa isang Provider na wala sa network maliban kung tumatanggap ka ng mga serbisyong pang-emergency o agarang kailangang pangangalaga. Bilang karagdagan, dapat saklawin ng mga plano ang mga serbisyo ng dialysis para sa mga miyembro na may ESRD na naglakbay sa labas ng lugar ng serbisyo ng mga plano o kapag pansamantalang hindi available o hindi accessible ang provider at hindi ma-access ang mga nakakontratang provider ng ESRD. Sa sitwasyong ito, pareho ang babayaran mo tulad ng sa babayaran mo kung kinuha mo ang pangangalaga mula sa isang provider na nasa network.

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

- Hindi namin mababayaran ang isang provider na hindi kwalipikadong lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.

- Kung nagpapatingin ka sa isang provider na hindi kwalipikadong lumahok sa Medicare, kailangan mong bayaran ang buong halaga ng mga serbisyong natanggap mo.

- Dapat sabihin sa iyo ng mga provider kung hindi sila kwalipikadong lumahok sa Medicare.

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

Makakatulong ang LTSS para makapagpatuloy kang manirahan sa bahay at maiwasang maospital o manatili sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility). Puwede kang makakuha ng partikular na LTSS sa pamamagitan ng aming plano, kabilang ang pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, Mga Serbisyong nasa Komunidad para sa mga nasa Tamang Gulang (Community Based Adult Services, CBAS), at Mga Suporta sa Komunidad (Community Supports). Ang isa pang uri ng LTSS, ang programang In Home Supportive Services, ay available sa pamamagitan ng ahensya ng serbisyong panlipunan ng iyong county. Ang LTSS ay para sa mga miyembro na nangangailangan ng tulong para maisagawa ang karaniwang pang-araw-araw na aktibidad tulad ng paliligo, pagbibihis, paghahanda ng pagkain, at pag-inom ng mga gamot. Kung kailangan mo ng tulong para patuloy na mamuhay nang mag-isa, pakitawagan ang iyong Coordinator ng Pangangalaga o ang Customer Service para sa referral.

Kasama sa LTSS ang Mga Serbisyong nasa Komunidad para sa mga Nasa Hustong Gulang (CBAS), Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (IHSS), Programang Nagbibigay ng Iba't Ibang Serbisyo para sa mga Nakatatanda (MSSP), at Pangmatagalang Pangangalaga/Pangangalagang Personal at Hindi Medikal (Custodial Care).

Minsan ay makakakuha ka ng tulong para sa iyong mga pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan at pamumuhay.

Maaari mong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyong nasa Komunidad para sa mga Nasa Hustong Gulang (CBAS)
- Sanay na pag-aalaga (skilled nursing care)
- Physical therapy
- Occupational therapy
- Speech therapy
- Mga medikal na serbisyong panlipunan
- Pangangalaga ng kalusugan sa bahay

Depende sa kung saang county ka nakatira at sa iyong pagiging karapat-dapat, maaari ka ring makatanggap ng karagdagang Mga Suporta sa Komunidad (Community Supports) sa pamamagitan ng iyong Blue Shield Promise Medi-Cal Plan. Maaaring i-refer ka ng iyong provider kung sa tingin nila ay karapat-dapat ka para sa Mga Suporta sa Komunidad o maaari mong kontakin ang Customer Service o ang iyong Coordinator ng Pangangalaga para matuto pa. Maaari mong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga pagbabago para maging mas madaling gamitin at mapuntahan ang kapaligiran (mga pagbabago sa bahay)
- Mga serbisyo para sa gabay (navigation) sa paglipat ng tirahan
- Mga deposito sa pabahay
- Mga serbisyo para mapanatili ang iyong tirahan (Housing tenancy and sustaining services)
- Mga pansuportang pagkain o mga pagkaing iniangkop sa mga pangangailangang medikal
- Mga serbisyo sa personal na pangangalaga at gawaing bahay
- Pangangalaga habang nagpapagaling (medical respite)
- Pahinga para sa mga caregiver
- Panandaliang pabahay pagkatapos ng pagpapaospital
- Mga sobering center

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at problema sa paggamit ng droga at alak)

May karapatan kang makatanggap ng medikal na kinakailangang mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Hindi nagbibigay ang aming plano ng mga espesyalidad na serbisyo ng Medi-Cal para sa kalusugan ng isip o mga serbisyong kaugnay sa problema sa paggamit ng droga at alak, pero ang mga serbisyong ito ay makukuha sa pamamagitan ng Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) at Departamento ng Kalusugan ng Publiko ng Los Angeles County (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH), at Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali (Behavioral Health Services) ng County ng San Diego.

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

Makukuha mo ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal sa pamamagitan ng plano para sa kalusugan ng isip (mental health plan, MHP) ng county kung matutugunan mo ang pamantayan para ma-access ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip. Kasama sa mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na ibinibigay ng Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County (LACDMH) at

Departamento ng Kalusugan ng Publiko ng Los Angeles County (LACDPH), at Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng San Diego ang:

- mga serbisyo sa kalusugan ng isip
- mga serbisyo ng suporta sa gamot
- mga serbisyo sa intensive na paggamot sa araw
- rehabilitasyon sa araw (day rehabilitation)
- mga serbisyo ng interbensyon sa krisis
- mga serbisyo ng pagpapahupa ng krisis
- mga serbisyo sa paggamot sa pasilidad (residential) ng mga nasa hustong gulang
- mga serbisyo sa paggamot sa pasilidad (residential) sa panahon ng krisis
- mga serbisyo sa psychiatric health facility
- mga serbisyo sa psychiatric inpatient na ospital
- pamamahala ng kaso ayon sa espesipikong pangangailangan
- muling pagbabalik sa komunidad kaugnay sa hustisya (justice-involved reentry)
- komprehensibong paggamot sa komunidad (assertive community treatment, ACT)
- komprehensibong forensic na paggamot sa komunidad (forensic assertive community treatment, FACT)
- naisaayos na espesyalidad na pangangalaga (coordinated specialty care, CSC) para sa unang episode ng psychosis (first episode psychosis, FEP)
- mga serbisyo ng clubhouse
- mga pinahusay na Serbisyo ng community health worker (CHW)
- suportadong Pagtatrabaho
- mga therapeutic na serbisyo sa pag-uugali
- therapeutic na foster care o pangangalaga ng ibang pamilya
- pagsasaayos ng intensive care
- mga intensive na serbisyo sa bahay (intensive home-based services)

Kasama sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal (DMC) na ibinibigay ng Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County (LACDMH) at Departamento ng Kalusugan ng Publiko ng Los Angeles County (LACDPH), at Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng San Diego ang:

- mga serbisyong intensive para sa outpatient na paggamot
- paggamot sa pasilidad (residential) para sa problema sa paggamit ng droga o alak (substance use disorder) sa panahon ng pagbubuntis at pagkatapos manganak
- mga serbisyo para sa outpatient na paggamot
- programa ng paggamot sa paggamit ng narcotics
- mga gamot para sa paggamot ng adiksyon (na tinatawag ding Medication Assisted Treatment)
- suporta mula sa kasamahan (peer support services)

Makukuha mo ang mga serbisyong Organisadong Sistema ng Pagpapadala ng Gamot ng Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) sa pamamagitan ng Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County (LACDMH) at ng Departamento ng Kalusugan ng Publiko ng Los Angeles County (LACDPH), and at ng Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng San Diego kung matutugunan mo ang pamantayan para makatanggap ng mga serbisyong ito. Kasama sa Mga Serbisyo ng DMC-ODS ang:

- mga serbisyo para sa outpatient na paggamot
- mga serbisyong intensive para sa outpatient na paggamot
- mga gamot para sa paggamot ng adiksyon (na tinatawag ding Medication Assisted Treatment)
- mga serbisyo sa paggamot sa pasilidad (residential)
- serbisyo para sa withdrawal management
- programa ng paggamot sa paggamit ng narcotics
- mga serbisyo ng pagpapagaling
- pagsasaayos ng pangangalaga
- mga serbisyo ng maagang interbensyon (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)

- maaga at pana-panahong screening, diagnosis at paggamot (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)
- mga serbisyo para sa inpatient na paggamot

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

Pagiging available ng Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali

Marami at iba't ibang serbisyo ang available para sa iyo. Maaari mong i-refer ang sarili sa isang kinontratang Provider, at maaari ka ring i-refer ng iyong PCP, miyembro ng pamilya, atbp. Walang "maling paraan" ng pag-access sa mga serbisyo. Maaari mong kontakin ang mga sumusunod para magpatulong sa pagkuha ng mga serbisyo:

- Linya para sa Krisis at Referral ng County (County Crisis and Referral Line) (pakitingnan ang **Kabanata 2, Seksyon K** ng handbook na ito para sa numero ng telepono at mga oras na bukas ang opisina)
- Departamento ng Kalusugan ng Publiko ng Los Angeles County, Pag-iwas at Pagkontrol sa Pag-abuso sa Substance (Substance Abuse Prevention and Control) (pakitawagan ang 888-742-7900 (TTY: 711), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo)
- Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali – Serbisyo para sa Problema sa Paggamit ng Droga at Alak sa County ng San Diego (pakitawagan ang 888-724-7240 (TTY: 711), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo)
- Linya para sa Kalusugan ng Pag-uugali (Behavioral Health Line) ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (pakitingnan ang **Kabanata 2, Seksyon D** ng handbook na ito para sa numero ng telepono at mga oras na bukas ang opisina)
- Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (makikita ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang opisina sa ibaba ng pahinang ito)

Proseso para Matukoy ang Mga Serbisyong Medikal na Kinakailangan

Ang pagiging medikal na kinakailangan ay tinutukoy ng isang Provider na may angkop na lisensya. Ang pamantayan ng pagiging medikal na kinakailangan ay parehong ginamit ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan at ng County, binuo ng mga eksperto sa kalusugan ng pag-uugali at iba pang stakeholder, at sumusunod sa mga kinakailangan sa regulasyon.

Proseso ng Referral sa pagitan ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan at ng County

Kung tumatanggap ka ng mga serbisyo mula sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o sa County, maaari kang i-refer sa kabilang entity depende sa iyong mga pangangailangan. Maaari kang i-refer ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o ng County sa pamamagitan ng pagtawag sa entity kung saan ka ire-refer. Gayundin, sasagutan ng nagre-refer na Provider ang isang referral form, at ipapadala ito sa entity kung saan ka inire-refer.

Proseso sa Paglutas o Resolusyon ng mga Problema

Kung may hindi pagkakaunawaan sa pagitan mo at ng County o ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, patuloy kang makakatanggap ng medikal na kinakailangang pangangalagang pangkalusugan para sa pag-uugali, kasama ang mga inireresetang gamot, hanggang sa malutas ang hindi pagkakaunawaan. Nakikipag-ugnayan ang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sa County para bumuo ng mga proseso ng resolusyon na napapanahon at walang negatibong epekto sa mga serbisyong kailangan mong matanggap. Maaari mo ring gamitin ang proseso ng Mga Apela ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o ng County, depende sa kung aling entity ka nagkaroon ng hindi pagkakaunawaan. Para sa impormasyon tungkol sa proseso ng apela, tingnan ang **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro.*

G. Mga serbisyo sa transportasyon

G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon

May karapatan kang makatanggap ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon (non-emergency medical transportation, NEMT) kung hindi ka maaaring gumamit ng kotse, bus, o taxi papunta sa iyong mga appointment dahil sa iyong mga medikal na pangangailangan. Maibibigay ang NEMT para sa lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Medi-Cal gaya ng mga appointment para sa medikal, ngipin, kalusugan ng isip, problema sa paggamit ng droga o alak, at pharmacy. Kung kailangan mo pa ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon pagkatapos mong maubos ang 48 one-way na biyahe na ibinigay namin sa iyo, maaari kang makipag-usap sa iyong provider at humiling ng mga karagdagang biyahe. Ang iyong provider o ang aming vendor ng transportasyon, ang Call The Car, ang magpapasya ng pinakamahusay na uri ng transportasyon para matugunan ang iyong mga pangangailangan. Kung kailangan mo ng NEMT, magrereseta sila nito sa pamamagitan ng pagkumpleto ng form at pagsumite nito sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para sa pag-apruba. Depende sa iyong medikal na pangangailangan, maaari kang makakuha ng pag-apruba nang hanggang 12 buwan. Muling susuriin ng iyong PCP ang iyong pangangailangan para sa NEMT, kung kailangan o kapag nag-expire na ang iyong reseta, at maaaring aprubahan muli ang NEMT nang hanggang sa 12 buwan.

Ang NEMT ay isang ambulansya, litter van, wheelchair van o transportasyong panghimpapawid. Pinapahintulutan ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang pinakamurang saklaw na transportasyon at ang pinaka-angkop na NEMT para sa iyong mga pangangailangang medikal kapag kailangan mo ng masasakyan papunta sa iyong appointment. Halimbawa, kung maaari kang bumiyahe gamit ang wheelchair van batay sa iyong pisikal o medikal na kalagayan, hindi sasagutin ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang gastos para sa ambulansya. Karapat-dapat ka lamang sa transportasyong panghimpapawid (air transport) kung dahil sa iyong medikal na kondisyon ay imposible para sa iyo ang anumang uri ng transportasyong panlupa.

Dapat gamitin ang NEMT kapag:

- Kailangan mo ito batay sa iyong pisikal o medikal na pangangailangan, na papatunayan sa pamamagitan ng nakasulat na pahintulot mula sa iyong PCP, dahil hindi ka maaaring gumamit ng bus, taxi, kotse, o van papunta sa iyong appointment.
- Kailangan mo ng tulong mula sa driver papunta at pabalik sa iyong tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa kapansanan sa katawan o isip.

Para humiling ng medikal na transportasyon na inireseta ng iyong doktor para sa mga hindi agarang **karaniwang appointment**, tumawag sa Call The Car sa (877) 433-2178 (TTY: 711), 24 oras at 7 araw kada linggo. Maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para magpa-schedule, i-edit, subaybayan, at kanselahin ang mga reservation ng wheelchair. Hindi maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para sa transportasyong may gurney, at kailangan mong tumawag para gumawa ng ganitong uri ng reservation. Ang reservation para sa mga hindi agarang karaniwang appointment ay dapat gawin 24 oras bago sumapit ang iyong appointment. Para sa **mga appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang iyong ID Card ng Miyembro kapag tatawag ka. Maaari ka ring tumawag kung kailangan mo ng higit pang impormasyon.

Mga limitasyon sa medikal na transportasyon

Sinasaklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang pinakamurang transportasyon na nakakatugon sa iyong mga pangangailangang medikal mula sa iyong tirahan papunta sa pinakamalapit na provider na may available na appointment. Hindi ipagkakaloob ang medikal na transportasyon kung hindi sinasaklaw ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo. Kung sinasaklaw ng Medi-Cal ang uri ng appointment pero hindi sa pamamagitan ng planong pangkalusugan, tutulungan ka ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan na ma-schedule ang iyong transportasyon. May listahan ng mga saklaw na serbisyo sa **Kabanata 4** ng handbook na ito. Hindi sasaklawin ang transportasyon sa labas ng network o lugar ng serbisyo ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan maliban na lamang kung ito ay mayroong paunang pahintulot.

G2. Hindi medikal na transportasyon

Kasama sa mga benepisyo ng hindi medikal na transportasyon (Non-medical transportation, NMT) ang biyahe papunta at pauwi mula sa iyong mga appointment para sa isang serbisyong may pahintulot ng iyong provider. Makakakuha ka ng masasakyan, nang wala kang gastos, kapag ikaw ay:

- Nagbibiyahe papunta at pauwi mula sa isang appointment para sa serbisyong may pahintulot ng iyong provider; **o**
- Kukuha ng mga reseta at medikal na supply.

Pinapahintulutan ka ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan na gumamit ng kotse, taxi, bus, o iba pang pampublikong/pribadong paraan para makapunta sa iyong appointment para sa mga serbisyong pinahintulutan ng iyong provider. Ang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ay gumagamit ng Call the Car para magsaayos ng NMT. Sinasaklaw namin ang pinakamurang uri ng NMT na nakakatugon sa iyong mga pangangailangan.

Kung minsan, maaari i-reimburse sa iyo ang mga biyahe gamit ang pribadong sasakyan na isinasaayos mo. Kailangang aprubahan muna ito ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan **bago** ka kumuha ng masasakyan, at dapat mong sabihin sa amin kung bakit hindi ka makakuha ng masasakyan sa ibang paraan, gaya ng pagsakay ng bus. Maaari mo itong sabihin sa amin sa pamamagitan ng pagtawag o pag-email, o nang personal. **Hindi ka maaaring makatanggap ng reimbursement kung ikaw mismo ang nagmamaneho.**

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

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

Para humiling ng masasakyan para sa mga serbisyong pinahintulutan, tumawag sa Call the Car sa 1-877-433-2178 (TTY: 711) nang hindi bababa sa dalawampu't apat (24) na oras bago ang iyong appointment. Para sa **mga agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang iyong ID Card ng Miyembro kapag tatawag ka. Maaari ka ring tumawag kung kailangan mo ng higit pang impormasyon.

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

Mga limitasyon sa hindi medikal na transportasyon

Nagbibigay ang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ng pinakamurang NMT na nakakatugon sa iyong mga pangangailangan mula sa iyong tirahan papunta sa pinakamalapit na provider na may available na appointment. **Hindi ka maaaring magmaneho nang mag-isa o direktang ma-reimburse.**

Ang NMT **ay hindi** inilalapat kung:

Isang ambulansya, litter van, wheelchair van, o iba pang uri ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon ang kailangan para makapunta sa isang serbisyo.

- Kailangan mo ng tulong ng driver papunta at pauwi mula sa tirahan, sasakyan o lugar ng paggamot dahil sa pisikal o medikal na kondisyon.
- Naka-wheelchair ka at hindi mo kayang sumakay at bumaba ng sasakyan nang walang tulong mula sa driver.
- Ang serbisyo ay hindi sinasaklaw ng Medicare o Medi-Cal.

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

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency

Ang medikal na emergency ay isang medikal na kondisyong may mga sintomas tulad ng karamdaman, matinding pananakit, malubhang pinsala, o isang medikal na kondisyong mabilis na lumalala. Napakaseryoso ng kondisyon na, kung hindi ito mabibigyan ng agarang medikal na atensyon, ikaw o sinumang may karaniwang kaalaman tungkol sa kalusugan at medisina ay magsasabing magreresulta ito sa:

- seryosong panganib sa iyong buhay o sa iyong hindi pa naipapanganak na sanggol; **o**
- pagkawala ng o malubhang pinsala sa kakayahan ng katawan; **o**
- malalang pagpalya ng anumang organ o bahagi ng katawan; **o**
- Para sa buntis na nagsimula na ang paghilab ng tiyan (active labor), kung:
    - Walang sapat na panahon para ligtas kang mailipat sa ibang ospital bago ang panganganak.
    - Ang paglipat sa ibang ospital ay maaaring magdulot ng panganib sa iyong kalusugan o kaligtasan o sa iyong hindi pa naipapanganak na sanggol.

Kung mayroon kang medikal na emergency:

- **Humingi ng tulong sa lalong madaling panahon.** Tumawag sa 911 o pumunta sa pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansiya kung kailangan mo ito. **Hindi** mo kailangan ng pag-apruba o referral mula sa iyong PCP. Hindi mo kailangang gumamit ng nasa network na provider. Makakatanggap ka ng sinasaklaw na pang-emergency na medikal na pangangalaga anumang oras na kailanganin mo ito, kahit saan sa Estados Unidos o sa mga teritoryo nito o sa buong mundo, mula sa sinumang provider na may angkop na lisensya mula sa estado, kahit na hindi sila bahagi ng aming network.
- **Sa lalong madaling panahon, ipaalam sa aming plano ang tungkol sa iyong emergency.** Magpa-follow up kami sa iyong pang-emergency na pangangalaga. Ikaw o ang ibang tao ay dapat tumawag para ipaalam sa amin ang tungkol sa iyong pang-emergency na pangangalaga, na karaniwang sa loob ng 48 oras. Gayunpaman, hindi namin babayaran ang mga pang-emergency na serbisyo kung maaantala ang pagsasabi mo sa amin. Tumawag sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw kada linggo.

Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency

Sinasaklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang mga serbisyong pang-emergency at agarang pangangalaga sa buong mundo sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon, na walang pinagsamang taunang limitasyon. Tingnan ang Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa **Kabanata 4, Seksyon D** ng dokumentong ito para sa higit pang impormasyon.

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng ambulansya papunta sa emergency room sa mga sitwasyon kung saan maaaring malagay sa panganib ang iyong kalusugan kung pupunta ka sa emergency room sa ibang paraan. Sinasaklaw din namin ang mga serbisyong medikal sa panahon ng emergency. Para matuto pa, tingnan ang Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Ang mga provider na nagbigay sa iyo ng pang-emergency na pangangalaga ang magpapasya kung stable na ang iyong kondisyon at kung tapos na ang medikal na emergency. Patuloy ka nilang gagamutin at makikipag-ugnayan sila sa amin para makapagplano kung mangangailangan ka pa ng follow-up na pangangalaga para bumuti.

Sinasaklaw ng aming plano ang iyong follow-up na pangangalaga. Kapag ang iyong pang-emergency na pangangalaga ay mula sa mga wala sa network na provider, susubukan naming kumuha ng mga nasa network na provider na papalit sa iyong pangangalaga sa lalong madaling panahon.

Pagkuha ng pang-emergency na pangangalaga kung hindi ito emergency

Minsan ay mahirap malaman kung ang nararanasan mo ay isang emergency sa medikal o kalusugan ng pag-uugali. Maaari kang pumunta para sa isang pang-emergency na pangangalaga at sabihin ng doktor na hindi talaga ito emergency. Kung may makatuwirang dahilan para isipin mong nasa seryosong panganib ang iyong kalusugan, sasaklawin namin ang iyong pangangalaga.

Gayunpaman, pagkatapos sabihin ng doktor na hindi ito isang emergency, sasaklawin lamang namin ang iyong karagdagang pangangalaga kung:

- Nagpapatingin ka sa isang provider na nasa network **o**
- Ang karagdagang pangangalagang kinuha mo ay itinuturing na “agarang kailangang pangangalaga” at sinunod mo ang mga panuntunan sa pagkuha nito. Tingnan ang susunod na seksyon.

H2. Agarang kailangang pangangalaga (Urgently needed care)

Ang agarang kailangang pangangalaga ay pangangalagang kinuha mo para sa isang sitwasyon na hindi pang-emergency pero nangangailangan ng agarang pangangalaga. Halimbawa, maaaring makaranas ka ng biglaang paglala ng isang umiiral na kondisyon o hindi inaasahang karamdaman o pinsala.

Agarang kailangang pangangalaga sa lugar ng serbisyo ng aming plano

Sinasaklaw lamang namin ang agarang kailangang pangangalaga kung:

- Kinuha mo ang pangangalagang ito mula sa isang provider na nasa network, **at**

Sinusunod mo ang mga panuntunan na inilarawan sa kabanatang ito.

Kung hindi posible o hindi makatuwiran na kumuha ng isang provider na nasa network batay sa iyong oras, lugar o situwasyon, sasaklawin namin ang agarang kailangang pangangalaga na iyong tinatanggap mula sa isang wala sa network na provider.

Para sa pinakabagong listahan ng mga center ng agarang pangangalaga na konektado sa grupo ng iyong doktor, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong PCP. Makakahanap ka rin ng mga sentro ng agarang pangangalaga sa iyong lugar sa pamamagitan ng pagpunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor.

Agarang kailangang pangangalaga sa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano

Kapag nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano, maaaring hindi ka makakuha ng pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Sa sitwasyong ito, sinasaklaw ng aming plano ang agarang kailangang pangangalaga na makukuha mo mula sa sinumang provider. Gayunpaman, ang karaniwang pagbisita sa provider na medikal na kinakailangan, tulad ng taunang check-up, ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng plano.

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyong pang-emergency sa buong mundo at agarang kailangang pangangalaga sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon, na walang pinagsamang taunang limitasyon. Para matuto pa, tingnan ang *Pang-emergency na pangangalaga* at *Agarang kailangang pangangalaga* sa Chart ng Mga Benepisyong Medikal sa **Kabanata 4, Seksyon D**.

Kung kailangan mo ng agarang pangangalaga habang nasa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito, tumawag sa Blue Shield Global Core Services Center nang toll-free sa (800) 810-2583, o nang call collect sa (804) 673-1177, 24 oras kada araw, pitong araw kada linggo. Sa isang emergency, direktang pumunta sa pinakamalapit na ospital. Kailangan mo ring tawagan ang numero ng Customer Service sa likod ng iyong ID card ng miyembro. Bilang bahagi ng serbisyong ito, para sa inpatient na pangangalaga sa ospital, maaari mong kontakin ang Blue Shield Global Core Services Center para magsaayos ng cashless access. Kung magsaayos ka ng cashless access, ikaw pa rin ang may pananagutan sa pagbabayad ng karaniwang mga gastos na galing sa bulsa (out-of-pocket expenses) tulad ng mga bayaring hindi saklaw ng insurance at mga copayment. Kung hindi ka nagsaayos ng cashless access, kailangan mong bayaran ang buong bill para sa iyong medikal na pangangalaga at magsumite ng request para sa pag-reimburse.

H3. Pangangalaga sa panahon ng isang kalamidad

Kapag ideklara ng gobernador ng California, ng Kalihim ng Kalusugan at Serbisyong Pantao ng U.S. (U.S. Secretary of Health and Human Services), o ng presidente ng Estados Unidos ang state of disaster or emergency sa iyong heograpikong lugar, may karapatan ka pa ring makatanggap ng pangangalaga mula sa aming plano.

Pumunta sa aming website para sa impormasyon kung paano makakakuha ng pangangalagang kailangan mo sa panahon ng isang idineklarang kalamidad: blueshieldca.com/emergencypolicy.

Kung sa panahon ng idineklarang kalamidad ay hindi ka makakagamit ng isang nasa network na provider, maaari kang kumuha ng pangangalaga mula sa mga wala sa network na provider sa parehong halaga ng in-network na pagbabahagi ng gastos (cost-sharing). Kung hindi ka makakapunta sa isang pharmacy na nasa network sa panahon ng idineklarang kalamidad, maaari mong punan ang iyong mga gamot sa isang wala sa network na pharmacy. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

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

Kung nagbayad ka para sa mga saklaw na serbisyo **o** ng mas malaki kaysa sa iyong pagbabahagi ng gastos (cost-sharing) ng plano para sa mga saklaw na serbisyo o kung nakatanggap ka ng bill para sa buong halaga ng saklaw na medikal na serbisyo, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para malaman kung ano ang dapat gawin.

Hindi dapat ikaw ang magbayad ng bill. Kung gagawin mo ito, maaaring hindi namin maibalik ang ibinayad mo.

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

Sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng mga serbisyo:

- na itinuturing na medikal na kinakailangan, **at**
- nakalista sa Chart ng mga Benepisyo ng aming plano (tingnan ang **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito), **at**
- na kinuha mo sa pamamagitan ng pagsunod sa mga panuntunan ng plano.

Kung tumatanggap ka ng mga serbisyong hindi sinasaklaw ng aming plano, **ikaw mismo ang magbabayad ng buong halaga,** maliban na lamang kung saklaw ito ng ibang programa ng Medi-Cal sa labas ng aming plano.

Kung gusto mong malaman kung binabayaran namin ang anumang serbisyong medikal o pangangalaga, may karapatan kang magtanong sa amin. May karapatan ka ding magtanong tungkol dito sa pamamagitan ng sulat. Kung sinabi naming hindi namin babayaran ang mga serbisyo, may karapatan kang iapela ang aming desisyon.

Ipinapaliwanag sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang gagawin kung gusto mong saklawin namin ang isang medikal na serbisyo o item. Sinasabi rin nito sa iyo kung paano i-apela ang aming desisyon sa saklaw. Tumawag sa Customer Service para matuto pa tungkol sa iyong mga karapatan sa apela.

Binabayaran namin ang ilang serbisyo hanggang sa itinakdang limitasyon. Kung lumampas ka sa limitasyon, babayaran mo ang buong halaga para makakuhang muli ng ganitong uri ng serbisyo. Tingnan ang **Kabanata 4** para sa espesipikong mga limitasyon sa benepisyo. Tumawag sa Customer Service para malaman ang mga limit sa benepisyo at kung gaano na karami ang nagamit mo sa iyong mga benepisyo.

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

J1. Kahulugan ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding klinikal na pagsubok) ay isang paraan kung saan sinusuri ng mga doktor ang mga bagong uri ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot. Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inapruhan ng Medicare ay karaniwang humihiling ng mga boluntaryo para maging bahagi sa pag-aaral. Kapag ikaw ay bahagi ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, maaari kang manatiling naka-enroll sa aming plano at patuloy na tanggapin ang iba pang bahagi ng pangangalaga sa iyo (pangangalagang hindi nauugnay sa pag-aaral) sa pamamagitan ng aming plano.

Kung nais mong lumahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, **hindi** mo kinakailangang sabihin ito sa amin o humingi ng pag-apruba mula sa amin o mula sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga, pero hinihikayat ka naming ipaalam ito 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 isang provider na nasa network. Hindi ito angkop sa saklaw na mga benepisyo na nangangailangan ng clinical trial o registry para masuri ang benepisyo, kabilang ang ilang partikular na mga benepisyong nangangailangan ng coverage with evidence development (NCDs-CED) at mga pag-aaral na may investigational device exemption (IDE). Ang mga benepisyong ito ay maaari ring mangailangan ng paunang pahintulot at sumunod sa iba pang mga panuntunan ng plano.

Kung pinaplano mong sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, na sinaklaw para sa mga enrollee ng Original Medicare, hinihikayat ka namin o ang iyong coordinator ng pangangalaga na makipag-ugnayan sa Customer Service para ipaalam sa amin na makikilahok ka sa klinikal na pagsubok.

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

Kung nagboluntaryo ka para sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, wala kang babayaran para sa mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral. Babayaran ng Medicare ang mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral, pati na ang mga karaniwang gastusing kaugnay sa iyong pangangalaga. Sa sandaling sumali ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, sasaklawin ang karamihan sa mga serbisyo at item na kukunin mo bilang bahagi ng pag-aaral. Kabilang dito ang:

- kuwarto at pagkain para sa pananatili sa ospital na karaniwang binabayaran ng Medicare kahit na wala ka sa isang pag-aaral

- isang operasyon o iba pang medikal na pamamaraan (procedure) na bahagi ng pananaliksik na pag-aaral
- paggamot ng anumang mga side effect at komplikasyon ng bagong pangangalaga

Kung bahagi ka ng isang pag-aaral na **hindi** inaprubahan ng Medicare, ikaw ang magbagbayad ng anumang mga gastos para sa pagsali sa pag-aaral.

J3. Iba pang impormasyon tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Mas marami ka pang malalaman tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral kung babasahin mo ang “Medicare at Mga Klinikal na Pananaliksik na Pag-aaral” sa website ng Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). Maaari ka ding tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048.

K. Paano sinasaklaw ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan kapag nasa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan

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

Ang panrelihiyong hindi medikal na institusyon na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga na karaniwan mong makukuha sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga. Kung labag sa iyong mga panrelihiyong paniniwala ang pagkuha ng pangangalaga sa isang ospital o isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga, sasaklawin namin ang pangangalaga sa isang relihiyosong hindi medikal na institusyon na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan.

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

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

Para makakuha ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan, dapat kang pumirma sa isang legal na dokumentong nagsasabing hindi ka sumasang-ayon sa pagtanggap ng medikal na paggamot na “non-excepted.”

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

Para saklawin ng aming plano, dapat matugunan ng pangangalagang kukunin mo mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan ang mga sumusunod na kondisyon:

- Dapat ay sertipikado ng Medicare ang pasilidad na magbibigay ng pangangalaga.
- Sinasaklaw lamang ng aming plano ang mga aspeto ng pangangalaga na hindi panrelihiyon.
- Kung makakakuha ka ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ibibigay sa iyo sa isang pasilidad:
    - Dapat ay mayroon kang medikal na kondisyon na magpapahintulot sa iyong kumuha ng mga saklaw na serbisyo para sa inpatient na pangangalaga sa ospital o pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga.
    - Dapat kang kumuha ng pag-apruba mula sa amin bago ka ipasok sa pasilidad dahil kung hindi ay **hindi** sasaklawin ang iyong pananatili.

Walang limit sa bilang ng mga araw na sinasaklaw para sa bawat pananatili sa ospital. Para matuto pa, tingnan ang Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4, Seksyon D**.

L. Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME)

L1. Pagkuha ng DME bilang isang miyembro ng aming plano

Kasama sa DME ang partikular na mga medikal na kinakailangang item na inorder ng provider, tulad ng mga wheelchair, mga saklay, powered mattress systems, supplies para sa diabetes, kamang pang-ospital na inorder ng provider para gamitin sa tahanan, intravenous (IV) infusion pumps, speech generating devices, oxygen equipment at supplies, nebulizer, at walker.

Sinasaklaw ng Medi-Cal ang paggamit sa loob at labas ng bahay (hal., Mga device para sa paggalaw o pagkilos na sinasaklaw sa ilalim ng Medi-Cal para magamit sa komunidad). Ang Medicare, ang pangunahing tagabayad para sa karapat-dapat sa dalawa (dual eligible) na mga indibidwal, ay ang magtatakda ng limitasyon sa saklaw na DME para sa mga kagamitang gagamitin sa bahay. Sinasaklaw ng Medi-Cal ang ilang DME na parehong kailangang gamitin sa bahay at sa komunidad. Bilang miyembro ng D-SNP na ito, may karapatan ang mga miyembro sa iba't ibang uri ng DME na available sa ilalim ng mga pamantayan ng parehong Medicare at Medi-Cal

Ang ilang DME item ay maaari mong maging pagmamay-ari, tulad ng prosthetics.

Ang ibang mga uri ng DME ay dapat mong rentahan. Bilang miyembro ng aming plano, kalimitang **hindi** mo magiging pagmamay-ari ang mga nirentahang DME item, gaano man katagal mo itong rentahan.

Sa mga ilang limitadong sitwasyon, inililipat namin sa iyo ang pagmamay-ari ng DME. Tawagan ang Customer Service sa numero ng telepono sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon.

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

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

Sa Original Medicare program, magiging pag-aari na ng nagrerenta ang ilang uri ng DME pagkatapos ng 13 buwan. Sa isang Medicare Advantage (MA) plan, maaaring magtakda ang plano ng bilang ng mga buwan na dapat rentahan ng mga indibidwal ang ilang mga uri ng DME bago nila ito magiging pagmamay-ari.

Bilang miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, hindi mo kailangang magbayad para sa saklaw na DME hangga't medikal na kinakailangan ito at inaprubahan ito ng iyong doktor. Kadalasan ay hindi mo magiging pagmamay-ari ang mga nirentahang DME item gaano man karaming mga copayment ang iyong gawin para sa item habang miyembro ng aming plano, kahit na nakagawa ka na ng hanggang 12 magkakasunod na pagbabayad para sa DME item sa ilalim ng Original Medicare bago ka sumali sa aming plano. Sa ilang partikular at limitadong sitwasyon, inililipat namin sa iyo ang pagmamay-ari ng DME. Tumawag sa Customer Service para sa higit pang impormasyon.

Tandaan: Mahahanap mo ang mga kahulugan ng Original Medicare at MA Plans sa Kabanata 12. Makakahanap ka din ng higit pang impormasyon tungkol sa mga ito sa handbook na *Medicare at Ikaw 2026.* Kung wala kang kopya ng booklet na ito, makukuha mo ito sa website ng Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

Kung wala ka nang Medi-Cal, kailangan mong magsagawa ng 13 pagbabayad nang magkakasunod sa ilalim ng Original Medicare, o kailangan mong gawin ang bilang ng magkakasunod na pagbabayad na itinakda ng MA plan, para maging pagmamay-ari mo ang DME item kung:

- hindi mo naging pag-aari ang DME item habang ikaw ay nasa aming plano, **at**

- aalis ka sa aming plano at kukuha ka ng mga benepisyo ng Medicare sa labas ng anumang planong pangkalusugan sa programa ng Original Medicare o isang MA plan.

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

- Kailangan mong magsagawa ng 13 bagong mga pagbabayad nang magkakasunod sa ilalim ng Original Medicare, o mga bagong pagbabayad nang magkakasunod sa bilang na itinakda ng MA plan para maging pagmamay-ari mo ang DME item.
- Walang mga eksepsyon dito kapag bumalik ka sa Original Medicare o sa isang MA plan.

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

Kung kwalipikado ka para sa oxygen equipment na saklaw ng Medicare, sinasaklaw namin ang:

- renta ng oxygen equipment
- delivery ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen
- tubo at kaugnay na accessories para sa delivery ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen
- maintenance at pagkukumpuni ng oxygen equipment

Kailangang isauli ang oxygen equipment kapag hindi na ito medikal na kinakailangan para sa iyo o kung aalis ka sa aming plano.

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

Kapag ang oxygen equipment ay medikal na kinakailangan at **aalis ka sa aming plano at lilipat sa Original Medicare**, rerentahan mo ito mula sa isang supplier sa loob ng 36 na buwan. Sasaklawin ng iyong buwanang renta ang oxygen equipment at mga supply at serbisyong nakalista sa itaas. Sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal ang mga pagbabayad na ito kung naka-enroll ka pa rin sa Medicare at Medi-Cal.

Kung medikal na kinakailangan ang oxygen equipment **pagkatapos mong rentahan ito sa loob ng 36 buwan**, kailangang magbigay ang iyong supplier ng:

- oxygen equipment, mga supply, at mga serbisyo para sa susunod na 24 buwan

- oxygen equipment at mga supply para sa hanggang limang taon kung medikal na kinakailangan

Kung ang oxygen equipment ay medikal na kinakailangan pa rin **pagkatapos ng isang yugto ng limang taon**:

- Hindi na kailangang magkaloob nito ang iyong supplier, at maaari mong piliing kumuha ng pamalit na equipment mula sa sinumang supplier.
- Nagsisimula ang isang bagong yugto ng limang taon.
- Magrerenta ka mula sa isang supplier sa loob ng 36 buwan.
- Pagkatapos ay magkakaloob ang iyong supplier ng oxygen equipment, supplies, at mga serbisyo para sa susunod na 24 buwan.
- Nagsisimula ang isang bagong cycle kada limang taon hangga't ang oxygen equipment ay medikal na kinakailangan.

Kapag ang oxygen equipment ay medikal na kinakailangan at **aalis ka sa aming plano at lilipat sa ibang MA plan**, sasaklawin ng plano ang hindi bababa sa saklaw ng Original Medicare. Maaari mong tanungin sa iyong bagong MA plan kung ano ang sinasaklaw nitong oxygen equipment at supplies at kung magkano ang iyong mababayaran.

Kabanata 4: Chart ng mga benepisyo

Introduksyon

Isinasaad sa kabanatang ito ang mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano at mga restriksiyon o limitasyon sa mga serbisyo at kung magkano ang babayaran mo para sa bawat serbisyo. Sinasabi rin dito ang mga benepisyong hindi saklaw sa ilalim ng aming plano. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Mga bagong miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: Kadalasan nang i-e-enroll ka sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos mong hilingin na ma-i-enroll sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Maaari mo pa ring matanggap ang mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa iyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap mo ang mga serbisyong Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Hindi mapuputol ang iyong saklaw sa Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-800-452-4413 (TTY: 711) kung mayroon kang anumang tanong.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang mga saklaw na serbisyo at ang iyong mga gastusing mula sa sariling bulsa 87

B. Mga panuntunan laban sa mga provider na naniningil sa iyo para sa mga serbisyo 87

C. Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano 87

D. Chart ng mga Benepisyo ng aming plano 94

F. Mga Suporta sa Komunidad (Community Supports) 176

G. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano 179

G1. Paglipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT) 179

G2. Medi-Cal Dental 180

G3. Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS) 181

G4. 1915(c) Mga Serbisyong Base sa Bahay at Komunidad (Home and Community Based Services, HCBS) na mga Programa ng Waiver Assisted Living Waiver (ALW) ... 181

G5. Mga Serbisyo ng County para sa Kalusugan ng Pag-uugali na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Problema sa Paggamit ng Droga at Alak) 185

H. Mga benepisyong hindi saklaw ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal 189

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

Isinasaad sa kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano at kung magkano ang babayaran mo para sa bawat serbisyo. Malalaman mo rin ang tungkol sa mga serbisyong hindi sinasaklaw. Ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng gamot ay matatagpuan sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Ipinapaliwanag din ng kabanatang ito ang limitasyon sa ilang serbisyo.

Para sa mga ilang serbisyo, may babayaran ka mula sa sarili mong bulsa na tinatawag na copay. Ito ay hindi nagbabagong halaga (halimbawa, $5) na babayaran mo sa tuwing matatanggap mo ang serbisyong iyon. Babayaran mo ang copay sa oras na nakuha mo ang medikal na serbisyo.

Dahil tumatanggap ka ng tulong mula sa Medi-Cal, wala kang babayaran sa mga saklaw na serbisyo na tinatanggap mo hangga't sinusunod mo ang mga panuntunan ng aming plano. Tingnan ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga detalye ng mga panuntunan ng aming plano.

Kung kailangan mo ng tulong para maunawaan kung anong mga serbisyo ang sinasaklaw, tumawag sa iyong coordinator ng pangangalaga at/o Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

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

Hindi namin pinapayagan ang mga provider na singilin ka para sa mga saklaw na serbisyo na nasa network. Direkta naming binabayaran ang aming mga provider, at pinoprotektahan ka namin mula sa anumang mga pagsingil. Totoo ito kahit na binayaran namin ang provider nang mas mababa kaysa sa sinisingil ng provider para sa isang serbisyo.

Hindi ka dapat kailanman makatanggap ng bill mula sa isang provider para sa mga saklaw na serbisyo. Kung siningil ka, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o tawagan ang Customer Service.

C. Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano

Sinasabi sa iyo ng Chart ng Mga Benepisyo ang mga serbisyong binabayaran ng aming plano at kung ano ang babayaran mo mula sa sariling bulsa para sa bawat serbisyo. (Ang saklaw sa gamot ay nasa **Kabanata 5.**) Inililista nito ang mga saklaw na serbisyo na nakaayos ayon sa alpabeto at ipinapaliwanag ang mga ito.

Binabayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo kapag natutugunan ang mga sumusunod na pamantayan. Hindi ka magbabayad ng anuman para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng mga Benepisyo hangga't natutugunan mo ang mga kahilingang inilalarawan sa ibaba.

- Naglalaan kami ng mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal batay sa mga panuntunang itinakda ng Medicare at Medi-Cal.
- Ang mga serbisyo kabilang ang medikal na pangangalaga, mga serbisyong kaugnay sa kalusugan ng pag-uugali at paggamit ng mga substance, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, kagamitan, at gamot ay dapat na "medikal na kinakailangan" (medically necessary). Ang medikal na kinakailangan ang naglalarawan sa mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan mo para maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang isang medikal na kondisyon o para mapanatili ang kasalukuyang kalagayan ng iyong kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na nakakatulong para maiwasan mong ma-admit sa isang ospital o pasilidad ng pag-aalaga. Nangangahulugan din na natutugunan ng mga serbisyo, supply o gamot ang mga kinikilalang pamantayan ng medikal na kasanayan. Ang isang serbisyo ay medikal na kinakailangan kapag ito ay makatwiran at kinakailangan para protektahan ang buhay, para maiwasan ang malubhang karamdaman o malubhang kapansanan, o para mabawasan ang matinding pananakit.
- Para sa mga bagong enrollee, sa unang 90 araw, maaaring hindi namin hilingin sa iyo na kumuha ng patiunang pag-apruba para sa anumang kasalukuyang kurso ng paggamot, kahit na ang kurso ng paggamot ay para sa isang serbisyong nagsimula sa isang provider na wala sa network.
- Nakukuha mo ang pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Kadalasan nang ang pangangalagang makukuha mo mula sa isang provider na wala sa network ay hindi sasaklawin maliban na lamang kung ito ay isang pang-emergency na pangangalaga o kailangang-kailangang pangangalaga o maliban na lamang kung nagbigay sa iyo ng referral ang iyong plano o ang isang provider na nasa network. Ibig sabihin, maaaring kailangan mong bayaran ang provider nang buong halaga para sa mga wala sa network na serbisyong matatanggap mo. Ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ay may higit pang impormasyon tungkol sa paggamit ng mga nasa network at wala sa network na provider.

- Mayroon kang provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) o isang team ng pangangalaga na nagbibigay at nangangasiwa ng iyong pangangalaga. Kadalasan nang kailangan kang bigyan muna ng iyong PCP ng pag-apruba (approval) bago ka gumamit ng isang provider na hindi mo PCP o gumamit ng ibang mga provider sa network ng aming plano. Ito'y tinatawag na referral. Ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ay may higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng referral at kung kailan **hindi** mo kailangan ng referral.

- Sinasaklaw lang namin ang ilang serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo kung kumuha muna ng pag-apruba mula sa amin ang iyong doktor o iba pang nasa network na provider. Tinatawag itong paunang pahintulot (prior authorization, PA). Nakaitaliko ang mga saklaw na serbisyo sa Chart ng Mga Benepisyo na nangangailangan ng PA.

- Kung inaprubahan ng aming plano ang ni-request na PA para sa isang serye ng paggamot, dapat may bisa ang pag-apruba hangga't medikal na makatuwiran at kinakailangan para maiwasan ang abala sa pangangalaga batay sa pamantayan ng saklaw, medikal na kasaysayan mo, at mga rekomendasyon ng gumagamot na provider.

- Tulad ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, sinasaklaw namin ang lahat ng sinasaklaw ng Original Medicare. (Para matuto pa tungkol sa saklaw at mga gastos ng Original Medicare, pumunta sa iyong *Medicare & You 2027* na handbook. Tingnan ito online sa www.Medicare.gov o humingi ng kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048.)

- Kung magdaragdag ang Medicare ng saklaw para sa anumang mga bagong serbisyo sa 2027, sasaklawin ng alinman sa Medicare o aming plano ang mga serbisyong iyon.

    - Kung mawala ang iyong Medi-Cal sa loob ng 6-buwang panahon ng itinuturing na patuloy na pagiging karapat-dapat (deemed continued eligibility), patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyo ng Medicare na saklaw ng Medicare Advantage plan. Gayunman, maaaring matapos ang iyong saklaw sa Medi-Cal nang mas maaga kaysa sa iyong saklaw sa Medicare sa amin. Kapag natapos na ang iyong saklaw sa Medi-Cal, hindi namin babayaran ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal. Nangangahulugan din ito na mas malaki ang iyong mga gastusing mula sa sariling bulsa tulad ng mga copay, premium, at nababawas (deductible) sa mga buwang nawala ang iyong saklaw sa Medi-Cal. Para matuto pa at humingi ng tulong sa pag-renew sa pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal, kontakin ang Team ng Retention ng Blue Shield Duals sa (844) 378-4181 (TTY: 711), 8 a.m hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes

- Tutulungan ka naming mabawi ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal. Kung naibalik ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal habang ikaw ay naka-enroll pa rin sa amin para sa iyong saklaw sa Medicare, ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa iyong mga benepisyo sa Medi-Cal at magpapatuloy ang iyong enrollment sa amin. Kung mabawi mo ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal pagkatapos ka naming i-disenroll sa saklaw mo sa amin para sa Medicare, kakailanganin mong makipag-ugnayan sa amin para muling mag-enroll sa plano.

Mahalagang Impormasyon ng Benepisyo para sa Mga Miyembrong may Ilang Hindi Gumagaling na Kondisyon.

Kung mayroon kang alinman sa (mga) hindi gumagaling na kondisyon na nakalista sa ibaba at natutugunan mo ang partikular na medikal na pamantayan, maaari kang maging karapat-dapat para sa benepisyo ng Pagkain at Produkto. Ang benepisyo ng Pagkain at Produkto ay isang Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa May Hindi Gumagaling na Karamdaman (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, “SSBCI”). Hindi lahat ng miyembro ng plano ay kwalipikado. Ang pagiging karapat-dapat ay batay sa kahulugan ng "enrollee na may hindi gumagaling na karamdaman" (“chronically ill enrollee”) at mayroong hindi bababa sa isa sa mga kwalipikadong mga hindi gumagaling na kondisyon ayon sa Plan na nakalista sa ibaba*:*

- Hindi gumagaling na sakit sa pag-inom ng alak at iba pang sakit dulot ng problema sa paggamit ng droga at alak (substance use disorders, SUD)
- Mga autoimmune na sakit:
  - Polyarteritis nodosa
  - Polymyalgia rheumatica
  - Polymyositis
  - Dermatomyositis
  - Rheumatoid arthritis
  - Systemic lupus erythematosus
  - Psoriatic arthritis
  - Scleroderma
- Cancer
- Mga cardiovascular na sakit:
  - Cardiac arrhythmias
  - Coronary artery disease
  - Peripheral vascular disease
  - Valvular na sakit sa puso

- Hindi gumagaling na pagpalya ng puso
- Dementia
- Diabetes mellitus
- Labis ang timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome
- Hindi gumagaling na gastrointestinal disease:
  - Hindi Gumagaling na Sakit sa Atay
  - Matabang atay na hindi dulot ng pag-inom ng alak (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)
  - Hepatitis B
  - Hepatitis C
  - Pancreatitis
  - Irritable bowel syndrome
  - Inflammatory bowel disease
- Chronic kidney disease (CKD):
  - CKD na nangangailangan ng dialysis/End-stage na sakit sa bato (End-stage renal disease, ESRD)
  - CKD na hindi nangangailangan ng dialysis
- Mga malalang hematologic disorder:
  - Aplastic anemia
  - Hemophilia
    - Immune thrombocytopenic purpura
    - Myelodysplastic syndrome
    - Sickle-cell disease (hindi kasama ang sickle-cell trait)
    - Hindi gumagaling na venous thromboembolic disorder
- HIV/AIDS
- Mga hindi gumagaling na sakit sa baga:
  - Hika, Hindi gumagaling na bronchitis
  - Cystic Fibrosis
  - Emphysema
  - Pulmonary fibrosis
  - Pulmonary hypertension o alta presyon

  - Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
- Mga kondisyong hindi gumagaling at nagdudulot ng kapansanan sa kalusugan ng isip:
  - Bipolar disorders
  - Major depressive disorders
  - Paranoid disorder
  - Schizophrenia
  - Schizoaffective disorder
  - Post-traumatic stress disorder (PTSD)
  - Eating disorders
  - Anxiety disorders
- Neurologic disorders:
  - Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)
  - Epilepsy
  - Malawak na paralysis (Ang mga ito ay hemiplegia, quadriplegia, paraplegia, monoplegia)
  - Huntington’s disease
  - Multiple sclerosis
  - Parkinson’s disease
  - Polyneuropathy
  - Fibromyalgia
  - Chronic fatigue syndrome
  - Mga pinsala sa spinal cord
  - Spinal stenosis
  - Pagkawala ng normal na paggana ng nervous system na dulot ng stroke (Stroke-related neurologic deficit)
- Stroke
- Pangangalaga pagkatapos ng pag-transplant ng organ
- Immunodeficiency at Immunosuppressive disorders
- Mga kondisyong nauugnay sa kapansanan sa pag-iisip (cognitive impairment):
  - Alzheimer’s disease
  - Mga kapansanan sa intelektuwal na kakayahan at mga kapansanan sa pag-unlad

  - Mga traumatic brain injury
  - Malubhang sakit sa pag-iisip na may kaugnay na kapansanan sa pag-iisip (cognitive impairment)
  - mild na kapansanan sa pag-iisip (cognitive impairment)
- Mga kondisyong nauugnay sa problema sa pagkilos o paggalaw at nangangailangan ng mga katulad na serbisyo kabilang ang mga sumusunod:
  - Mga pinsala sa spinal cord
  - Paralysis
  - Pagkawala ng braso o binti
  - Stroke
  - Arthritis
- Mga hindi gumagaling na kondisyon na nakaaapekto sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, pandama, at pang-amoy
- Mga kondisyong nangangailangan ng patuloy na mga serbisyo ng therapy para mapanatili o manatili ang kakayahan (functional) ng mga indibidwal
  - Malalaman ng Plano kung karapat-dapat ka para sa benepisyo ng Pagkain at Produkto sa pamamagitan ng paggamit ng impormasyon mula sa iyong doktor o sa pamamagitan ng pagkontak sa iyong doktor para sa isang nilagdaang pahayag tungkol sa iyong kwalipikadong (mga) hindi gumagaling na kondisyon.
  - Kapag ikaw ay itinuturing nang karapat-dapat, tingnan ang Gabay ng Miyembro na natanggap mo sa koreo kasama ng iyong Flex Card. Ang Flex Card ay isang card para sa paggastos na may naka-load na mga kwalipikadong allowance na maaaring gamitin para makatulong sa pagbabayad ng mga saklaw na benepisyo. Ilalarawan sa Gabay ng Miyembro ang mga available na allowance na paunang ini-load sa iyong Flex Card pati na rin kung saan makakahanap ng mga karagdagang detalye tungkol sa mga sinasaklaw na benepisyo at kung paano pamahalaan ang iyong account
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyong ito, tumawag sa 1-877-429-3245 [TTY: 711], 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, Lunes hanggang Biyernes. Maaari ka ring pumunta online sa bscaflexbenefits.com para sa higit pang mga detalye.
- Para sa higit pang mga detalye, pumunta sa Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa May Hindi Gumagaling na Karamdaman na row sa Chart ng Mga Benepisyo sa ibaba.
- Kontakin kami para malaman kung aling mga benepisyo ang maaari kang maging karapat-dapat.

Ang lahat ng preventive na serbisyo ay libre. Ipinapakita ng mansanas 🍎 na ito ang mga preventive na serbisyo sa Chart ng mga Benepisyo.

D. Chart ng mga Benepisyo ng aming plano

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Acupuncture Binabayaran namin ang hanggang dalawang serbisyo ng outpatient acupuncture sa loob ng anumang isang buwan ng kalendaryo, o mas madalas kung medikal na kinakailangan ang mga ito. Binabayaran din namin ang hanggang 12 pagbisita sa acupuncture sa loob ng 90 araw kung mayroon kang hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likuran, na tinukoy bilang: • tumatagal nang 12 linggo o higit pa; • hindi tiyak (walang matukoy na sanhing nakaaapekto sa buong katawan, gaya ng hindi ito konektado sa metastatic, pamamaga o pamumula, o nakakahawang sakit); • hindi konektado sa operasyon; • hindi konektado sa pagbubuntis. Bukod dito, binabayaran namin ang karagdagang walong session ng acupuncture para sa hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likuran kung nagpapakita ka ng improvement. Hindi ka maaaring makakuha ng higit sa 20 acupuncture na paggamot para sa hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likuran kada taon. Dapat itigil ang acupuncture na paggamot kung hindi bumubuti ang iyong kondisyon o kung lumalala ito. Mga Kahilingan sa Provider: Maaaring magbigay ang mga doktor ng acupuncture alinsunod sa mga angkop na pamantayan ng estado. **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Acupuncture (ipinagpatuloy) Ang mga katulong na doktor (physician assistants, PAs), mga nurse practitioner (NP)/klinikal na espesyalistang nurse (clinical nurse specialist, CNS), at mga katulong na personnel ay maaaring magbigay ng acupuncture kung natutugunan nila ang lahat ng angkop na pamantayan ng estado at mayroong: • master's o doctoral na antas ng degree sa acupuncture o Oriental Medicine mula sa isang paaralan na kinikilala ng Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); at, • lisensiya na updated, buo, aktibo, at walang restriksyon para gampanan ang propesyon ng acupuncture sa isang Estado, Teritoryo, o Commonwealth (ibig sabihin, Puerto Rico) ng Estados Unidos, o District of Columbia. Ang mga katulong na personnel na nagbibigay ng acupuncture ay dapat na nasa ilalim ng angkop na antas ng pangangasiwa ng isang doktor, PA, o NP/CNS ayon sa iniaatas ng aming mga regulasyon. Ang mga saklaw na serbisyo ay ibinibigay sa pamamagitan ng American Specialty Health Plans of California, Inc. kalahok na provider ng (ASH Plans) Para sa higit pang impormasyon, o para makahanap ng kalahok na provider ng ASH Plans, maaari mong tawagan ang ASH Plans sa (800) 678-9133 [TTY: 711], Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 8 p.m. PT, ika-1 ng Abril hanggang Ika-30 ng Setyembre at Linggo hanggang Sabado, 8 a.m. hanggang 8 p.m., Ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso. Maaari ka ring tumawag sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o pumunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor para makahanap ng kalahok na provider ng ASH Plans.	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Agarang kailangang pangangalaga (Urgently needed care) Ang agarang kailangang pangangalaga ay pangangalagang ibinibigay para gamutin ang: • isang hindi emergency na nangangailangan ng agarang medikal na pangangalaga, **o** • isang hindi inaasahang karamdaman, **o** • isang pinsala, **o** • isang kondisyong nangangailangan ng agarang pangangalaga. Kung kinakailangan mo ng agarang kailangang pangangalaga, dapat mo munang subukan kung maaari mong makuha ito mula sa isang nasa network na provider. Gayunman, maaari kang gumamit ng mga wala sa network na provider kapag hindi ka makakapunta sa provider na nasa network dahil batay sa iyong oras, lugar o sitwasyon, o hindi posible, o hindi makatuwiran na kumuha ng mga serbisyo mula sa mga nasa network na provider (halimbawa kapag nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano at nangangailangan ka ng agarang medikal na kailangang mga serbisyo para sa isang hindi inaasahang kondisyon pero hindi isang medikal na emergency). *Pandaigdigang saklaw Walang pinagsamang taunang limit para sa pang-emergency na pangangalaga o agarang kinakailangang serbisyo sa labas ng United States at mga teritoryo nito, at hindi kasama sa maximum na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) sa ilalim ng plan. * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano.	$0 20% na coinsurance para sa pandaigdigang agarang saklaw (kinakansela ang coinsurance kung na-admit sa isang ospital sa loob ng isang araw para sa parehong kondisyon)

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Home infusion therapy Binabayaran ng aming plano ang home infusion therapy, na tinutukoy bilang ang mga gamot o biyolohikong mga sangkap na idinadaan sa ugat o kaya inilalagay sa ilalim ng balat at ibinibigay sa iyo sa bahay. Ang mga sumusunod ay kailangan para makapagsagawa ng home infusion: • ang gamot o biyolohikong sangkap, tulad ng antiviral o immune globulin; • kagamitan, tulad ng pump; **at** • mga supply, tulad ng tubo o catheter. Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng infusion sa bahay kasama ang, pero hindi limitado sa: • mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga nursing na serbisyo, na ibinibigay alinsunod sa iyong plano ng pangangalaga; • pagsasanay ng miyembro at edukasyon na hindi isinama sa DME na benepisyo; • remote na pagsubaybay; **at** • mga serbisyong pagsubaybay para sa pagbibigay ng home infusion therapy at home infusion na mga gamot mula sa isang kwalipikadong supplier ng home infusion therapy. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0 na copay para sa bawat saklaw na pagbisitang kaugnay sa infusion therapy sa bahay
	Inpatient na pananatili: Mga saklaw na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF) sa panahon ng isang hindi saklaw ng pananatili bilang inpatient Hindi kami magbabayad para sa iyong pananatili bilang inpatient kung nagamit mo na ang lahat ng iyong inpatient na benepisyo o kung ang pananatili ay hindi makatwiran at medikal na kinakailangan. **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Inpatient na pananatili: Mga saklaw na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF) sa panahon ng isang hindi saklaw ng pananatili bilang inpatient (ipinagpatuloy) Gayunpaman, sa ilang sitwasyon kung saan ang inpatient na pangangalaga ay hindi saklaw, maaari naming bayaran ang mga serbisyong natanggap mo habang ikaw ay nasa isang ospital o nursing na pasilidad. Para malaman ang higit pa, kontakin ang Customer Service. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • mga serbisyo ng doktor • mga diagnostic test, tulad ng mga lab test • X-ray, radium at isotope therapy, kabilang ang mga materyales at serbisyo ng technician • mga benda pagkatapos ng operasyon • mga splint, cast at iba pang mga aparatong ginagamit para sa mga bali at dislokasyon • mga prosthetic at orthotic device, maliban sa dental, kabilang ang pagpapalit o mga pagpapaayos sa mga ganitong device. Ito ay mga device na pumapalit sa lahat o bahagi ng: ○ isang organ sa loob ng katawan (kabilang ang kadikit na tissue), **o** ○ isang gawain ng sira o pumapalyang organ sa loob ng katawan. • mga brace para sa binti, braso, likod at leeg, mga truss at mga artipisyal na binti, braso at mata. Kabilang dito ang mga adjustment, pagkukumpuni at pagpapalit na kailangan dahil sa pagkasira, pagkaluma, pagkawala o pagbabago ng iyong kondisyon • physical therapy, speech therapy at occupational therapy *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Inpatient na pangangalaga sa ospital Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga medikal na kinakailangang serbisyong hindi nakalista dito: • semi-private room (o isang private room kung ito ay medikal na kinakailangan) • meals, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga regular na serbisyo ng pag-aalaga • mga gastos para sa mga espesyal na yunit ng pangangalaga, gaya ng intensive care unit o coronary care unit • mga gamot at medikasyon • mga lab test • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology • mga supply na kailangan sa operasyon at medikal na supply • mga kasangkapan, gaya ng mga wheelchair • mga serbisyo sa operating at recovery room • physical, occupational, at speech therapy • mga inpatient na serbisyong kaugnay sa pang-aabuso sa droga o alak • sa ilang kaso, ang mga sumusunod na uri ng transplant: cornea, bato, bato/pancreas, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell at intestinal/multivisceral. **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0 Kailangan mong kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano para makatanggap ng inpatient na pangangalaga sa isang wala sa network na ospital pagkatapos na maging stable ang iyong emergency.

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Inpatient na pangangalaga sa ospital (ipinagpatuloy) Kung kailangan mo ng transplant, susuriin ng isang transplant center na inaprubahan ng Medicare ang iyong kaso at magpapasya kung ikaw ay magiging kandidato para sa isang transplant. Ang mga provider ng pag-transplant ay maaaring nasa lokal o nasa labas ng lugar ng serbisyo. Kung tatanggapin ng mga lokal na transplant provider ang presyo ng Medicare, maaari mong makuha ang mga serbisyo para sa transplant sa iyong lugar o sa labas ng karaniwang paraan ng pangangalaga sa iyong komunidad. Kung ang aming plano ay nagbibigay ng mga serbisyo ng pag-transplant sa labas ng karaniwang paraan ng pangangalaga para sa aming komunidad at pinili mong doon magpa-transplant, kami ang mag-aasikaso o magbabayad para sa mga gastos na kaugnay sa tutulugan at biyahe para sa iyo at sa isa pang indibidwal. • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay. Ang saklaw ng buong dugo at naka-pack na mga pulang selula ay nagsisimula lamang sa ika-apat na pint ng dugo na kailangan mo. Dapat mong bayaran ang mga gastos para sa unang tatlong pint ng dugo na nakuha mo sa isang taon ng kalendaryo o dapat kang magbigay ng dugo o ang ibang tao bilang donasyon. Ang lahat ng iba pang mga bahagi ng dugo ay saklaw mula sa unang pint. • mga serbisyo ng doktor **Tandaan:** Para maging isang inpatient, ang iyong provider ay dapat na sumulat ng isang order na nagsasabing pormal kang tinatanggap bilang isang inpatient ng ospital. Kahit na nanatili ka sa ospital nang magdamag, maaari ka pa ring iturin bilang isang “outpatient.” Kung hindi ka sigurado kung ikaw ay isang inpatient o outpatient, magtanong sa staff ng ospital. Kumuha ng higit pang impormasyon mula sa Medicare fact sheet na *Available ang Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare* sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048.	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Karagdagang mga serbisyong pangkalusugan sa pamamagitan ng telepono (telehealth)* Nagkakaloob ang Teladoc Health ng mga konsultasyon sa Doktor sa pamamagitan ng telepono o video nang 24/7/365. Ang mga doktor ng Teladoc Health ay maaaring mag-diagnose at manggamot ng mga pangunahing medikal na kondisyon at maaari din silang magreseta ng mga partikular na gamot. Ang Teladoc Health ay karagdagang serbisyo na hindi nilalayong palitan ang pangangalaga mula sa iyong Provider ng Pangunahing Pangangalaga. Mag-log in sa blueshieldca.com/teladochealth o sa app ng Blue Shield of California para humiling ng pagbisita. Kung mayroon kang mga tanong, maaari mong kontakin ang Teladoc Health sa pamamagitan ng telepono sa 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711], 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo, 365 araw kada taon. * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano.	$0
	Matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME) at mga kaugnay na supply Tingnan ang **Kabanata 12** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa kahulugan ng “Matibay na Kagamitang Medikal (Durable medical equipment, DME).” Sinasaklaw namin ang mga sumusunod na item: • mga wheelchair, kabilang ang mga electric na wheelchair • mga saklay **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME) at mga kaugnay na supply (ipinagpatuloy) • mga powered mattress system • tuyong pressure pad para sa mattress • mga supply para sa diabetes • mga kamang pang-ospital na inorder ng isang provider na gagamitin sa bahay • intravenous (IV) na mga infusion pump at pole • mga aparatong nakakapagsalita • kagamitang nagbibigay ng oxygen at mga supply • mga nebulizer • mga walker • karaniwang baston na may kurbadong hawakan o quad cane, at mga pamalit na supply • cervical traction (sa itaas ng pinto) • bone stimulator • kagamitan para sa pangangalaga sa dialysis May iba pang mga item na maaaring saklaw. Kami ang magbabayad para sa lahat ng medikal na kinakailangang DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung ang aming supplier sa iyong lugar ay walang partikular na tatak o tagagawa, maaari mo silang tanungin kung maaari ba silang magpa-special order nito para sa iyo. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Medikal na therapy sa nutrisyon Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diabetes o sakit sa bato na walang dialysis. Ito rin ay ginagawa pagkatapos ng pag-transplant sa bato kung ikaw ay ni-refer ng iyong doktor. Babayaran namin ang tatlong oras ng mga serbisyo para sa one-on-one na pagpapayo sa loob ng unang taon na makatanggap ka ng mga serbisyo sa Medikal na therapy sa nutrisyon sa ilalim ng Medicare. Maaari naming aprubahan ang karagdagang mga serbisyo kung medikal na kinakailangan. Babayaran namin ang dalawang oras ng mga serbisyo sa one-on-one na pagpapayo kada taon pagkatapos nito. Kung magbabago ang kondisyon, paggamot o diagnosis mo, makakakuha ka ng karagdagang oras ng paggamot sa pamamagitan ng referral ng isang doktor. Dapat ireseta ng doktor ang mga serbisyong ito at i-renew ang referral kada taon kung kailangan mong magpagamot sa susunod na taon ng kalendaryo. Maaari naming aprubahan ang karagdagang mga serbisyo kung medikal na kinakailangan.	$0
	Mga chiropractic service Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • mga pagsasaayos sa gulugod para maitama ang pagkakahanay *Maaaring kailanganin ang referral at responsibilidad ito ng iyong provider.* **Mga chiropractic service (hindi saklaw ng Medicare)*** Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: • Mga pauna at kasunod na pagsusuri • Pagsasaayos gamit ang chiropractic • Pandagdag na mga therapy • Mga x-ray (chiropractic lang) **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0 $0 (limitado ang saklaw sa hanggang 12 pagbisita kada taon para sa mga hindi saklaw na serbisyo ng Medicare.)

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga chiropractic service (ipinagpatuloy) Ang mga serbisyong hindi saklaw ng Medicare ay ibinibigay sa pamamagitan ng American Specialty Health Plans of California, Inc. kalahok na provider ng (ASH Plans) Ang mga saklaw na serbisyo ay dapat na tukuyin ng ASH Plans bilang medikal na kinakailangan. Para sa higit pang impormasyon, o para makahanap ng kalahok na provider ng ASH Plans, maaari mong tawagan ang ASH Plans sa (800) 678-9133 [TTY: 711], Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 8 p.m. PT, ika-1 ng Abril hanggang Ika-30 ng Setyembre at Linggo hanggang Sabado, 8 a.m. hanggang 8 p.m., Ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso. Maaari ka ring tumawag sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o pumunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor para makahanap ng kalahok na provider ng ASH Plans. * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano.	
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa May Hindi Gumagaling na Karamdaman **Pagkain at Produkto*** Kung itinuturing kang karapat-dapat, kasama sa planong ito ang benepisyo sa Pagkain at Produkto para sa mga Miyembro na may ilang (mga) hindi gumagaling na kondisyon. Kasama sa mga benepisyo ang: • Mayroon kang pinagsama-samang allowance na $240 kada tatlong buwan (per quarter) na nakalaan para sa pagbili ng malulusog at masustansiyang mga pagkain at produkto (kung ang mga kondisyon sa pagiging kuwalipikado ay natutugunan) at mga Over-the-Counter (OTC) Item. **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa May Hindi Gumagaling na Karamdaman (ipinagpatuloy) • Maaari kang bumili ng kwalipikadong pagkain at produkto mula sa mga kalahok na local retailers para tulungan kang mapanatili ang isang malusog na diyeta at suportahan ang iyong mga pangangailangan sa nutrisyon. • Hindi maaaring isama ang allowance na ito sa iyong $1,500 kada taon na allowance para sa mga serbisyong hindi saklaw ng Medicare sa pandinig. • Ang benepisyong ito ay magkakabisa sa unang araw kada quarter (Enero 1, Abril 1, Hulyo 1, at Oktubre 1) at ang anumang hindi nagamit na allowance ay hindi puwedeng idagdag sa susunod na quarter. • Kapag naubos mo na ang iyong allowance kada quarter, ikaw ang sasagot sa lahat ng gastusin sa iyong mga bibilhin hanggang sa magsimula ang susunod na quarter. Para maging karapat-dapat sa benepisyong ito (hindi lahat ng Miyembro ay magiging kwalipikado), dapat ay mayroon kang hindi bababa sa isa sa mga sumusunod na hindi gumagaling na kondisyon: • Hindi gumagaling na sakit sa pag-inom ng alak at iba pang sakit dulot ng problema sa paggamit ng droga at alak (substance use disorders, SUD) • Mga autoimmune na sakit: ○ Polyarteritis nodosa ○ Polymyalgia rheumatica ○ Polymyositis ○ Dermatomyositis ○ Rheumatoid arthritis ○ Systemic lupus erythematosus ○ Psoriatic arthritis ○ Scleroderma **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa May Hindi Gumagaling na Karamdaman (ipinagpatuloy) • Cancer • Mga cardiovascular na sakit: ○ Cardiac arrhythmias ○ Coronary artery disease ○ Peripheral vascular disease ○ Valvular na sakit sa puso • Hindi gumagaling na pagpalya ng puso • Dementia • Diabetes mellitus • Labis ang timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome • Hindi gumagaling na gastrointestinal disease: ○ Hindi Gumagaling na Sakit sa Atay ○ Matabang atay na hindi dulot ng pag-inom ng alak (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C ○ Pancreatitis ○ Irritable bowel syndrome ○ Inflammatory bowel disease • Chronic kidney disease (CKD): ○ CKD na nangangailangan ng dialysis/End-stage na sakit sa bato (End-stage renal disease, ESRD) ○ CKD na hindi nangangailangan ng dialysis • Mga malalang hematologic disorder: ○ Aplastic anemia ○ Hemophilia ○ Immune thrombocytopenic purpura ○ Myelodysplastic syndrome ○ Sickle-cell disease (hindi kasama ang sickle-cell trait) ○ Hindi gumagaling na venous thromboembolic disorder • HIV/AIDS • Mga hindi gumagaling na sakit sa baga: ○ Hika, Hindi gumagaling na bronchitis ○ Cystic Fibrosis ○ Emphysema ○ Pulmonary fibrosis ○ Pulmonary hypertension o alta presyon ○ Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa May Hindi Gumagaling na Karamdaman (ipinagpatuloy) • Mga kondisyong hindi gumagaling at nagdudulot ng kapansanan sa kalusugan ng isip: o Bipolar disorders o Major depressive disorders o Paranoid disorder o Schizophrenia o Schizoaffective disorder o Post-traumatic stress disorder (PTSD) o Eating disorders o Anxiety disorders • Neurologic disorders: o Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) o Epilepsy o Malawak na paralysis (Ang mga ito ay hemiplegia, quadriplegia, paraplegia, monoplegia) o Huntington's disease o Multiple sclerosis o Parkinson's disease o Polyneuropathy o Fibromyalgia o Chronic fatigue syndrome o Mga pinsala sa spinal cord o Spinal stenosis o Pagkawala ng normal na paggana ng nervous system na dulot ng stroke (Stroke-related neurologic deficit) • Stroke • Pangangalaga pagkatapos ng pag-transplant ng organ • Immunodeficiency at Immunosuppressive disorders • Mga kondisyong nauugnay sa kapansanan sa pag-iisip (cognitive impairment): o Alzheimer's disease o Mga kapansanan sa intelektuwal na kakayahan at mga kapansanan sa pag-unlad **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa May Hindi Gumagaling na Karamdaman (ipinagpatuloy) o Mga traumatic brain injury o Malubhang sakit sa pag-iisip na may kaugnay na kapansanan sa pag-iisip (cognitive impairment) o mild na kapansanan sa pag-iisip (cognitive impairment) • Mga kondisyong nauugnay sa problema sa pagkilos o paggalaw at nangangailangan ng mga katulad na serbisyo kabilang ang mga sumusunod: o Mga pinsala sa spinal cord o Paralysis o Pagkawala ng braso o binti o Stroke o Arthritis • Mga hindi gumagaling na kondisyon na nakaaapekto sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, pandama, at pang-amoy • Mga kondisyong nangangailangan ng patuloy na mga serbisyo ng therapy para mapanatili o manatili ang kakayahan (functional) ng mga indibidwal Malalaman ng Plano kung karapat-dapat ka para sa benepisyo ng Pagkain at Produkto sa pamamagitan ng paggamit ng impormasyon mula sa iyong doktor o sa pamamagitan ng pagkontak sa iyong doktor para sa isang nilagdaang pahayag tungkol sa iyong (mga) hindi gumagaling na kondisyon. Makakatanggap ka ng Gabay ng Miyembro sa koreo kasama ng iyong Flex Card. Ang Flex Card ay isang card para sa paggastos na may naka-load na mga kwalipikadong allowance na maaaring gamitin para makatulong sa pagbabayad ng mga saklaw na benepisyo. Ilalarawan sa Gabay ng Miyembro ang mga available na allowance na paunang ini-load sa iyong Flex Card pati na rin kung saan makakahanap ng mga karagdagang detalye tungkol sa mga sinasaklaw na benepisyo at kung paano pamahalaan ang iyong account **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa May Hindi Gumagaling na Karamdaman (ipinagpatuloy) Para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyong ito, tumawag sa 1-877-429-3245 [TTY: 711], 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, Lunes hanggang Biyernes. Maaari ka ring pumunta online sa bscaflexbenefits.com para sa higit pang mga detalye. * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano.	
	Mga gamot sa Medicare Part B Ang mga gamot na ito ay sinasaklaw sa ilalim ng Part B ng Medicare. Binabayaran ng aming plano ang mga sumusunod na gamot: • mga gamot na karaniwang hindi mo ibinibigay sa iyong sarili at iniiniksyon o ipinapasok sa katawan sa pamamagitan ng infusion habang tumatanggap ka ng mga serbisyo mula sa doktor, outpatient na ospital, o ambulatory surgery center • insulin na ibinigay gamit ang item ng durable medical equipment (tulad ng medikal na kinakailangang insulin pump) • iba pang mga gamot na ginagamit mo sa pamamagitan ng durable medical equipment (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng aming plano • ang gamot para sa Alzheimer na Leqembi® (generic lecanemab) na itinuturok sa ugat (intravenous, IV) Bilang karagdagan sa mga gastos sa gamot, maaaring kailanganin mo ng karagdagang mga pag-scan at test bago at/o sa panahon ng paggamot. Makipag-usap sa iyong doktor tungkol sa kung anong mga pag-scan at test ang maaaring kailanganin mo bilang bahagi ng iyong paggamot. **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga gamot sa Medicare Part B (ipinagpatuloy) • mga clotting factor na ikaw mismo ang nag-iiniksyon sa sarili kung mayroon kang hemophilia • transplant/immunosuppressive na mga gamot: Sinasaklaw ng Medicare ang transplant drug therapy kung binayaran ng Medicare ang organ transplant mo. Dapat ay mayroon kang Part A sa panahon ng saklaw na transplant, at dapat ay mayroon kang Part B sa panahon na kumuha ka ng mga immunosuppressive na gamot. Sinasaklaw ng Medicare Part D ang mga immunosuppressive na gamot kung hindi ito sinasaklaw ng Part B • mga iniiniksyong gamot sa osteoporosis. Babayaran namin ang mga gamot na ito kung ikaw ay hindi na makaalis sa bahay, may bali sa buto at pinatunayan ng isang doktor na ito ay nauugnay sa post-menopausal osteoporosis, at hindi mo kayang ma-iniksyon ang gamot sa iyong sarili • ilang mga antigen: Sinasaklaw ng Medicare ang mga antigen kung inihanda ang mga ito ng doktor at ibinigay ng isang taong naturuan nang maayos (na maaaring ikaw mismo, ang pasyente) sa ilalim ng angkop na pangangasiwa. • mga ilang gamot na laban sa cancer sa bibig: Sinasaklaw ng Medicare ang ilang oral na gamot para sa cancer na iniinom mo kung ang parehong gamot ay available din sa anyong pang-iniksyon, o kung ang gamot ay isang prodrug (isang oral na anyo ng gamot na, kapag nainom, ay nagiging parehong aktibong sangkap na makikita sa pang-iniksyon na gamot). Habang nagiging available ang mga bagong gamot sa oral cancer, maaaring saklawin ng Part B ang mga ito. Kung hindi saklaw ng Part B ang mga ito, ang Part D ang may saklaw **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga gamot sa Medicare Part B (ipinagpatuloy) • mga iniinom na gamot laban sa pagduduwal: Sinasaklaw ng Medicare ang mga gamot na laban sa pagduduwal na ginagamit mo bilang bahagi ng isang anti-cancer chemicalotherapeutic regimen kung itinuturok ang mga ito bago, habang, o sa loob ng 48 oras ng chemotherapy o ginagamit bilang full therapeutic na kapalit para sa isang intravenous anti-nausea na gamot • ilang partikular na gamot na iniinom para sa End-Stage na Sakit sa Bato (End-Stage Renal Disease, ESRD) na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B • calcimimetic at phosphate binder na mga gamot sa ilalim ng sistema ng pagbabayad ng ESRD, kasama na ang mga itinuturok na gamot na Parsabiv®, at ang iniinom na gamot na Sensipar • ilang partikular na gamot para sa pag-dialysis sa bahay, kabilang ang heparin, ang antidote para sa heparin (kapag medikal na kinakailangan) at mga ipinapahid na anesthetics • mga erythropoisis-stimulating agent: Sinasaklaw ng Medicare ang erythropoietin sa pamamagitan ng injection kung mayroon kang ESRD o kailangan mo ang gamot na ito para gamutin ang anemia na may kaugnayan sa iba pang mga kondisyon (tulad ng Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, o Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) • IV immune globulin para sa paggamot sa bahay ng mga primary immune deficiency disease **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga gamot sa Medicare Part B (ipinagpatuloy) • parenteral at enteral na nutrisyon (IV at tube feeding) Saklaw din namin ang ilan sa mga bakuna sa ilalim ng aming Medicare Part B at karamihan sa mga bakuna na pang-adult sa ilalim ng aming benepisyo sa Medicare Part D na gamot. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang aming benepisyo sa gamot. Ipinapaliwanag nito ang mga panuntunang dapat mong sundin para masaklaw ang mga reseta. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung magkano ang babayaran mo para sa iyong mga gamot sa pamamagitan ng aming plano. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	
	Mga inpatient na serbisyo sa isang psychiatric na ospital Babayaran namin ang mga serbisyo sa pag-alaga sa kalusugan ng isip na nangangailangan ng pananatili sa ospital. • Kung kailangan mo ng mga inpatient na serbisyo sa isang independiyenteng psychiatric na ospital, babayaran namin ang unang 190 araw. Pagkatapos nito, ang lokal na ahensya ng kalusugan ng isip sa county ang nagbabayad para sa medikal na kinakailangang mga inpatient na psychiatric na serbisyo. Ang pahintulot para sa pangangalaga na lampas sa 190 araw ay isinasaayos sa lokal na ahensiya ng county para sa kalusugan ng isip. **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga inpatient na serbisyo sa isang psychiatric na ospital (ipinagpatuloy) ○ Ang 190 araw na limit ay **hindi** inilalapat sa inpatient na mga serbisyo sa kalusugan ng isip na ibinibigay sa isang psychiatric unit ng isang general na ospital. • Kung ikaw ay 65 taong gulang o mas matanda pa, babayaran namin ang mga serbisyong natanggap mo mula sa Institusyon ng mga Sakit sa Pag-iisip (Institute for Mental Diseases, IMD). *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	
	Mga outpatient na diagnostic test at therapeutic na serbisyo at supply Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga medikal na kinakailangang serbisyong hindi nakalista dito: • Mga x-ray • radiation (radium at isotope) na therapy, kasama ang mga materyales at supply ng technician • mga supply na kaugnay sa operasyon, gaya ng mga benda • mga splint, cast at iba pang mga aparatong ginagamit para sa mga bali at dislokasyon • mga lab test • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay • mga diagnostic test na hindi ginagawa sa laboratoryo tulad ng CT scan, MRI, EKG, at PET scan kapag inorder ang mga ito ng iyong doktor o ng iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan para magamot ang isang medikal na kondisyon • iba pang mga outpatient na diagnostic test *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga outpatient na serbisyo ng rehabilitasyon Babayaran namin ang physical therapy, occupational therapy at speech therapy. Makukuha mo ang outpatient na mga serbisyo ng rehabilitasyon mula sa mga outpatient na departamento ng ospital, opisina ng mga independent therapist, komprehensibong outpatient na pasilidad ng rehabilitasyon (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF), at iba pang mga pasilidad. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0
	Mga outpatient na serbisyo para sa problema sa paggamit ng droga at alak (substance use disorder) Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • Screening at pagpapayo para sa maling paggamit ng alak • paggamot sa pang-aabuso sa droga • panggrupo o pang-indibidwal na pagpapayo ng isang kwalipikadong clinician • subacute detoxification sa isang residential addiction program • mga serbisyo sa alak at/o droga sa isang center ng intensive outpatient na paggamot • paggamot sa pamamagitan ng extended-release na Naltrexone (vivitrol) *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0 para sa bawat pang-indibidwal o panggrupong therapy na pagbisita

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga outpatient na serbisyo sa ospital Babayaran namin ang mga medikal na kinakailangang serbisyo na matatanggap mo sa outpatient departament ng isang ospital para sa diagnosis o paggamot sa isang karamdaman o pinsala, tulad ng: • Mga serbisyo sa isang departamento para sa emergency o outpatient na klinika, gaya ng mga outpatient na operasyon o mga serbisyo ng pag-oobserba • Mga Lab test at diagnostic test na sinisingil ng ospital • Pag-alaga sa kalusugan ng isip, kabilang ang pangangalaga sa isang partial-hospitalization program, kung ang doktor ay nagpapatunay na kakailanganin ang inpatient na paggamot kung wala ito. • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na sisingilin ng ospital • Mga medikal na supply, gaya ng splint at cast • Ilang gamot at biologicals na hindi maaaring ikaw mismo ang magbigay o magpainom sa sarili *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga Over-the-Counter (OTC) na Item* Kasama sa mga benepisyo ang: • Mayroon kang pinagsamang allowance na $240 bawat quarter (kada tatlong buwan) para sa pagbili ng kwalipikadong OTC Items at Pagkain at Produkto (kung natutugunan ang mga kwalipikadong kondisyon). • Sinasaklaw ng benepisyong ito ang mga OTC items para sa paggamit na konektado sa kalusugan tulad ng aspirin, mga vitamin, gamot para sa sipon at ubo, at benda. • Hindi sinasaklaw ng benepisyong ito ang mga OTC item para sa paggamit na hindi konektado sa kalusugan. • Maaari kang bumili ng mga kwalipikadong OTC item sa pamamagitan ng Catalog ng mga OTC item o sa mga kalahok na retail location. • Hindi maaaring isama ang allowance na ito sa iyong $1,500 kada taon na allowance para sa mga serbisyong hindi saklaw ng Medicare sa pandinig. • Ang benepisyong ito ay magkakabisa sa unang araw kada quarter (Enero 1, Abril 1, Hulyo 1, at Oktubre 1) at ang anumang hindi nagamit na allowance ay hindi puwedeng idagdag sa susunod na quarter. • Kapag naubos mo na ang iyong allowance kada quarter, ikaw ang sasagot sa lahat ng gastusin sa iyong mga bibilhin hanggang sa magsimula ang susunod na quarter. Makakatanggap ka ng Gabay ng Miyembro sa koreo kasama ng iyong Flex Card. Ang Flex Card ay isang card para sa paggastos na may naka-load na mga kwalipikadong allowance na maaaring gamitin para makatulong sa pagbabayad ng mga saklaw na benepisyo. Ilalarawan sa Gabay ng Miyembro ang mga available na allowance na paunang ini-load sa iyong Flex Card pati na rin kung saan makakahanap ng mga karagdagang detalye tungkol sa mga sinasaklaw na benepisyo at kung paano pamahalaan ang iyong account **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga Over-the-Counter (OTC) na Item* (ipinagpatuloy) Maaari kang bumili ng mga kwalipikadong OTC item: • Sa OTC Items Catalog – o Sa pamamagitan ng telepono - tumawag sa 1-877-429-3245 [TTY: 711], 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, Lunes hanggang Biyernes. o Online – pumunta online sa bscaflexbenefits.com. o Sa pamamagitan ng mobile app – hanapin sa iyong app store ang “myTotal Benefits” at i-download ang application. Tingnan sa OTC items catalog ang listahan ng mga kwalipikadong OTC item, mga tagubilin sa pag-order, at limitasyon. Hindi kailangan ang iyong Flex Card para sa mga order mula sa catalog dahil naka-load na ang iyong balanse sa iyong account. Ipapadala sa iyo ang iyong mga order nang walang dagdag na bayad. Maghintay ng mga 5-7 araw ng trabaho para sa delivery. Kung gumagamit ka ng P.O. Box bilang iyong address sa pagpapadala, mangyaring maghintay ng mga 7-10 araw ng trabaho para sa delivery. • Personal – dalhin ang iyong Flex Card at pumunta sa anumang kalahok na retail location. Para makahanap ng mga kalahok na retail location, mag-log in sa iyong account online o sa mobile app at maghanap sa ilalim ng 'Maghanap ng Mga Tindahan (Find Stores)'. Habang namimili sa tindahan at gusto mong malaman kung ang isang OTC item ay inaprubahan bago mag-checkout, puwede mong i-scan ang barcode ng produkto sa mobile app para ma-check kung kwalipikado ito. Kung hindi, awtomatikong malalaman kung kwalipikado ito kapag ini-scan sa cashier. Kung mayroon kang tanong, tumawag sa 1-877-429-3245 [TTY: 711], 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, Lunes hanggang Biyernes. * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano.	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga Pagbabakuna Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • bakuna para sa pulmonya • mga iniksyon para sa trangkaso/influenza, isang beses kapag panahon ng trangkaso/influenza sa taglagas at taglamig, na may karagdagang iniksyon para sa trangkaso/influenza kung medikal na kinakailangan • bakuna para sa hepatitis B kung hindi ka pa nakatanggap ng kumpletong serye, hindi mo alam ang kasaysayan ng iyong pagpapabakuna, o mayroon kang anumang iba pang kondisyon na naglalagay sa iyo sa mataas o katamtamang panganib na magkaroon ng hepatitis B • Mga bakuna para sa COVID-19 • bakuna para sa Human Papilloma Virus (HPV) • iba pang mga bakuna kung nanganganib ka at natutugunan ng mga ito ang mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part B Babayaran namin ang iba pang mga bakuna na nakakatugon sa mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part D Tingnan ang **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para matuto pa. Kami rin ang magbabayad para sa lahat ng bakuna para sa mga nasa hustong gulang ayon sa rekomendasyon ng Tagapayong Komite para sa Mga Kasanayan sa Pagbabakuna (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).	$0
	Mga preventive na serbisyo para sa hika Makakatanggap ka ng pagtuturo tungkol sa hika at isang pagtatasa (assessment) ng kalagayan ng tirahan para matukoy ang mga karaniwang bagay sa bahay na maaaring mag-trigger, para sa mga indibidwal na hindi mahusay na nakokontrol ang hika.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga programa ng edukasyon sa kalusugan at kagalingan (wellness)*	$0
	Nag-aalok kami ng maraming programa na nakasentro sa ilang partikular na kondisyon ng kalusugan. Kabilang dito ang: • mga klase ng edukasyon sa kalusugan; • mga klase ng edukasyon sa nutrisyon; • pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako; **at** • nursing hotline Mga programang makakatulong sa iyo para manatiling malusog. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: • nakasulat na mga materyales para sa edukasyon sa kalusugan, kabilang ang mga newsletter • mga programang pang-edukasyon Mga Programa ng Edukasyong nakasentro sa mga kondisyon ng kalusugan na tulad ng: • mataas na presyon ng dugo • cholesterol • hika • espesyal na diet Mga nakapagtuturong programa na dinisenyo para mapabuti ang iyong kalusugan at uri ng pamumuhay, kabilang ang: • pagkontrol ng timbang • fitness • pag-manage sa stress	$0
	NurseHelp 24/7 Magkaroon ng kumpidensyal na one-on-one na pag-uusap online sa isang rehistradong nurse, 24 oras kada araw. Kapag mayroon kang medikal na alalahanin, maikokonekta ka sa isang rehistradong nurse sa pamamagitan ng isang tawag sa aming toll-free na hotline at makikinig siya sa iyong mga alalahanin at tutulungan kang makahanap ng solusyon. ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga programa ng edukasyon sa kalusugan at kagalingan (wellness)* (ipinagpatuloy) Tumawag sa 1-877-304-0504 (TTY: 711) 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. **SilverSneakers** Saklaw ang iyong benepisyo para sa fitness sa pamamagitan ng SilverSneakers kabilang ang: • Isang pambansang network ng mga kalahok na gym at mga lokasyon sa komunidad na may mga panggrupong fitness class at mga kagamitan sa mga piling lokasyon - mag-enroll sa kahit ilang location na gusto mo • Mga live na online class at workshop sa pamamagitan ng SilverSneakers LIVE™ 7 araw/linggo, umaga, hapon, at gabi • Mga on-demand na online workout, wellness, at exercise program video sa pamamagitan ng SilverSneakers On-Demand™ na maaari mong panoorin 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. • Mobile app na access sa mga programa sa fitness, pagsubaybay sa aktibidad, at iyong Member ID sa pamamagitan ng SilverSneakers GO™ 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo • Koneksyon sa komunidad at suporta sa kalusugan, personal at virtual sa pamamagitan ng SilverSneakers Community Para makapagsimulang gamitin ang benepisyo, hanapin ang iyong SilverSneakers ID number, mga lokasyon ng fitness, at mga klase sa silversneakers.com. Kung mayroon kang mga karagdagang tanong tungkol sa iyong benepisyo, tumawag sa 1-888-423-4632 [TTY: 711] Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 5 p.m. PT. Kapag pumunta ka sa kalahok na lokasyon ng fitness na pinili mo, i-eenroll ka ng staff sa kanilang sistema sa pamamagitan ng iyong SilverSneakers ID number. Maaari ka ding humiling ng tour sa lokasyon para makita mo ang lahat ng mga kagamitan at kung saan matatagpuan ang mga silid-aralan. ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga programa ng edukasyon sa kalusugan at kagalingan (wellness)* (ipinagpatuloy) Inaalok ang mga at-home fitness kit sa mga miyembrong gustong magsimulang mag-ehersisyo sa bahay o sa mga hindi makapunta sa kasaling fitness location dahil sa pinsala, karamdaman, o dahil hindi sila makalabas ng bahay. Maaaring pumili ang mga miyembro ng isang kit kada taon, at kasama sa bawat kit ang isang simpleng gabay sa pagsisimula. Kasama sa mga available na fitness kit ang: • Paglalakad - may kasamang pedometer. • Toning - may kasamang exercise ball. • Lakas - may kasamang resistance band. • Yoga - may kasamang yoga strap. **Palaging makipag-usap muna sa iyong doktor bago magsimula ng isang programa ng pag-eehersisyo.** * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano.	
	Mga prosthetic at orthotic device at mga kaugnay na supply Pinapalitan ng mga prosthetic device ang lahat o ilang bahagi ng parte ng katawan o ang ginagawa nito. Kabilang dito ang, ngunit hindi limitado sa: • pagsubok, pagsusukat, o pagsasanay sa paggamit ng mga prosthetic at orthotic na device • mga colostomy bag at supply kaugnay sa pangangalaga sa colostomy ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga prosthetic at orthotic device at mga kaugnay na supply (ipinagpatuloy) • enteral at parenteral na nutrisyon, kabilang ang mga supply kit para sa pagkain, infusion pump, tubing at adaptor, solutions, at mga supply para sa pag-iiniksiyon ng sarili • mga pacemaker • mga brace • mga prosthetic na sapatos • mga artipisyal na braso at binti • mga prostheses sa suso (kabilang ang surgical na brassiere pagkatapos ng mastectomy) • prostheses na gagamitin bilang kapalit ng lahat o bahagi ng labas na parte ng mukha na tinanggal o nagkaroon ng kapansanan bilang resulta ng sakit, pinsala, o depektong naroroon na mula pa nang pagkabata • incontinence cream at mga diaper Babayaran namin ang ilang supply kaugnay sa mga prosthetic at orthotic device. Babayaran din namin ang pagkukumpuni o pagpapalit ng mga prosthetic at orthotic device. Nag-aalok kami ng ilang saklaw pagkatapos ng pag-alis ng katarata o operasyon sa katarata. Tingnan ang “Pangangalaga sa paningin” na matatagpuan sa mga susunod na bahagi ng chart na ito para sa mga detalye. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga pulmonary na serbisyo ng rehabilitasyon Babayaran namin ang mga pulmonary na programa ng rehabilitasyon para sa mga miyembrong may moderate hanggang matinding chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Dapat ay mayroon kang referral para sa pulmonary na rehabilitasyon mula sa doktor o provider na gumagamot ng COPD. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0
🍎	**Mga screening para sa prostate cancer** Para sa mga lalaking edad 50 pataas, binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo isang beses kada 12 buwan: • isang digital na rectal exam • isang prostate specific antigen (PSA) test	$0
🍎	**Mga screening test para sa sakit sa cardiovascular (puso)** Babayaran namin ang mga test sa dugo para ma-check ang cardiovascular disease isang beses kada limang taon (60 buwan). Sinusuri din sa pamamagitan ng mga test sa dugo kung may kaugnay na sakit dahil sa mataas na panganib ng sakit sa puso.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo at supply para sa sakit sa bato Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Mga serbisyo sa edukasyon tungkol sa sakit sa bato para maituro ang pangangalaga sa bato at matulungan kang makagawa ng mabuting desisyon tungkol sa iyong pangangalaga. Dapat ay mayroon kang stage IV na chronic kidney disease, at dapat ay i-refer ka ng iyong doktor. Sasaklawin namin ang hanggang sa anim na sesyon ng mga serbisyo sa edukasyon tungkol sa sakit sa bato. • Mga outpatient na dialysis na paggamot, kabilang ang mga dialysis na paggamot kapag pansamantalang wala sa lugar ng serbisyo, tulad ng ipinapaliwanag sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito, o kapag ang iyong provider para sa serbisyong ito ay pansamantalang wala o hindi ma-access. • Mga inpatient na dialysis na paggamot kung tinanggap ka bilang isang inpatient sa isang ospital para sa espesyal na pangangalaga • Pagsasanay sa pag-dialysis sa sarili, kabilang ang pagsasanay sa iyo at sa sinumang tutulong sa iyo sa iyong mga dialysis na paggamot sa bahay • Kagamitan at mga supply para sa dialysis sa bahay • Ilang partikular na serbisyo sa suporta sa bahay, gaya ng mga kinakailangang pagbisita ng mga may kasanayang manggagawa para sa dialysis para suriin ang iyong dialysis sa bahay, tumulong sa mga emergency at suriin ang iyong mga kagamitan sa dialysis at supply ng tubig. Babayaran ng Medicare Part B ang ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, tingnan ang “Mga Medicare Part B na gamot” sa chart na ito. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo ng ambulansya Kabilang sa mga sinasaklaw na serbisyo ng ambulansya, pang-emergency man ito o hindi, ang panlupa at panghimpapawid (eroplano at helicopter). Dadalhin ka ng ambulansya sa pinakamalapit na lugar na makapagbibigay sa iyo ng pangangalaga. Kailangang sapat ang antas ng pagiging malala ng iyong kondisyon na maaaring maisapanganib ang iyong buhay o kalusugan kung gagamit ng ibang paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga. Dapat ay inaprubahan namin ang mga serbisyo ng ambulansiya para sa iba pang kaso (hindi pang-emergency). Sa mga kasong hindi pang-emergency, maaari kaming magbayad para sa isang ambulansya. Kailangang sapat ang antas ng pagiging malala ng iyong kondisyon na maaaring maisapanganib ang iyong buhay o kalusugan kung gagamit ng ibang paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0
	Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • medikal na kinakailangang pangangalagang pangkalusugan o mga serbisyo ng operasyon na ibinibigay sa mga lugar na tulad ng: o opisina ng doktor o sertipikadong ambulatory na surgical center o outpatient na departamento ng ospital o anumang iba pang lokasyon ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (ipinagpatuloy) • konsultasyon, pagsusuri, at paggamot ng isang espesyalista • mga pangunahing pagsusuri sa pandinig at balanse na ibibigay ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga, kung iniutos ito ng iyong doktor para malaman kung kailangan mo ng paggamot • Mga ilang telehealth na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo ng doktor para magamot ang mga hindi pang-emergency na kondisyon tulad ng mga sintomas ng sipon at trangkaso, allergy, bronchitis, respiratory infection, problema sa sinus, pantal, impeksyon sa mata, migraine at iba pa. ○ Maaari mong matanggap ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagbisita o sa pamamagitan ng telehealth. Kung pinili mong kunin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, kinakailangang gumamit ka ng isang provider na nasa network na nagbibigay ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. ○ Para sa karagdagang impormasyon, tingnan ang seksyong “Karagdagang mga telehealth na serbisyo” sa Chart ng mga Benepisyo. • mga serbisyong telehealth para sa buwanang mga pagbisita kaugnay sa end-stage na sakit sa bato (End-Stage Renal Disease, ESRD) para sa mga miyembrong sumasailalim sa home dialysis, na isinasagawa sa isang hospital-based o critical access hospital-based renal dialysis center, renal dialysis facility, o sa bahay. • mga telehealth na serbisyo para ma-diagnose, masuri, o gamutin ang mga sintomas ng stroke **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (ipinagpatuloy) • mga telehealth na serbisyo para sa mga miyembrong may sakit sa paggamit ng droga o alak o kasabay na sakit sa kalusugan ng isip anuman ang iyong lokasyon • mga telehealth na serbisyo para sa diagnosis, ebalwasyon, at paggamot ng mga sakit sa kalusugan ng isip, mga serbisyo ng telehealth na pagbisita para sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng mga rural na health clinic at mga pederal na kwalipikadong health center. • mga virtual na check-in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) kasama ng iyong doktor sa loob ng lima hanggang sampung minuto **kung** ○ hindi ka bagong pasyente **at** ○ ang pag-check-in ay hindi kaugnay ng anumang pagbisita sa opisina sa nakaraang pitong araw **at** ○ ang check-in ay hindi magreresulta sa isang pagbisita sa opisina sa loob ng 24 oras o sa lalong madaling panahon na may available na appointment. • Ebalwasyon ng video at/o mga larawang ipinadala mo sa iyong doktor, kasama ang pagbibigay-kahulugan at follow-up ng iyong doktor sa loob ng 24 oras, **kung:** ○ hindi ka bagong pasyente at ○ ang ebalwasyon ay hindi kaugnay ng anumang pagbisita sa opisina sa nakaraang pitong araw **at** ○ ang ebalwasyon ay hindi magreresulta sa isang pagbisita sa opisina sa loob ng 24 oras o sa pinakamaagang kasunod na makukuhang appointment • Ang konsultasyon ng iyong doktor sa ibang mga doktor sa pamamagitan ng telepono, Internet, o electronic health record, kung hindi ka bagong pasyente • Ang pagkuha ng ikalawang opinyon (second opinion) mula sa ibang provider na nasa network bago ang operasyon *Maaaring kailanganin ang referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga Serbisyo ng Doula Para sa mga indibidwal na buntis, babayaran namin ang hanggang sa siyam na beses na pagbisita sa isang doula sa panahon ng pagbubuntis at pagkatapos manganak, pati na rin ang suporta sa panahon ng labor at panganganak. Maaari ring magbigay ng hanggang sa siyam na karagdagang postpartum.	$0
	Mga serbisyo ng programang paggamot sa paggamit ng Opioid (Opioid treatment program, OTP) Binabayaran ng aming plano ang mga sumusunod na serbisyo sa paggamot ng sakit kaugnay ng paggamit ng opioid (opioid use disorder, OUD) sa pamamagitan ng isang OTP kabilang ang mga sumusunod na serbisyo: • intake activities • papana-panahong pagtatasa (assessment) • mga gamot na inaprubahan ng FDA at, kung angkop, ang pangangasiwa at pagbibigay ng mga gamot na ito sa iyo • pagpapayong kaugnay sa paggamit ng droga o alak • indibidwal at pang-grupong therapy • test para sa droga o kemikal sa iyong katawan (toxicology testing) *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso Binabayaran namin ang mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso gaya ng pag-eehersisyo, pagtuturo, at pagpapayo. Dapat matugunan ng miyembro ang mga partikular na kondisyon at may referral ng doktor. Sinasaklaw namin ang mga komprehensibong programang ito kung nagkaroon ka na ng hindi bababa sa isa sa mga kondisyong ito: • Atake sa puso sa nakalipas na 12 buwan • coronary artery bypass na operasyon • stable angina pectoris (pananakit sa dibdib) • pag-aayos o pagpapalit ng valve ng puso • coronary angioplasty (isang medikal na pamamaraan na ginagamit para buksan ang isang baradong arterya) o coronary stenting (isang pamamaraan na ginagamit upang mapanatiling bukas ang arterya) • pag-transplant ng puso o puso at baga • stable na hindi gumagaling na pagpalya ng puso Mga limitasyon sa saklaw: Maaari kang makakuha ng hanggang 36 na sesyon ng rehabilitasyon ng puso. Maaari kang magkaroon ng dalawang sesyon bawat araw (bawat isa ay tumatagal ng isang oras), at ang programa ay maaaring tumagal ng hanggang 36 linggo. Kung kwalipikado ka, maaari kang makakuha ng 36 karagdagang sesyon na maaaring hati-hatiin sa mas mahabang panahon. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo para sa partial hospitalization at mga serbisyo para sa intensive outpatient Ang bahagyang pagpapaospital (partial hospitalization) ay isang nakaayos na programa para sa aktibong psychiatric na paggamot. Iniaalok ito bilang outpatient na serbisyo sa ospital o ng isang community mental health center na mas masinsinan kaysa sa pangangalagang natatanggap mo sa opisina ng iyong doktor, therapist, lisensiyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (licensed marriage and family therapist, LMFT), o sa opisina ng lisensyadong propesyonal na tagapayo. Makakatulong ito para hindi ka manatili sa ospital. Ang intensive outpatient na serbisyo ay isang sistematikong programa ng paggagamot sa pamamagitan ng aktibong therapy ng kalusugan ng pag-uugali (mental) na ibinibigay bilang outpatient na serbisyo sa ospital, sa community mental health center, sa pederal na kwalipikadong health center, o sa rural na health clinic na mas masinsinan kaysa sa natatanggap na pangangalaga sa opisina ng doktor, therapist, LMFT, o mga lisensiyadong propesyonal na tagapayo pero hindi kasing tindi ng bahagyang pagpapaospital. **Tandaan:** Dahil walang mga community mental health center sa komunidad sa aming network, sinasaklaw lamang namin ang bahagyang pagpapaospital bilang isang serbisyong outpatient ng ospital. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo sa ngipin Babayaran namin ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin, kasama ang ngunit hindi limitado sa, mga oral evaluation, mga 3D dental X-ray, crown, at mga pustiso. Ang mga serbisyong hindi namin sinasaklaw ay maaaring makuha sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental, na inilalarawan sa **Seksyon G2** sa ibaba. Binabayaran namin ang ilang serbisyo sa ngipin kapag ang serbisyo ay isang mahalagang bahagi ng espesipikong paggamot sa pangunahing medikal na kondisyon ng benepisyaryo. Kasama sa mga halimbawa ang muling pagbubuo ng panga pagkatapos ng pagkabali o pinsala, pagbunot ng ngipin na isinagawa para sa paghahanda sa radiation na paggamot para sa cancer kabilang ang panga, o mga pagsusuri ng bibig bago sumailalim sa organ transplant. Bilang karagdagan, sinasaklaw namin ang ilang komprehensibong mga serbisyo sa ngipin*. Makikita sa Chart ng Procedure ng mga Benepisyo sa Ngipin (na makikita sa kabanatang ito kasunod ng Chart ng mga Benepisyo) ang mga partikular na procedure sa ngipin na saklaw ng benepisyong ito. Ang mga nakalistang procedure ay mga saklaw na benepisyo kapag ibinibigay ito ng isang in-network na lisensiyadong dentista at kapag kinakailangan at nakaugalian ito ayon sa mga pamantayang karaniwang tinatanggap ng mga dentista. Ang impormasyon kung papaano makukuha ang mga sinasaklaw na serbisyo ay matatagpuan pagkatapos ng Chart ng Procedure ng mga Benepisyo sa Ngipin. Hindi lahat ng saklaw na serbisyo ay angkop para sa lahat. Nakadepende sa iyong dentista na nasa network ang pasya kung ano ang angkop na pangangalaga para sa iyo. Maaaring malapat ang mga limitasyon ng benepisyo, paunang pahintulot at/o referral sa ilang partikular na serbisyo sa ngipin. Available ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental. Makikita ang higit pang impormasyon sa website na SmileCalifornia.org. Kasama sa Medi-Cal Dental ngunit hindi limitado sa mga ito, ang mga serbisyong tulad ng: **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina.**	$0 para sa mga serbisyo sa ngipin na saklaw ng Medicare

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo sa ngipin (ipinagpatuloy) • mga unang eksaminasyon, mga X-ray, cleaning, at fluoride na paggamot • mga restoration at crown • root canal therapy • partial at kumpletong mga pustiso, adjustments, repair, at reline Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa ngipin na available sa Medi-Cal Dental, o kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap ng dentistang tumatanggap ng Medi-Cal, kontakin ang linya ng customer service sa 1-800-322-6384 (TTY users tumawag sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental Services Program ay available para tulungan ka mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari mo ring bisitahin ang website na smilecalifornia.org/ para sa higit pang impormasyon.	
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya (family planning) Pinapayagan ka ng batas na pumili ng sinumang provider – ito man ay provider na nasa network o wala sa network – para sa mga ilang partikular na serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Ito ay maaaring sinumang doktor, anumang klinika, ospital, pharmacy o opisina ng pagpaplano ng pamilya. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • pagsusuri at medikal na paggamot para sa pagpaplano ng pamilya • mga lab test at diagnostic test para sa pagpaplano ng pamilya **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina.**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya (family planning) (ipinagpatuloy) • mga paraan ng pagpaplano ng pamilya (IUC/IUD, implant, iniksiyon, pills sa pagkontrol sa pagbubuntis, patch, o ring) • mga supply sa pagpaplano ng pamilya na may reseta (condom, sponge, foam, film, diaphragm, cap) • mga limitadong serbisyo para mabuntis (fertility) gaya ng pagpapayo at edukasyon tungkol sa mga paraan para mabuntis, at/o pagpapayo tungkol sa kalusugan bago magbuntis, pagsusuri, at paggamot sa mga impeksyon na naipapasa sa sex (sexually transmitted infections, STI) • pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang mga kondisyong may kaugnayan sa HIV • permanenteng pangontra sa pagbubuntis (Kailangang ikaw ay 21 taong gulang o mas matanda pa para piliin ang paraang ito ng pagpaplano ng pamilya. Dapat kang pumirma sa federal sterilization na form ng pahintulot nang hindi bababa sa 30 araw, pero hindi lalampas sa 180 araw, bago ang petsa ng operasyon.) • pagpapayo tungkol sa genes Babayaran din namin ang ilang iba pang mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Gayunpaman, dapat kang gumamit ng isang provider na nasa aming network ng provider para sa mga sumusunod na serbisyo: • paggamot para sa mga kondisyong medikal na pagkabaog (Hindi kasama sa serbisyong ito ang mga artipisyal na paraan para mabuntis.) • paggamot para sa AIDS at iba pang mga kondisyong may kaugnayan sa HIV • genetic testing	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo sa pandinig Babayaran namin ang mga pagsusuri sa pandinig at balanse na gagawin ng iyong provider. Sasabihin sa iyo ng mga pagsusuring ito kung kailangan mo ng medikal na paggamot. Sinasaklaw ang mga ito bilang isang pangangalagang outpatient kapag natanggap mo ang mga ito mula sa isang doktor, audiologist o iba pang kwalipikadong provider. **Mga serbisyo sa pandinig (hindi saklaw ng Medicare)*** Kasama sa planong ito ang mga serbisyo sa pandinig bilang karagdagan sa mga saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Kasama sa mga benepisyo ang: • Mayroon kang allowance na $1,500 kada taon para sa mga sumusunod na serbisyo sa pandinig na hindi saklaw ng Medicare: ○ Isang karaniwang (hindi saklaw ng Medicare) pagsusuri sa pandinig ○ Hanggang sa dalawang hearing aid (para sa parehong tenga na pinagsama) ○ Hanggang sa dalawang hearing aid fitting at mga pagsusuri • Maaari mong makuha ang mga serbisyong ito mula sa provider ng hearing aid na iyong pinili. • Hindi maaaring isama ang allowance na ito sa iyong $240 kada tatlong buwan (per quarter) na allowance para sa Pagkain at Produkto (kung natutugunan ang mga kwalipikadong kondisyon) at Mga Over-the-Counter (OTC) na Item. • Ang benepisyong ito ay magkakabisa sa unang araw ng bawat taon at ang anumang hindi nagamit na allowance ay hindi puwedeng idagdag sa susunod na taon. Makakatanggap ka ng Gabay ng Miyembro sa koreo kasama ng iyong Flex Card. Ang Flex Card ay isang card para sa paggastos na may naka-load na mga kwalipikadong allowance na maaaring gamitin para makatulong sa pagbabayad ng mga saklaw na benepisyo. Ilalarawan sa Gabay ng Miyembro ang mga available na allowance na paunang ini-load sa iyong Flex Card pati na rin kung saan makakahanap ng mga karagdagang detalye tungkol sa mga sinasaklaw na benepisyo at kung paano pamahalaan ang iyong account **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo sa pandinig (ipinagpatuloy) Para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyong ito, tumawag sa 1-877-429-3245 [TTY: 711], 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, Lunes hanggang Biyernes. Maaari ka ring pumunta online sa bscaflexbenefits.com para sa higit pang mga detalye. * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (out-of-pocket limit) ng plano. Bilang karagdagan sa mga serbisyong pandinig na hindi saklaw ng Medicare na inilarawan sa seksyong ito, babayaran din namin ang mga hearing aid kapag inireseta ng isang doktor o iba pang kwalipikadong provider, kabilang ang: • mga mold, supply, at insert • mga pagkukumpuni • unang grupo ng mga baterya • anim na beses na pagbisita para sa pagsasanay, pag-adjust at pagsusukat sa parehong vendor pagkatapos mong makuha ang hearing aid • pagrenta ng hearing aid para sa panahon ng pagsubok • mga device na nakakatulong sa pandinig, mga bone conduction hearing device na isinusuot sa ibabaw ng balat • audiology na kaugnay sa hearing aid at mga serbisyo pagkatapos ng pagsusuri	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Mga serbisyo sa podiatry Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • diagnosis at medikal o paggamot sa pamamagitan ng operasyon sa mga pinsala at sakit sa paa (gaya ng hammer toe o mga heel spur) • karaniwang pangangalaga sa paa para sa mga miyembrong may kondisyong nakaaapekto sa binti, gaya ng diabetes • Sakop ng karaniwang pangangalaga sa paa (na hindi saklaw ng Medicare) ang mga: ○ paggupit o pagtanggal ng tumubong makakapal na balat at kalyo ○ pagpuputol, paggugupit, pag-clip, o pagtanggal ng bahagi ng mga kuko * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano. *Maaaring kailanganin ang referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0
	Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Nasa Tamang Gulang (Community Based Adult Services, CBAS) Ang CBAS ay isang outpatient at batay sa pasilidad na programa ng serbisyo kung saan dumadalo ang mga tao alinsunod sa isang schedule. Nagbibigay ito ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing care), mga social service, therapy (kabilang ang occupational, physical at speech), personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/caregiver, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon at iba pang mga serbisyo. Binabayaran namin ang CBAS kung matutugunan mo ang mga pamantayan sa pagiging karapat-dapat. Para makahingi ng tulong sa pagiging karapat-dapat sa CBAS, tawagan ang iyong Coordinator ng Pangangalaga ng Blue Shield sa 1-888-548-5765, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Libre ang tawag na ito. **Tandaan: Kung hindi available ang isang pasilidad ng CBAS, maaari naming ipagkaloob ang mga serbisyong ito nang magkakahiwalay.**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Obserbasyon sa ospital bilang outpatient Babayaran namin ang mga outpatient na serbisyo ng obserbasyon sa ospital para matukoy kung kailangan mong ma-admit bilang isang inpatient o maaaring ma-discharge. Dapat matugunan ng mga serbisyo ang pamantayan ng Medicare at dapat na maituring ito bilang makatwiran at kinakailangan. Ang serbisyo sa pag-obserba ay saklaw lamang kapag ibinigay ito ayon sa utos ng isang doktor o ibang taong pinapayagan ng batas ng estado at ng mga patakaran ng staff ng ospital na mag-admit ng mga pasyente sa ospital o mag-order ng mga outpatient test. **Tandaan:** Ikaw ay outpatient, maliban kung ang provider ay nagbigay ng nakasulat na utos na i-admit ka bilang inpatient sa ospital. Kahit na nanatili ka sa ospital nang magdamag, maaari ka pa ring ituring bilang isang outpatient. Kung hindi ka sigurado kung ikaw ay isang outpatient, magtanong sa staff ng ospital. Kumuha ng karagdagang impormasyon mula sa fact sheet ng Medicare na *Ang Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare* na available sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf *Maaaring kailanganin ang referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0
	Outpatient na operasyon Babayaran namin ang outpatient na operasyon at mga serbisyo sa mga outpatient na pasilidad ng ospital at mga ambulatory na surgical center. **Tandaan:** Kung sumasailalim ka sa operasyon sa isang pasilidad ng ospital, dapat mong kausapin ang iyong provider para malaman kung ikaw ay magiging isang inpatient o outpatient. Ikaw ay outpatient, maliban kung ang provider ay nagsulat ng utos na i-admit ka bilang inpatient sa ospital. Kahit na nanatili ka sa ospital nang magdamag, maaari ka pa ring ituring bilang isang outpatient. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0 para sa bawat pagbisita sa isang ambulatory na surgical center o outpatient na pasilidad ng ospital.

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Outpatient na pag-alaga sa kalusugan ng isip Babayaran namin ang mga serbisyo sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng: • psychiatrist o doktor na lisensyado ng estado • klinikal na psychologist • klinikal na social worker (CSW) • klinikal na espesyalistang nurse (clinical nurse specialist, CNS) • lisensiyadong propesyonal na tagapayo (licensed professional counselor, LPC) • lisensiyadong therapist para sa mag-asawa at pamilya (licensed marriage and family therapist, LMFT) • nurse practitioner (NP) • assistant ng doktor (physician assistant, PA) • sinumang iba pang propesyonal sa pag-alaga sa kalusugan ng isip na kwalipikado sa Medicare na pinapayagan sa ilalim ng angkop na mga batas ng estado Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • mga serbisyo sa klinika • paggamot sa araw (day treatment) • mga serbisyo para sa psychosocial na rehabilitasyon • partial hospitalization o intensive outpatient na mga programa • pang-indibidwal o panggrupong pagsusuri at paggamot sa kalusugan ng isip **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Outpatient na pag-alaga sa kalusugan ng isip (ipinagpatuloy) • psychological test kapag klinikal na kinakailangan para surrin ang resulta sa kalusugan ng isip • mga serbisyong outpatient para masubaybayan ang gamot na pang-therapy • mga laboratoryo, gamot, supply at suplemento na pang-outpatient • psychiatric na konsultasyon *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	
🍎	**Pagbisita para mabawasan ang panganib ng cardiovascular (puso) disease (therapy para sa sakit sa puso)** Binabayaran namin ang isang pagbisita kada taon, o higit pa kung medikal na kinakailangan, sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) para makatulong na mabawasan ang panganib ng sakit sa puso. Sa panahon ng pagbisita, maaaring gawin ng iyong doktor ang mga sumusunod: • talakayin ang paggamit ng aspirin, • i-check ang iyong presyon ng dugo, **at/o** • bigyan ka ng mga tip para masigurong kumakain ka nang tama.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pagpapadala ng pagkain sa bahay* Pagkatapos ma-discharge mula sa pananatili sa inpatient na ospital o sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, sinasaklaw namin ang: • 22 meals at 10 meryenda para sa bawat pag-discharge • Ang mga meal at meryenda ay hahatiin hanggang sa dalawang magkahiwalay na delivery kung kailangan • Ang saklaw ay limitado sa dalawang pag-discharge kada taon Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (ang mga numero ng telepono ay makikita sa likod na pabalat ng dokumentong ito). * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano.	$0 para sa bawat saklaw na pagpapadala ng pagkain sa bahay
🍎	**Pagsasanay, mga serbisyo at supply para sa sariling pamamahala sa diabetes** Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng may diabetes (gumagamit man sila ng insulin o hindi): • Mga supply para subaybayan ang iyong glucose sa dugo, kabilang ang sumusunod: ○ isang monitor ng glucose sa dugo ○ mga test strip ng glucose sa dugo ○ mga lancet device at lancet ○ mga solution na kumokontrol sa glucose para sa i-check kung tumpak ang mga test strip at monitor **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pagsasanay, mga serbisyo at supply para sa sariling pamamahala sa diabetes (ipinagpatuloy) • Para sa mga taong may diabetes na may malalang diabetic foot disease, binabayaran namin ang sumusunod: ○ isang pares ng therapeutic custom-molded shoes (kasama ang mga insert), kalakip ang fitting, at dalawang karagdagang pares ng mga insert kada taon ng kalendaryo, **o** ○ isang pares ng depth shoes, kasama ang fitting at tatlong pares ng mga insert kada taon (hindi kasama ang mga hindi naka-customize na natatanggal na insert na ibinibigay kasama ng ganoong mga sapatos) • Sa ilang sitwasyon, binabayaran namin ang pagsasanay para makatulong sa iyong pamahalaan ang iyong diabetes. Para malaman ang higit pa, kontakin ang Customer Service. Para sa mga test strip at monitor ng glucose sa dugo, ang piniling manufacturer ay Abbott. Hindi hihilingin sa iyong doktor na kumuha muna ng pahintulot (na minsan ay tinatawag na “paunang pahintulot”) mula sa plano para sa FreeStyle® (gawa ng Abbott) na mga test strip at monitor ng glucose sa dugo. Ang mga test strip at monitor ng glucose sa dugo mula sa lahat ng iba pang mga manufacturer ay mangangailangan ng paunang pag-apruba mula sa plano na kailangang kunin ng iyong doktor (na minsan ay tinatawag na “paunang pahintulot”). Ang mga tuluy-tuloy na pag-monitor at supply ng glucose (ibig sabihin, mga sensor/receiver) ay mangangailangan ng paunang pahintulot. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pagsukat sa bone mass Binabayaran namin ang mga partikular na pamamaraan (procedure) para sa mga kwalipikadong miyembro (karaniwan nang para sa nanganganib na mabawasan ang bone mass o nanganganib na magkaroon ng osteoporosis). Sa pamamagitan ng pamamaraang ito, natutukoy ang bone mass, nakakalkula ang bone loss o nalalaman ang kalidad ng buto. Binabayaran namin ang mga serbisyo para sa isang beses kada 24 buwan, o mas madalas kung ito ay medikal na kinakailangan. Binabayaran din namin ang isang doktor para basahin at magkomento sa mga resulta.	$0
	Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako Saklaw ang pagpapayo para tumigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako para sa mga outpatient at nasa ospital na nakakatugon sa mga sumusunod na pamantayan: • gumagamit ng tabako, nagpapakita man sila o hindi ng mga palatandaan o sintomas ng karamdaman na may kaugnayan sa tabako • may kakayahan at alerto sa panahon ng pagpapayo • isang kwalipikadong doktor o iba pang pagpapayo ng mga provider ng practitioner na kinikilala ng Medicare Sinasaklaw namin ang dalawang pagtatangka sa pagtigil kada taon (ang bawat pagtatangka ay maaaring may kasamang hindi hihigit sa apat na intermediate o intensive session, na may hanggang walong session kada taon).	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Palliative na pangangalaga Sinasaklaw ng aming plano ang palliative na pangangalaga. Ang palliative na pangangalaga ay para sa mga taong may seryosong sakit. Nagbibigay ito ng pangangalagang nakatuon sa pasyente at pamilya na nagpapabuti sa kalidad ng buhay sa pamamagitan ng pag-alam nang maaga, pag-iwas, at pagtugon sa paghihirap. Ang Palliative na Pangangalagay ay **hindi** hospice, kaya hindi mo kailangang magkaroon ng taning sa haba ng buhay na anim na buwan o mas maikli para maging kwalipikado sa palliative care. Ibinibigay ang palliative na pangangalaga kasabay ng panlunas/regular na pangangalaga. Kasama sa palliative na pangangalaga ang mga sumusunod: • maagang pagpaplano sa pangangalaga • pagtatasa (assessment) at konsultasyon para sa palliative na pangangalaga • isang plano ng pangangalaga na kasama ang lahat ng awtorisadong palliative care at pangangalaga para magamot ang sakit, kabilang ang kalusugan ng isip at medical social services • mga serbisyo mula sa iyong itinalagang team ng pangangalaga • pagsasaayos ng pangangalaga • pamamanihala ng pananakit at sintomas Hindi ka maaaring makatanggap ng pangangalaga sa hospice at palliative na pangangalaga nang sabay kung ikaw ay higit sa 21 taong gulang. Kung tumatanggap ka ng palliative na pangangalaga at natutugunan mo ang pagiging karapat-dapat para sa pangangalaga sa hospice, maaari kang humiling na mailipat sa pangangalaga sa hospice anumang oras.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pangangalaga ng ahensya sa kalusugan sa bahay Bago ka makakuha ng mga serbisyong pangkalusugan sa bahay, dapat sabihin sa amin ng isang doktor na kailangan mo ang mga ito, at dapat ibigay ang mga ito ng isang ahensya sa kalusugan sa bahay. Kailangang nakapirmi ka sa bahay (homebound), na ang ibig sabihin, napakahirap para sa iyo na lumabas ng bahay. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • part-time o hindi regular na sanay na pag-aalaga (skilled nursing) at mga serbisyong pantulong sa kalusugan sa bahay (home health aide services) (sasaklawin ng benepisyo sa pangangalaga ng kalusugan sa bahay, ang pinagsamang sanay na pag-aalaga at mga serbisyong pantulong sa kalusugan sa bahay ay dapat na mas mababa sa walong oras kada araw at 35 oras kada linggo.) • physical therapy, occupational therapy at speech therapy • mga serbisyong medikal at serbisyong panlipunan • medikal na kagamitan at mga supply *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0 para sa bawat saklaw na pagbisitang kaugnay sa kalusugan sa bahay

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pangangalaga sa hospice May karapatan kang pumili ng hospice kung matukoy ng iyong provider at ng medikal na direktor ng hospice na ikaw ay may taning na ayon sa prognosis. Ibig sabihin nito ay mayroon kang sakit na nagtataning sa buhay at inaasahang may natitira na lamang na anim na buwan o mas maiksi pa para mabuhay. Maaari kang kumuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospice na sertipikado ng Medicare. Dapat kang tulungan ng aming plano na makahanap ng mga programa ng hospice na sertipikado ng Medicare sa lugar ng serbisyo ng plano, kabilang ang mga programang pagmamay-ari namin, kinokontrol namin, o na may pinansyal na interes kami. Ang iyong doktor sa hospice ay maaaring isang nasa network na provider o isang wala sa network na provider. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: • mga gamot para gamutin ang mga sintomas at pananakit • panandaliang respite care • pangangalaga sa bahay Kapag na-admit ka sa isang hospice, may karapatan kang manatili sa aming plano. **Para sa mga serbisyo ng hospice at mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na may kaugnayan sa iyong terminal prognosis, ang mga ito ay sinisingil sa Medicare:** • Babayaran ng Original Medicare (sa halip na ng aming plano) ang provider mo ng hospice para sa mga serbisyo sa hospice at anumang mga serbisyo ng Part A o B na may kaugnayan sa iyong sakit na nagtataning sa buhay. Habang ikaw ay nasa programa ng hospice, sisingilin ng iyong provider ng hospice ang Original Medicare para sa mga serbisyong binabayaran ng Original Medicare. ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	Kapag nag-enroll ka sa isang programa ng hospice na sertipikado ng Medicare, ang mga serbisyo sa hospice at ang mga serbisyo sa Part A at Part B na may kaugnayan sa iyong terminal na prognosis ay babayaran ng Original Medicare, hindi ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. $0 para sa mga serbisyo ng konsultasyon sa hospice (isang beses lang)

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pangangalaga sa hospice (ipinagpatuloy) **Para sa mga serbisyong saklaw ng aming plano ngunit hindi saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B:** • Saklaw ng aming plano ang mga serbisyong hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B. Sinasaklaw namin ang mga serbisyo ito man ay may kaugnayan o wala sa iyong terminal na prognosis. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito. **Para sa mga gamot na maaaring saklaw ng Medicare Part D na benepisyo ng aming plano:** • Ang mga gamot ay hindi kailanman saklaw ng kapwa hospice at ng aming plano sa magkasabay na panahon. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. **Tandaan:** Kung mayroon kang seryosong sakit, maaari kang maging karapat-dapat para sa palliative na pangangalaga, na nagbibigay ng pangangalagang nakasentro sa pasyente at pamilya at isinasagawa ng isang team para mapabuti ang kalidad ng iyong buhay. Maaari kang makatanggap ng palliative na pangangalaga kasabay ng panlunas/regular na pangangalaga. Pakitingnan ang seksyon ng Palliative na Pangangalaga sa ibaba para sa higit pang impormasyon. **Tandaan:** Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi mula sa hospice, dapat mong tawagan ang iyong coordinator sa pangangalaga at/o ang Customer Service para maisaayos ang mga serbisyo. Ang pangangalagang hindi mula sa hospice ay ang pangangalagang **hindi** konektado sa iyong terminal na prognosis. Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo para sa konsultasyon sa hospice (isang beses lamang) para sa miyembrong may nakamamatay na karamdaman na hindi pa pinipiling gamitin ang benepisyo ng hospice. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pangangalaga sa paningin Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • isang karaniwang pagsusuri sa mata bawat taon **at** • hanggang $100 para sa mga salamin sa mata (mga frame at lens) o hanggang $100 para sa mga contact lens kada dalawang taon Babayaran namin ang mga outpatient na serbisyo ng doktor para sa diagnosis at paggamot sa mga sakit at pinsala sa mata. Halimbawa, paggamot para sa paglabo ng paningin (macular degeneration) na may kaugnayan sa edad. Para sa mga taong may mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma, babayaran namin ang isang screening para sa glaucoma kada taon. Kabilang sa mga taong may mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma ang: • mga taong may kasaysayan ang pamilya sa glaucoma • mga taong may diabetes • Mga African-American na edad 50 pataas • Mga Hispanic American na edad 65 pataas Para sa mga taong may diabetes, binabayaran namin ang screening para sa diabetic retinopathy isang beses kada taon. Babayaran namin ang isang pares ng salamin sa mata o contact lens pagkatapos ng bawat operasyon sa katarata kapag naglagay ang doktor ng intraocular lens. Kung mayroon kang dalawang magkahiwalay na operasyon sa katarata, kakailanganin mong kumuha ng isang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng bawat operasyon. Hindi ka makakakuha ng dalawang pares ng mga salamin sa mata pagkatapos ng ikalawang operasyon, kahit na hindi ka nakakuha ng isang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng unang operasyon. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pangangalaga sa paningin, hindi saklaw ng Medicare (mula sa isang provider na nasa network)*	
	Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: • Karaniwang pagsusuri ng mata, kabilang ang refraction at reseta para sa mga lens ng salamin sa mata. Kung nagrekomenda ang provider ng karagdagang mga procedure, ikaw ang may pananagutan sa pagbabayad para sa mga karagdagang gastos. Ang mga exam para sa contact lens ay nangangailangan ng karagdagang bayad. Responsibilidad mo ang pagbabayad para sa karagdagang gastos.	$0 para sa isang pagsusuri bawat taon kapag gumamit ka ng nasa network na provider.
	• Mga frame ng salamin sa mata.	$0 para sa frame ng salamin sa mata (na may regular na retail na presyo na hanggang $500) kada 2 taon kapag gumamit ka ng nasa network na provider. Kung pipili ka ng frame ng salamin sa mata na nagkakahalaga ng higit sa $500, ikaw ang magbabayad ng sobrang halaga.
	• Mga lens ng salamin sa mata o mga contact lens. Kung pipiliin mo ang mga lens ng salamin sa mata, maaari kang pumili ng single, lined bifocal, lined trifocal, at lenticular na mga lens. Kung pipiliin mo ang iba pang mga lens na hindi nakalista o mga add-on na paggamot, ikaw ang may pananagutan para sa pagbabayad ng mga karagdagang gastos, kahit na kung ang kabuuang gastos ay mananatili sa loob ng allowance. **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	Magbabayad ka ng $0 para sa alinman sa isang pares ng iniresetang lens ng salamin sa mata (anuman ang laki o kapal) O para sa contact lens (na nagkakahalaga ng hanggang sa $500 para sa mga serbisyo

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pangangalaga sa paningin, hindi saklaw ng Medicare (mula sa isang provider na nasa network)* (ipinagpatuloy) HINDI kailangan ang paunang pahintulot (paunang pag-apruba). Gamitin ang Direktoryo ng Paningin (Vision Directory) o pumunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor para makahanap ng provider na kasali sa network ng Vision Service Plan (VSP) (Blue Shield Vision Plan Administrator). * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano.	ng contact lens at mga materyal) kada 2 taon kapag gumamit ka ng nasa network na provider. Hindi sinasaklaw ang mga serbisyong natanggap mula sa isang hindi kalahok na provider. Kung ang presyo ng mga serbisyo at materyales ay higit pa sa $500, ikaw ang may pananagutan para sa sobrang halaga.
	Pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga (nursing facility) Ang pasilidad ng pag-aalaga (nursing facility, NF) ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi makatanggap ng pangangalaga sa bahay pero hindi naman kinakailangang nasa ospital. Kabilang sa mga serbisyong binabayaran namin ang, ngunit hindi limitado sa, mga sumusunod: • semiprivate room (o isang private room kung isa itong medikal na kinakailangan) • meals, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo ng pag-aalaga • physical therapy, occupational therapy at speech therapy **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga (nursing facility) (ipinagpatuloy) • respiratory therapy o therapy na kaugnay ng paghinga • mga gamot na ibinibigay sa iyo bilang bahagi ng iyong plano sa pangangalaga. (Kabilang dito ang mga elemento na natural na makikita sa katawan, gaya ng mga blood-clotting factor.) • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay • mga medikal at pang-operasyon na supply na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga lab test na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • ang paggamit ng mga appliances, tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga serbisyo ng doktor/practitioner • matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment) • mga serbisyo sa ngipin, kabilang ang mga pustiso • mga benepisyo para sa paningin • mga pagsusuri sa pandinig • pangangalagang chiropractic • mga serbisyo sa podiatry **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga (nursing facility) (ipinagpatuloy) Karaniwang makukuha mo ang pangangalaga mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaaring makuha mo ang pangangalaga mula sa pasilidad na wala sa aming network. Maaari kang kumuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga ng bayad ayon sa aming plano: • isang pasilidad ng pag-aalaga o komunidad ng mga nagretiro na may tuluy-tuloy na pangangalaga kung saan ka nakatira bago ka maospital (hangga't nagbibigay ito ng pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga). • isang pasilidad ng pag-aalaga kung saan nakatira ang iyong asawa o kinakasama sa oras ng iyong paglabas sa ospital.	
	Pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF) Para sa kahulugan ng pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, pumunta sa **Kabanata 12.** Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • isang semi-private room, o isang private room kung ito ay medikal na kinakailangan • meals, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo ng sanay na pag-aalaga • physical therapy, occupational therapy at speech therapy **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF) (ipinagpatuloy) • mga gamot na makukuha mo bilang bahagi ng iyong plano sa pangangalaga, kasama ang mga elemento na natural na nasa katawan, gaya ng mga blood-clotting factor • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay • mga medikal at pang-operasyon na supply na ibinibigay ng mga SNF • mga lab test na ibinibigay ng mga SNF • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga appliances, tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga serbisyo ng doktor/provider Karaniwang makakakuha ka ng pangangalaga ng SNF mula sa mga pasilidad ng network. Sa ilalim ng mga partikular na kondisyon, maaari kang makatanggap ng pangangalaga mula sa pasilidad na wala sa aming network. Maaari kang kumuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga ng bayad ayon sa aming plano: • isang pasilidad ng pag-aalaga o komunidad ng mga nagretiro na may tuluy-tuloy na pangangalaga kung saan ka nakatira bago ka pumunta sa ospital (hangga't nagbibigay ito ng pangangalaga na karaniwang ibinibigay sa isang pasilidad ng pag-aalaga) • isang pasilidad ng pag-aalaga kung saan nakatira ang iyong asawa o kinakasama sa oras ng iyong paglabas sa ospital. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pang-emergency na pangangalaga Ang pang-emergency na pangangalaga ay mga serbisyo na: • ibinibigay ng isang provider na may kasanayan para makapagbigay ng mga pang-emergency na serbisyo, • kailangan para suriin o gamutin ang isang medikal na emergency. Ang medikal na emergency ay isang karamdaman, pinsala, matinding pananakit, o medikal na kondisyon na mabilis na lumalala. Napakaseryoso ng kondisyon na, kung hindi ito mabibigyan ng agarang medikal na atensyon, ang sinumang may karaniwang kaalaman tungkol sa kalusugan at medisina ay magsasabing magreresulta ito sa: • seryosong panganib sa iyong kalusugan o sa iyong hindi pa naipapanganak na sanggol; **o** • malalang pinsala sa kakayahan ng katawan; **o** • malalang pagpalya ng anumang organ ng katawan; **o** • pagkawala ng isang paa o braso, o pagkawala ng paggana ng isang paa o braso. • Para sa buntis na nagsimula na ang paghilab ng tiyan (active labor), kung: ○ Walang sapat na panahon para ligtas kang mailipat sa ibang ospital bago ang panganganak. ○ Ang paglipat sa ibang ospital ay maaaring magdulot ng panganib sa iyong kalusugan o kaligtasan o sa iyong hindi pa naipapanganak na sanggol. **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0 Kung kumuha ka ng pang-emergency na pangangalaga mula sa ospital na wala sa network at pagkatapos na maging stable na ang emergency ay nangangailangan pa ng inpatient na pangangalaga, kailangan mong kumuha ng pag-apruba ng plano para sa inpatient na pananatili 20% na coinsurance para sa pandaigdigang saklaw (kinakansela ang coinsurance kung na-admit sa isang ospital sa loob ng isang araw para sa parehong kondisyon)

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Pang-emergency na pangangalaga (ipinagpatuloy) *Pandaigdigang saklaw Wala kang pinagsamang taunang limit para sa pang-emergency na pangangalaga o mga agarang kailangang serbisyo sa labas ng Estados Unidos at sa teritoryo nito kada taon. *Ang mga serbisyo sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito ay hindi kasama pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano.	
🍎	**Pre-exposure prophylaxis (PrEP) para sa pag-iwas sa HIV** Kung wala kang HIV, pero natukoy ng iyong doktor o iba pang practitioner ng pangangalagang pangkalusugan na mataas ang panganib na magkaroon ka ng HIV, sinasaklaw namin ang pre-exposure prophylaxis (PrEP) na gamot at mga kaugnay na serbisyo. Kung kwalipikado ka, kasama sa mga sinasaklaw na serbisyo ang: • PrEP na gamot na iniinom o itinuturok na aprubado ng FDA kabilang ang bayad para sa pag-iniksyon ng gamot, kung angkop. • Hanggang sa walong indibidwal na sesyon ng pagpapayo (kabilang ang pagtatasa o assessment sa panganib ng pagkakaroon ng HIV, pagbabawas sa panganib na magkaroon ng HIV, at pagsunod sa gamot) kada 12 buwan. • Hanggang sa walong screening para sa HIV kada 12 buwan. • Isang beses na screening para sa hepatitis B virus.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Programa ng Medicare sa Pag-iwas sa Diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Binabayaran ng aming plano ang mga serbisyo ng MDPP para sa mga karapat-dapat na tao. Ang MDPP ay dinisenyo para tulungan kang magkaroon ng mas malusog na mga kaugalian. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa: • pangmatagalang pagbabago sa uri ng pagkaing kinakain, **at** • mas madalas na pisikal na aktibidad, **at** • mga paraan para mapanatili ang pagbabawas ng timbang at malusog na uri ng pamumuhay.	$0
	Screening at pagpapayo para sa maling paggamit ng alak Binabayaran namin ang isang screening para sa maling paggamit ng alak (SABIRT) para sa mga nasa hustong gulang na may problema sa paggamit ng alak pero hindi dependent sa alak. Kasama rito ang mga buntis na babae. Kung positibo ang resulta sa iyong screening para sa maling paggamit ng alak, makakakuha ka ng hanggang sa apat na maiikli at face-to-face na session ng pagpapayo kada taon (kung kaya mo at alerto ka sa panahon ng pagpapayo) sa tulong ng isang kwalipikadong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) o practitioner sa lugar ng pangunahing pangangalaga.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Screening at pagpapayo para sa mga impeksyon na naipapasa sa sex (sexually transmitted infections, STI) Babayaran namin ang mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Sinasaklaw ang mga screening na ito para sa mga buntis at para sa ilan na mas mataas ang panganib na magkaroon ng STI. Dapat na iutos ng isang provider ng pangunahing pangangalaga ang mga test. Sinasaklaw namin ang mga test na ito nang isang beses kada 12 buwan o sa mga partikular na pagkakataon habang buntis. Babayaran din namin ang hanggang dalawang session ng harapan at masinsinang pagpapayo sa pag-uugali kada taon para sa mga nasa hustong gulang na aktibo sa sex na may mataas na panganib na magkaroon ng mga STI. Ang bawat session ay maaaring tumagal nang 20 hanggang 30 minuto. Babayaran lang namin ang mga sesyon ng pagpapayo na ito bilang isang preventive na serbisyo kung ibibigay ng isang provider ng pangunahing pangangalaga. Dapat gawin ang mga session sa lugar ng pangunahing pangangalaga, gaya ng opisina ng doktor.	$0
	Screening at therapy para sa labis na katabaan para panatilihing mababa ang timbang Kung ang body mass index mo ay 30 pataas, babayaran namin ang pagpapayo para makatulong sa iyo na magbawas ng timbang. Dapat mong kunin ang pagpapayo sa lugar ng pangunahing pangangalaga. Sa gayon, maaari itong pamahalaan gamit ang iyong kumpletong plano ng pag-iwas (prevention). Makipag-usap sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga para malaman ang higit pa.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Screening para sa abdominal aortic aneurysm Binabayaran namin ang isang beses na ultrasound screening para sa mga taong nanganganib na magkaroon nito. Sinasaklaw lang ng aming plano ang screening na ito kung mayroon kang partikular na mga sanhi ng panganib at kung makakakuha ka ng referral para dito mula sa iyong doktor, assistant ng doktor (physician assistant, PA), nurse practitioner (NP), o klinikal na espesyalistang nurse (clinical nurse specialist, CNS).	$0
	Screening para sa breast cancer (mammograms) Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • isang baseline mammogram sa pagitan ng mga edad na 35 at 39 • isang mammogram na screening kada 12 buwan para sa mga edad 40 pataas • mga klinikal na pagsusuri ng suso, isang beses kada 24 buwan	$0
	Screening para sa cervical at vaginal cancer Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • para sa lahat ng babae: Mga pap test at pagsusuri sa pelvis, isang beses kada 24 buwan • para sa mga babaeng may mataas na panganib na magkaroon ng cervical o vaginal cancer: isang Pap test kada 12 buwan • para sa mga babaeng nagkaroon na ng abnormal na Pap test sa loob ng huling tatlong taon at nasa edad na posibleng magkaanak: isang Pap test kada 12 buwan • para sa mga babaeng edad 30-65: test para sa human papillomavirus (HPV) o test para sa Pap at HPV, isang beses kada limang taon	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Screening para sa colorectal cancer Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Walang minimum o maximum na limitasyon sa edad ang colonoscopy at saklaw ito nang isang beses kada 120 buwan (sampung taon) para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, o 48 buwan pagkatapos ng dating flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib sa colorectal cancer, at isang beses kada 24 buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib pagkatapos ng dating colonoscopy na screening. • Saklaw ang computed tomography colonography para sa mga pasyenteng 45 taong gulang pataas na hindi mataas ang panganib sa colorectal cancer kapag lumipas na ang hindi kukulangin sa 59 buwan kasunod ng buwan na isinagawa ang huling screening computed tomography colonography, o kapag lumipas na ang 47 buwan kasunod ng buwan na isinagawa ang huling screening flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy. Para sa mga pasyenteng may mataas na panganib na magkaroon ng colorectal cancer, maaaring bayaran ang para sa screening computed tomography colonography na isinagawa pagkatapos ng hindi kukulangin sa 23 buwan pagkatapos ng buwan na isinagawa ang huling screening computed tomography colonography o ang huling screening colonoscopy. • Flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng 45 taong gulang pataas. Isang beses kada 120 buwan para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib pagkatapos na makatanggap ang pasyente ng screening colonoscopy. Isang beses kada 48 buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib mula sa huling flexible sigmoidoscopy o computed tomography colonography. **Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Screening para sa colorectal cancer (ipinagpatuloy) • Screening fecal-occult blood tests para sa mga pasyenteng 45 taong gulang pataas. Isang beses kada 12 buwan. • Multitarget stool DNA para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi natutugunan ang pamantayan sa pagiging mataas ang panganib. Isang beses kada tatlong taon. • Blood-based Biomarker Tests para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi natutugunan ang pamantayan sa pagiging mataas ang panganib. Isang beses kada tatlong taon. • Kabilang sa mga screening test para sa colorectal cancer ang follow-up screening colonoscopy kapag positibo ang resulta ng hindi invasive na stool-based screening test para sa colorectal cancer na saklaw ng Medicare. • Kasama sa mga pagsusuri sa screening para sa colorectal cancer ang nakaplanong flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy na mayroong pag-alis ng tissue o iba pang bagay, o iba pang procedure na ibinigay may kaugnayan sa, bilang resulta ng, at sa parehong klinikal na pagpapatingin tulad ng screening test. *Maaaring kailanganin ang referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Screening para sa depresyon Binabayaran namin ang isang screening para sa depresyon kada taon. Dapat isagawa ang screening sa lugar ng pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga referral.	$0
	Screening para sa diabetes Binabayaran namin ang screening na ito (kasama ang mga glucose test pagakatapos mag-fasting) kung mayroon ka ng alinman sa mga sumusunod na dahilan ng panganib: • mataas na presyon ng dugo (alta presyon) • kasaysayan ng abnormal na mga antas ng cholesterol at triglyceride (dyslipidemia) • labis na katabaan • kasaysayan ng mataas na blood sugar (glucose) Maaaring saklawin ang mga pagsusuri sa ilang kaso, gaya ng kung labis ang timbang mo at may kasaysayan ng diabetes sa pamilya. Maaari kang maging kuwalipikado sa hanggang dalawang screening para sa diabetes kada 12 buwan kasunod ng petsa ng iyong pinakahuling screening para sa diabetes.	$0
	Screening para sa Hepatitis C Virus na impeksyon Sinasaklaw namin ang isang screening para sa Hepatitis C kung ang iyong doktor ng pangunahing pangangalaga o iba pang kwalipikadong provider ng pangangalagang pangkalusugan ay nag-utos nito at natutugunan mo ang isa sa mga kondisyong ito: • Mataas ang iyong panganib dahil gumagamit ka o gumamit ka ng ipinagbabawal na gamot na iniiniksyon. • Nagpasalin ka ng dugo bago ang taong 1992. • Ipinanganak ka sa pagitan ng 1945-1965. Kung ipinanganak ka sa pagitan ng 1945-1965 at hindi itinuturing na nasa mataas ang panganib, babayaran namin ang para sa isang beses na screening. Kung ikaw ay nasa mataas na panganib (halimbawa, patuloy kang gumagamit ng ipinagbabawal na iniiniksiyong mga gamot pagkatapos ng iyong dating negatibong resulta ng screening para sa Hepatitis C), sinasaklaw namin ang mga taunang screening.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Screening para sa HIV Babayaran namin ang isang screening exam para sa HIV kada 12 buwan para sa mga taong: • humiling ng screening exam para sa HIV, **o** • may mataas na panganib na magkaroon ng impeksyon ng HIV. Kung buntis ka, babayaran namin ang hanggang sa tatlong screening exam para sa HIV sa panahon ng pagbubuntis. Binabayaran din namin ang (mga) karagdagang HIV screening kapag inirekomenda ng iyong provider.	$0
	Screening para sa lung cancer na may mababang dosis ng computed tomography (low dose computed tomography, LDCT) Babayaran ng aming plano ang screening para sa cancer sa baga kada 12 buwan kung ikaw ay: • 50-77 ang edad, **at** • mayroong pagpapayo at pagbisita sa iyong doktor o iba pang kwalipikadong provider para magkasamang magpasya, **at** • nagsigarilyo nang hindi kukulangin sa isang pakete kada araw sa loob ng 20 taon nang walang senyales o sintomas ng cancer sa baga o nagsisigarilyo ngayon o huminto sa loob ng huling 15 taon Pagkatapos ng unang screening, babayaran ng aming plano ang isa pang screening kada taon kasama ng isang nakasulat na order mula sa iyong doktor o iba pang kwalipikadong provider. Kung pipiliin ng isang provider na magbigay ng pagbisita para sa pagpapayo at magkasamang pagdedesisyon tungkol sa mga screening para sa cancer sa baga, dapat matugunan ng pagbisita ang mga pamantayan ng Medicare para sa ganitong uri ng pagbisita.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Taunang pagbisita ukol sa kagalingan (Annual wellness visit) Maaari kang magpa-check up taun-taon. Ito ay para gumawa o i-update ang planong pang-prebensyon batay sa iyong mga kasalukuyang salik ng panganib. Binabayaran namin ito nang isang beses kada 12 buwan. **Tandaan:** Ang iyong unang taunang pagbisita ukol sa kagalingan ay hindi maaaring isagawa sa loob ng 12 buwan ng iyong **Welcome to Medicare** na pagbisita. Gayunpaman, hindi mo kailangang magkaroon ng **Welcome to Medicare** na pagbisita para makakuha ng mga taunang pagbisita ukol sa kagalingan pagkatapos mong magkaroon ng Part B nang 12 buwan.	$0
	Taunang pisikal na pagsusuri (Annual physical exam)* Ang isang karaniwang pisikal na pagsusuri kada 12 buwan maliban pa sa iyong taunang pagbisita ukol sa kagalingan (wellness) ay saklaw namin. Kasama sa pagbisitang ito ang komprehensibong pagsusuri ng iyong medikal na kasaysayan at kasaysayan ng pamilya, isang detalyadong pagtatasa (assessment) mula ulo hanggang sa daliri ng paa at iba pang serbisyo, mga referral at rekomendasyon na maaaring angkop. * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Therapy sa pamamagitan ng ginagabayang ehersisyo (supervised exercise therapy, SET) Binabayaran namin ang SET para sa mga miyembrong may sintomas ng peripheral artery disease (PAD) na may referral para sa PAD mula sa doktor na responsable sa PAD na paggamot. Babayaran ng aming plano ang: • hanggang sa 36 na sesyon sa isang 12-linggong panahon kung ang lahat ng mga pamantayan ng SET ay naabot • karagdagang 36 na sesyon paglipas ng panahon kung ituturing ng isang provider ng pangangalagang pangkalusugan na medikal na kinakailangan Ang SET program ay dapat na: • 30 hanggang 60 minutong mga sesyon ng isang therapeutic exercise-training program para sa PAD sa mga miyembrong dumaranas ng pamumulikat sa binti dahil sa hindi magandang pagdaloy ng dugo (claudication) • sa outpatient na setting ng ospital o sa isang opisina ng doktor • ibinibigay ng mga kwalipikadong tauhan na tinitiyak na mas malaki ang benepisyo kaysa sa posibleng pinsala at sinanay sila sa exercise therapy para sa PAD • sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng isang doktor, assistant ng doktor (physician assistant, PA), o nurse practitioner (NP)/klinikal na espesyalistang nurse (clinical nurse specialist, CNS) na sinanay sa kapwa basic at advanced na mga pamamaraan sa life support *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at/o referral at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon Mayroon kang hanggang sa pinagsamang limit na 24 one-way na biyahe patungo sa mga lokasyong inaprubahan ng plano na may kaugnayan sa kalusugan kada taon para sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon at hindi medikal na transportasyon. Bawat biyahe ay hindi puwedeng lumampas sa 70 milya. Sinasaklaw ng Medi-Cal ang walang limitasyong mga biyahe sa mga inaprubahang lokasyon kapag naubos mo na ang iyong 24 one-way na biyahe. Pinapayagan ng benepisyong ito ang transportasyon sa mga serbisyong medikal sa pamamagitan ng kotse, taxi o iba pang mga anyo ng pampubliko/pampribadong transportasyon. Kailangan ang transportasyon para makakuha ka ng kinakailangang pangangalagang medikal na sakop ng Medi-Cal, kabilang ang pagpunta sa mga appointment sa dentista at pagkuha ng mga gamot. Ang transportasyon para sa mga serbisyo ay pinagsamang sinasaklaw ng Medi-Cal at Medicare. Ang mga pagsasaayos para sa transportasyon ay inaasikaso ng Call the Car.Contact Call The Car sa 1-855-200-7544 [TTY: 711] 24 oras kada araw, pitong araw kada linggo. Ang pagsasaayos para sa transportasyon ay dapat gawin nang hindi bababa sa 24 oras bago ang biyahe. Naghahandog ang Call the Car ng isang mobile application (CTC-Go) na maaaring gamitin ng mga miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para maisaayos ang kanilang transportasyon sa pangangalagang pangkalusugan. Sa pamamagitan ng CTC-Go, maaari mong tingnan ang mga darating o nakaraang reservation, bigyan ng rating ang iyong biyahe, subaybayan ang iyong driver, kanselahin ang kasalukuyang reservation, at mag-schedule ng bagong reservation. Ang CTC-Go ay available sa iOS at Android. Hanapin sa app store ang “CTC’Go” at i-download ang application. * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
	Transportasyon: Hindi pang-emergency na medikal na transportasyon Pinapayagan ng benepisyong ito ang medikal na transportasyon para sa isang serbisyong sinasaklaw ng aming plano at ng Medicare. Maaaring kasama rito ang: mga serbisyo sa transportasyong medikal gamit ang ambulansya, sasakyang may stretcher, at sasakyang para sa wheelchair, pati na ang pakikipag-ugnayan sa paratransit. Mayroon kang hanggang sa pinagsamang limit na 24 one-way na biyahe patungo sa mga lokasyong inaprubahan ng plano na may kaugnayan sa kalusugan kada taon para sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon at hindi medikal na transportasyon. Bawat biyahe ay hindi puwedeng lumampas sa 70 milya. Sinasaklaw ng Medi-Cal ang walang limitasyong mga biyahe sa mga inaprubahang lokasyon kapag naubos mo na ang iyong 24 one-way na biyahe. Pinapahintulutan ang mga anyo ng transportasyon kapag: • Tinutukoy ng iyong medical provider na hindi ka makakabiyahe sakay ng bus, kotse, taxi, o iba pang uri ng pampubliko o pribadong transportasyon dahil sa iyong medikal at/o pisikal na kondisyon, **at** • maaaring kailanganin ang paunang pahintulot, depende sa serbisyo Ang mga pagsasaayos para sa transportasyon ay inaasikaso ng Call The Car. Dapat kontakin ng mga miyembro ang Call The Car sa 1-855-200-7544 [TTY: 711] 24 oras kada araw, pitong araw kada linggo. Maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para magpa-schedule, i-edit, subaybayan, at kanselahin ang mga reservation para sa sidewalk, pinto hanggang pinto, at wheelchair. Hindi maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para sa transportasyong may gurney at kailangan mong tumawag para gumawa ng ganitong uri ng reservation. Ang pagsasaayos para sa transportasyon ay dapat gawin nang hindi bababa sa 24 oras bago ang biyahe. * Ang mga serbisyo ay hindi kasama sa pagkalkula ng pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket limit) ng plano. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran mo
🍎	**"Welcome to Medicare" na preventive visit** Sinasaklaw namin ang isang beses na “Welcome to Medicare” na preventive visit. Kasama sa pagbisita ang: • isang pagsusuri sa iyong kalusugan, • edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga preventive na serbisyo na kailangan mo (kabilang ang mga screening at iniksyon (o mga bakuna)), **at** • mga referral para sa iba pang pangangalaga kung kailangan mo ito. **Tandaan:** Sinasaklaw lang namin ang “Welcome to Medicare” na preventive visit sa loob ng unang 12 buwan na mayroon kang Medicare Part B. Kapag gumawa ka ng iyong appointment, sabihin sa opisina ng iyong doktor na gusto mong i-schedule ang iyong “Welcome to Medicare” preventive visit.	$0

E. Chart ng Procedure ng mga Saklaw na Benepisyo sa Ngipin

Chart ng Procedure ng Mga Benepisyo sa Ngipin

Ang mga benepisyo sa ngipin ay kasama para sa lahat ng Miyembro sa planong ito at sinasaklaw ang ilang komprehensibong procedure para sa ngipin.

Ang sumusunod na ***Chart ng Procedure ng mga Benepisyo sa Ngipin*** ay nagpapakita ng partikular na mga procedure sa ngipin na saklaw ng Plano at wala kang babayaran. Ang mga nakalistang serbisyo ay mga saklaw na benepisyo kapag ibinibigay ito ng isang in-network na lisensiyadong dentista at kapag kinakailangan at nakaugalian ito ayon sa mga pamantayang karaniwang tinatanggap ng mga dentista.

Mahalaga: Pakitandaan na ang **mga procedure na hindi nakalista ay hindi saklaw**.

Mahalaga: May ilang mga serbisyo sa ngipin na hindi saklaw sa kahit anumang kondisyon (kilala rin bilang Exclusion) at may ilang mga serbisyo sa ngipin na saklaw lamang sa ilalim ng partikular na mga kondisyon (kilala rin bilang Mga Limitasyon). Pakitingnan ang hanay ng “Mga karaniwang limitasyon” sa ***Chart ng Procedure ng mga Benepisyo sa Ngipin*** sa ibaba at ang “Mga karaniwang di-kasama” na nakalista pagkatapos ng ***Chart ng Procedure ng mga Benepisyo sa Ngipin*** para sa higit pang impormasyon.

Mahalaga: Ang “Mga Karaniwang Limitasyon” na hanay na may nakalistang limitasyon kung gaano kadalas sa ***Chart ng Procedure ng mga Benepisyo sa Ngipin*** sa ibaba na walang binanggit kung ito ba ay kada taon ng plano o pang-habambuhay ay batay sa huling petsa ng serbisyo. Halimbawa, ang limitasyon na 1 bawat 6 buwan ay nangangahulugang maaari kang makatanggap ng nakalistang serbisyo isang beses bawat anim na buwan mula sa petsa na huling natanggap mo ang parehong serbisyo. Kaya, kung natanggap mo ang iyong unang serbisyo sa Enero 1st, magiging karapat-dapat ka muli para sa serbisyong iyon sa Hulyo 1st. Kung natanggap mo ang iyong unang serbisyo sa Hulyo 1st, hindi ka magiging karapat-dapat para sa serbisyong iyon hanggang Enero 1st ng susunod na taon ng plano. Ang mga serbisyong walang limitasyon sa dalas na nakalista ay walang limitasyong kapag kinakailangan at nakaugalian ayon sa mga pamantayang karaniwang tinatanggap ng mga dentista.

Ang mga serbisyo ay nakalista sa code ng procedure ng American Dental Association (ADA) base sa kasalukuyang dental na terminolohiya. Iniaatas ng pederal na batas ang paggamit ng ADA code para maireport ang mga dental na mga procedure. Ang mga code ng procedure ay maaaring baguhin sa papana-panahon ng ADA. Samakatuwid, maaaring baguhin ng Plano ang listahan ng code na ito kung kinakailangan ayon sa batas. Maaari kang makakuha ng kasalukuyang bersyon ng listahan ng code ng ADA sa pamamagitan ng pagkontak sa customer service department ng Dental Plan Administrator (DPA) sa **1-866-247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw kada linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Lunes hanggang Biyernes mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Code ng ADA	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran	Mga karaniwang limitasyon
Mga Eksaminasyon sa Bibig			
D0140	Limitadong pagsusuri ng bibig – nakatuon sa partikular na problema	$0	1 kada taon ng kalendaryo
Iba pang Mga Serbisyong Diagnostic Para sa Ngipin			
D0190	Screening ng pasyente	$0	1 (D0190 o D0191) kada taon ng kalendaryo
D0191	Pagtatasa (assessment) ng pasyente	$0	1 (D0190 o D0191) kada taon ng kalendaryo
D0364	Cone beam CT pagkuha at interpretasyon na may limitadong larangan ng view - mas mababa sa isang buong panga	$0	1 (D0364, D0365, D0366 o D0367) kada taon ng kalendaryo
D0365	Cone beam CT pagkuha at interpretasyon na may larangan ng pagtingin ng isang buong dental arch - mandible	$0	1 (D0364, D0365, D0366, D0367 o D0368) kada taon ng kalendaryo

Code ng ADA	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran	Mga karaniwang limitasyon
D0366	Cone beam CT pagkuha at interpretasyon na may larangan ng pagtingin ng isang buong dental arch - maxilla, may o walang cranium	$0	1 (D0364, D0365, D0366, D0367 o D0368) kada taon ng kalendaryo
D0367	Cone beam CT pagkuha at interpretasyon na may larangan ng pagtingin ng parehong panga, na may o walang cranium	$0	1 (D0364, D0365, D0366, D0367 o D0368) kada taon ng kalendaryo
D0368	Cone beam CT pagkuha at interpretasyon para sa serye ng TMJ kabilang ang dalawa o higit pang mga exposure	$0	1 (D0364, D0365, D0366, D0367 o D0368) kada taon ng kalendaryo
D0380	Cone beam CT pagkuha ng imahe na may limitadong larangan ng pagtingin - mas mababa sa isang buong panga	$0	Kasama sa bayad para sa nakumpletong serbisyo
D0381	Cone beam CT imahe pagkuha na may larangan ng pagtingin ng isang buong dental arch - mandible	$0	Kasama sa bayad para sa nakumpletong serbisyo
D0382	Cone beam CT imahe pagkuha na may larangan ng pagtingin ng isang buong dental arch - maxilla, may o walang cranium	$0	Kasama sa bayad para sa nakumpletong serbisyo
D0383	Cone beam CT pagkuha ng imahe na may larangan ng pagtingin ng parehong panga, na may o walang cranium	$0	Kasama sa bayad para sa nakumpletong serbisyo
Mga Restorative na Serbisyo			
D2720	Crown - resin na may high noble metal	$0	2 kada taon ng kalendaryo
D2722	Crown - resin na may noble metal	$0	2 kada taon ng kalendaryo
D2750	Crown - porcelain na pinagsama sa high noble metal	$0	2 kada taon ng kalendaryo
D2752	Crown - porcelain na pinagsama sa noble metal	$0	2 kada taon ng kalendaryo
D2790	Crown - buong cast na high noble metal	$0	2 kada taon ng kalendaryo
D2792	Crown - buong cast na noble metal	$0	2 kada taon ng kalendaryo
Periodontics			
D4240	Gingival flap procedure, kabilang ang root planning - apat o higit pang magkakadikit na ngipin o bounded spaces na ngipin kada quadrant	$0	1 (D4240 o D4241) kada quadrant kada 3 taon ng kalendaryo

Code ng ADA	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran	Mga karaniwang limitasyon
D4241	Gingival flap procedure - kabilang ang root planing - isa hanggang tatlong magkakadikit na ngipin o bounded spaces na ngipin kada quadrant	$0	1 (D4240 o D4241) kada quadrant kada 3 taon ng kalendaryo
D4263	Bone replacement graft - pinanatiling natural na ngipin - unang site sa quadrant	$0	1 bawat ngipin kada 3 taon ng kalendaryo
D4264	Bone replacement graft - pinanatiling natural na ngipin - bawat karagdagang site sa quadrant	$0	1 bawat ngipin kada 3 taon ng kalendaryo
D4266	Ginabayang regeneration ng tissue, natural na ngipin – resorbable barrier, sa bawat site	$0	1 (D4266 o D4267) bawat ngipin kada 3 taon ng kalendaryo
D4267	Ginabayang regeneration ng tissue, natural na ngipin – hindi resorbable na barrier, bawat site	$0	1 (D4266 o D4267) bawat ngipin kada 3 taon ng kalendaryo
Prosthodontics, natatanggal			
D5221	Immediate maxillary partial na pustiso - resin base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	$0	1 (D5221, D5223, D5225 o D5227) kada 5 taon ng kalendaryo
D5222	Immediate mandibular partial na pustiso - resin base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	$0	1 (D5222, D5224, D5226 o D5228) kada 5 taon ng kalendaryo
D5223	Immediate maxillary partial na pustiso - cast metal framework na may mga resin denture na base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	$0	1 (D5221, D5223, D5225 o D5227) kada 5 taon ng kalendaryo
D5224	Immediate mandibular partial na pustiso - cast metal framework na may mga resin denture na base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	$0	1 (D5222, D5224, D5226 o D5228) kada 5 taon ng kalendaryo
D5225	Maxillary partial na pustiso - flexible base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	$0	1 (D5221, D5223, D5225 o D5227) kada 5 taon ng kalendaryo
D5226	Mandibular partial na pustiso - flexible base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	$0	1 (D5222, D5224, D5226 o D5228) kada 5 taon ng kalendaryo

Code ng ADA	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran	Mga karaniwang limitasyon
D5227	Agarang maxillary partial na pustiso – flexible base (kabilang ang anumang mga clasp, rest at ngipin)	$0	1 (D5221, D5223, D5225 o D5227) kada 5 taon ng kalendaryo
D5228	Immediate mandibular partial na pustiso – flexible base (kabilang ang anumang mga clasp, rest at ngipin)	$0	1 (D5222, D5224, D5226 o D5228) kada 5 taon ng kalendaryo
D5670	Palitan ang lahat ng ngipin at acrylic sa cast metal na framework (maxillary)	$0	1 beses kada 6 buwan
D5671	Palitan ang lahat ng ngipin at acrylic sa cast metal na framework (mandibular)	$0	1 beses kada 6 buwan
D5710	Rebase kumpletong maxillary na pustiso	$0	1 kada taon ng kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang paglalagay)
D5711	Rebase kumpletong mandibular na pustiso	$0	1 kada taon ng kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang paglalagay)
D5720	Rebase maxillary partial na pustiso	$0	1 kada taon ng kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang paglalagay)
D5721	Rebase mandibular partial na pustiso	$0	1 kada taon ng kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang paglalagay)
Prosthodontics, permanente			
D6240	Pontic - porcelain na pinagsama sa high noble metal	$0	1 bawat ngipin kada 5 taon ng kalendaryo
D6242	Pontic - porcelain na pinagsama sa noble metal	$0	1 bawat ngipin kada 5 taon ng kalendaryo
D6250	Pontic - resin na may high noble metal	$0	1 bawat ngipin kada 5 taon ng kalendaryo
D6252	Pontic - resin na may noble metal	$0	1 bawat ngipin kada 5 taon ng kalendaryo

Code ng ADA	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa iyo	Ano ang dapat mong bayaran	Mga karaniwang limitasyon
D6750	Retainer crown - porcelain na pinagsama sa high noble metal	$0	1 bawat ngipin kada 5 taon ng kalendaryo
D6752	Retainer crown - porcelain na pinagsama sa noble metal	$0	1 bawat ngipin kada 5 taon ng kalendaryo
Oral at Maxillofacial na Operasyon			
D7953	Bone replacement graft para sa pag-iingat ng ridge - bawat site	$0	1 bawat buhay sa bawat site Ang D7953 ay isang benepisyo kapag ibinigay sa panahon ng implant o pagtanggal ng ngipin
Adjunctive na mga Pangkalahatang Serbisyo			
D9211	Regional block anesthesia	$0	Hindi hiwalay na bayad. Kasama sa bayad para sa nakumpletong serbisyo
D9212	Trigeminal division block anesthesia	$0	Hindi hiwalay na bayad. Kasama sa bayad para sa nakumpletong serbisyo
D9215	Lokal na anesthesia kasabay ng mga operasyon o operasyon	$0	Hindi hiwalay na bayad. Kasama sa bayad para sa nakumpletong serbisyo

TANDAAN: Sinusunod lang ang mga nakalistang halaga ng Bahaging Gastos ng Miyembro kapag tumanggap ka ng mga serbisyo sa ngipin mula sa isang dentistang nasa network.

TANDAAN: Dahil nakikipagkontrata ang Blue Shield sa Medicare kada taon, ang mga benepisyong ito sa ngipin ay maaaring hindi available sa susunod na taon.

Pagkuha ng Pangangalaga sa Ngipin

Introduksyon

Ang dental Plan ng Blue Shield of California ay pinangangasiwaan ng isang nakakontratang Tagapangasiwa ng Dental Plan (DPA), isang entidad na nakikipagkontrata sa Blue Shield of California para mapangasiwaan ang pagbibigay ng serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng isang network ng nakipagkontratang dentista. Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa impormasyon sa seksyon ng ngipin na ito, nangangailangan ng tulong, o may anumang problema, maaari kang makipag-ugnayan sa customer service department ng DPA sa **1-866-247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw kada linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Lunes hanggang Biyernes mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Bago Tumanggap ng Mga Serbisyo sa Ngipin

May pananagutan ka na siguraduhing ang dentistang iyong pinili ay nasa network.

Ang nasa network lamang na Plano ng ngipin ay hindi nagbabayad ng mga benepisyo sa mga dentistang nasa labas ng network. Ang mga serbisyong natanggap mula sa isang dentistang wala sa network ay hindi sasaklawin. Kapag tumanggap ka ng mga serbisyo mula sa isang dentistang wala sa network, magiging responsable ka para sa pagbabayad nang direkta sa dentista para sa buong halagang sinisingil ng dentista.

TANDAAN: Ang katayuan ng isang dentistang nasa network ay maaaring magbago. Responsibilidad mong siguraduhin na ang iyong dentista ay kasalukuyang nasa network, kung sakali mang mayroong anumang pagbabago sa listahan ng nakakontratang mga dentista. Maaaring makakuha ng listahan ng mga dentistang nasa network sa pamamagitan ng pagkontak sa customer service department ng DPA sa **1-866-247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw kada linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Lunes hanggang Biyernes mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Ang Pagbisita sa Iyong Dentista
Mga ilang sandali pagkatapos na makapag-enroll, makakatanggap ka ng isang pakete ng membership mula sa DPA na nagsasabi ng petsa ng pagka-epektibo ng iyong mga benepisyo at ang address at numero ng telepono ng iyong dentista na nasa network o ang dentista ng pangunahing pangangalaga (primary care dentist, PCD). Pagkatapos ng petsa ng pagka-epektibo na nasa iyong pakete ng membership, maaari kang makatanggap ng mga saklaw na serbisyong pangangalaga sa ngipin. Para gumawa ng appointment, tawagan lamang ang opisina ng iyong PCD at ipakilala ang iyong sarili bilang isang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan na Miyembro. Ang mga unang appointment ay dapat na naka-schedule sa loob ng apat na linggo maliban na lamang kung may partikular na panahong hinihiling. Ang mga tanong tungkol sa kung kailan maaaring makakuha ng mga appointment at kung kailan maaaring makipagkita ng mga dentista ay dapat na idirekta sa customer service department ng DPA sa **1-866-247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw kada linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Lunes hanggang Biyernes mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

TANDAAN: Ang bawat Miyembro ay dapat na pumunta sa kanilang itinalagang PCD upang makatanggap ng mga saklaw na serbisyo, maliban sa mga serbisyong ibinibigay ng isang espesyalista na paunang pinahintulutan sa pamamagitan ng sulat ng DPA. Ang anumang iba pang paggamot ay hindi sakop sa ilalim ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Kailangan mong kontakin ang iyong PCD para sa lahat ng mga pangangailangan sa pangangalaga ng ngipin kabilang ang konsultasyon sa mga espesyalista sa plano. Ang PCD ay may responsibilidad sa pagbibigay ng pangkalahatang mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin at sa pag-koordina o pagsasaayos ng rekomendasyon sa iba pang kinakailangang mga espesyalista sa plano. Dapat pahintulutan ng Plano ang mga naturang rekomendasyon.

Mga Copayment ng Miyembro

Bago simulan ang iyong paggamot, ang iyong dentista ay gagawa ng isang plano sa paggamot para matugunan ang iyong mga indibidwal na pangangailangan. Pinakamabuting makipag-usap sa iyong dentista tungkol sa iyong plano sa paggamot at pinansiyal na mga pananagutan bago simulan ang paggamot.

Ibinibigay sa iyo nang libre ang mga sinasaklaw na serbisyo sa ngipin mula sa isang dentistang nasa network. Kung pipiliin mong pumunta sa isang dentistang wala sa network, walang ibibigay na mga benepisyo at ikaw ang sasagot sa pagbabayad nang direkta sa dentista para sa buong halagang sinisingil ng dentista.

Kung kailangan mo ng karagdagang tulong sa pagkuha ng impormasyon tungkol sa iyong plano sa paggamot, maaari mong kontakin ang customer service department ng DPA sa **1-866-247-2486 [TTY:711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw kada linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Lunes hanggang Biyernes mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Ang pagpili ng pangunahing pangangalaga na dentista

Sa panahon ng pag-enroll, kailangan mong piliin ang dentistang nasa network para maging iyong PCD. Kung hindi ka pumili ng isang dentista sa network o hindi available ang dentistang nasa network, hihilingin ng DPA ang pagpili ng iba pang dentistang nasa network o kaya itatalaga ka sa ibang dentista sa network. Maaari mong baguhin ang iyong nakatalagang dentista sa network sa pamamagitan ng pagkontak sa customer service department ng DPA sa **1-866-247-2486 [TTY:711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw kada linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Lunes hanggang Biyernes mula Abril 1 hanggang Setyembre 30. Para matiyak na inabisuhan ang iyong dentista sa network at tama ang listahan ng DPA sa mga kuwalipikado, dapat hilingin ang mga pagbabago sa mga dentistang nasa network bago sumapit ang ika-21 araw ng buwan para maging epektibo ang mga pagbabago sa unang araw ng susunod na buwan.

Kung ang iyong dentista ay hindi na nakikipagkontrata sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan DPA

Kung ang iyong piniling dentista sa network ay hindi na maaaring magpatuloy sa ilalim ng kontrata ng DPA dahil hindi na niya kayang gampanan ang kanyang mga tungkulin o nilabag niya ang kontrata, o kung tinapos ng DPA ang kontrata, aabisuhan ka ng DPA nang hindi bababa sa 30 araw ng kalendaryo bago sumapit ang epektibong petsa ng pagwawakas ng dentista para mabigyan ka ng pagkakataong pumili ng iba pang dentistang nasa network.

Kung inabisuhan ka ng DPA ng pangangailangang pumili ng iba pang dentista sa network para sa dahilang ito, ang mga bayarin para sa pagdodoble at paglipat ng mga X-ray o iba pang mga talaan ay kakanselahin. Kukumpletuhin din ng dentistang nasa network na matatapos na ang kontrata (a) ang isang bahagi o buong pustiso na kung saan ang huling mga impression ay kinuha, at (b) ang lahat ng trabaho sa bawat ngipin na sinimulang pagtrabahuhan (tulad ng pag-deliver ng mga crown kapag naihanda na ang mga ngipin).

Pang-emergency na pangangalaga sa ngipin

Ang planong ito ay hindi nagbabayad ng mga benepisyo para sa mga pang-emergency na serbisyo sa pangangalaga sa ngipin.

Pagkuha ng ikalawang opinyon (second opinion) para sa pangangalaga sa ngipin

Maaari kang humiling ng ikalawang opinyon kung hindi ka sumasang-ayon o nagdududa ka sa pagsusuri at/o pagtukoy sa plano ng paggamot ng iyong dentista na nasa network. Maaari ding hilingin ng DPA na kumuha ka ng ikalawang opinyon para makumpirma ang pangangailangan at pagiging angkop ng paggamot sa ngipin o ang paggamit ng mga benepisyo.

Ang mga ikalawang opinyon ay dapat na isagawa ng isang lisensiyadong dentista sa isang napapanahong paraan, na angkop sa iyong kondisyon. Ang mga kahilingang kaugnay sa mga kaso na may seryosong panganib na malapit nang mangyari ay mapapabilis (ang pahintulot ay aaprubahan o tatanggihan sa loob ng 72 oras ng pagkatanggap ng kahilingan, hangga't maaari). Para sa tulong o karagdagang impormasyon tungkol sa mga procedure at takdang panahon para sa mga pagpapahintulot ng ikalawang opinyon, tawagan ang customer service department ng DPA sa **1-866-247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw kada linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, at tuwing Lunes hanggang Biyernes mula Abril 1 hanggang Setyembre 30 o kaya sumulat sa DPA.

Ibibigay ang ikalawang opinyon sa opisina ng ibang dentista sa network, maliban na lamang kung pinapahintulutan ang ibang opsiyon ng DPA. Pahihintulutan ng DPA ang ikalawang opinyon mula sa isang wala sa network na provider kung walang available na angkop na kwalipikadong dentista na nasa network. Babayaran lang ng DPA ang ikalawang opinyon na inaprubahan o pinahintulutan ng DPA. Padadalhan ka ng nakasulat na abiso kung dapat magpasya ang DPA na hindi pahintulutan ang ikalawang opinyon. Kung hindi ka sumasang-ayon sa pagtukoy na ito, maaari kang maghain ng apela sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Tingnan ang seksyong *Proseso ng Karaingan at Apela* sa ibaba para sa karagdagang impormasyon.

Pangangasiwa ng mga benepisyo

Ang Planong ito ay nagbibigay ng mga benepisyo nang walang pagsasaalang-alang sa saklaw ng alinmang iba pang grupo ng insurance policy o anumang iba pang grupo ng mga benepisyo sa kalusugan na programa kung ang ibang policy o programa ay sumasaklaw sa mga serbisyo o gastos bilang karagdagan sa pangangalaga sa ngipin. Kung hindi, ang mga benepisyong ibinigay sa ilalim ng Planong ito ng mga espesyalista o ng mga wala sa network na dentista ay nag-coordinate sa mga naturang ibang grupo ng mga patakaran sa insurance sa ngipin o anumang mga pang-grupong benepisyong dental na programa. Kung aling patakaran o programa ang itinuturing na pangunahin ay pangangasiwaan ng mga tuntuning nakasaad sa kontrata.

Kung ang Planong ito ay sekundaryo, ito'y magbabayad ng mas mababa sa:
• Ang halagang dapat nitong binayaran kung walang ibang saklaw na benepisyong dental, o;
• Kabuuang gastusing mula sa sariling bulsa ng Miyembro na maaaring bayaran sa ilalim ng pangunahing benepisyong dental na plano hangga't ang mga benepisyo ay saklaw sa ilalim ng Planong ito.

Ang Miyembro ay dapat na magbigay sa DPA at ang DPA ay maaaring magsiwalat para makakuha mula sa alinmang kompanya ng insurance o iba pang organisasyon, anumang impormasyon tungkol sa Miyembro na kinakailangan para mapangasiwaan ang pagsasaayos ng mga benepisyo. Ang DPA ay, sa kanyang sariling pagpapasya, magpapasya kung ang anumang pag-reimburse sa isang kompanya ng insurance o iba pang organisasyon ay angkop sa ilalim ng probisyon ng pangangasiwa ng mga benepisyong inilalarawan dito, at ang anumang gayong pag-reimburse na binayaran ay itituring na mga benepisyo sa ilalim ng kontratang ito. Ang DPA ay magkakaroon ng karapatang bawiin mula sa isang dentista, Miyembro, kompanya ng insurance o iba pang organisasyon, ayon sa desisyon ng DPA, ang halaga ng anumang benepisyong ibinayad ng DPA na humihigit sa kanyang mga obligasyon sa ilalim ng probisyon ng pangangasiwa ng mga benepisyong inilalarawan dito.

Ang proseso ng karaingan at apela

Ang aming pangako sa iyo ay para hindi lamang masiguro ang kalidad ng pangangalaga, ngunit pati na rin ang kalidad ng paggamot Ang kalidad ng paggamot na ito ay nagsisimula sa mga propesyonal na serbisyong ibinibigay ng mga dentista na nasa network patungo sa kagandahang-loob na ipinaabot sa iyo ng aming mga kinatawan sa telepono. Kung mayroon kang tanong o reklamo tungkol sa pagiging karapat-dapat, ang pagtanggi ng mga serbisyong dental o mga claim, ang mga patakaran, pamamaraan o pagpapatakbo ng DPA o ang kalidad ng mga serbisyo sa ngipin na isinagawa ng isang dentista na nasa network, mayroon kang karapatan na maghain ng karaingan o apela sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Mangyaring pumunta sa **Kabanata 9** (*Ano ang dapat gawin kung mayroon kang problema o reklamo (*mga desisyon sa saklaw*, apela, reklamo))* para sa higit pang impormasyon kung paano maghain ng karaingan o apela. Kung mayroon kang tanong, tawagan ang DPA sa **1-866-247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw kada linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Lunes hanggang Biyernes mula Abril 1 hanggang Setyembre 30. Maaari mo ding kontakin ang Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (ang mga numero ng telepono ay matatagpuan sa likod na pabalat ng dokumentong ito).

Mga karaniwang hindi kasama para sa dental na HMO Plan

- Anumang procedure na hindi espesipikong nakalista sa *Chart ng Procedure ng mga Benepisyo sa Ngipin.*

- Anumang procedure na, ayon sa propesyonal na opinyon ng dentista na nasa network:
  - ay may maliit na posibilidad na maging matagumpay (poor prognosis) at tumagal nang sapat dahil sa kondisyon ng ngipin o mga ngipin at/o mga nakapaligid na bahagi, oe, o
  - ay kasalungat sa karaniwang katanggap-tanggap na mga pamantayan sa pangangalaga sa ngipin.

- Mga serbisyong para lamang sa pagpapaganda o para sa mga kondisyong dulot ng depektong namana o nabuo habang lumalaki, tulad ng cleft palate (siwang sa ngalangala), maling pagkakahubog ng itaas at ibabang panga, mga ngiping likas na wala mula pagkasilang, at mga ngiping nag-iba ang kulay o walang enamel.
- Mga nawala o ninakaw na dental appliance, tulad ng buo o partial na mga pustiso at mga crown.
- Mga procedure, dental appliance, o restoration na ang layunin ay baguhin ang taas ng kagat, o suriin o gamutin ang mga abnormal na kondisyon ng temporomandibular joint (TMJ), maliban kung nakalista ang mga ito sa *Chart ng Procedure sa mga Benepisyo sa Ngipin*.
- Precious metal para sa naaalis na mga appliance, metallic o permanenteng mga soft base para sa kumpletong mga pustiso, porcelain na mga ngipin ng pustiso, mga precision abutment para sa naaalis na mga partial o fixed partial na mga pustiso (mga overlay, implant, at appliance na kaugnay ng mga binanggit) at personalization at characterization ng kumpleto at partial na mga pustiso.
- Implant na sinusuportahan ng mga dental appliance at attachment, implant placement, pagpapanatili, pagtanggal at lahat ng iba pang serbisyong nauugnay sa isang dental implant.
- Mga konsultasyon para sa mga hindi saklaw na benepisyo.
- Mga serbisyo sa ngipin na natanggap mula sa alinmang dental office maliban sa itinalagang dentista sa network o isang paunang pinahintulutang espesyalista sa ngipin.
- Lahat ng mga kaugnay na singil para sa pag-admit, paggamit, o pananatili sa isang ospital, outpatient na sentro ng operasyon, pasilidad ng pinahabang pangangalaga, o iba pang katulad na pasilidad ng pangangalaga.
- Mga inireresetang gamot.
- Mga gastos sa ngipin dahil sa anumang pamamaraan sa ngipin na nagsimula bago ang pagiging kuwalipikado ng Miyembro sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Kabilang sa mga halimbawa ang: mga ngipin na inihanda para sa mga crown at buo o bahaging mga pustiso na kinuha ang isang impression.
- Myofunctional at parafunctional na mga appliance at/ o therapy.

F. Mga Suporta sa Komunidad (Community Supports)

Maaari kang makakuha ng mga suporta sa ilalim ng iyong Plano sa Pangangalaga para sa Indibidwal. Ang Suporta sa Komunidad ay mga alternatibong serbisyo o lugar na angkop sa medikal at matipid sa gastos para sa mga saklaw sa ilalim ng Medi-Cal State Plan. Opsyonal para sa mga miyembro ang mga serbisyong ito. Kung kwalipikado ka, maaaring makatulong sa iyo ang mga serbisyong ito na mamuhay nang mas independiyente. Hindi pinapalitan ng mga ito ang mga benepisyong iyong tinatanggap na sa ilalim ng Medi-Cal.

Kasama sa mga halimbawa ng Mga Suporta sa Komunidad na inaalok namin ang mga pagkain na may medikal na suporta o mga pagkaing iniangkop sa mga pangangailangang medikal, tulong para sa iyo o sa iyong caregiver, o mga hawakan sa shower at mga rampa. Ang Mga Suporta sa Komunidad ay mga opsyonal na serbisyo (hindi mga benepisyo) na inaalok ng Blue Shield Promise Health Plan sa mga karapat-dapat na miyembro ng Medi-Cal. Nagbibigay ang mga serbisyong ito ng suporta sa mga miyembro sa ibabaw at higit pa sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long Term Care Support Services, LTSS) upang pahusayin at suportahan ang pangangalaga ng mga miyembro. Mag-kaiiba ang mga serbisyong ito batay sa mga pangangailangan ng mga miyembro at sa pamantayan ng pagiging karapat-dapat ng Blue Shield Promise Health Plan. Kailangan ng paunang pahintulot. Nagbibigay ang Blue Shield Promise Health Plan ang Mga Suporta sa Komunidad sa mga kwalipilkadong miyembro na nasa mga county ng Los Angeles at San Diego:

Mga deposito sa pabahay	Makakatanggap ang mga miyembro ng tulong sa paghahanap, pag-coordinate, pagtiyak, o pagpopondo ng isang-beses na mga serbisyong kinakailangan para mag-set up ng isang pangunahing sambahayan.
Mga pagbabago para maging mas madaling gamitin at mapuntahan ang kapaligiran (mga pagbabago sa bahay)	Mga pisikal na pag-aangkop sa isang tahanan para tiyakin ang kalusugan, kapakanan, at kaligtasan ng indibidwal at nagpapahintulot sa mga miyembro na kung hindi nangangailangang ilagay sa institusyon ay mananatili sa kanilang mga tahanan.
Mga pagkaing iniangkop sa mga pangangailangang medikal/Mga pagkain na may medikal na suporta	Suportang pangnutrisyon para sa mga miyembro, lalo na ang mga may hindi gumagaling na kondisyon, kung saan ang pagtugon sa mga layuning pangnutrisyon ay napakahalaga para maging malusog at manatiling malusog.
Mga pang-araw na programa para sa habilitation	Nakakatulong ito sa mga miyembro ng Medi-Cal sa isang nasa hindi pasilidad na setting para bumuo ng pagtulong sa sarili, pagsasapanlipunan, at mga kakayahang umangkop na kailangan para magtagumpay sa kanilang mga kapaligiran ng tahanan.
Mga serbisyo ng pamamahinga para sa mga caregiver ng mga miyembro ng Medi-Cal.	Panandalian at hindi medikal na pamamahinga mula sa mga tungkulin ng caregiving para sa mga taong nag-aalaga sa mga miyembro ng Medi-Cal na nangangailangan ng patigil-tigil at pansamantalang pangangasiwa.
Mga serbisyo para mapanatili ang iyong tirahan (Housing tenancy and sustaining services)	Makakatanggap ang mga miyembro ng tulong sa pagpapanatili ng ligtas at matatag na pangungupahan pagkatapos makahanap ng pabahay.

Mga serbisyo para sa gabay (navigation) sa paglipat ng tirahan	Makakatanggap ang mga miyembro ng tulong sa pagkuha ng pabahay.
Mga serbisyo sa paglipat ng komunidad/Paglipat ng pasilidad ng pag-aalaga sa isang tahanan	Nakakatulong ito sa mga miyembrong mamuhay sa komunidad at iwasan ang karagdagang paglalagay sa mga institusyon.
Mga serbisyo sa personal na pangangalaga at gawaing bahay	Makakatanggap ang mga miyembro ng tulong sa Mga Aktibidad sa Pang-araw-araw na Pamumuhay (Activities of Daily Living, ADLs) tulad ng paliligo, pagbibihis, pagtulong sa paggamit ng palikuran, ambulasyon, o pagpapakain, at sa Mga Serbisyo sa Personal na Pangangalaga tulad ng paghahanda ng pagkain, pamimili sa grocery, at pangangasiwa ng pera para sa Mga miyembro na hindi maaaring manatili sa kanilang tahanan kung wala ang mga suportang ito.
Mga sobering center	Ligtas at sumusuportang mga lugar para mahimasmasan ang mga indibidwal pagkatapos makita sa publiko na lango dahil sa alak o droga at tulong para sa mga taong walang bahay o hindi maayos na kalagayan ng pamumuhay na kung hindi ay ipapadala sa departamento para sa emergency o sa kulungan.
Pag-alis o pagkontrol ng hika	Mga pisikal na pagbabago sa kapaligiran ng tahanan ng indibidwal na nagtitiyak ng kalusugan, kapakanan, at kaligtasan, o paganahin ang functioning sa tahanan kung ang mga episode ng malalang hika ay maaaring magresulta sa pagpapaospital o paghahanap ng mga pang-emergency na serbisyo.
Paglipat ng pasilidad ng pag-aalaga/Paglihis sa mga pasilidad ng tinutulungang pamumuhay	Nakakatulong ito sa mga miyembro na mamuhay sa komunidad o maiwasang manatili sa isang institusyon kung posible.
Panandaliang pabahay pagkatapos ng pagpapaospital	Isang lugar para sa mga miyembro na may mataas na pangangailangan sa medikal o sa pag-uugali na walang tahanan para ipagpatuloy ang agad na pagpapagaling pagkatapos lumabas sa isang inpatient na ospital o mga pasilidad.
Pangangalaga habang nagpapagaling (medical respite)	Panandaliang pangangalaga sa pasilidad para sa mga hindi na nangangailangan ng pagpapaospital, pero kailangan pa ring gumaling mula sa pinsala o karamdaman, kabilang ang isang kondisyon sa kalusugan ng isip na maaaring lumala kung hindi maayos ang kalagayan ng pamumuhay.

Kung kailangan mo ng tulong o gusto mong malaman kung aling Mga Suporta sa Komunidad ang available para sa iyo, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY 711) o tumawag sa iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan.

Impormasyon para sa mga miyembro

- Tumawag sa Customer Service ng Blue Shield Promise Health Plan sa iyong rehiyon Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8 a.m. at 6 p.m.: Los Angeles: 1-800-605-2556 / San Diego: 1-855-699-5557
- Tumawag sa Health Care Options (HCO) sa 1-800-430-4263 (TTY 800-430-7077)
- Pumunta sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan para sa higit pang impormasyon: https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx

G. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano

Hindi namin sinasaklaw ang mga sumusunod na serbisyo, pero makukuha ang mga ito sa pamamagitan ng bayad-para sa serbisyo ng Medi-Cal.

G1. Paglipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT)

Ang programang Paglipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT) ay gumagamit ng lokal na Mga Namumunong Organisasyon (Lead Organizations) upang matulungan ang karapat-dapat na mga benepisyaryo ng Medi-Cal, na nanirahan sa isang inpatient na pasilidad nang hindi kukulangin sa 60 magkakasunod na araw, na makalipat pabalik sa, at nananatiling ligtas sa, isang komunidad na kinalalagyan. Pinopondohan ng CCT na programa ang mga serbisyong nag-coordinate ng paglipat sa panahong bago lumipat at sa 365 araw pagkatapos na lumipat para matulungan ang mga benepisyaryo na makabalik sa isang komunidad na kinalalagyan.

Maaari kang makatanggap ng mga serbisyo para sa koordinasyon ng paglipat mula sa alinmang CCT na Lead Organization na nagsisilbi sa county na iyong tinitirahan. Maaari kang makahanap ng listahan ng mga Lead Organization ng CCT at ng mga county na kanilang pinagsisilbihan sa website ng Departamento ng Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services) sa: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para sa mga serbisyong nag-kokoordina ng paglipat ng CCT

Ang Medi-Cal ang magbabayad para sa mga serbisyong nag-coordinate ng paglipat. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong walang kaugnayan sa iyong CCT na paglipat

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

Habang tumatanggap ka ng mga serbisyo sa koordinasyon ng paglipat ng CCT, babayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Chart ng mga Benepisyo sa **Seksyon D**.

Walang pagbabago sa benepisyong saklaw sa gamot

Ang programa ng CCT ay **hindi** sumasaklaw ng mga gamot. Patuloy mong matatanggap ang iyong normal na benepisyo sa gamot sa pamamagitan ng aming plano. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalaga sa paglipat na hindi CCT, tawagan ang iyong tagapangasiwa ng pangangalaga para makapagsaayos ng mga serbisyo. Ang pangangalaga sa paglipat na hindi CCT ay ang pangangalaga na **walang** kaugnayan sa iyong paglipat mula sa isang institusyon o pasilidad.

G2. Medi-Cal Dental

Available ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental.

Makikita ang higit pang impormasyon sa website na SmileCalifornia.org. Kasama sa Medi-Cal Dental, ngunit hindi limitado sa mga ito, ang mga serbisyong katulad ng:

- mga unang eksaminasyon, X-ray, paglilinis, sealant, at fluoride na paggamot
- mga restoration at crown
- root canal therapy
- partial at kumpletong mga pustiso, adjustments, repair, at reline

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa ngipin na available sa Medi-Cal Dental, o kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap ng dentistang tumatanggap ng Medi-Cal, kontakin ang linya ng customer service sa 1-800-322-6384 (TTY users tumawag sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental Services Program ay maaaring makausap na tulungan ka simula 8 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari mo ring bisitahin ang website na smilecalifornia.org/ para sa higit pang impormasyon.

Sa mga county ng Los Angeles, maaari kang makakuha ng mga benepisyo sa ngipin ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Dental Managed Care plan (Dental MCP). Kung nais mo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga plano sa ngipin ng Medi-Cal o gustong gumawa ng mga pagbabago, kontakin ang Health Care Options sa 1-800-430-4263 (TTY users tumawag sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. Libre ang tawag. Makikita din ang mga contact sa DMC sa: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

www.hpsm.org/dental

Tingnan ang Chart ng mga Benepisyo sa **Seksyon D** para sa karagdagang impormasyon.

G3. Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS)

- Ang IHSS Program ay tutulong sa pagbabayad sa mga naka-enroll na provider ng pangangalaga para sa mga serbisyong ibinigay sa iyo para mananatili kang ligtas sa sarili mong tahanan. Ang IHSS ay itinuturing na isang alternatibo sa pangangalaga sa labas ng bahay, tulad ng mga pasilidad ng nursing home o paninirahan at pangangalaga (board and care).
- Para makatanggap ng mga serbisyo, isinasagawa ang pagtatasa para matukoy kung aling mga uri ng serbisyo ang maaaring pahintulutan para sa bawat kalahok batay sa kanilang mga pangangailangan. Ang mga uri ng serbisyong maaaring pahintulutan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo ng personal na pangangalaga (tulad ng pangangalaga sa bituka at pantog, paliligo, mga serbisyo ng pag-aayos ng sarili at paramedical), pagsama sa mga medikal na appointment, at pangangasiwang nagbibigay ng proteksyon para sa may kapansanan sa pag-iisip.
- Matutulungan ka ng iyong coordinator ng pangangalaga na mag-apply para sa IHSS sa ahensiya ng serbisyong panlipunan ng iyong county. Maaari mo ring kontakin ang opisina ng IHSS sa Los Angeles sa 1-888-944-4477 at ang opisina ng IHSS sa San Diego sa 1-800-339-4661 para mag-apply.

G4. 1915(c) Mga Serbisyong Base sa Bahay at Komunidad (Home and Community Based Services, HCBS) na mga Programa ng Waiver Assisted Living Waiver (ALW)

- Binibigyan ng Assisted Living Waiver (ALW) ang mga karapat-dapat sa Medi-Cal na mga benepisyaryo ng pagpipilian ng pagtira sa isang kinalalagyang tulong na pamumuhay bilang isang alternatibo sa pangmatagalang paglagay sa isang pasilidad ng pag-aalaga. Ang layunin ng ALW ay tulungan ang mga benepisyaryo na makalipat mula sa nursing facility pabalik sa isang kapaligirang tulad ng tahanan at komunidad, o maiwasan ang pagpasok sa skilled nursing facility ng mga benepisyaryong malapit nang mangailangan ng pananatili sa isang nursing facility.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa ALW ay maaaring manatiling naka-enroll sa ALW habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong Ahensya ng Pagsasaayos ng Pangangalaga ng ALW para maisaayos ang mga serbisyong tinatanggap mo.

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

- Matutulungan ka ng iyong coordinator ng pangangalaga na mag-apply para sa ALW. Maaari kang makahanap ng mga lokal na ahensya na maaaring magsaayos ng iyong pangangalaga sa ALW programa dito sa: dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

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

Waiver ng Programa ng California sa Pagtukoy sa Sarili (Kapansanan sa Pag-unlad, SDP) para sa mga Indibidwal na may Kapansanan sa Pag-unlad

- Mayroong dalawang 1915(c) na mga waiver, ang HCBS-DD na Waiver at ang SDP na Waiver, na nagbibigay ng mga serbisyo sa taong na-diagnose bilang mayroong mga kapansanan sa paglaki (developmental disability) na nagsimula bago sumapit ang ika-18 kaarawan ng indibidwal at inaasahan itong magpatuloy nang walang hangganan. Ang parehong waiver ay isang paraan para mapondohan ang ilang mga serbisyo na nagbibigay-kakayahan sa mga taong may kapansanan sa pag-unlad na manirahan sa bahay o sa komunidad sa halip na sa isang lisensiyadong pasilidad ng kalusugan. Ang mga gastos para sa mga serbisyong ito ay magkasamang pinopondohan ng Medicaid, na programa ng pederal na gobyerno, at ng Estado ng California. Ang iyong coordinator ng pangangalaga ay makatutulong sa iyo na kumonekta sa DD Waiver na mga serbisyo.

Waiver ng Alternatibong Naka-batay sa Bahay at Komunidad (Home and Community-Based Alternative, HCBA)

- Ang HCBA na Waiver ay nagbibigay ng mga serbisyo ng pangangasiwa ng pangangalaga sa mga taong nanganganib na mapapunta sa isang nursing home o dalhin sa isang institusyon. Ang mga serbisyo ng pangangasiwa ng pangangalaga ay ibinibigay ng isang multidisciplinary Team ng Tagapangasiwa ng Pangangalaga at binubuo ng nurse at social worker. Nakikipag-ugnayan ang team para sa mga serbisyo ng Waiver at Plano ng Estado (tulad ng medikal, kalusugan ng pag-uugali, Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay, atbp.), at nagsasaayos para sa iba pang mga pangmatagalang serbisyo at suportang matatagpuan sa lokal na komunidad. Ang pamamahala ng pangangalaga at mga Waiver na serbisyo ay ibinibigay sa tinitirahan ng kalahok na naka-base sa komunidad. Ang tirahang ito ay maaaring pribadong pag-aari, nakuha sa pamamagitan ng isang kasunduan ng pag-upa ng nangungupahan, o tirahan ng isang miyembro ng pamilya ng kalahok.

- Ang mga miyembrong naka-enroll sa HCBA Waiver ay mananatiling naka-enroll sa HCBA Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plan sa iyong HCBA waiver agency para ayusin at pag-ugnayin ang mga serbisyong natatanggap mo.
- Matutulungan ka ng iyong coordinator ng pangangalaga na mag-apply para sa HCBA.
- Depende sa iyong ZIP code sa Los Angeles County, ang Partners in Care o Access TLC ang iyong lokal na HCBA agency. Para malaman kung aling agency ang nagbibigay ng serbisyo sa ZIP code kung saan ka nakatira, bisitahin ang: https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx Tumawag sa Partners in Care sa 1-800-251-6764 Tumawag sa Access TLC sa 1-800-852-9887
- Ang San Ysidro Health ay ang lokal na HCBA Agency ng San Diego County. Tumawag sa San Ysidro Health sa 1-833-503-5910, 8:00 am hanggang 5:00 pm, Lunes hanggang Biyernes.

Medi-Cal Waiver Program (MCWP)

- Ang Programa ng Waiver ng Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) ay nagbibigay ng masusing pamamahala ng kaso at direktang mga serbisyo ng pangangalaga sa mga taong may HIV bilang alternatibo sa pangangalaga sa nursing na pasilidad o sa pagpapaospital. Ang Pamamahala ng Kaso ay isang team approach na nakatuon sa kalahok at binubuo ang team ng isang rehistradong nurse at social work na tagapamahala ng kaso. Ang mga tagapamahala ng kaso ay nakikipagtulungan sa kalahok at (mga) provider ng pangunahing pangangalaga, pamilya, (mga) caregiver, at iba pang mga provider ng serbisyo, para masuri ang mga pangangailangan ng pangangalaga para mapanatili ang kalahok sa kanyang bahay at komunidad.
- Ang mga layunin ng MCWP ay para: (1) makapagbigay ng nakabase sa bahay at komunidad na mga serbisyo para sa mga taong may HIV na kung saan ay maaaring mangailangan ng mga serbisyo ng institusyon; (2) tulungan ang mga kalahok sa pangangasiwa ng HIV na kalusugan; (3) pabutihin ang kakayahang makakuha ng suportang panlipunan at suporta sa kalusugan ng pag-uugali at (4) i-coordinate ang mga provider ng serbisyo at iwasan ang pagkakadoble-doble ng mga serbisyo.

- Ang mga miyembrong naka-enroll sa MCWP Waiver ay mananatiling naka-enroll sa MCWP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plan sa iyong MCWP waiver agency para ayusin at pag-ugnayin ang mga serbisyong natatanggap mo.
- Matutulungan ka ng iyong coordinator ng pangangalaga na mag-apply para sa MCWP. Ang AIDS Regional Information and Evaluation System (ARIES) ay bukas nang Lunes hanggang Biyernes, mula 8:00 AM hanggang 5:00 PM (Pacific Time). Para marating ang Help Desk:
- Tumawag sa 1-866-411-ARIES (2743) o
- Magsumite ng kahilingan sa ARIES Help Desk sa aries@cdph.ca.gov at isama ang iyong pangalan, ahensya, numero ng telepono, tanong/problema. HUWAG magsasama ng anumang impormason ng kliyente.

Programa para sa mga Nakatatanda na Nagbibigay ng Iba't Ibang Serbisyo (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- Ang Programa para sa mga Nakatatanda na Nagbibigay ng Iba't Ibang Serbisyo (MSSP) ay nagbibigay ng mga serbisyong panlipunan at pamamahala sa pangangalagang pangkalusugan para tulungan ang mga indibidwal na manatili sa sarili nilang tahanan at komunidad.
- Bagama't karamihan sa mga kalahok sa programa ay tumatanggap din ng Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay, ang MSSP ay patuloy sa pagsasaayos ng pangangalaga, tumutulong sa mga kalahok na makakuha ng iba pang kinakailangang serbisyo at resource sa komunidad, nakikipag-ugnayan sa mga provider ng pangangalagang pangkalusugan, at nagbabayad para sa ilang kinakailangang serbisyo na hindi makukuha sa ibang paraan para maiwasan o maantala ang paninirahan sa isang pasilidad ng pangangalaga (institutionalization). Ang kabuuang taunang gastos para sa pamamahala ng pangangalaga at iba pang serbisyo ay dapat mas mababa kaysa sa gastos sa pagtanggap ng pangangalaga sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga.
- Ang isang team ng mga propesyonal sa kalusugan at serbisyong panlipunan ay nagbibigay sa bawat kalahok ng MSSP ng kumpletong pagtatasa (assessment) sa kalusugan at psychosocial na pagtatasa para matukoy ang kinakailangang mga serbisyo. Nakikipagtulungan naman ang team sa kalahok ng MSSP, sa kanyang doktor, pamilya, at iba pa para makagawa ng plano sa pangangalaga para sa indibidwal. Kasama sa mga serbisyo ang:

- pamamahala sa pangangalaga
- pang-araw na pangangalaga sa adulto
- maliliit na mga pagkukumpuni/pagpapanatili sa bahay
- pandagdag na tulong sa mga gawain sa bahay, personal na pangangalaga, at mga serbisyo sa pangangasiwa ng proteksiyon
- mga serbisyo sa pamamahinga
- mga serbisyo sa transportasyon
- mga serbisyo sa pagpapayo at therapeutic service
- mga serbisyo sa pagkain
- mga serbisyo sa komunikasyon.

- Ang mga miyembrong naka-enroll sa MSSP Waiver ay mananatiling naka-enroll sa MSSP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong MSSP na provider para ma-coordinate ang mga serbisyong iyong tinatanggap.
- Matutulungan ka ng iyong coordinator ng pangangalaga na makapag-apply para sa MSSP. Makakahanap ka ng MSSP na provider sa iyong lugar sa pamamagitan ng pagtawag sa Kagawaran ng California sa Pagtanda (California Department of Aging) sa 1-800-510-2020 o sa pamamagitan ng pagpili ng iyong county sa Maghanap ng mga Serbisyo (Find Services) sa Aking County (My County) na pahina sa website ng California Department of Aging: https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty.

G5. Mga Serbisyo ng County para sa Kalusugan ng Pag-uugali na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Problema sa Paggamit ng Droga at Alak)

Mayroon kang access sa medikal na kinakailangang mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Hindi nagbibigay ang aming plano ng mga espesyalidad na serbisyo ng Medi-Cal para sa kalusugan ng isip o mga serbisyong kaugnay sa problema sa paggamit ng droga at alak, pero ang mga serbisyong ito ay makukuha sa pamamagitan ng mga ahensya ng county para sa kalusugan ng pag-uugali.

Makukuha mo ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal sa pamamagitan ng plano para sa kalusugan ng isip (mental health plan, MHP) ng county kung matutugunan mo ang pamantayan para ma-access ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip. Kasama sa mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na ibinibigay ng iyong county MHP ang:

- mga serbisyo sa kalusugan ng isip
- mga serbisyo ng suporta sa gamot
  - mga serbisyo sa intensive na paggamot sa araw
- rehabilitasyon sa araw (day rehabilitation)
  - mga serbisyo ng interbensyon sa krisis
  - mga serbisyo ng pagpapahupa ng krisis
- mga serbisyo sa paggamot sa pasilidad (residential) ng mga nasa hustong gulang
- mga serbisyo sa paggamot sa pasilidad (residential) sa panahon ng krisis
- mga serbisyo sa psychiatric health facility
- mga serbisyo sa psychiatric inpatient na ospital
- pamamahala ng kaso ayon sa espesipikong pangangailangan
- mga therapeutic na serbisyo sa pag-uugali
- therapeutic na foster care o pangangalaga ng ibang pamilya
- pagsasaayos ng intensive care
- mga intensive na serbisyo sa bahay (intensive home-based services)
- muling pagbabalik sa komunidad kaugnay sa hustisya (justice-involved reentry)
- komprehensibong paggamot sa komunidad (assertive community treatment, ACT)
- komprehensibong forensic na paggamot sa komunidad (forensic assertive community treatment, FACT)
- naisaayos na espesyalidad na pangangalaga (coordinated specialty care, CSC) para sa unang episode ng psychosis (first episode psychosis, FEP)

- mga serbisyo ng clubhouse
- mga pinahusay na serbisyo ng community health worker (CHW)

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

- mga serbisyong intensive para sa outpatient na paggamot
- paggamot sa pasilidad (residential) para sa problema sa paggamit ng droga o alak (substance use disorder) sa panahon ng pagbubuntis at pagkatapos manganak
- mga serbisyo para sa outpatient na paggamot
- programa ng paggamot sa paggamit ng narcotics
- mga gamot para sa paggamot ng adiksyon (na tinatawag ding Medication Assisted Treatment)
- mga serbisyo ng maagang interbensyon (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)
- maaga at pana-panahong screening, diagnosis at paggamot (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)

Kasama sa Mga Serbisyo ng Organisadong Sistema ng Pagpapadala ng Gamot ng Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) ang:

- mga serbisyo para sa outpatient na paggamot
- mga serbisyong intensive para sa outpatient na paggamot
- mga gamot para sa paggamot ng adiksyon (na tinatawag ding Medication Assisted Treatment)
- mga serbisyo sa paggamot sa pasilidad (residential)
- serbisyo para sa withdrawal management
- programa ng paggamot sa paggamit ng narcotics
- mga serbisyo ng pagpapagaling
- pagsasaayos ng pangangalaga

- mga serbisyo ng maagang interbensyon (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)
- maaga at pana-panahong screening, diagnosis at paggamot (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)
- mga serbisyo para sa inpatient na paggamot

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

Pagiging available ng Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali

Marami at iba't ibang serbisyo ang available para sa iyo. Maaari mong i-refer ang sarili sa isang kinontratang Provider, at maaari ka ring i-refer ng iyong PCP, miyembro ng pamilya, atbp. Walang "maling paraan" ng pag-access sa mga serbisyo. Maaari mong kontakin ang mga sumusunod para magpatulong sa pagkuha ng mga serbisyo:

- Linya para sa Krisis at Referral ng County (County Crisis and Referral Line) (pakitingnan ang **Kabanata 2, Seksyon K** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa numero ng telepono at mga oras na bukas ang opisina)
- Departamento ng Kalusugan ng Publiko ng Los Angeles County, Pag-iwas at Pagkontrol sa Pag-abuso sa Substance (Substance Abuse Prevention and Control) (pakitawagan ang 1-888-742-7900 (TTY: 711), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo)
- Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali – Serbisyo para sa Problema sa Paggamit ng Droga at Alak sa County ng San Diego (pakitawagan ang 1-888-724-7240 (TTY: 711), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo)
- Linya para sa Kalusugan ng Pag-uugali (Behavioral Health Line) ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (pakitingnan ang **Kabanata 2, Seksyon D** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa numero ng telepono at mga oras na bukas ang opisina)
- Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (makikita ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang opisina sa ibaba ng pahinang ito)

Proseso para Matukoy ang Mga Serbisyong Medikal na Kinakailangan

Ang pagiging medikal na kinakailangan ay tinutukoy ng isang Provider na may angkop na lisensya. Ang pamantayan ng pagiging medikal na kinakailangan ay parehong ginamit ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan at ng County, binuo ng mga eksperto sa kalusugan ng pag-uugali at iba pang stakeholder, at sumusunod sa mga kinakailangan sa regulasyon.

Proseso ng Referral sa pagitan ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan at ng County

Kung tumatanggap ka ng mga serbisyo mula sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o sa County, maaari kang i-refer sa kabilang entity depende sa iyong mga pangangailangan. Maaari kang i-refer ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o ng County sa pamamagitan ng pagtawag sa entity kung saan ka ire-refer. Gayundin, sasagutan ng nagre-refer na Provider ang isang referral form, at ipapadala ito sa entity kung saan ka inire-refer.

Proseso sa Paglutas o Resolusyon ng mga Problema

Kung may hindi pagkakaunawaan sa pagitan mo at ng County o ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, patuloy kang makakatanggap ng medikal na kinakailangang pangangalagang pangkalusugan para sa pag-uugali, kasama ang mga inireresetang gamot, hanggang sa malutas ang hindi pagkakaunawaan. Nakikipag-ugnayan ang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sa County para bumuo ng mga proseso ng resolusyon na napapanahon at walang negatibong epekto sa mga serbisyong kailangan mong matanggap. Maaari mo ring gamitin ang proseso ng Mga Apela ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan o ng County, depende sa kung aling entity ka nagkaroon ng hindi pagkakaunawaan. Para sa impormasyon tungkol sa proseso ng pag-apela, tingnan ang Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro.

H. Mga benepisyong hindi saklaw ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal

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

Inilalarawan ng listahan sa ibaba ang mga ilang serbisyo at item na hindi namin sinasaklaw sa kahit anumang kondisyon at ang mga ilan naman na ibinukod namin sa ilang mga sitwasyon lamang.

Hindi namin binabayaran ang mga hindi sakop na medikal na banepisyo na nakalista sa seksyong ito (o saanman sa *Handbook ng Miyembro* na ito), maliban kung natutugunan ang mga partikular na kondisyong nakasaad. Kahit na matanggap mo ang mga serbisyo sa isang pang-emergency na pasilidad, hindi babayaran ng plano ang mga serbisyo. Kung sa tingin mo ay dapat bayaran ng aming plano ang isang hindi sinasaklaw na serbisyo, maaari kang humiling ng apela. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro na ito.*

Bilang karagdagan sa anumang mga di-kasama (exclusion) o limitasyong inilalarawan sa Chart ng mga Benepisyo, hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga sumusunod na item at serbisyo:

- mga serbisyong itinuturing na hindi “makatuwiran at medikal na kinakailangan,” ayon sa Medicare at Medi-Cal, maliban kung nakalista bilang mga saklaw na serbisyo
- mga pang-eksperimentong medikal at operasyon na paggamot, item, at gamot, maliban kung saklaw ang mga ito ng Medicare, ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, o ng aming plan Tingnan ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral. Ang pang-eksperimentong mga paggamot at item ay mga hindi karaniwang tinatanggap ng medikal na komunidad.
- paggamot sa pamamagitan ng operasyon para sa klinikal na malalang labis na katabaan, maliban kung medikal na kinakailangan at babayaran ito ng Medicare
- private room sa isang ospital, maliban na lamang kung medikal na kinakailangan
- mga private duty nurse
- mga personal na item sa iyong room sa isang ospital o pasilidad ng pag-aalaga, gaya ng telepono o telebisyon
- full-time na pangangalaga ng nurse sa iyong bahay
- mga singil mula sa iyong malalapit na kamag-anak o mga miyembro ng iyong sambahayan
- mga pagkaing dinadala sa iyong bahay maliban kung nakasaad sa seksyon na Pagpapadala ng pagkain sa bahay sa Chart ng Benepisyo sa **Seksyon D**
- mga procedure o serbisyong pinili o kusang-loob mong ginawa para mapahusay ang iyong katawan o kakayahan (kabilang ang pagpapapayat, pagpapatubo ng buhok, kakayahang seksuwal, kakayahan sa sports, pagpapaganda, pagpigil sa pagtanda, at kakayahan ng pag-iisip), maliban na lamang kapag medikal na kinakailangan.
- cosmetic surgery o iba pang gawaing may kinalaman sa cosmetic, maliban na lamang kung kinakailangan ito dahil sa isang pinsalang dulot ng aksidente o para mapabuti ang bahagi ng katawan na mali ang hugis. Gayunpaman, binabayaran namin ang muling pagbuo ng suso pagkatapos ng mastectomy at ang paggamot sa kabilang suso para magkapareho ang hitsura ng mga ito.
- pangangalagang chiropractic, maliban sa manu-manong manipulasyon ng gulugod na naaayon sa mga alituntunin sa saklaw, maliban sa inilarawan sa mga serbisyong Chiropractic (hindi saklaw ng Medicare) na seksyon sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D**

- karaniwang pangangalaga ng paa, maliban sa mga inilarawan sa mga serbisyong Podiatry sa Chart ng mga Benepisyo sa **Seksyon D**
- mga orthopedic na sapatos, maliban na lamang kung bahagi ng isang leg brace ang mga sapatos at kasama sa halaga ng brace, o ang mga sapatos ay para sa taong may diabetic foot disease.
- mga device na pang-suporta sa paa, maliban sa mga orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may diabetic foot disease
- radial keratotomy, LASIK na operasyon, at iba pang mga pantulong sa malabong paningin.
- procedure para maibalik ang kakayahang magkaanak pagkatapos ng sterilization
- mga serbisyong naturopath (ang paggamit ng mga natural o alternatibong paggamot).
- mga serbisyong ibinibigay sa mga betarano sa mga pasilidad ng Veterans Affairs (VA). Gayunpaman, kapag nakatanggap ang isang beterano ng mga pang-emergency na serbisyo sa isang VA na ospital at mas mataas ang pagbabahagi ng gastos (cost-sharing) ng VA kaysa sa cost-sharing sa ilalim ng aming plan, ibabalik namin sa beterano ang sobrang halagang binayaran niya. Responsibilidad mo pa ring bayaran ang iyong pagbabahagi ng gastos (cost-sharing).

Kabanata 5: Pagkuha ng iyong mga gamot bilang outpatient

Introduksyon

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga panuntunan para sa pagkuha ng iyong gamot bilang outpatient. Ito ang mga gamot na inireseta sa iyo ng iyong provider na nakukuha mo sa pharmacy o ipinapadala sa iyong bahay. Kasama sa mga ito ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D at Medi-Cal. Sinasabi sa iyo ng **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung magkano ang babayaran mo para sa mga gamot na ito. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sinasaklaw din namin ang mga sumusunod na gamot, kahit na hindi tinalakay ang mga ito sa kabanatang ito:

- **Mga gamot na sinasaklaw ng Medicare Part A.** Kabilang sa mga ito ay karaniwang mga gamot na ibinibigay sa iyo habang ikaw ay nasa ospital o pasilidad ng pag-aalaga.
- **Mga gamot na sinasaklaw ng Medicare Part B.** Kabilang sa mga ito ang ilang mga gamot para sa chemotherapy, mga ilang gamot na iniksiyong ibinibigay sa iyo sa panahon ng iyong pagbisita sa opisina ng doktor o iba pang provider, at mga gamot na ibinibigay sa iyo sa klinika ng dialysis. Para matuto pa tungkol sa kung anong mga gamot ang sinasaklaw ng Medicare Part B, tingnan ang Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Bukod sa coverage ng Medicare Part D at mga medikal na benepisyo ng plano, maaari ring saklaw ng Original Medicare ang iyong mga gamot kung tumatanggap ka ng hospice care sa ilalim ng Medicare. Para sa higit pang impormasyon, pakitingnan ang **Kabanata 5**, **Seksyon F3** “Sa programang hospice na sertipikado ng Medicare.”

Mga panuntunan para sa saklaw ng aming plano na mga gamot bilang outpatient

Karaniwang sasaklawin namin ang iyong mga gamot hangga’t sinusunod mo ang mga panuntunan sa seksyong ito.

Dapat ay mayroon kang isang provider (doktor, dentista, o iba pang tagareseta) na gagawa ng iyong reseta, na dapat ay may bisa sa ilalim ng angkop na batas ng estado. Ang taong ito ay kadalasang ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP). Maaari din itong maging iba pang provider kung ini-refer ka sa kaniya ng iyong PCP para sa pangangalaga.

Ang iyong tagareseta ay dapat na **wala** sa Listahan ng Medicare ng mga Di-kasama o Di-pinapayagan (Medicare's Exclusion or Preclusion Lists), o sa anumang katulad na listahan ng Medi-Cal.

Karaniwan nang dapat kang gumamit ng isang network pharmacy para punan ang iyong reseta. (Tingnan ang **Seksyon A1** para sa karagdagang impormasyon). O maaari mong punan ang iyong reseta sa pamamagitan ng serbisyo sa home delivery service ng plano.

Ang iyong iniresetang gamot ay dapat na nasa *Listahan ng Mga Covered na Gamot* ng aming plano. Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot"* para maikli. (Tingnan ang **Seksyon B** ng kabanatang ito.)

- Kung wala ito sa *Listahan ng Gamot,* maaari naming saklawin ito sa pamamagitan ng pagbibigay sa iyo ng eksepsyon.
- Tingnan ang **Kabanata 9** para matuto pa tungkol sa paghiling ng eksepsyon.
- Pakitandaan din na ang kahilingan na sakupin ang iyong iniresetang gamot ay susuriin sa ilalim ng mga pamantayan ng kapwa Medicare at Medi-Cal.

Dapat gamitin ang iyong gamot para sa isang medikal na tinatanggap na dahilan. Nangangahulugan ito na ang paggamit ng gamot ay inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) o kaya sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Maaaring makatulong ang iyong tagareseta na maghanap ng mga medikal na sanggunian na sumusuporta sa hinihiling na paggamit ng iniresetang gamot. Ang paggamit ng mga gamot para gamutin ang mga kondisyong hindi aprubado ng FDA o hindi sinusuportahan ng mga sangguniang aklat ay tinatawag na "off-label" na paggamit. Ang mga gamot na ginagamit para sa "off-label" na dahilan ay hindi itinuturing na medikal na tinatanggap na paggamit at, dahil dito, hindi sakop na benepisyo, maliban kung ang "off-label" na paggamit na ito ay nakasaad sa isa sa mga sangguniang aklat na aprubado ng CMS.

Maaaring kailanganin munang aprubahan ng aming plano ang iyong gamot batay sa ilang pamantayan bago namin ito saklawin. (Tingnan ang **Seksyon C** ng kabanatang ito).

Talaan ng mga Nilalaman

A. Pagkuha ng iyong mga iniresetang gamot 195

A1. Pagpuno ng iyong reseta sa isang network pharmacy 195

A2. Ang paggamit ng iyong Member ID Card kapag pinupunan mo ang isang reseta 195

A3. Ang dapat gawin kung nagpalit ka ng network pharmacy 196

A4. Ano ang dapat gawin kung umalis sa network ang iyong pharmacy 196

A5. Paggamit ng espesyal na pharmacy 196

A6. Paggamit ng mga serbisyo sa paghahatid sa bahay para makuha ang iyong mga gamot 197

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot 199

A8. Paggamit ng isang parmasyang wala sa network ng aming plano. 199

A9. Pagsasauli ng iyong ibinayad para sa isang reseta 200

B. Ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano 200

B1. Ang mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* 201

B2. Paano humanap ng gamot sa aming *Listahan ng Gamot* 201

B3. Ang mga gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* 202

B4. Ang bahaging gastos sa mga tier ng *Listahan ng Gamot* 204

C. Mga limitasyon sa mga ilang gamot 204

D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi sinasaklaw ang iyong gamot 206

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply 207

D2. Paghiling ng pansamantalang supply 208

D3. Paghingi ng eksepsyon 208

E. Mga pagbabago ng saklaw para sa iyong mga gamot 209

F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso 212

F1. Sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa pananatiling sinasaklaw ng aming plano 212

F2. Sa pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga 212

F3. Sa programang hospice na sertipikado ng Medicare 212

G. Mga programa sa kaligtasan ng gamot at pamamahala sa mga gamot 213

G1. Mga programang tumutulong sa iyo na ligtas na gumamit ng mga gamot 213

G2. Mga programang makatutulong sa iyo na mapamahalaan ang mga gamot mo 213

G3. Programa sa pamamahala ng gamot (Drug management program, DMP) para matulungan ang mga miyembro na ligtas na gumamit ng mga opioid na gamot 214

A. Pagkuha ng iyong mga iniresetang gamot

A1. Pagpuno ng iyong reseta sa isang network pharmacy

Kadalasan nang babayaran lang namin ang mga resetang gamot kung kinuha ang mga ito sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network. Ang isang network pharmacy ay isang pharmacy na sumasang-ayon na punan ang mga reseta ng aming mga miyembro ng plano. Maaari kang pumunta sa alinman sa mga pharmacy na nasa aming network. (Tingnan ang **Seksyon A8** para sa impormasyon tungkol sa kung kailan namin sinasaklaw ang mga resetang pinunan sa mga botikang wala sa network.)

Para makahanap ng isang network pharmacy, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*, pumunta sa aming website o kontakin ang Customer Service.

A2. Ang paggamit ng iyong Member ID Card kapag pinupunan mo ang isang reseta

Para mapunan ang iyong reseta, **ipakita ang iyong Member ID Card** sa iyong network pharmacy. Sisingilin kami ng network pharmacy para sa aming bahagi sa gastos sa sinasaklaw na gamot mo. Maaaring kailangang magbayad ka sa botika ng copay kapag kinuha mo na ang iyong reseta.

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

Kung hindi mo dala ang iyong Member ID Card o BIC habang pinupunan ang iyong reseta, hilingin sa pharmacy na tawagan kami para makuha ang kailangang impormasyon, o maaaring hilingin sa pharmacy na hanapin ang iyong impormasyon sa pag-enroll sa plano.

Kung hindi makuha ng pharmacy ang kailangang impormasyon, maaaring kailangan mong bayaran ang buong halaga ng reseta kapag kinuha mo ito. At pagkatapos ay maaari mong hilingin na ibalik namin ang iyong ibinayad para sa aming bahagi sa gastos. **Kung hindi mo kayang bayaran ang gamot, kontakin kaagad sa Customer Service.** Gagawin namin ang lahat ng aming makakaya para makatulong.

- Para hilingin sa amin na ibalik namin ang iyong ibinayad, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Kung kailangan mo ng tulong para mapunan ang isang reseta, kontakin ang Customer Service o sa iyong coordinator ng pangangalaga.

A3. Ang dapat gawin kung nagpalit ka ng network pharmacy

Kung nagpalit ka ng pharmacy at nangangailangang mapunan ang isang reseta, maaaring hilingin sa isang provider na sumulat ng reseta para sa iyo, o hilingin sa iyong pharmacy na ilipat ang reseta sa bagong pharmacy kung mayroon pang mga gamot na natitira.

Kung kailangan mo ng tulong para palitan ang iyong network pharmacy, kontakin ang Customer Service o ang iyong coordinator ng pangangalaga.

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

Kung ang pharmacy na ginagamit mo ay umalis sa network, kailangan mong humanap ng bagong pharmacy na nasa network.

Para humanap ng isang bagong pharmacy na nasa network, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*, pumunta sa aming website, o kontakin ang Customer Service.

A5. Paggamit ng espesyal na pharmacy

Kung minsan, ang mga reseta ay kailangang punan sa isang espesyal na pharmacy. Kasama sa mga espesyal na pharmacy ang:

- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa home infusion therapy.
- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa mga residente ng pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, gaya ng isang pasilidad ng pangangalaga.
    - Karaniwan nang ang mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay may sariling mga pharmacy. Kung naninirahan ka sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, sisiguraduhin naming natatanggap mo ang mga gamot na kailangan mo sa pharmacy ng pasilidad.
    - Kung wala sa aming network ang pharmacy ng iyong pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga o kaya nahihirapan kang makuha ang iyong mga gamot sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, kontakin ang Customer Service.
- Mga Botika ng Provider ng Indian na Pangangalagang Pangkalusugan (Indian Health Care Provider, IHCP). Ang mga Miyembrong American Indian at Alaska Native ay may kakayahang makapunta sa mga pharmacy sa isang Provider ng Indian na Pangangalagang Pangkalusugan (Indian Health Care Provider, IHCP) hangga't sila ay naka-enroll na retail na pharmacy. Kung hindi ka American Indian o Alaska Native, maaari ka pa ring makatanggap ng mga serbisyo mula sa isang retail na pharmacy sa isang IHCP kung itatalaga ka sa klinika o dahil sa isang emergency.

- Ang mga botikang nagbibigay ng mga gamot ay limitado ng FDA sa mga ilang lugar o nangangailangan ng espesyal na pag-aasikaso, pakikipag-koordina sa provider, o edukasyon sa kanilang paggamit. (Tandaan: Ang sitwasyong ito ay dapat madalang na mangyari.)
- Para makahanap ng specialized pharmacy, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*, pumunta sa aming website o kontakin ang Customer Service.

A6. Paggamit ng mga serbisyo sa paghahatid sa bahay para makuha ang iyong mga gamot

Para sa ilang partikular na uri ng gamot, maaari mong gamitin ang mga serbisyo sa paghahatid sa bahay na nasa network ng aming plano. Sa pangkalahatan, ang mga gamot na makukuha sa pamamagitan ng paghahatid sa bahay ay mga gamot na regular mong iniinom para sa hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon. Ang mga gamot na **hindi** makukuha sa pamamagitan ng serbisyo sa paghahatid sa bahay ng aming plano ay minarkahan ng simbolong NDS sa aming *Listahan ng Gamot*.

Pinapayagan ka ng serbisyo sa paghahatid sa bahay ng aming plano na umorder ng hanggang sa 100 araw na supply ng mga saklaw na gamot sa Tier 1 hanggang 4. Ang 100 araw na supply ay may parehong copay gaya ng isang buwang supply.

Pagpuno ng mga reseta sa pamamagitan ng koreo

Para makakuha ng impormasyon tungkol sa pagpunan ng iyong mga reseta sa pamamagitan ng paghahatid sa bahay, pakitawagan ang Customer Service sa numero sa likod na pabalat ng booklet na ito. Kung gumamit ka ng isang parmasyang naghahatid sa bahay na wala sa network ng plano, ang iyong reseta ay hindi sasaklawin.

Karaniwan, ang reseta sa paghahatid sa bahay ay dumarating sa loob ng 5 araw. Makakatanggap ka ng abiso kung may pagkaantala sa iyong resetang order sa paghahatid sa bahay. Kung mayroon kang mga tanong tungkol dito, pakikontak ang team ng Pangangalaga sa Customer na nakatalaga sa Amazon Pharmacy ng Blue Shield sa 1-856-208-4665, 24 oras kada araw/7 araw kada linggo. Ang mga TTY user ay tatawag sa 711. Kung kailangan, matutulungan ka ng Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sa pagkuha ng sapat na supply ng gamot mula sa isang lokal na parmasyang nasa network, para hindi ka mawawalan ng gamot hanggang sa maihatid sa bahay ang gamot mo. Maaaring mangailangan ito ng pakikipag-ugnayan pagkontak sa iyong doktor para maitawag o mai-fax niya ang bagong reseta sa lokal na parmasyang nasa network para sa dami ng gamot na kailangan hanggang sa matanggap mo ang iyong gamot na inihatid sa bahay.

Kung ang pagkaantala ay mahigit sa 5 araw mula sa petsa ng kung kailan inorder ang reseta mula sa provider ng paghahatid sa bahay at ito ay dahil sa pagkawala ng gamot sa sistema ng koreo, maaaring mag-coordinate ang Customer Service ng Amazon Pharmacy ng isang kapalit na order.

Mga proseso ng paghahatid sa bahay

Ang serbisyo sa paghahatid sa bahay ay may iba't ibang mga pamamaraan para sa mga bagong reseta na natatanggap nito mula sa iyo, mga bagong reseta na direktang natatanggap nito mula sa opisina ng iyong provider, at mga refill sa iyong mga reseta sa paghahatid sa bahay.

1. **Mga bagong reseta na natanggap ng pharmacy mula sa iyo**

   Awtomatikong inihahanda at inihahatid ng pharmacy ang mga bagong reseta na natatanggap nito mula sa iyo.

2. **Mga bagong reseta na natanggap ng pharmacy mula sa opisina ng iyong provider**

   Pagkatapos na matanggap ng pharmacy ang reseta mula sa provider ng pangangalagang pangkalusugan, kokontakin ka nito para malaman kung nais mong kaagad na punan ang gamot o sa ibang panahon sa hinaharap.

   - Binibigyan ka nito ng pagkakataon na masiguro na ang ipinapadala ng botika ay ang tamang gamot (kabilang kung gaano ito kalakas, kadami, at ang anyo nito) at, kung kailangan, binibigyan ka ng pagkakataong ihinto o ipagpaliban ang order bago ka singilin at ito ay maipadala.
   - Tumugon sa tuwing kokontakin ka ng pharmacy para ipaalam sa kanila kung ano ang gagawin sa bagong reseta at maiwasan ang anumang pagkaantala sa pagpapadala nito.

3. **Mga refill ng reseta sa paghahatid sa bahay**

   Para sa mga refill ng iyong mga gamot, may opsyon kang mag-sign up para sa isang programa na awtomatikong pag-refill. Sa ilalim ng programang ito, kusa naming sisimulang iproseso ang iyong susunod na refill kapag ipinapakita ng aming record na malapit ka nang maubusan ng gamot.

   - Kokontakin ka ng pharmacy bago ipadala ang bawat refill para masiguro na kailangan mo ng higit pang gamot, at maaari mong kanselahin ang mga naka-schedule na refill kung mayroon kang sapat na gamot o kung nabago ang iyong gamot.

- Kung pipiliin mong hindi gamitin ang aming programa sa awtomatikong pag-refill, kontakin ang iyong botika ng 14 araw bago maubos ang iyong kasalukuyang reseta para masiguro na ang iyong susunod na order ay maipadala sa iyo sa tamang panahon.

Para piliing huwag sumali sa aming programa na kusang naghahanda ng mga refill na inihahatid sa bahay, kontakin kami sa pamamagitan ng pagtawag sa Amazon Pharmacy sa 1-856-208-4665, 24 oras kada araw/7 araw kada linggo. Ang mga TTY user ay tatawag sa 711.

Sabihin sa pharmacy ang pinakamabuting paraan para makontak ka para makausap ka at makumpirma ang iyong inorder bago ito ipadala. Siguraduhin na ang iyong contact information ay laging updated sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Kung kailangan mong baguhin ang iyong numero ng telepono o address, pakikontak ang Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (ang numero ng telepono ay matatagpuan sa ilalim ng pahinang ito).

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

Makakakuha ka ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano. Ang mga maintenance na gamot ay mga gamot na iniinom mo nang regular, para sa hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon.

Pinapayagan ka ng ilang mga network pharmacy na kumuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Ang 100 araw na supply ay may parehong copay gaya ng isang buwang supply. Sinasabi sa iyo ng *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* kung aling mga pharmacy ang makapagbibigay sa iyo ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Maaari mo ring tawagan ang iyong coordinator ng pangangalaga o ang Customer Service para sa higit pang impormasyon.

Para sa ilang partikular na uri ng gamot, maaari mong gamitin ang mga serbisyo sa paghahatid sa bahay na nasa network ng aming plano para makakuha ng pangmatagalang suplay ng mga maintenance na gamot. Tingnan ang **Seksyon A6** para malaman ang tungkol sa mga serbisyo sa paghahatid sa bahay.

A8. Paggamit ng isang parmasyang wala sa network ng aming plano.

Karaniwan nang binabayaran lang namin ang mga gamot na kinuha sa isang wala sa network na pharmacy kapag hindi ka makagamit ng network pharmacy. Mayroon kaming mga parmasyang nasa network na nasa labas ng aming lugar ng serbisyo kung saan maaari mong kunin ang iyong mga reseta bilang miyembro ng aming plano. Sa mga pagkakataong ito, kontakin muna ang iyong coordinator ng pangangalaga o sa Customer Service para malaman kung mayroong malapit na parmasyang nasa network.

Babayaran namin ang mga resetang kinuha sa isang wala sa network na pharmacy sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Kung hindi ka kaagad makakakuha ng isang saklaw na gamot sa loob ng aming lugar ng serbisyo dahil walang parmasyang nasa network sa loob ng makatwirang distansya ng pagmamaneho na nagbibigay ng 24 oras na serbisyo.
- Kung sinusubukan mong punan ang saklaw na resetang gamot na hindi karaniwang may stock sa isang karapat-dapat na network na tindahan o serbisyo sa koreong pharmacy (kasama sa mga gamot na ito ang orphan drug, mahal na mga gamot at kakaibang mga gamot o iba pang mga espesyal na gamot).
- Ang ilang mga bakunang ibinibigay sa opisina ng iyong doktor na hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part B at hindi makatwirang makukuha sa isang parmasyang nasa network ay maaaring masaklaw sa ilalim ng aming access na wala sa network.
- Ang mga resetang pinunan sa mga wala sa network na pharmacy ay limitado sa pang-30 araw na supply ng mga saklaw na gamot.

A9. Pagsasauli ng iyong ibinayad para sa isang reseta

Kung kailangan mong gumamit ng wala sa network na pharmacy, kailangang bayaran mo muna ang buong halaga sa halip na ang copay kapag kinuha ang iyong reseta. Maaari mong hilingin sa amin na ibalik ang iyong bayad para sa aming bahagi ng gastos.

Kung nagbayad ka ng buong halaga para sa iyong reseta na maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx, maaari kang ma-reimburse ng pharmacy kapag magbayad ang Medi-Cal Rx para sa reseta. O kaya naman, maaari mong hilingin sa Medi-Cal Rx na isauli nila sa iyo ang iyong ibinayad sa pamamagitan ng pagsumite ng “Pag-reimburse ng Medi-Cal para sa Gastusing Mula sa Sariling Bulsa (Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement) (Conlan)” na claim. Matatagpuan ang karagdagang impormasyon sa website na Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para matuto pa, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. Ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano

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 team ng mga doktor at pharmacist. Sinasabi rin sa iyo ng *Listahan ng Gamot* kung mayroong anumang panuntunang kailangan mong sundin para makuha ang iyong mga gamot.

Karaniwan naming sinasaklaw ang isang gamot sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano kapag sinunod mo ang mga tuntuning aming ipinaliliwanag sa kabanatang ito.

B1. Ang mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot*

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

Ang karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha mo mula sa isang botika ay sinasaklaw ng aming plano. Maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx ang iba pang gamot, tulad ng ilang mga over-the-counter (OTC) na gamot at mga partikular na vitamins. Pakibisita ang website na Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon. Maaari ka ding tumawag sa Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 1-800-977-2273. Pakidala ang iyong Medi-Cal Beneficiary Identification Card (BIC) kapag kinukuha ang iyong mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Kasama sa aming *Listahan ng Gamot* ang mga branded na gamot, mga generic na gamot, at mga biyolohikong produkto (na maaaring kabilang ang mga biosimilar).

Ang mga branded na gamot ay isang gamot na itinitinda sa ilalim ng isang markang-pangkalakal na pangalan na pag-aari ng manufacturer ng gamot. Ang mga biyolohikal na produkto ay mga gamot na mas komplikado kaysa sa mga karaniwang gamot. Sa aming *Listahan ng Gamot,* kapag sinabi naming “mga gamot” maaari itong mangahulugan ng isang gamot o isang biyolohikong produkto.

Ang mga generic na gamot ay ginawa mula sa kaparehong mga aktibong sangkap na tulad rin ng mga branded na gamot. Ang mga biyolohikong produkto ay may mga alternatibo na tinatawag na mga biosimilar. Sa pangkalahatan, ang mga generic na gamot at mga biosimilar ay kasing-bisa ng mga branded na gamot o mga biyolohikong produkto at karaniwan ay mas mababa pa ang presyo. Mayroong mga generic na gamot na kahalili para sa maraming mga branded na gamot at mga biosimilar na alternatibo para sa ilang orihinal na biyolohikong produkto. Ang ilang mga biosimilar ay mapagpapalit ng mga biosimilar at, depende sa batas ng estado, ay maaaring palitan para sa orihinal na biyolohikal na produkto sa pharmacy nang hindi nangangailangan ng bagong reseta, gaya ng mga generic na gamot na maaaring palitan ng mga branded na gamot.

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

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

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

- Bisitahin ang website ng aming plano sa blueshieldca.com/medformulary2027. Ang *Listahan ng Gamot* sa aming website ay laging pinakabago.

- Tumawag sa iyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service para malaman kung ang isang gamot ay nasa aming *Listahan ng Gamot* o para humingi ng kopya ng listahan.
- Ang mga gamot na hindi saklaw ng Part D ay maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang impormasyon
- Gamitin ang aming "Tool ng Benepisyo para sa Totoong Oras" (Real Time Benefit Tool) sa blueshieldca.com/medicare para makahanap ng mga gamot na nasa *Listahan ng Gamot* para matantiya kung magkano ang babayaran mo, at kung mayroon bang mga alternatibong gamot sa *Listahan ng Gamot* na maaaring makagamot sa kaparehong kondisyon. Maaari mo ring tawagan ang iyong coordinator ng pangangalaga o ang Customer Service. Sa pamamagitan ng kagamitang ito, makakahanap ka ng mga gamot na nasa *Listahan ng Gamot* para matantiya kung magkano ang babayaran mo, at kung mayroon bang mga alternatibong gamot sa *Listahan ng Gamot* na maaaring makagamot sa kaparehong kandisyon.
- Paano gamitin ang kagamitan ng pagsuri ng presyo ng Rx:
  - Gumawa o mag-log in sa iyong online na account bilang miyembro.
  - Pumunta sa myblueshield, at pagkatapos ay i-click ang Pharmacy sa ilalim ng "Mga benepisyo."
  - Sa ilalim ng "Price check my Rx (Tingnan ang presyo ng aking Rx)," i-click ang "Check current prescriptions (Tingnan ang mga kasalukuyang reseta)."

B3. Ang mga gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*

Hindi namin sinasaklaw ang lahat ng gamot.

- May ilang mga gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* dahil hindi kami pinapayagan ng batas na saklawin ang mga gamot na iyon.
- Sa ibang mga pagkakataon, napagpasyahan naming hindi isama ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.
- Sa mga ilang sitwasyon, maaari kang makakuha ng gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot.* Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang **Kabanata 9.**

Hindi binabayaran ng aming plano ang mga uri ng gamot na inilalarawan sa seksyong ito. Ang mga ito ay tinatawag na **mga di-kasama na gamot**. Kung nakatanggap ka ng reseta para sa isang nakabukod na gamot, maaaring kailanganin na ikaw mismo ang magbayad para dito. Kung sa tingin mo ay dapat naming bayaran ang isang nakabukod na gamot dahil sa iyong sitwasyon, maaari kang mag-apela. Tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga apela.

Narito ang tatlong pangkalahatang panuntunan para sa mga nakabukod na gamot:

1. Ang outpatient na saklaw ng gamot ng aming plano (na kung saan kabilang ang Medicare Part D) ay hindi maaaring makapagbayad para sa isang gamot na sinasaklaw na ng Medicare Part A o Medicare Part B. Saklaw ng aming plano ang mga gamot na sinasaklaw nang libre sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B, pero ang mga gamot na ito ay hindi itinuturing na bahagi ng iyong mga benepisyo ng outpatient na gamot.

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

3. Ang paggamit sa gamot ay dapat na inaprubahan ng FDA o sinusuportahan ng mga ilang medikal na reperensya bilang isang paggamot ng iyong kondisyon. Maaaring magreseta ang iyong doktor o iba pang provider ng partikular na gamot para gamutin ang iyong kondisyon, kahit na hindi ito inaprubahang panggamot sa iyong kondisyon. Ito ay tinatawag na “off-label na paggamit.” Karaniwang hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga gamot na inireseta para sa off-label na paggamit.

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

- Mga gamot na ginagamit para pataasin ang kakayahang magkaroon ng anak (fertility)
- Mga gamot na ginagamit para maibsan ang mga sintomas ng ubo o sipon*
- Mga gamot na ginagamit para sa mga layuning cosmetic o para pabilisin ang paghaba ng buhok
- Mga vitamin na nangangailangan ng reseta at mga produktong mineral, maliban sa mga vitamin at fluoride* na ginagamit bilang paghahanda bago manganak
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng sexual o erectile dysfunction
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng anorexia, pagbabawas ng timbang o pagdagdag ng timbang*
- Mga outpatient na gamot kapag sinabi ng kompanyang gumagawa sa gamot na kailangan mong sumailalim sa mga pagsusuri o serbisyong sila lang ang gagawa

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

B4. Ang bahaging gastos sa mga tier ng *Listahan ng Gamot*

Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ay nasa isa sa limang tier. Ang tier ay isang grupo ng mga gamot na sa karaniwan ay magkakapareho ang uri (halimbawa, gamot na may tatak, generic na gamot, o mga OTC na gamot). Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier ng pagbabahagi ng gastos, mas malaki ang iyong gastos para sa gamot.

- Tier 1 ng Bahaging Gastos: Mga Piniling Generic na Gamot (pinakamababang tier ng bahaging gastos) - Kabilang ang mga piniling generic na gamot.
- Tier 2 ng Bahaging Gastos: Mga Generic na Gamot – Kabilang ang mga generic na gamot at mga biosimilar.
- Tier 3 ng Bahaging Gastos: Mga Piniling Branded na Gamot – Kabilang ang mga piniling gamot na may tatak, mga biosimilar, at mga ilang generic na gamot.
- Tier 4 ng Bahaging Gastos: Mga Hindi Piniling Gamot – Kabilang ang mga hindi piniling gamot na may tatak, mga biosimilar, at mga ilang generic na gamot.
- Tier 5 ng Bahaging Gastos: Ang mga Gamot sa Specialty na Tier (ang pinakamataas na tier ng pagbabahagi ng gastos) – Kasama ang napakamahal na mga branded na gamot, mga biosimilar, at mga generic na gamot na maaaring mangailangan ng espesyal na pag-aasikaso at/o masusing pagsusubaybay.

Para malaman kung nasaang tier ng bahaging gastos ang iyong gamot, hanapin ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.

Ipinapakita sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang halagang babayaran mo para sa mga gamot na nasa bawat tier.

C. Mga limitasyon sa mga ilang gamot

Para sa mga ilang partikular na gamot, nililimitahan ng mga espesyal na panuntunan kung paano at kailan sasaklawin ng aming plano ang mga ito. Sa pangkalahatan, hinihikayat ka ng aming mga panuntunan na kumuha ng gamot na mabisa para sa iyong medikal na kondisyon at ligtas at mabisa. Kapag may isang mas murang gamot na ligtas at kasing-bisa ng isang mas mahal na gamot, inaasahan namin na ang irereseta ng iyong provider ay ang mas murang gamot.

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

Kung mayroong espesyal na panuntunan para sa iyong gamot, kadalasang nangangahulugan ito na kailangan mo o ang iyong provider na magsagawa ng mga karagdagang hakbang para masaklaw namin ang gamot. Halimbawa, maaaring kailangan munang sabihin sa amin ng iyong provider ang pagsusuri sa iyo o ibigay ang mga resulta ng mga blood test. Kung sa tingin mo o ng iyong provider ay hindi dapat ilapat sa iyong sitwasyon ang aming panuntunan, hilingin sa amin na gamitin ang proseso ng desisyon sa saklaw para gumawa ng eksepsyon. Maaari kaming sumang-ayon o hindi sumasang-ayon na payagan kang gamitin ang gamot nang hindi gumagawa ng mga karagdagan pang hakbang.

Para matuto pa tungkol sa mga eksepsyon, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

1. **Paglilimita sa paggamit ng branded na gamot o orihinal na mga biological na produkto kapag mayroong isang generic o naipapalit na biosimilar na bersiyon na maaaring makuha**

   Sa pangkalahatan, ang isang generic na gamot o maipapalit na mga biosimilar ay kasing-bisa ng branded na gamot o orihinal na biyolohikong produkto at karaniwan ay mas mababa ang presyo. Sa kadalasan, kung mayroong generic o naipapalit na biosimilar na bersyon ng branded na gamot o orihinal na biyolohikong produkto na maaaring makuha, ibibigay sa iyo ng aming mga botikang nasa network ang generic o naipapalit na biosimilar na bersyon.

   - Karaniwang hindi kami nagbabayad para sa branded na gamot o orihinal na biological na produkto kapag mayroong makukuhang generic na bersyon.
   - Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng iyong provider ang medikal na dahilan kung bakit hindi mabisa para sa iyo ang generic na gamot o ang naipapalit na biosimilar, sa gayon ay sasaklawin namin ang branded na gamot.
   - Ang iyong copay ay maaaring mas malaki para sa branded na gamot o orihinal na biyolohikong produkto kaysa sa para sa generic na gamot o naipapalit na biosimilar.

2. **Pagkuha ng paunang pag-apruba ng plano**

   Para sa ilang gamot, dapat na ikaw o ang iyong tagareseta ay kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano bago mo punan ang iyong reseta. Ito ay tinatawag na paunang pahintulot. Ginagawa ito para masiguro ang kaligtasan ng gamot at makatulong na makapaggabay sa angkop na paggamit ng ilang partikular na gamot. Kung hindi ka nakatanggap ng pag-apruba, maaaring hindi naming sasaklawin ang gamot. Tawagan ang Customer Service sa numerong nasa ibaba ng pahina o sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2027 para sa higit pang impormasyon tungkol sa paunang pahintulot.

3. Pagsubok muna ng ibang gamot

Sa pangkalahatan, gusto naming subukan mo ang mga mas murang gamot na kasing-bisa bago namin saklawin ang mga gamot na mas mahal. Halimbawa, kung parehong kondisyong medikal ang ginagamot ng Gamot A at Gamot B, at mas mura ang Gamot A kaysa sa Gamot B, maaari naming hilingin na subukan mo muna ang Gamot A.

Kung ang Gamot na A ay **hindi** gumagana para sa iyo, sasaklawin namin ang Gamot na B. Ito ay tinatawag na step therapy. Tawagan ang Customer Service sa numerong nasa ibaba ng pahina o sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2027 para sa higit pang impormasyon tungkol sa step therapy.

4. Mga limitasyon sa dami

Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang dami ng gamot na maaari mong makuha. Ito'y tinatawag na limitasyon sa dami. Halimbawa, kung karaniwang itinuturing na ligtas na uminom lamang ng isang pill bawat araw para sa isang partikular na gamot, maaari naming limitahan kung gaano karaming gamot ang maaari mong makuha tuwing pupunan mo ang iyong reseta.

Para malaman kung kapit ang alinman sa mga panuntunan sa itaas sa gamot na iniinom mo o nais inumin, tingnan ang *Listahan ng Gamot*. Para sa updated na impormasyon, tawagan ang Customer Service o pumunta sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2027. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon sa saklaw base sa alinman sa mga dahilan sa itaas, maaari kang humiling ng apela. Pakitingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi sinasaklaw ang iyong gamot

Sinisikap naming gawing angkop sa mga pangangailangan mo ang coverage ng iyong gamot, pero kung minsan, maaaring hindi masakop ang isang gamot sa paraang gusto mo. Halimbawa:

- Hindi saklaw ng aming plano ang gamot na nais mong inumin. Ang gamot ay maaaring wala sa aming *Listahan ng Gamot*. Maaari naming saklawin ang generic na bersiyon ng gamot, pero hindi ang bersiyong may tatak na gusto mong inumin. Ang gamot ay maaaring bago, at hindi pa namin napag-aaralan kung ligtas ito at kung gaano ito kabisa.
- Sinasaklaw ang gamot, pero may mga espesyal na panuntunan o limitasyon sa saklaw para sa gamot na iyon. Tulad ng ipinapaliwanag sa seksyon sa itaas, may mga panuntunan ang mga ilang gamot na sinasaklaw ng aming plano na naglilimita sa paggamit ng mga iyon. Sa ilang kaso, ikaw o ang iyong tagareseta ay maaaring humiling sa amin ng eksepsyon.
- Sinasaklaw ang gamot, pero sa isang tier ng cost-sharing na ginagawang mas mahal ang iyong gastos kaysa sa inaasahan mo.

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

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply

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

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

1. Ang gamot na iniinom mo ay:
    - wala na sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
    - hindi kailanman naisama sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
    - medyo nililimitahan na ngayon.
2. Dapat ay nasa isa ka sa mga sumusunod na sitwasyon:
    - Kasali ka sa aming plan noong nakaraang taon.
        - Sasaklawin namin ang isang pansamantalang supply ng iyong gamot **sa panahon ng unang 90 araw sa taon ng kalendaryo**.
        - Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang sa 30 araw.
        - Kung ang iyong reseta ay para sa mas kakaunting araw, pinapayagan namin ang maraming beses na pag-refill para makapagbigay ng hindi hihigit sa 30 araw na dami ng gamot. Dapat mong kunin ang reseta sa isang parmasyang nasa network.
        - Maaaring magbigay ang mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ng gamot sa mas kakaunti lamang ang dami bawat beses para hindi ito masayang.

Bago ka sa aming plano.

- Sasaklawin namin ang isang pansamantalang supply ng iyong gamot **sa panahon ng unang 90 araw ng iyong pagiging miyembro ng aming plano.**
- Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang sa 30 araw.
- Kung ang iyong reseta ay para sa mas kakaunting araw, pinapayagan namin ang maraming beses na pag-refill para makapagbigay ng hindi hihigit sa 30 araw na dami ng gamot. Dapat mong kunin ang reseta sa isang parmasyang nasa network.

- Maaaring magbigay ang mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ng gamot sa mas kakaunti lamang ang dami bawat beses para hindi ito masayang.

Naging bahagi ka na ng aming plano nang mahigit sa 90 araw, naninirahan sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, at kaagad-agad na nangangailangan ng supply.

- Sasaklawin namin ang isang 31 araw na supply, o mas kakaunti pa kung ang nakasulat sa reseta nito ay para sa mas kakaunting araw. Karagdagan ito sa pansamantalang supply na binanggit sa itaas.

D2. Paghiling ng pansamantalang supply

Para humiling ng pansamantalang supply ng isang gamot, tumawag sa Customer Service.

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

- Maaari kang gumamit ng ibang gamot.

  Maaaring saklaw ng aming plano ang isang kakaibang gamot na mabisa para sa iyo. Maaari kang tumawag sa Customer Service para humiling ng listahan ng mga gamot na sinasaklaw namin na nakakagamot sa parehong medikal na kondisyon. Makakatulong sa iyong provider ang listahan na makahanap ng saklaw na gamot na maaaring mabisa para sa iyo.

  O

- Humiling ng eksepsyon.

  Ikaw o ang iyong provider ay maaaring humiling sa amin ng gumawa ng eksepsyon. Halimbawa, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ang isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* o kaya hilingin sa amin na saklawin ang gamot nang walang limitasyon. Kung sabihin ng iyong provider na mayroon kang magandang medikal na dahilan para sa isang eksepsyon, maaari ka niyang tulungan na humiling nito.

D3. Paghingi ng eksepsyon

Kung ang gamot na iyong iniinom ay aalisin sa aming *Listahan ng Gamot* o lilimitahan sa susunod na taon, pinapayagan ka naming humiling ng eksepsyon bago sumapit ang susunod na taon.

- Ipapaalam namin sa iyo kung may anumang pagbabago sa saklaw ng iyong gamot sa susunod na taon. Humiling sa amin na gumawa ng eksepsyon at saklawin ang gamot para sa susunod na taon ayon sa gusto mong paraan ng pagsaklaw.

- Sasagutin namin ang iyong kahilingan para sa isang eksepsyon sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang iyong kahilingan (o ang sumusuportang pahayag ng iyong tagareseta).
- Kung aaprubahan namin ang kahilingan mo, pahihintulutan namin ang pagsaklaw para sa gamot bago magkabisa ang pagbabago.

Para matuto pa tungkol sa paghiling ng eksepsyon, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Kung kailangan mo ng tulong sa paghingi ng eksepsyon, kontakin ang Customer Service o ang iyong coordinator ng pangangalaga.

E. Mga pagbabago ng saklaw para sa iyong mga gamot

Ang karamihan sa mga pagbabago sa saklaw sa gamot ay nangyayari sa Enero 1, pero maaari kaming magdagdag o magtanggal ng mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* sa kalagitnaan ng taon. Maaari rin naming baguhin ang aming mga panuntunan tungkol sa mga gamot. Halimbawa, maaari kaming:

- Magpasya kung kailangan o hindi kailangan ng paunang pahintulot para sa isang gamot (pahintulot mula sa amin bago mo makuha ang gamot).
- Dagdagan o baguhin ang dami ng gamot na maaari mong makuha (limitasyon sa dami).
- Magdagdag o magbago ng mga limitasyon sa step therapy para sa isang gamot (kailangan mo munang sumubok ng isang gamot bago namin sakupin ang ibang gamot).
- Palitan ang isang orihinal na biological na produkto na may naipapalit na biosimilar na bersyon ng biological na produkto.

Dapat naming sundin ang mga iniaatas ng Medicare bago namin baguhin ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano. Para sa karagdagang impormasyon sa mga tuntunin ng gamot na ito, tingnan ang **Seksyon C**.

Kung umiinom ka ng gamot na sinasaklaw namin sa **simula** ng taon, karaniwan nang hindi namin aalisin o babaguhin ang pagsaklaw ng gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon** maliban na lamang kung:

- may isang bago, mas matipid na gamot na lumabas sa merkado na kasing-bisa ng gamot na nasa aming *Listahan ng Gamot* ngayon, **o**

- nalaman namin na ang gamot ay hindi ligtas, **o**
- may inalis na gamot sa merkado.

Ano ang mangyayari kapag nagbago ang pagsaklaw sa gamot na iniinom mo?

Para makakuha ng higit pang impormasyon kung ano ang mangyayari kapag nagbago ang aming *Listahan ng Gamot*, maaari mong palaging:

- Suriin ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot* online sa blueshieldca.com/medformulary2027 **o**
- Tumawag sa Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina para tingnan ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot*.

Mga pagbabago na maaaring gawin namin sa *Listahan ng Gamot* na nakakaapekto sa iyo sa kasalukuyang taon ng plano

May ilang pagbabago sa *Listahan ng Gamot* na mangyayari kaagad. Halimbawa:

May magagamit na bagong generic na gamot. Kung minsan, may bagong generic na gamot o biosimilar na lumalabas sa merkado na kasing-bisa ng branded na gamot o orihinal na biyolohikong produkto na nasa *Listahan ng Gamot* ngayon. Kapag nangyari iyon, maaaring aalisin namin ang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot ngunit ang iyong gastusin para sa bagong gamot ay mananatiling kapareho pa rin o kaya ay magiging mas mababa. Kapag idinagdag namin ang bagong generic na gamot, maaari rin naming pagpasyahang panatilihin ang branded na gamot sa listahan ngunit papalitan namin ang mga panuntunan o limitasyon nito sa saklaw.

- Maaaring hindi ka namin bigyan ng paunawa bago namin gawin ang pagbabagong ito, pero padadalhan ka namin ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabagong ginawa namin kapag nagawa na ito.
- Maaari kang humiling, o ang iyong provider, ng "eksepsiyon" sa mga pagbabagong ito. Padadalhan ka namin ng paunawang naglalaman ng mga hakbang na maaari mong gawin para humiling ng eksepsiyon. Tingnan ang **Kabanata 9** ng handbook na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa eksepsiyon.

Pag-alis ng mga hindi ligtas na gamot at iba pang mga gamot na wala na sa merkado. Kung minsan, maaaring may matagpuang gamot na hindi ligtas o inalis sa merkado para sa iba pang dahilan. Kapag nangyari ito, maaari naming kaagad-agad na alisin ito sa aming *Listahan ng Gamot*. Kung umiinom ka ng gamot na iyon, papadalhan ka namin ng paunawa pagkatapos naming maisagawa ang pagbabago. Malalaman din ng iyong tagareseta ang tungkol sa pagbabago na ito at maaaring makipagtulungan sa iyo para makahanap ng ibang gamot para sa iyong kondisyon.

Maaari kaming gumawa ng iba pang pagbabago na makakaapekto sa mga gamot na iniinom mo. Ipapaalam namin sa iyo nang maaga ang tungkol sa iba pang mga pagbabagong ito sa *Listahan ng Gamot*. Maaaring mangyari ang mga pagbabagong ito kung:

- Magbibigay ang FDA ng bagong gabay o kung may mga bagong klinikal na aliituntunin tungkol sa isang gamot.

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito:

- Ipapaalam namin sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang pagbabago sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
- Ipapaalam namin ito sa iyo at bibigyan ka namin ng pang-30 araw na supply ng gamot pagkatapos mong humiling ng pag-refill.

Binibigyan ka nito ng panahon para makipag-usap sa iyong doktor o iba pang tagareseta ng gamot. Matutulungan ka nilang magpasya:

- Kung may katulad na gamot sa aming *Listahan ng Gamot* na maaari mong inumin bilang kapalit **o**
- Kung dapat ka bang humiling ng eksepsyon sa mga pagbabagong ito para maipagpatuloy ang pagsaklaw ng gamot o ng bersyon ng gamot na iniinom mo. Para matuto pa tungkol sa mga eksepsyon, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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

Maaari kaming magsagawa ng mga pagbabago sa mga gamot na iniinom mo sa paraang hindi inilalarawan sa itaas at hindi makaaapekto sa iyo ngayon. Para sa mga ganitong pagbabago, kung umiinom ka ng gamot na sakop namin sa **simula** ng taon, karaniwan naming hindi inaalis o binabago ang coverage ng gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon**.

Halimbawa, kung sakaling aalisin namin ang isang gamot na iniinom mo o lilimitahan namin ang paggamit nito, hindi maaapektuhan ng pagbabago ang iyong paggamit sa gamot para sa natitirang bahagi ng taon.

Kung nangyari ang alinman sa mga pagbabagong ito para sa gamot na iniinom mo (maliban na lamang sa mga pagbabagong nabanggit sa seksyon sa itaas), hindi maaapektuhan ng pagbabago ang iyong paggamit hanggang sa Enero 1 ng susunod na taon.

Hindi namin direktang sasabihin sa iyo ang tungkol sa mga ganitong uri ng mga pagbabago sa panahon ng kasalukuyang taon. Kailangan mong tingnan ang *Listahan ng Gamot* para sa susunod na taon ng plano (oras na maaari nang makita ang listahan sa panahon ng bukas na enrollment) para malaman kung may anumang pagbabago na makaaapekto sa iyo sa susunod na taon ng plano.

F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso

F1. Sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa pananatiling sinasaklaw ng aming plano

Kung na-admit ka sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa pananatiling sinasaklaw ng aming plano, karaniwang sinasaklaw namin ang halaga ng mga gamot mo sa panahon ng pananatili mo. Hindi ka magbabayad ng copay. Sa sandaling umalis ka sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga, sasaklawin namin ang mga gamot mo hangga't natutugunan ng mga gamot ang lahat ng aming panuntunan para sa saklaw.

Para matuto pa tungkol sa saklaw sa gamot at kung magkano ang babayaran mo, tingnan ang **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

F2. Sa pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga

Kadalasan, ang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, gaya ng pasilidad ng pangangalaga, ay may sariling pharmacy o isang parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa lahat ng residente nito. Kung naninirahan ka sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, maaari mong makuha ang mga gamot mo sa parmasya ng pasilidad kung bahagi ito ng aming network.

Tingnan ang iyong *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* para malaman kung bahagi ng aming network ang pharmacy ng iyong pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga. Kung hindi ito bahagi o kung kailangan mo ng higit pang impormasyon, kontakin ang Customer Service.

F3. Sa programang hospice na sertipikado ng Medicare

Ang mga gamot ay hindi kailanman saklaw ng kapwa hospice at ng aming plano sa magkasabay na panahon.

- Maaari kang naka-enroll sa isang hospice ng Medicare at nangangailangan ng ilang partikular na gamot (hal., para sa pananakit, panlaban sa pagduduwal, pampadumi, o panlaban sa pagkabalisa) na hindi saklaw ng iyong hospice dahil hindi ito nauugnay sa iyong terminal na prognosis at kondisyon. Sa kasong iyon, dapat makatanggap ng abiso ang aming plano mula sa tagareseta o sa iyong tagapagbigay ng hospice na walang kaugnayan ang gamot bago namin masasaklaw ang gamot.
- Para maiwasan ang mga pagkaantala sa pagkuha ng anumang mga hindi nauugnay na gamot na dapat saklawin ng aming plano, maaari mong hilingin sa iyong provider ng hospice o tagareseta na tiyaking mayroon kaming abiso na walang kaugnayan ang gamot bago mo hilingin sa isang pharmacy na punan ang iyong reseta.

Kung aalis ka sa hospice, sasaklawin ng aming plano ang lahat ng gamot mo. Para maiwasan ang anumang pagkaantala sa isang pharmacy kapag natapos ang iyong benepisyo sa hospice ng Medicare, dalhin ang dokumentasyon sa pharmacy upang ma-verify na umalis ka sa hospice.

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

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

G1. Mga programang tumutulong sa iyo na ligtas na gumamit ng mga gamot

Sa tuwing pupunan mo ang isang reseta, naghahanap kami ng mga posibleng problema, tulad ng mga pagkakamali sa gamot o mga gamot na:

- maaaring hindi kailangan dahil umiinom ka ng ibang gamot na pareho ang epekto
- maaaring hindi ligtas para sa iyong edad o kasarian
- makakapinsala sa iyo kung iinumin mo ang mga ito nang sabay-sabay
- may mga sangkap na may alerhiya ka o maaaring may alerhiya ka sa mga ito
- maaaring may isang pagkakamali sa dami (sa dosis)
- may hindi ligtas na dami ng opioid na mga gamot sa pananakit

Kung may mapansin kaming posibleng problema sa iyong paggamit ng mga gamot, makikipagtulungan kami sa iyong provider para maitama ang problema.

G2. Mga programang makatutulong sa iyo na mapamahalaan ang mga gamot mo

Ang aming plano ay may programang tutulong sa mga miyembro na may kumplikadong mga pangangailangan sa kalusugan. Sa ganitong mga kaso, maaari kang maging karapat-dapat na makakuha ng mga serbisyo, nang walang bayad, sa pamamagitan ng isang programang pamamahala ng terapiya na paggamot (Medication Therapy Management, MTM). Ang programang ito ay boluntaryo at libre. Tumutulong ang program na ito sa iyo at sa iyong provider na matiyak na gumagana ang iyong mga gamot para mapabuti ang kalusugan mo. Kung kwalipikado ka para sa programa, bibigyan ka ng isang parmasista o ng ibang propesyonal sa kalusugan ng komprehensibong pagsusuri sa lahat ng iyong mga gamot at makikipag-usap sa iyo tungkol sa:

- kung paano makukuha ang pinakamaraming benepisyo mula sa mga gamot na iniinom mo
- anumang alalahanin na mayroon ka, tulad ng mga gastos sa gamot at mga reaksyon sa gamot
- kung paano pinakamahusay na gamitin ang mga gamot mo
- anumang tanong o problema mo tungkol sa iyong reseta at over-the-counter na gamot

Pagkatapos, bibigyan ka nila ng:

- Isang nakasulat na buod ng talakayang ito. Ang buod ay may plano ng pagkilos sa paggamot na nagrerekomenda sa kung ano ang maaari mo gawin para sa pinakamahusay na paggamit sa mga gamot mo.
- Isang listahan ng personal na gamot na kinabibilangan ng lahat ng gamot na iniinom mo, gaano karami ang iinumin mo, at kailan at bakit iniinom mo ang mga ito.
- Impormasyon tungkol sa ligtas na pagtapon sa mga inireresetang gamot na kinokontrol na mga sangkap.

Maganda na makipag-usap sa iyong tagareseta tungkol sa iyong gagawin at listahan ng gamot.

- Dalhin ang iyong gagawin at listahan ng gamot sa iyong pagbisita o anumang oras na makipag-usap ka sa iyong mga doktor, parmasista, at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan.
- Dalhin ang iyong listahan ng gamot kung pupunta ka sa ospital o emergency room.

Boluntaryo at libre sa mga miyembro na kuwalipikado ang mga programang MTM. Kung mayroon kaming programang angkop sa iyong mga pangangailangan, ie-enroll ka namin sa programa at papadalhan ka ng impormasyon. Kung ayaw mong sumali sa programa, ipaalam ito sa amin, at aalisin ka namin mula dito.

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa mga programang ito, kontakin ang Customer Service o sa iyong coordinator ng pangangalaga.

G3. Programa sa pamamahala ng gamot (Drug management program, DMP) para matulungan ang mga miyembro na ligtas na gumamit ng mga opioid na gamot

Mayroon kaming programa na tumutulong para masigurong ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang madalas na inaabusong mga gamot. Ang programang ito ay tinatawag na Programang Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program, DMP).

Kung gumagamit ka ng mga opioid na gamot na nakukuha mo mula sa ilang tagareseta o pharmacy o kung nagkaroon ka ng kamakailang labis na dosis ng opioid, maaari kaming makipag-usap sa iyong mga tagareseta para matiyak na angkop ang iyong paggamit ng mga opioid na gamot at medikal na kailangan sa paggamot. Sa pakikipagtulungan sa iyong mga tagareseta, kung magpasya kaming hindi ligtas ang paggamit mo ng mga inireresetang opioid o benzodiazepine na gamot, maaari naming limitahan kung paano mo makukuha ang mga gamot na iyon. Kung inilagay ka namin sa aming DMP, maaaring kasama sa mga limitasyon ang:

- Kayo mismo ang kukuha ng lahat ng iyong mga reseta para sa mga opioid at benzodiazepine na gamot mula sa partikular na (mga) botika
- Kayo mismo ang kukuha ng lahat ng iyong mga reseta para sa mga opioid o benzodiazepine na gamot mula sa partikular na (mga) tagareseta
- Paglilimita sa dami ng mga opioid o benzodiazepine na gamot na sinasaklaw namin para sa iyo

Kung pinaplano naming limitahan kung paano mo makukuha ang mga gamot na ito o kung gaano karami ang makukuha mo, padadalhan ka muna namin ng liham bilang paunawa. Sasabihin sa iyo ng liham kung lilimitahan namin ang pagsaklaw ng mga gamot na ito para sa iyo, o kung kailangan mong kunin ang mga reseta para sa mga gamot na ito mula lamang sa isang partikular na provider o botika.

Magkakaroon ka ng pagkakataong sabihin sa amin kung aling mga tagareseta o pharmacy ang nais mong gamitin at anumang impormasyon na sa tingin mo ay mahalagang malaman namin. Pagkatapos na magkaroon ka ng pagkakataong tumugon, kung magpasya kaming limitahan ang iyong saklaw para sa mga gamot na ito, padadalhan ka namin ng isa pang liham na nagkukumpirma sa mga limitasyon.

Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, hindi ka sumasang-ayon sa aming pasya o sa limitasyon, ikaw at ang iyong tagareseta ay maaaring maghain ng apela. Kung naghain ka ng apela, pag-aaralan namin ang iyong kaso at bibigyan ka namin ng bagong desisyon. Kung patuloy naming tatanggihan ang anumang bahagi ng iyong apela na may kaugnayan sa mga limitasyon na nalalapat sa iyong kakayahang makatanggap ng mga gamot, kusa naming ipapadala ang iyong kaso sa isang Independiyenteng Organisasyon ng Pagsusuri (Independent Review Organization, IRO). (Para matuto pa tungkol sa mga apela at IRO, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.)

- Maaaring hindi angkop sa iyo ang DMP kung ikaw ay:
- may ilang partikular na kondisyong medikal, tulad ng cancer o sickle cell disease,
- ay tumatanggap ng pangangalagang hospice, palliative, or katapusan ng buhay, **o**
- nakatira sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga.

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

Introduksyon

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

- Mga Medicare Part D na gamot, **at**
- Mga gamot at item na sinasaklaw sa ilalim ng Medi-Cal Rx.

Dahil karapat-dapat ka para sa Medi-Cal, makakakuha ka ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare upang matulungan kang mabayaran ang iyong mga gamot sa Medicare Part D. Nagpadala kami sa iyo ng isang kahiwalay na kalakip na tinatawag na “*Ebidensya ng Saklaw na Rider para sa mga Taong Tumatanggap ng Karagdagang Tulong sa Pagbabayad para sa mga Inireresetang Gamo*t” (na kilala rin bilang ang “Rider ng Tulong para sa Maliit ang Kita” o Low Income Subsidy Rider” o “LIS na Rider”), na nagbibigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa iyong saklaw sa gamot. Kung wala sa iyo ang insert na ito, tumawag sa Customer Service at humingi ng "LIS na Rider."

> Ang **Karagdagang Tulong** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan ng tulong na mabawasan ang mga gastos para sa Medicare Part D na gamot, gaya ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidy sa Mababa ang Kita,” o “LIS.”

Ang iba pang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Para matuto pa tungkol sa mga gamot, maaari mong tingnan ang mga ito:

- Ang Aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*.
    - Tinatawag namin itong “*Listahan ng Gamot*.” Sinasabi nito sa iyo:
    - kung aling mga gamot ang binabayaran namin
    - alin sa limang tier ang kinabibilangan ng bawat gamot
    - kung mayroong anumang mga limitasyon sa mga gamot

- Kung kailangan mo ng kopya ng aming *Listahan ng Gamot*, tawagan ang Customer Service. Makikita mo rin ang pinakabagong kopya ng aming *Listahan ng Gamot* sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2027.

- Karamihan sa mga gamot na nakukuha mo mula sa isang pharmacy ay saklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx ang iba pang gamot, tulad ng ilang mga over-the-counter (OTC) na gamot at mga partikular na vitamins. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon. Maaari ka ring tumawag sa Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Pakidala ang iyong Medi-Cal Beneficiary Identification Card (BIC) habang kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

- **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
  - Ipinapaliwanag kung paano mo makukuha ang iyong mga outpatient na gamot sa pamamagitan ng aming plano.
  - Kasama rito ang mga panuntunang kailangan mong sundin. Sinasabi rin nito kung aling uri ng mga gamot ang hindi saklaw ng aming plano.
  - Kapag ginamit mo ang “Tool ng Napapanahong Benepisyo” ng plano para maghanap ng saklaw ng gamot (tingnan ang **Kabanata 5**, **Seksyon B2**), ang ipinapakitang gastos ay isang pagtantya sa mga gastusing mula sa sariling bulsa na inaasahang babayaran mo. Maaari mong tawagan ang iyong coordinator ng pangangalaga o ang Customer Service para sa higit pang impormasyon.

- Ang Aming *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*.
  - Kadalasan, dapat kang gumamit ng parmasyang nasa network para makuha ang iyong mga saklaw na gamot. Ang mga pharmacy sa network ay mga pharmacy na sumasang-ayon na makipagtulungan sa amin.
  - Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* ang aming mga pharmacy sa network. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa network ng mga botika.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang *Paliwanag ng mga Benepisyo* (Explanation of Benefits, EOB) 218

B. Paano subaybayan ang iyong mga gastos sa gamot 220

B1. Paano kung makakita ka ng mga pagkakamali sa buod na ito? 221

B2. Paano naman ang tungkol sa posibleng pandaraya? 221

C. Mga Antas ng Pagbabayad sa Gamot para sa mga gamot ng Medicare Part D 222

D. Yugto 1: Ang Antas ng Paunang Saklaw 222

D1. Ang iyong mga pagpipilian na pharmacy 223

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot 223

D3. Ang binabayaran mo 224

D4. Pagtatapos ng Yugto ng Paunang Saklaw 227

E. Antas 2: Ang Antas ng Catastrophic Coverage 228

F. Ang iyong mga gastos sa gamot kung ang inireseta ng iyong doktor ay mas kakaunti kaysa sa buong pang-isang buwang supply 228

G. Ano ang babayaran mo para sa mga Part D na bakuna 229

G1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka magpabakuna 229

G2. Ang babayaran mo para sa isang bakunang sinasaklaw ng Medicare Part D 230

A. Ang *Paliwanag ng mga Benepisyo* (Explanation of Benefits, EOB)

Sinusubaybayan ng aming plano ang iyong mga gastos sa gamot at ang mga pagbabayad na ginagawa mo kapag kumuha ka ng mga reseta sa botika. Sinusubaybayan namin ang dalawang uri ng mga gastos:

- Ang iyong **mga gastusing mula sa sariling bulsa**. Ito ang halaga ng pera na babayaran mo, o ng iba sa ngalan mo, para sa iyong mga reseta. Kasama rito ang kung magkano ang binayaran mo kapag kumuha ka ng sinasaklaw na Part D na gamot, anumang mga pagbabayad na isinagawa ng pamilya o ng mga kaibigan para sa mga gamot mo, anumang mga pagbabayad para sa mga gamot mo sa pamamagitan ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare, mga planong

pangkalusugan ng pinagtatrabahuhan o ng unyon, Indian Health Service, mga programa ng tulong sa gamot sa AIDS, mga kawanggawa, at karamihan sa Mga Programa ng Tulong sa Pharmacy ng Estado (State Pharmacy Assistance Program, SPAP).

- Ang iyong **kabuuang mga gastos sa gamot**. Ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad na ginawa para sa iyong mga saklaw na gamot ng Part D. Kabilang dito ang kung magkano ang ibinayad ng plano, at anong iba pang mga programa o organisasyon ang nagbayad para sa iyong sinasaklaw na mga Part D na gamot.

Kapag kumukuha ka ng mga gamot sa pamamagitan ng aming plano, padadalhan ka namin ng buod na tinatawag na *Paliwanag ng mga Benepisyo (Explanation of Benefits, EOB)*. Tinatawag namin itong EOB para maikli. Ang EOB ay hindi isang paniningil. Ang EOB ay may higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom mo gaya ng pagtaas ng presyo at iba pang mga gamot na may mas mababang pagbabahagi ng gastos (cost-sharing) na maaari mong makuha. Maaari kang makipag-usap sa iyong tagareseta tungkol sa mga opsyon na ito na mas mababa ang halaga. Kasama sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan.** Sinasabi ng buod kung anong mga gamot ang kinuha mo sa nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot, magkano ang ibinayad namin, at magkano ang ibinayad mo at ang ibinayad ng ibang tao para sa iyo.
- **Mga kabuuan para sa taon simula Enero 1.** Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot at kabuuang mga pagbabayad para sa iyong mga gamot simula noong nagsimula ang taon.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot.** Ito ang kabuuang presyo ng gamot at mga pagbabago sa presyo ng gamot simula noong unang pagpuno ng bawat claim ng reseta ng kaparehong dami.
- **Mga alternatibong mas mababa ang halaga**. Kung angkop, ang impormasyon tungkol sa iba pang available na gamot na may mas mababang cost-sharing o pagbabahagi ng gastos para sa bawat reseta.

Nag-aalok kami ng saklaw ng mga gamot na hindi sinasaklaw sa ilalim ng Medicare.

- Ang mga ginawang pagbabayad para sa mga gamot na ito ay hindi kasali sa iyong kabuuang mga gastusing mula sa sariling bulsa.
- Karamihan sa mga gamot na nakukuha mo mula sa isang pharmacy ay saklaw ng plano. Maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx ang iba pang gamot, tulad ng ilang mga over-the-counter (OTC) na gamot at mga partikular na vitamins. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari ka ring tumawag sa customer service center ng Medi-Cal sa 800-977-2273. Pakidala ang iyong Medi-Cal Beneficiary Identification Card (BIC) habang kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.
- Para malaman ang mga gamot na sinasaklaw ng aming plano, tingnan ang mga *Listahan ng Gamot*.

B. Paano subaybayan ang iyong mga gastos sa gamot

Para masubaybayan ang iyong mga gastos sa gamot at ang mga pagbabayad na gagawin mo, ginagamit namin ang mga record na nakukuha namin mula sa iyo at mula sa iyong pharmacy. Narito kung paano mo kami matutulungan:

1. Gamitin ang iyong ID Card ng Miyembro.

Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro tuwing pupunan mo ang reseta. Nakakatulong ito sa amin na malaman kung anong mga reseta ang pinupunan mo at kung ano ang binabayaran mo.

2. Siguraduhing nasa amin ang impormasyong kailangan namin.

Maaari mong hilingin sa amin na ibalik ang iyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos sa gamot. Bigyan kami ng mga kopya ng mga resibo para sa mga saklaw na gamot na binayaran mo. Narito ang ilang halimbawa ng kung kailan mo dapat kaming bigyan ng mga kopya ng iyong mga resibo:

- Kapag bumili ka ng saklaw na gamot sa isang pharmacy na nasa network sa espesyal na presyo o gumamit ng discount card na hindi bahagi ng benepisyo ng aming plano
- Kapag nagbabayad ka ng copay para sa mga gamot na nakukuha mo sa ilalim ng programa ng tulong sa pasyente ng isang gumagawa ng gamot
- Kapag bumili ka ng mga saklaw na gamot sa isang wala sa network na pharmacy
- Kapag nagbayad ka ng buong presyo para sa saklaw na gamot sa ilalim ng mga espesyal na sitwasyon

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghiling sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa gastos sa isang gamot, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

3. Ipadala sa amin ang impormasyon tungkol sa mga pagbabayad na ginagawa ng iba para sa iyo.

Kasali rin sa iyong mga gastusing mula sa sariling bulsa ang mga pagbabayad na ginawa ng ilang partikular na ibang tao at mga samahan. Halimbawa, kasali sa iyong mga mula-sa-bulsang gastos ang mga pagbabayad na ginawa ng State Pharmacy Assistance Program, isang programa ng tulong sa gamot sa AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP), ng Indian Health Service, at karamihan ng mga

kawanggawa. Makakatulong ito sa iyong maging kwalipikado para sa catastrophic na saklaw. Kapag naabot mo ang Antas ng Catastrophic na Saklaw, babayaran ng aming plano ang lahat ng gastos ng iyong mga gamot sa Medicare Part D para sa natitirang bahagi ng taon.

4. Tingnan ang mga EOB na ipinapadala namin sa iyo.

Kapag nakatanggap ka ng EOB sa koreo, siguraduhin na kumpleto at tama ito.

- **Nakikilala mo ba ang pangalan ng bawat pharmacy?** Suriin ang mga petsa. Kumuha ka ba ng mga gamot sa araw na iyon?
- **Nakuha mo ba ang mga gamot na nakalista?** Tumutugma ba ang mga ito sa mga nakalista sa iyong mga resibo? Tumutugma ba ang mga gamot sa inireseta ng iyong doktor?

B1. Paano kung makakita ka ng mga pagkakamali sa buod na ito?

Kung may nakakalito o mukhang hindi tama sa EOB na ito, pakitawagan kami sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Makakahanap ka rin ng mga sagot sa maraming tanong sa aming website: blueshield.com/medicare.

B2. Paano naman ang tungkol sa posibleng pandaraya?

Kung ang buod na ito ay may ipinapakitang mga gamot na hindi mo iniinom o anumang bagay na tila kahina-hinala sa iyo, mangyaring makipag-ugnayan sa amin.

- Tawagan kami sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
- O tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari mong tawagan ang mga numerong ito nang libre.
- Kung pinaghihinalaan mo na ang isang provider na tumatanggap ng Medi-Cal ay nakagawa ng pandaraya, pag-aaksaya o pang-aabuso, karapatan mong iulat ito sa pamamagitan ng libreng pagtawag sa kompidensyal na numero na 1-800-822-6222. Ang iba pang paraan ng pag-uulat ng pandaraya sa Medi-Cal ay maaaring matagpuan sa: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Kung sa tingin mo ay may mali o nawawala, o kung mayroon kang anumang mga tanong, tawagan ang Customer Service. Itatago ang mga EOB na ito. Ang mga ito ay mahahalagang record ng iyong mga ginastos sa gamot.

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

May dalawang yugto ng pagbabayad para sa iyong Medicare Part D na saklaw ng gamot sa ilalim ng aming plano. Ang halaga ng kung magkano ang babayaran mo para sa bawat reseta ay nakadepende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong at kung aling antas ka nakalagay kapag pinunan o muling pinunan mo ang isang reseta. Narito ang dalawang yugto:

Yugto 1: Yugto ng Unang Pagsaklaw	**Antas 2: Yugto ng Catastrophic na Saklaw**
Sa antas na ito, binabayaran namin ang bahagi ng mga gastos sa mga gamot mo, at babayaran mo ang iyong bahagi. Ang iyong bahagi ay tinatawag na copay. Magsisimula ka sa antas na ito kapag kinuha mo ang iyong unang reseta ng taon.	Sa antas na ito, babayaran namin ang lahat ng gastos sa mga gamot mo hanggang Disyembre 31, 2027. Magsisimula ka sa antas na ito kapag nakapagbayad ka na ng partikular na halaga ng mga gastusing mula sa sariling bulsa.

D. Yugto 1: Ang Antas ng Paunang Saklaw

Sa panahon ng Antas ng Paunang Saklaw, babayaran namin ang bahagi ng gastos sa iyong mga sinasaklaw na gamot, at babayaran mo ang iyong bahagi. Ang iyong bahagi ay tinatawag na copay. Ang copay ay nakasalalay sa tier ng bahaginan sa gastos na kinabibilangan ng gamot at kung saan mo ito nakukuha.

Ang mga tier ng bahaginan ng gastos ay mga grupo ng mga gamot na may kaparehong copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano ay nasa isa sa limang tier ng pagbabahagi ng gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang numero ng tier, mas mataas ang copay. Para mahanap ang mga tier ng pagbabahagi ng gastos para sa iyong mga gamot, tingnan ang aming *Listahan ng Gamot*.

- Tier 1 ng Bahaging Gastos: Mga Piniling Generic na Gamot (pinakamababang tier ng bahaging gastos) - Kabilang ang mga piniling generic na gamot. Ang copay ay $0.
- Tier 2 ng Bahaging Gastos: Mga Generic na Gamot – Kabilang ang mga generic na gamot at mga biosimilar. Ang copay ay $0.

- Tier 3 ng Bahaging Gastos: Mga Piniling Branded na Gamot – Kabilang ang mga piniling gamot na may tatak, mga biosimilar, at mga ilang generic na gamot. Ang copay ay mula $0 hanggang $14.40, depende sa iyong kita.
- Tier 4 ng Bahaging Gastos: Mga Hindi Piniling Gamot – Kabilang ang mga hindi piniling gamot na may tatak, mga biosimilar, at mga ilang generic na gamot. Ang copay ay mula $0 hanggang $14.40, depende sa iyong kita.
- Tier 5 ng Bahaging Gastos: Ang mga Gamot sa Specialty na Tier (ang pinakamataas na tier ng pagbabahagi ng gastos) – Kasama ang napakamahal na mga branded na gamot, mga biosimilar, at mga generic na gamot na maaaring mangailangan ng espesyal na pag-aasikaso at/o masusing pagsusubaybay. Ang copay ay mula $0 hanggang $14.40, depende sa iyong kita.

D1. Ang iyong mga pagpipilian na pharmacy

Nakadepende ang babayaran mo para sa isang gamot sa kung kukunin mo ang gamot mula sa:

Isang retail na pharmacy sa network **o**

- Isang retail na pharmacy na nasa network na nag-aalok ng piniling cost-sharing. Ang mga gastos ay maaaring mas mababa sa mga pharmacy na nag-aalok ng piniling cost-sharing.
- Isang wala sa network na pharmacy. Sa mga limitadong sitwasyon, sinasaklaw namin ang mga resetang kinuha sa mga wala sa network na pharmacy. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman kung kailan namin ginagawa iyon.
- Ang parmasyang naghahatid sa bahay ng aming plano.

Para matuto pa tungkol sa mga pagpipiliang ito, tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito at ang aming *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*.

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot

Para sa ilang gamot, maaari kang kumuha ng pangmatagalang supply (tinatawag ding “pinahabang supply”) kapag kinukuha mo ang iyong reseta. Ang pangmatagalang supply ay hanggang sa 100 araw na supply. Pareho ang gagastusin mo rito tulad ng sa isang buwang supply.

Para sa mga detalye sa kung saan at kung paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot, tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* ng aming plano.

D3. Ang binabayaran mo

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

Makipag-ugnayan sa Customer Service para malaman kung magkano ang iyong copay para sa anumang saklaw na gamot.

Ang iyong bahagi ng gastos kapag kumuha ka ng isang buwang supply ng sinasaklaw na gamot mula sa:

	Isang pharmacy na nasa network Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	**Serbisyong paghahatid sa bahay ng aming plano** Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	**Isang pharmacy ng pangmatagalang pangangalaga na nasa network** Hanggang 31 araw na supply	**Isang wala sa network na pharmacy** Hanggang 30 araw na supply. Nililimitahan ang saklaw sa ilang partikular na sitwasyon. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga detalye.
Tier 1 ng Cost-sharing (Mga Piniling Generic na Gamot)	$0 na copay	Hindi available ang serbisyo sa paghahatid sa bahay para sa mga gamot sa Tier 1.	$0 na copay	$0 na copay

	Isang pharmacy na nasa network Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	**Serbisyong paghahatid sa bahay ng aming plano** Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	**Isang pharmacy ng pangmatagalang pangangalaga na nasa network** Hanggang 31 araw na supply	**Isang wala sa network na pharmacy** Hanggang 30 araw na supply. Nililimitahan ang saklaw sa ilang partikular na sitwasyon. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga detalye.
Tier 2 ng Cost-sharing (Mga Generic na Gamot)	$0 na copay	Hindi available ang serbisyo sa paghahatid sa bahay para sa mga gamot sa Tier 2.	$0 na copay	$0 na copay
Tier 3 ng Cost-sharing (Mga Piniling Branded na Gamot)	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.	Hindi available ang serbisyo sa paghahatid sa bahay para sa mga gamot na nasa Tier 3.	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.

	Isang pharmacy na nasa network	**Serbisyong paghahatid sa bahay ng aming plano**	**Isang pharmacy ng pangmatagalang pangangalaga na nasa network**	**Isang wala sa network na pharmacy**
	Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	Hanggang 31 araw na supply	Hanggang 30 araw na supply. Nililimitahan ang saklaw sa ilang partikular na sitwasyon. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga detalye.
Tier 4 ng Cost-sharing (Mga Hindi Piniling Gamot)	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.	Hindi available ang serbisyo ng paghahatid sa bahay para sa mga gamot na nasa Tier 4.	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.
Tier 5 ng Cost-sharing: (Mga Gamot na nasa Specialty Tier)	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.

Ang iyong bahagi sa gastos kapag kumuha ka ng pangmatagalang supply ng sinasaklaw na gamot mula sa:

	Isang pharmacy na nasa network Pangmatagalang supply o hanggang sa isang 100 araw na supply	**Serbisyong paghahatid sa bahay ng aming plano** Pangmatagalang supply o hanggang sa isang 100 araw na supply
Tier 1 ng Cost-sharing (Mga Piniling Generic na Gamot)	$0 na copay	$0 na copay
Tier 2 ng Cost-sharing (Mga Generic na Gamot)	$0 na copay	$0 na copay
Tier 3 ng Cost-sharing (Mga Piniling Branded na Gamot)	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.
Tier 4 ng Cost-sharing (Mga Hindi Piniling Gamot)	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.	$0, $5.00 o $14.40 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong (Extra Help) na tinatanggap ng miyembro.
Tier 5 ng Cost-sharing: (Mga Gamot na nasa Specialty Tier)	Hindi available ang pangmatagalang supply para sa mga gamot na nasa Tier 5.	Hindi available ang pangmatagalang supply para sa mga gamot na nasa Tier 5.

Para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga botika ang makakapagbigay sa iyo ng mga pangmatagalang supply, tingnan ang aming *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*.

D4. Pagtatapos ng Yugto ng Paunang Saklaw

Matatapos ang Antas ng Unang Pagsaklaw kapag ang iyong kabuuan ng mga gastusin mula sa sariling bulsa ay umaabot sa $2,400. Sa panahong iyon, magsisimula ang Yugto ng

Catastrophic na Saklaw. Sasaklawin namin ang lahat ng iyong gastos sa gamot mula sa oras na iyon hanggang sa katapusan ng taon.

Makakatulong ang iyong EOB na masubaybayan mo kung magkano na ang naibayad mo para sa mga gamot mo sa loob ng taon. Ipapaalam namin sa iyo kung narating mo na ang $2,400 na limitasyon. Hindi ito naaabot ng maraming tao sa loob ng isang taon.

E. Antas 2: Ang Antas ng Catastrophic Coverage

Kapag naabot mo na ang limitasyon ng perang galing sa bulsa na $2,400 para sa iyong mga gamot, magsisimula na ang Antas ng Catastrophic Coverage. Mananatili ka sa Yugto ng Catastrophic na Saklaw hanggang sa matapos ang kalendaryong taon. Sa antas na ito, wala kang babayaran para sa iyong mga saklaw na gamot ng Part D.

F. Ang iyong mga gastos sa gamot kung ang inireseta ng iyong doktor ay mas kakaunti kaysa sa buong pang-isang buwang supply

Sa mga ilang kaso, magbabayad ka ng copay para masaklaw ang buong isang pang-buwang supply ng saklaw na gamot. Gayunpaman, maaaring magreseta ang iyong doktor ng mas kaunti kaysa sa pang-isang buwang supply ng mga gamot.

- Maaaring may mga panahon na nais mong hilingin sa iyong doktor ang tungkol sa pagrereseta nang mas kakaunti kaysa sa buong pang-isang buwang supply ng isang gamot (halimbawa, kapag sinusubukan mo pa lamang ang isang gamot sa unang pagkakataon).
- Kung pumayag ang iyong doktor, hindi mo babayaran ang buong pang-isang buwang supply para sa ilang partikular na gamot.

Kapag kumuha ka ng mas kaunti kaysa sa pang-isang buwang supply ng isang gamot, ibabatay ang halagang babayaran mo sa bilang ng mga araw ng gamot na tatanggapin mo. Kakalkulahin namin ang halaga ng babayaran mo bawat araw para sa iyong gamot (ang “rate ng pang-araw-araw na bahaginan sa gastos”) at imu-multiply ito sa bilang ng mga araw ng gamot na tatanggapin mo.

- Narito ang halimbawa: Sabihin nating ang copay para sa iyong kabuuang supply ng gamot sa isang buwan (isang 30 araw na supply) ay $1.35. Nangangahulugan ito na ang halagang babayaran mo para sa iyong gamot ay mas mababa sa $0.05 bawat araw. Kung makakakuha ka ng pitong araw na supply ng gamot,

ang iyong babayaran ay mas mababa sa $0.05 bawat araw na multiply sa pitong araw, para sa kabuuang bayad na mas mababa sa $0.35.

- Nagbibigay-daan sa iyo ang pang-araw-araw na bahaginan ng gastos na matiyak na mabisa para sa iyo ang isang gamot bago mo bayaran ang buong pang-isang buwang supply.
- Maaari rin mong hilingin sa iyong provider na magreseta ng mas mababa sa buong pang-isang buwang supply ng gamot para matulungan kang:
    - Mas mahusay na makapagplano kung kailan muling pupunan ang mga gamot mo,
    - Ipagsabay ang pag-refill ng mga gamot mo para hindi ka na kailangang pumunta nang madalas sa pharmacy.

G. Ano ang babayaran mo para sa mga Part D na bakuna

Mahalagang mensahe tungkol sa kung ano ang binabayaran mo para sa mga bakuna: Ang ilang mga bakuna ay itinuturing na mga benepisyong medikal at saklaw sa ilalim ng Medicare Part B. Ang iba pang mga bakuna ay itinuturing na gamot ng Medicare Part D. Makikita mong nakalista ang mga bakunang ito sa aming *Listahan ng Gamot.* Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna ng Medicare Part D nang libre. Tingnan ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano o makipag-ugnayan sa Customer Service para sa mga detalye ng saklaw at pagbabahagi ng gastos (cost-sharing) tungkol sa mga partikular na bakuna.

May dalawang bahagi ang aming saklaw sa mga bakuna ng Medicare Part D:

1. Ang unang bahagi ay para sa gastos sa **mismong bakuna**.
2. Ang ikalawang bahagi ay para sa gastos sa **pagbibigay sa iyo ng bakuna**. Halimbawa, kung minsan, ang iyong doktor ang magbigay sa iyo ng bakuna bilang iniksyon.

G1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka magpabakuna

Inirerekumenda naming tumawag ka sa Customer Service kung pinaplano mong magpabakuna.

- Sasabihin namin sa iyo ang tungkol sa kung paano sasaklawin ng aming plano ang pagbabakuna mo at ipaliliwanag sa iyo ang iyong bahagi ng gastos.
- Maaari naming sabihin sa iyo kung paano bawasan ang mga gastos mo sa pamamagitan ng paggamit ng mga pharmacy at provider ng network.

Sumasang-ayon ang mga pharmacy at provider ng network na makipagtulungan sa aming plano. Nakikipagtulungan sa amin ang isang provider ng network para matiyak na wala kang paunang gastos para sa isang bakuna sa Medicare Part D.

G2. Ang babayaran mo para sa isang bakunang sinasaklaw ng Medicare Part D

Ang babayaran mo para sa isang bakuna ay nakadepende sa uri ng bakuna (ang dahilan ng kung bakit ka binabakunahan).

- Ang ilang bakuna ay itinuturing na mga benepisyo sa kalusugan sa halip na mga gamot. Ang mga bakunang ito ay sinasaklaw nang wala kang gastos. Para matuto tungkol sa saklaw sa mga bakunang ito, tingnan ang Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- Ang ibang mga bakuna ay itinuturing na mga gamot ng Medicare Part D. Matatagpuan mo ang mga bakunang ito sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano. Maaaring kailanganin mong magbayad ng copay para sa mga bakuna sa Medicare Part D. Kung ang bakuna ay inirerekumenda para sa mga nasa hustong gulang ng organisasyong tinatawag na Tagapayong Komite para sa Mga Kasanayan sa Pagbabakuna / Advisory Committee sa Mga Kasanayan sa Immunization **(Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**, sa gayon ay wala kang babayaran.

Naririto ang tatlong karaniwang paraan kung paano ka makakakuha ng Medicare Part D na bakuna.

1. Makukuha mo ang bakuna ng Medicare Part D at ang iyong iniksyon sa isang network pharmacy.

- Para sa karamihan ng mga Part D na bakuna para sa mga nasa hustong gulang, wala kang babayaran.

- Para sa iba pang mga Part D na bakuna, magbabayad ka ng copay para sa bakuna.

2. Makukuha mo ang bakuna ng Medicare Part D sa opisina ng iyong doktor, at ibibigay ng iyong doktor ang iniksyon.

- Magbabayad ka ng copay sa doktor para sa bakuna.

- Babayaran ng aming plano ang gastos sa pagbibigay sa iyo ng iniksyon.

- Dapat tawagan ng opisina ng doktor ang aming plano sa sitwasyong ito para masiguro naming alam nila na kailangan lamang mong magbayad ng isang copay para sa bakuna.

3. Makukuha mo ang gamot na bakuna ng Medicare Part D sa isang pharmacy, at dadalhin mo ito sa opisina ng iyong doktor para mabakunahan.

- Para sa karamihan ng mga Part D na bakuna na para sa nasa hustong gulang, wala kang babayaran para sa bakuna mismo.
- Para sa iba pang mga Part D na bakuna, magbabayad ka ng copay para sa bakuna.
- Babayaran ng aming plano ang gastos sa pagbibigay sa iyo ng iniksyon.

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

Introduksyon

Sasabihin ng kabanatang ito sa iyo kung paano at kailan magpapadala ng singil sa amin para humingi ng bayad. Sasabihin rin nito sa iyo kung paano gumawa ng apela kung hindi ka sumasang-ayon sa isang desisyon sa saklaw. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Hinihiling sa amin na bayaran ang iyong mga serbisyo o gamot 233

B. Pagpapadala sa amin ng request para sa pagbabayad 238

C. Mga desisyon sa saklaw 238

D. Mga apela 239

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

Dapat singilin ng aming mga provider ang plano para sa iyong mga saklaw na serbisyo at gamot pagkatapos mong matanggap ang mga ito. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan.

Hindi namin pinapayagan ang mga provider ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan na singilin ka para sa mga serbisyo o gamot na ito. Direkta naming binabayaran ang aming mga provider, at pinoprotektahan ka namin mula sa anumang mga pagsingil.

Kung makatanggap ka ng pagsingil para sa buong halaga ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot, huwag itong babayaran at sa halip ay ipadala sa amin ang bill. Para magpadala sa amin ng bill, tingnan ang **Kabanata 7, Seksyon B**.

- Kung sinaklaw namin ang mga serbisyo o gamot, direkta naming babayaran ang provider.
- Kung sinaklaw namin ang mga serbisyo o gamot at nabayaran mo ito ng halagang mahigit sa iyong bahagi ng gastos, may karapatan kang maibalik sa iyo ang sobrang bayad.
    - Kung nagbayad ka para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare, ibabalik namin ang ibinayad mo.
- Kung nagbayad ka para sa mga serbisyo ng Medi-Cal na natanggap mo na, maaari kang maging kuwalipikado na maibalik ang ibinayad (palit bayad) kung matutugunan mo ang lahat ng sumusunod na kondisyon:
    - Ang serbisyong natanggap mo ay isang saklaw na serbisyo ng Medi-Cal at responsibilidad naming bayaran ito. Hindi namin ibabalik sa iyo ang ibinayad mo para sa isang serbisyong hindi sinasaklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
    - Natanggap mo ang saklaw na serbisyo pagkatapos mong maging karapat-dapat na miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
    - Hihilingin mong mabayaran sa loob ng isang taon mula sa petsa kung kailan mo natanggap ang saklaw na serbisyo.
    - Magbibigay ka ng katibayan na binayaran mo ang saklaw na serbisyo, tulad ng detalyadong resibo mula sa provider.

- Natanggap mo ang saklaw na serbisyo mula sa isang provider na naka-enroll sa Medi-Cal sa network ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Hindi mo kailangang matugunan ang kondisyong ito kung nakatanggap ka ng pangangalagang pang-emergency, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyong pinapahintulutan ng Medi-Cal na isagawa ng mga provider na wala sa network nang walang paunang pag-apruba (paunang pahintulot).

- Kung karaniwang nangangailangan ng paunang pag-apruba (paunang pahintulot) ang saklaw na serbisyo, kailangang magbigay ka ng katibayan mula sa provider na nagpapakita ng medikal na pangangailangan para sa saklaw na serbisyo.

- Sasabihin sa iyo ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan kung ibabalik nila ang nagastos mo sa isang liham na tinatawag na Abiso sa Pagkilos. Kung natutugunan mo ang lahat ng kondisyon sa itaas, dapat kang bayaran ng provider na naka-enroll sa Medi-Cal para sa buong halagang binayaran mo. Kung tatanggi ang provider na bayaran ka, babayaran ka ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para sa buong halagang binayaran mo. Ibabalik namin ang naibayad mo sa loob ng 45 araw na may trabaho pagkatapos na matanggap ang claim. Kung ang provider ay naka-enroll sa Medi-Cal, pero hindi siya bahagi ng aming network at tumatanggi siya na ibalik sa iyo ang ibinayad mo, babayaran ka ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, ngunit hanggang sa halaga lamang na babayaran ng FFS Medi-Cal. Babayaran ka ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para sa buong halagang mula sa bulsa para sa mga pang-emergency na serbisyo, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyo na pinapayagan ng Medi-Cal na ibibigay ng mga provider na wala sa network nang walang paunang pag-apruba. Kung hindi mo natutugunan ang isa sa mga kondisyon sa itaas, hindi namin ibabalik sa iyo ang naibayad mo.

- Hindi namin ibabalik sa iyo ang naibayad mo kung:

  - Humiling at nakatanggap ka ng mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medi-Cal, tulad ng mga serbisyong pampaganda.

  - Ang serbisyo ay hindi saklaw na serbisyo para sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

  - Nagpatingin ka sa isang doktor na hindi tumatanggap ng Medi-Cal at may nilagdaan kang form na nagsasaad na nais mo pa ring magpatingin at na ikaw mismo ang magbabayad para sa mga serbisyo.

- Kung hindi namin sinasaklaw ang mga serbisyo o gamot, sasabihin namin ito sa iyo.

Kontakin ang Customer Service o ang iyong coordinator ng pangangalaga kung mayroon kang mga tanong. Kung hindi mo alam kung magkano ang dapat mong bayaran, o kung pinadalhan ka ng bill at hindi mo alam kung ano ang susunod na gagawin, makakatulong kami. Maaari ka ding tumawag kung gusto mong magsabi sa amin ng impormasyon tungkol sa isang request para sa pagbabayad na naipadala mo na sa amin.

Halimbawa ng mga pagkakataon kung kailan maaaring kailanganin mong hilingin sa amin na bayaran ka o bayaran ang bill na natanggap mo:

1. Kapag kumuha ka ng pangangalagang pangkalusugan na pang-emergency o agarang kinakailangan mula sa isang provider na wala sa network

Hilingin sa provider na singilin kami.

- Kung binayaran mo ang buong halaga noong nakuha mo ang pangangalaga, hilingin sa amin na ibalik ang iyong bayad para sa aming bahagi ng gastos. Ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo.
- Maaaring makatanggap ka ng bill mula sa provider na humihiling sa iyong magbayad ng halagang sa tingin mo ay hindi mo dapat bayaran. Ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo.
    - Kung dapat bayaran ang provider, direkta naming babayaran ang provider.
    - Kung nagbayad ka na nang higit sa bahagi ng gastos na dapat mong bayaran para sa serbisyo ng Medicare, aalamin namin kung magkano ang dapat mong bayaran at ibabalik namin sa iyo ang bahagi ng gastos na dapat naming sagutin.

2. Kapag pinadalhan ka ng bill ng provider na nasa network

Dapat palaging kami ang singilin ng mga provider na nasa network. Mahalagang ipakita ang iyong Member ID Card kapag tumatanggap ka ng anumang serbisyo o reseta; gayunman, kung minsan ay nagkakamali ang mga network provider at hinihilingan ka nila ng bayad para sa mga serbisyo o ng halagang mas mataas kaysa sa bahagi ng gastos na dapat mong bayaran. **Tawagan ang Customer Service** o ang iyong coordinator ng pangangalaga sa numero sa ibaba ng pahinang ito **kung makakakuha ka ng anumang mga bill.**

- Bilang miyembro ng plano, babayaran mo lang ang copay kapag nakakuha ka ng mga serbisyong saklaw namin. Hindi namin pinapayagan ang mga provider na singilin ka ng higit sa halagang ito. Totoo ito kahit na binayaran namin ang provider nang mas maliit kaysa sa siningil ng provider para sa isang serbisyo. Kahit magpasya kaming hindi bayaran ang ilang singil, hindi mo pa rin kailangang bayaran ang mga ito.

- Kapag nakatanggap ka ng bill mula sa isang provider na nasa network na sa tingin mo ay mas mataas kaysa sa dapat mong bayaran, ipadala sa amin ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aasikasuhin namin ang problema.
- Kung nabayaran mo na ang bill mula sa isang provider na nasa network para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare, pero sa tingin mo ay sobra ang ibinayad mo, ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo. Ibabalik namin sa iyo ang ibinayad mo para sa mga saklaw na serbisyo **o** ang diperensya sa pagitan ng halagang ibinayad mo at ng halagang dapat mong bayaran sa ilalim ng aming plan.

3. Kung ikaw ay retroaktibo na naka-enroll sa aming plan

Minsan ang iyong enrollment sa plan ay maaaring maging retroaktibo. (Ibig sabihin, lumipas na ang unang araw ng iyong enrollment. Maaaring noong nakaraang taon pa ito.)

- Kung retroaktibo ang iyong enrollment at nagbayad ka ng bill pagkatapos ng petsa ng enrollment, maaari mong hilingin sa amin na ibalik sa iyo ang ibinayad mo.
- Ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo.

4. Kapag gumamit ka ng wala sa network na pharmacy para punan ang reseta

Kung gagamit ka ng wala sa network na pharmacy, babayaran mo ang buong halaga ng iyong reseta.

- Sa ilang partikular na sitwasyon lamang namin sasaklawin ang mga reseta na pinunan sa mga pharmacy na wala sa aming network. Padalhan kami ng kopya ng iyong resibo kapag hinihiling mong ibalik namin sa iyo ang bahagi ng gastos na dapat naming sagutin.
- Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para matuto pa tungkol sa mga botikang wala sa network.
- Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang diperensya sa pagitan ng halagang ibinayad mo para sa gamot sa isang pharmacy na wala sa network at ng halagang babayaran namin kung kinuha mo ito sa isang pharmacy na nasa network.

5. Kapag binayaran mo ang buong halaga ng reseta ng Medicare Part D dahil hindi mo nadala ang iyong Member ID Card

Kung hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro, maaari mong hilingin sa pharmacy na tawagan kami o hanapin ang iyong impormasyon sa pagpapa-enroll sa plano.

- Kung hindi agad makuha ng pharmacy ang impormasyon, maaaring ikaw mismo ang magbayad sa buong halaga ng reseta o bumalik ka sa pharmacy na dala ang iyong ID Card ng Miyembro.

- Padalhan kami ng kopya ng iyong resibo kapag hinihiling mong ibalik namin sa iyo ang bahagi ng gastos na dapat naming sagutin.
- Hindi namin maaaring ibalik ang buong halaga na binayaran mo kung ang presyo ng binayaran mo ay mas mataas kaysa sa napag-usapan naming presyo para sa reseta.

6. Kapag binayaran mo ang buong halaga ng reseta ng Medicare Part D para sa isang gamot na hindi saklaw

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

- Maaaring wala ang gamot sa aming *Listahan ng mga Covered na Gamot* (*Listahan ng Gamot*) sa aming website, o maaaring may kinakailangan o limitasyon para sa gamot na hindi mo alam o sa tingin mo ay hindi angkop sa iyo. Kung magpasya kang kunin ang gamot, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga.
  - Kung hindi mo babayaran ang gamot pero sa palagay mo ay kami ang dapat na sumaklaw nito, maaari kang humiling ng desisyon sa saklaw (tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito).
  - Kung ikaw at ang iyong doktor o iba pang tagareseta ay naniniwalang kailangan mo agad ang gamot (sa loob ng 24 oras), maaari kang humiling ng mabilis na desisyon sa saklaw (tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito).
- Padalhan kami ng kopya ng iyong resibo kapag hinihiling mo sa amin na ibalik ang iyong ibinayad. Sa mga ilang kaso, maaaring kailanganin naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa iyong doktor o iba pang tagareseta para maibalik sa iyo ang bahagi ng gastos sa gamot na dapat naming sagutin. Hindi namin maaaring ibalik sa iyo ang buong halaga na binayaran mo kung ang presyo na binayaran mo ay mas mataas kaysa sa napag-usapan naming presyo para sa reseta.

Kapag nagpadala ka sa amin ng request para sa pagbabayad, sinusuri namin ito at magpapasya kami kung dapat sakupin ang serbisyo o gamot. Tinatawag itong “desisyon sa saklaw.” Kung magpasya kaming dapat saklawin ang serbisyo o gamot, babayaran namin ang bahagi ng gastos na dapat naming sagutin.

Kung tatanggihan namin ang iyong request para sa pagbabayad, maaari mong iapela ang aming desisyon. Para matuto kung paano gumawa ng apela, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. Pagpapadala sa amin ng request para sa pagbabayad

Ipadala sa amin ang iyong bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo para sa mga serbisyo ng Medicare o tawagan kami. Ang patunay ng pagbabayad ay maaaring kopya ng tsekeng isinulat mo o ng resibo mula sa provider. **Magandang ideya na gumawa ng kopya ng bill at mga resibo para may record ka.** Maaari kang humingi ng tulong sa iyong coordinator ng pangangalaga. Dapat mong ipadala ang iyong impormasyon tungkol sa medikal na claim sa amin sa loob ng isang taon mula sa petsa na natanggap mo ang serbisyo, item, o gamot. Dapat mong isumite sa amin ang iyong claim para sa Part D na inireresetang gamot sa loob ng tatlong taon mula sa petsa na nakuha mo ang serbisyo, item o gamot.

Para matiyak na naibigay mo sa amin ang lahat ng impormasyong kailangan namin para makapagpasya, maaari mong punan ang aming form ng claim para humingi ng bayad.

- Hindi mo kailangang gamitin ang form, ngunit nakakatulong ito sa amin na ma-proseso ang impormasyon nang mas mabilis.
- Maaari mong makuha ang form sa aming website (blueshieldca.com), o tumawag sa Customer Service at hingin ang form.

Ipadala ang iyong request para sa pagbabayad kasama ng anumang mga bill o resibo sa address na ito:

Mga Medical na claim:
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 95927-2640

Mga claim ng inireresetang Part D na gamot:
Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

C. Mga desisyon sa saklaw

Kapag nakuha namin ang iyong request para sa pagbabayad, gumagawa kami ng desisyon sa saklaw. Nangangahulugan ito na nagpapasya kami kung sasaklawin ng aming plano ang iyong serbisyo, item, o gamot. Pagpapasyahan din namin ang halaga, kung mayroon man, na kinakailangan mong bayaran.

- Ipapaalam namin sa iyo kung kailangan namin ng higit pang impormasyon mula sa iyo.

- Kung magpasya kaming sasaklawin ng aming plano ang serbisyo, item, o gamot at sinunod mo ang lahat ng mga patakaran para sa pagkuha nito, babayaran namin ang aming bahagi ng gastos para dito. Kung nabayaran mo na ang serbisyo o gamot, magpapadala kami sa iyo ng tseke para sa aming bahagi ng gastos. Kung binayaran mo ang buong halaga ng isang gamot, maaaring hindi maibalik sa iyo ang buong halagang binayaran mo (halimbawa, kung nakakuha ka ng gamot sa isang wala sa network na pharmacy o kung mas mataas ang presyo na binayaran mo kaysa sa aming napagkasunduang presyo). Kung hindi mo pa ito nababayaran, babayaran namin nang direkta ang provider.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga patakaran para masaklaw ang iyong mga serbisyo. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga patakaran para masaklaw ang iyong mga Medicare Part D na gamot.

- Kung magpasya kaming hindi bayaran ang aming bahagi ng gastos sa serbisyo o gamot, papadalhan ka namin ng liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan. Ipinapaliwanag din ng liham ang iyong mga karapatang umapela.
- Para matuto pa tungkol sa mga desisyon sa saklaw, tingnan ang **Kabanata 9**.

D. Mga apela

Kung sa tingin mo ay nagkamali kami sa pagtanggi sa iyong kahilingan para sa bayad, maaari mong hilingin sa amin na baguhin ang aming pasya. Tinatawag itong "paggawa ng apela." Maaari ka ring umapela kung hindi ka sumasang-ayon sa halaga ng ibinayad namin.

Ang proseso ng pormal na mga apela ay may mga detalyadong pamamaraan at mga takdang petsa. Para matuto pa tungkol sa mga apela, tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito:

- Kung gusto mong umapela tungkol sa pagbabalik ng ibinayad mo para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, tingnan ang **Seksyon F**.
- Kung gusto mong umapela tungkol sa pagbabalik ng ibinayad mo para sa isang gamot, tingnan ang **Seksyon G**.

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

Introduksyon

Kasama sa kabanatang ito ang mga karapatan at responsibilidad mo bilang miyembro ng aming plano. Dapat naming igalang ang mga karapatan mo. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang inyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon para sa iyong mga pangangailangan 251

B. Ang aming responsibilidad sa napapanahong pag-access mo sa mga saklaw na serbisyo at gamot 253

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang iyong protektadong impormasyong pangkalusugan (PHI) 254

C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI 255

C2. Ang iyong karapatan na tingnan ang mga medikal na record mo 255

D. Ang aming responsibilidad na bigyan ka ng impormasyon 256

E. Kawalan ng kakayanan ng mga provider na nasa network na direktang singilin ka 257

F. Ang karapatan mo na umalis sa aming plano 257

G. Ang karapatan mo na gumawa ng mga pasya tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan 258

G1. Ang karapatang mo na malaman ang mga pagpipilian mo sa paggamot at gumawa ng mga pasya 258

G2. Ang karapatan mong sabihin ang gusto mong mangyari kung hindi ka makakagawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyong sarili 259

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi nasunod ang iyong mga tagubilin 260

H. Ang karapatan mo na magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon 260

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo 261

I. Ang mga responsibilidad mo bilang miyembro ng plano 261

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call your care coordinator or Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
    - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.
    - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service will keep your preferred language and format on file for future communications.
    - To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

A. Ծառայությունները և տեղեկությունները ցանկացած ձևով ստանալու Ձեր իրավունքը, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները, ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, մատուցվեն Ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, ներառյալ անգլերենի սահմանափակ հմտություններ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ, լսողության անբավարարություն կամ մշակութային և էթնիկ բազմազան ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ Դուք կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է Ձեզ տեղեկացնենք Ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ Դուք մեր ծրագրում եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկատվություն ստանալու համար զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև Ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն ավանդական, չինարեն պարզեցված, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն կամ իսպանական կրեոլերեն, տագալերեն և վիետնամերեն և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո տարբերակով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ գրել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին՝ P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856 հասցեով:
    - Դուք միշտ կարող եք հարցում ներկայացնել այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար՝ այս պահին և հետագայում: Հայտ ներկայացնելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն:
    - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Customer Service-ը կպահի Ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը ֆայլում՝ հետագա հաղորդակցության համար: Ձեր նախապատվությունների վերաբերյալ թարմացումներ կատարելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

- Medi-Cal-ի քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (Office of Civil Rights)՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم **جميع** الخدمات، السريرية وغير السريرية على حد سواء، لك بطريقة مختصة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها بما في ذلك لأولئك الذين لديهم كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو عجز في السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. ويجب علينا أيضًا أن نخبرك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون مشترك فيه في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، تواصل مع منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء. توفر خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والكمبودية والصينية التقليدية والصينية المبسطة والفارسية والكورية والروسية والإسبانية أو الإسبانية الكريولية والتاغالوغية والفيتنامية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. للحصول على المواد بأي من هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو المراسلة على العنوان التالي Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
  - يمكنك الآن ومستقبلاً التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، الرجاء الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
  - ستحتفظ خدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal باللغة والتنسيق المفضل لديك في سجلاتنا للاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، تواصل مع:

- برنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يتعين على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية ومكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.

A. 您有权以满足您需求的方式获取服务和信息

我们必须确保以符合文化要求且易于理解的方式向会员（包括那些英语能力有限、阅读技能有限、存在听力障碍或具有不同文化和族裔背景的人士）提供**所有**服务（包括临床服务和非临床服务）。我们必须用您能理解的方式，告诉您本计划的福利和您的权利。您参保本计划期间，每年我们都必须让您知道您有哪些权利。

- 如欲以您能理解的方式取得信息，请致电您的护理协调员或客户服务部。我们的计划提供免费口译服务，可以用不同语言回答问题。
- 我们的计划也可以提供英文以外其他语言的材料，包括阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语、繁体中文、简体中文、波斯语、韩语、俄语、西班牙语或西班牙语克里奥尔语、他加禄语和越南语，以及大字体、盲文或音频等格式。如欲获取这些替代格式之一的材料，请致电客户服务部或写信至下列地址：Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856。
    - 您可以提出长期请求，要求现在和将来以英语以外的语言或其他格式获取此文档。若要提出请求，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。
    - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部会将您的首选语言和格式存档，以供将来沟通时使用。如要对您的偏好进行任何更新，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。

如果您因为语言问题或残疾难以取得本计划的信息，而想要提出投诉，请致电：

- Medicare，电话1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。
- Medi-Cal民权办公室：916-440-7370。听障和语障用户请拨打711。
- 美国卫生与公共服务部民权办公室：1-800-368-1019。听障和语障用户请拨打1-800-537-7697。

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務與資訊。

我們必須確保向您提供的**所有**服務（包括臨床和非臨床服務）都符合您的文化背景且便於使用，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙，或有多元文化與族裔背景。我們也必須用您能瞭解的方式，告訴您我們計劃的福利與您的權利。在您加入我們的計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

- 要以您能瞭解的方式取得資訊，請致電您的護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。
- 我們的計劃也能向您提供英語以外的其他語言的資料，包括阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、繁體中文、簡體中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文或西班牙語混合語、他加祿文和越南文 ，並以大字版、盲文版或語音版等格式提供。要索取這些替代格式的資料，請致電客戶服務部或寫信至：Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365 - 9856 。

- 您可要求現在與將來都收到英文以外的其他語言或不同格式的文件。要提出請求，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部會保留您的慣用語言與格式，以供將來通訊之用。要對您的偏好進行任何更新，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。

如果您因爲語言方面的問題或因爲殘障而無法自我們的計劃取得資訊，而希望提出投訴，請致電

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal民權辦公室：916-440-7370。聽障和語障人士可致電711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室：1-800-368-1019。聽障和語障人士應致電 1-800-537-7697。

A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که **همه** خدمات بالینی و غیربالینی به شیوه مناسب از نظر فرهنگی و قابل دسترس بودن، به شما ارائه می‌شوند از جمله برای کسانی که دارای مهارت محدود انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومیتی متنوع هستند. ما همچنین باید اطلاعات لازم در مورد مزایای طرح خود و حقوق شما در اختیارتان قرار دهیم، به شیوه‌ای که بتوانید آن را درک کنید. ما موظفیم هر سال که در طرح ما عضو هستید، شما را از حقوقتان آگاه کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که بتوانید به راحتی آن را درک کنید، با هماهنگ کننده مراقبت یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌های غیر از انگلیسی از جمله عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی سنتی، چینی ساده، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی یا اسپانیایی کریول، تاگالوگ و ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب در یکی از فرمت‌های جایگزین ذکر شده، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، P.O. Box 927، Woodland Hills، CA 91365-9856 نامه ارسال کنید.
  - شما می‌توانید یک درخواست برای دریافت مداوم مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا به فرمت متفاوت در حال حاضر یا در آینده ارائه کنید. برای ارائه درخواست، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.
  - خدمات مشتریان برنامه درمانی Blue Shield Medicare + Medi-Cal زبان و قالب دلخواه شما را برای تماس‌های بعدی در پرونده ثبت می‌کند. برای به روز کردن ترجیحات خود، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما، دچار مشکل شده‌اید و می‌خواهید شکایت کنید:

- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-42274) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវា និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថា សេវា**ទាំងអស់** ទាំងផ្នែកគ្លីនិក និងមិនមែនផ្នែកគ្លីនិក
ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈដែលមានសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌ និងងាយស្រួលប្រើប្រាស់
រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានជំនាញភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់
ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជាតិសាសន៍ចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង
និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។
យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។
  គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន ភាសា
  អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនបុរាណ ចិនសាមញ្ញ ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ ឬអេស្ប៉ាញក្រែអូល តាហ្គាឡុក
  និងវៀតណាម និងជាទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។
  ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួសណាមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ
  សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬសរសេរទៅកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare +
  Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856។
  - អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។
  - សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield Medicare + Medi-Cal នឹងរក្សាទុកភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនាពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពណាមួយលើចំណូលចិត្តរបស់អ្នក សូមទាក់ទងមកកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព
ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅលេខ 711។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធពលរដ្ឋនៃក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

A. 귀하의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

저희는 **모든** 임상적, 비임상적 서비스를 영어 능력에 제한이 있거나, 독서 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 분께 문화적으로 적절하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 또한 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 가입자의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 알려야 합니다.

- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 진료 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스가 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어(아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어 번체, 중국어 간체, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어 또는 스페인어 크리올어, 타갈로그어 및 베트남어 포함)로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받고자 하는 경우, 고객 서비스에 전화하거나 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856으로 서면 요청을 보내주시기 바랍니다.
    - 지금 그리고 차후에도 본 문서를 영어 이외의 언어 또는 대체 형식으로 받겠다는 상시 요청을 하실 수도 있습니다. 요청하시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스에 문의하십시오.
    - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스는 향후 커뮤니케이션을 위해 귀하가 선호하는 언어와 형식을 기록해 놓습니다. 기본 설정을 업데이트하시려면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스에 문의하십시오.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 다음 번호로 전화하십시오.

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국: 916-440-7370. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국: 1-800-368-1019. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Право получать услуги и информацию с учетом ваших потребностей

Мы должны обеспечить предоставление вам **всех** услуг (клинических и неклинических) культурно компетентным и доступным способом, в том числе для лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха и лиц с различным культурным и этническим происхождением. Мы также должны рассказать вам о льготах нашего плана и ваших правах так, чтобы вы могли их понять. Мы должны информировать вас о ваших правах каждый год, пока вы являетесь участником нашего плана.

- Чтобы получить информацию в понятной вам форме, позвоните по телефону вашему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов. В нашем плане имеются бесплатные услуги переводчика, позволяющие отвечать на вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, камбоджийский, китайский традиционный, китайский упрощенный, фарси, корейский, русский, испанский или испанский креольский, тагальский и вьетнамский и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля и аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания клиентов или напишите в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
    - Вы можете попросить прислать вам этот документ на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
    - Сотрудники отдела обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan сохранят ваши предпочтения, чтобы в будущем вы получали сообщения на нужном языке и в нужном формате. Чтобы внести изменения в указанные предпочтения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана из-за сложностей с языком или инвалидности и вы хотите подать жалобу, позвоните сюда:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 711.
- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам: 1-800-368-1019. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de la manera que se ajuste a sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden en un espacio con sensibilidad cultural y de manera accesible, incluyo a aquellos miembros con conocimientos limitados de inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o a personas de diferentes orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda entender, llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete sin costo disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, como el árabe, armenio, camboyano, chino tradicional, chino simplificado, farsi, coreano, ruso, español o español criollo, tagalo y vietnamita y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente o escriba a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
    - Puede realizar una solicitud permanente para recibir este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en adelante. Para hacer una solicitud, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
    - Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan dejará registrados su idioma y formato de preferencia para todas las comunicaciones futuras. Para actualizar sus preferencias, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal: 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.: 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang inyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon para sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming siguraduhin na ang **lahat** ng serbisyo, kapwa klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa inyo sa isang paraang naaangkop sa kultura at nakukuha, kabilang ng mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong mga kasanayan sa pagbabasa, kapansanan sa pandinig, o mga may magkakaibang mga pinanggalingan sa kultura at etniko. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan kada taon na kayo ay nasa aming plano.

- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang masagot ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari din kayong bigyan ng aming plano ng mga materyales sa mga wikang bukod sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish o Spanish Creole, Tagalog, at Vietnamese at sa mga anyo na tulad ng malaking titik, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag sa Customer Service o sumulat sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
    - Maaari kayong gumawa ng pangmatagalang kahilingan para makuha ang dokumentong ito sa isang wikang bukod sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap. Para makagawa ng kahilingan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
    - Pananatilihin ng Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal ang inyong nais na wika at format sa file para sa mga komunikasyon sa hinaharap. Para makagawa ng anumang update sa inyong mga kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Opisina ng Medi-Cal sa mga Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang TTY users sa 711.
- Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao ng U.S., Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền của quý vị được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận bao gồm cho những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, mất khả năng thính giác hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Dịch vụ Khách hàng. Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Truyền thống, tiếng Trung giản thể, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha hoặc tiếng Tây Ban Nha Creole, tiếng Tagalog và tiếng Việt và ở các định dạng như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng hoặc viết thư cho Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
    - Quý vị có thể đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh hoặc bằng định dạng thay thế ngay bây giờ và trong tương lai. Để đưa ra yêu cầu, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
    - Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sẽ lưu giữ ngôn ngữ và định dạng ưa thích của quý vị trong hồ sơ để liên lạc trong tương lai. Để thực hiện bất kỳ cập nhật nào về tùy chọn của quý vị, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn gửi khiếu nại, vui lòng gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.
- Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697.

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

May mga karapatan ka bilang miyembro ng aming plano.

- May karapatan kang pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP) sa aming network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Malalaman mo ang higit pang impormasyon tungkol sa kung anong mga uri ng provider ang maaaring kumilos bilang isang PCP at kung paano pumili ng PCP sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
    - Tawagan ang iyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service o tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* para matuto pa tungkol sa mga provider na nasa network at kung sinong mga doktor ang tumatanggap ng bagong pasyente.
- May karapatan ka sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang hindi kumukuha ng referral. Ang referral ay pag-apruba mula sa iyong PCP na magpatingin sa isang provider na hindi mo PCP.
- May karapatan kang kumuha ng mga saklaw na serbisyo mula sa mga nasa network na provider sa loob ng makatwirang tagal ng panahon.
    - Kasama rito ang karapatang kumuha ng mga napapanahong serbisyo mula sa mga espesyalista.
    - Kung hindi ka makakuha ng mga serbisyo sa loob ng makatwirang tagal ng panahon, dapat kaming magbayad para sa pangangalaga sa labas ng network.
- May karapatan kang makatanggap ng mga pang-emergency na serbisyo o pangangalaga na agarang kinakailangan nang walang paunang pahintulot (PA).
- May karapatan kang kunin ang iyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network nang walang mahabang mga pagkaantala.
- May karapatan kang malaman kung kailan mo magagamit ang isang provider na wala sa network. Para matuto tungkol sa mga wala sa network na provider, tingnan ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- Sa unang pagsali mo sa aming plano, may karapatan kang panatilihin ang iyong kasalukuyang mga provider at mga pahintulot sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang ilang mga kondisyon. Para matuto pa tungkol sa pagpapanatili ng iyong mga provider at mga pahintulot sa serbisyo, tingnan ang **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- May karapatan kang gumawa ng sarili mong mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan sa tulong ng iyong team ng pangangalaga at coordinator ng pangangalaga.

Sinasabi ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang maaari mong gawin kung sa tingin mo ay hindi mo natatanggap ang iyong mga serbisyo o gamot sa loob ng makatwirang tagal ng panahon. Sinasabi rin nito kung ano ang magagawa mo kung hindi namin ibinigay ang saklaw para sa iyong mga serbisyo o gamot at hindi ka sang-ayon sa aming pasya.

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang iyong protektadong impormasyong pangkalusugan (PHI)

Protektado namin ang iyong PHI ayon sa inaatas ng pederal at mga batas ng estado.

Kasama sa iyong PHI ang personal na impormasyong ibinigay mo sa amin noong nag-enroll ka sa aming plano. Kasama rin dito ang iyong mga medikal na record at ang iba pang medikal na impormasyon at impormasyong pangkalusugan.

May mga karapatan ka pagdating sa iyong impormasyon at pagkontrol sa kung paano ginagamit ang iyong PHI. Bibigyan ka namin ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag tungkol sa mga karapatang ito at ipinapaliwanag kung paano namin pinoprotektahan ang pagkapribado ng iyong PHI. Tinatawag na “Notice of Privacy Practice” ang abiso.

Ang mga miyembrong maaaring pumayag na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo ay hindi kailangang kumuha ng pahintulot ng sinumang iba pang miyembro para makatanggap ng mga sensitibong serbisyo o magsumite ng claim para sa mga sensitibong serbisyo. Ang Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ay magdidirekta ng mga komunikasyon tungkol sa mga sensitibong serbisyo sa kahaliling itinalagang mailing address, email address, o numero ng telepono ng isang miyembro o, kung walang pagtatalaga, sa pangalan ng miyembro sa address o numero ng telepono sa file. Hindi isisiwalat ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal 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. Tatanggapin ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ang mga kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon sa anyo at format na hiniling, kung madali itong gawin sa hiniling na anyo at format, o sa mga alternatibong lokasyon. Ang kahilingan ng isang miyembro para sa mga kompidensyal na komunikasyon na nauugnay sa mga sensitibong serbisyo ay may bisa hanggang sa bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsumite ng bagong kahilingan para sa mga kumpidensyal na komunikasyon.

Para humiling ng kopya ng aming Abiso sa mga Kasanayan sa Pagkapribado o humiling ng Kompidensyal na Komunikasyon na ilagay sa iyong file, maaari mong alinman sa:

1. Pumunta sa blueshieldca.com at i-click ang link sa Pagkapribado sa ibaba ng homepage. Doon mo makikita ang Abiso sa mga Kasanayan sa Pagkapribado at ang form ng Kahilingan para sa Kompidensyal na Komunikasyon.

2. Tawagan ang numero ng telepono ng Customer Service sa iyong ID card ng miyembro ng Blue Shield.

3. Tawagan ang Opisina ng Pagkapribado ng Blue Shield of California nang libre sa 1-888-266-8080. Ang mga TTY user ay tatawag sa 711.

4. Mag-email sa amin sa: privacy@blueshieldca.com

C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI

Tinitiyak namin na walang hindi awtorisadong tao ang titingin o babago sa iyong mga record.

Maliban sa mga kasong nakasaad sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang iyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay ng iyong pangangalaga o nagbabayad para sa iyong pangangalaga. Kung gagawin namin, dapat muna kaming kumuha ng nakasulat na pahintulot mula sa iyo. Ikaw, o ang isang taong legal na awtorisadong gumawa ng mga desisyon para sa iyo, ay maaaring magbigay ng nakasulat na pahintulot.

Kung minsan, hindi namin kailangang kunin muna ang nakasulat mong pahintulot. Ang mga eksepsyon na ito ay pinapayagan o hinihiling ng batas:

- Dapat naming ibigay ang PHI sa mga ahensya ng gobyerno na tumitingin sa kalidad ng pangangalaga ng aming plano.
- Maaari naming isiwalat ang PHI kung iniutos ito ng isang hukuman, ngunit kung pinapayagan lamang ito ng batas ng California.
- Dapat naming ibigay sa Medicare ang iyong PHI kasama ang impormasyon tungkol sa iyong mga Medicare Part D na gamot. Kung ibibigay ng Medicare ang iyong PHI para sa pananaliksik o iba pang gamit, ginagawa nila ito ayon sa mga pederal na batas.

C2. Ang iyong karapatan na tingnan ang mga medikal na record mo

- May karapatan kang tingnan ang iyong mga medikal na record at kumuha ng kopya ng mga ito. Maaari ka naming singilin para sa paggawa ng kopya ng mga medikal na record mo.
- May karapatan kang hilingin sa amin na i-update o itama ang mga medikal na record mo. Kung hihilingin mo sa aming gawin ito, makikipagtulungan kami sa iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan para magpasya kung dapat gawin ang mga pagbabago.
- May karapatan kang malaman kung ibinabahagi namin ang iyong PHI sa iba para sa anumang layuning hindi karaniwan, at kung paano namin ito ibinabahagi.

Kung mayroon kang mga tanong o alalahanin tungkol sa pagkapribado ng iyong PHI, tawagan ang Customer Service.

D. Ang aming responsibilidad na bigyan ka ng impormasyon

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

Kung hindi ka nagsasalita ng Ingles, mayroon kaming mga serbisyo ng interpreter para masagot ang mga tanong mo tungkol sa aming plano. Para makakuha ng interpreter, tawagan ang Customer Service. Libre ang serbisyong ito para sa iyo. Makukuha ang *Handbook ng Miyembro* at iba pang mahahalagang materyales sa mga wika na hindi Ingles. Ang mga materyales ay maaari ring magamit sa Arabic, Armenian, Cambodian, Simplified Chinese, Traditional Chinese, Farsi, Hindi, Hmong, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, at Vietnamese. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa malaking titik, braille, o audio. Kailangan naming ibigay sa iyo ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plan sa paraang madali mong ma-access at angkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang angkop para sa iyo, pakitawagan ang Customer Service.

Kung gusto mo ng impormasyon tungkol sa alinman sa mga sumusunod, tawagan ang Customer Service:

- Paano pumili o magpalit ng mga plano
- Ang aming plano, kasama ang:
  - impormasyong pinansyal
  - kung paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plano
  - ang bilang ng mga apelang ginawa ng mga miyembro
  - paano umalis sa aming plano
- Ang aming mga provider na nasa network at mga pharmacy sa network, kabilang ang:
  - paano pumili o magpalit ng mga provider ng pangunahing pangangalaga
  - mga kwalipikasyon ng aming mga provider at pharmacy na nasa network
  - paano namin binabayaran ang mga provider sa aming network
- Mga saklaw na serbisyo at gamot, kasama ang:
  - mga serbisyo (tingnan ang **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito) at mga gamot (tingnan ang **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito) na saklaw ng aming plano
  - mga limitasyon sa iyong saklaw at mga gamot
  - mga panuntunang dapat mong sundin para makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot

- Kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay at kung ano ang maaari mong gawin tungkol dito (tingnan ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito), kabilang ang paghiling sa amin na:
    - ipaalam sa pamamagitan ng isang nakasulat na pagpapaliwanag kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay
    - baguhin ang pasyang ginawa namin
    - paghiling sa amin na bayaran ang bill na natanggap mo

E. Kawalan ng kakayanan ng mga provider na nasa network na direktang singilin ka

Hindi ka maaaring pagbayarin ng mga doktor, ospital at iba pang mga provider na bahagi ng aming network para sa mga saklaw na serbisyo. Hindi ka rin nila maaaring singilin para sa balanse o singilin kung ang ibinayad namin ay mas maliit kaysa sa siningil ng provider. Para malaman kung ano ang dapat gagawin kung sinubukan kang singilin ng isang nasa network na provider para sa mga saklaw na serbisyo, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

F. Ang karapatan mo na umalis sa aming plano

Walang sinuman ang maaaring pumilit sa iyong manatili sa aming plano kung ayaw mo.

- May karapatan kang sulitin ang iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Original Medicare o ng isang Medicare Advantage (MA) na plano.
- Maaari mong matanggap ang iyong mga benepisyo sa Medicare Part D na gamot mula sa isang plano sa gamot o mula sa isa pang MA na plano.
- Tingnan ang **Kabanata 10** ng *Handbook ng Miyembro* na ito:
    - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan ka maaaring sumali sa isang bagong MA o plano sa benepisyo ng gamot.
    - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano mo matatanggap ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal kung umalis ka sa aming plano.

G. Ang karapatan mo na gumawa ng mga pasya tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan

May karapatan ka sa kumpletong impormasyon mula sa iyong mga doktor at sa iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan para makagawa ng mga desisyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan.

G1. Ang karapatang mo na malaman ang mga pagpipilian mo sa paggamot at gumawa ng mga pasya

Dapat ipaliwanag ng iyong mga provider ang iyong kondisyon at ang iyong mga opsyon sa paggamot sa paraang mauunawaan mo. May karapatan kang:

- **Alamin ang mga pagpipilian mo.** May karapatan kang masabihan tungkol sa lahat ng opsyon ng paggamot.
- **Alamin ang mga panganib.** May karapatan kang masabihan tungkol sa anumang mga nauugnay na panganib. Dapat ay sabihin namin sa iyo nang maaga kung bahagi ng isang pananaliksik na eksperimento ang anumang serbisyo o paggamot. May karapatan kang tumanggi sa mga pang-eksperimentong paggamot.
- **Kumuha ng ikalawang opinyon.** May karapatan kang gumamit ng ibang doktor bago magpasya sa paggamot.
- **Magsabi ng hindi.** May karapatan kang tumanggi sa anumang paggamot. Kasama rito ang karapatang umalis sa ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit na pinayuhan ka ng iyong doktor na huwag itong gawin. May karapatan kang huminto sa pag-inom ng iniresetang gamot. Kung tinanggihan mo ang paggamot o ihinto ang pag-inom ng iniresetang gamot, hindi ka namin aalisin sa aming plano. Gayunpaman, kung tatanggihan mo ang paggamot o hihinto ka sa pag-inom ng gamot, inaako mo ang buong pananagutan sa anumang maaaring mangyari sa iyo.
- **Hilingin sa amin na ipaliwanag kung bakit tinanggihan ng isang provider ang pangangalaga.** May karapatan kang makakuha ng paliwanag mula sa amin kung tinanggihan ng isang provider ang pangangalagang sa tingin mo ay dapat na makuha mo.
- **Hilingin sa amin na saklawin ang isang serbisyo o gamot na tinanggihan namin o karaniwang hindi namin sinasaklaw.** Tinatawag ito na desisyon sa saklaw. Sinasabi ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano humiling sa amin ng desisyon sa saklaw.

G2. Ang karapatan mong sabihin ang gusto mong mangyari kung hindi ka makakagawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyong sarili

Minsan ay hindi nakakagawa ang mga tao ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa mga sarili nila. Bago mangyari iyon sa iyo, maaari mong:

- Punan ang isang nakasulat na form **na nagbibigay ng karapatan sa isang indibidwal na magsagawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa iyo** kung sakaling hindi ka makapagpasya para sa iyong sarili.
- **Bigyan ang iyong mga doktor ng nakasulat na mga tagubilin** tungkol sa kung paano pamamahalaan ang iyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi ka makakagawa ng mga desisyon para sa iyong sarili, kabilang ang pangangalaga na **ayaw** mo.

Ang legal na dokumento na ginagamit mo para maibigay ang iyong mga tagubilin ay tinatawag na “paunang direktiba.” Mayroong iba’t ibang uri ng mga paunang direktiba at iba’t ibang pangalan para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay living will at power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi mo kailangang magkaroon ng paunang direktiba, pero maaari mong gawin ito. Narito ang gagawin mo kung gusto mong gumamit ng paunang direktiba:

- **Kunin ang form.** Maaari mong makuha ang form mula sa iyong doktor, isang abogado, isang social worker, o sa ilang mga tindahan ng supply ng opisina. Ang mga pharmacy at opisina ng provider ay kadalasang may mga form. Maaari kang maghanap ng libreng form online at i-download ito.
- **Punan ang form at pirmahan ito.** Ang form ay isang legal na dokumento. Pag-isipang magpatulong sa isang abogado o sa ibang taong pinagkakatiwalaan mo, gaya ng kapamilya o ng iyong PCP, sa pagkumpleto nito.
- **Magbigay ng mga kopya ng form sa mga taong kailangang makaalam.** Magbigay ng kopya ng form sa iyong doktor. Dapat din kang magbigay ng kopya sa taong pinangalanan mo na gagawa ng mga desisyon para sa iyo. Baka gusto mong magbigay ng mga kopya sa malalapit na kaibigan o kapamilya. Magtabi ng kopya sa bahay.
- Kung na-ospital ka at mayroon kang pinirmahang paunang direktiba, **dalhin ang kopya nito sa ospital**.

- Itatanong ng ospital kung mayroon kang pinirmahang form ng paunang direktiba at kung dala mo ito.
- Kung wala kang pinirmahang form ng paunang direktiba, may mga form ang ospital at magtatanong kung gusto mong pumirma sa isa.

May karapatan kang:

- Ipalagay ang iyong paunang direktiba sa mga medikal na record mo.
- 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 Medicare + Medi-Cal Plan ang tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado nang hindi lalampas ng 90 araw pagkatapos ng pagbabago.

Ayon sa batas, walang sinuman ang maaaring tanggihan ka ng pangangalaga o magdiskrimina laban sa iyo batay sa kung mayroon kang nilagdaang paunang direktiba. Tumawag sa Customer Service para sa higit pang impormasyon.

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

Kung pumirma ka ng paunang direktiba at sa tingin mo ay hindi nasunod ang doktor o ospital ang mga tagubilin dito, maaari kang maghain ng reklamo sa Commence Health (Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ng California) sa (877) 588-1123 [TTY: 711] o sumulat sa: Commence Health BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

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

Sinasabi ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang maaari mong gawin kung mayroon kang mga problema o alalahanin tungkol sa mga saklaw na serbisyo o pangangalaga para sa iyo. Halimbawa, maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa saklaw, umapela para baguhin ang isang pagpapasya sa saklaw o magreklamo.

May karapatan kang makakuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamo na ihinain ng ibang mga miyembro ng plano laban sa amin. Tumawag sa Customer Service para makuha ang impormasyong ito.

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo

Kung sa palagay mo ay hindi patas ang pagtrato namin sa iyo – at **hindi** ito tungkol sa diskriminasyon ayon sa mga kadahilanang nakalista sa **Kabanata 11** ng *Handbook ng Miyembro* na ito – o kung nais mo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo, maaari kang tumawag sa:

- Customer Service.
- Ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222 (TTY: 711). Para sa higit pang mga detalye tungkol sa HICAP, tingnan ang **Kabanata 2 Seksyon E.**
- Ang Ombudsman ng Medi-Cal sa 1-888-452-8609. Para sa higit pang mga detalye tungkol sa programang ito, tingnan ang **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. (Maaari mo ring basahin o i-download ang “Mga Karapatan at Proteksyon ng Medicare,” na matatagpuan sa website ng Medicare sa www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Ang mga responsibilidad mo bilang miyembro ng plano

Bilang miyembro ng plano, may responsibilidad kang gawin ang mga bagay na nakalista sa ibaba. Kung mayroon kang anumang katanungan, tawagan ang Customer Service.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro* na ito** para malaman kung ano ang sinasaklaw ng aming plano at ang mga panuntunang dapat sundin para makatanggap ng mga saklaw na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa iyong:
  - Mga saklaw na serbisyo, tingnan ang **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Sinasabi ng mga kabanatang iyon sa iyo kung ano ang sinasaklaw, kung ano ang hindi saklaw, kung anong mga patakaran ang kailangan mong sundin, at kung magkano ang iyong babayaran.
  - Mga saklaw na gamot, tingnan ang **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- **Sabihin sa amin ang tungkol sa anumang iba pang saklaw sa kalusugan o gamot** na mayroon ka. Dapat naming tiyakin na ginagamit mo ang lahat ng iyong mga opsyon sa saklaw kapag kumukuha ka ng pangangalagang pangkalusugan. Tawagan ang Customer Service kung mayroon kang iba pang saklaw.
- **Sabihin sa iyong doktor at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan** na miyembro ka ng aming plano. Ipakita ang iyong Member ID Card kapag kukuha 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.
    - Ibigay sa kanila ang impormasyong kailangan nila tungkol sa iyo at sa iyong kalusugan. Alamin hangga't maaari ang tungkol sa mga problema mo sa kalusugan. Sundin ang mga plano sa paggamot na napagkasunduan mo at ng iyong mga provider.
    - Siguraduhin na alam ng iyong mga doktor at ng iba pang mga provider ang tungkol sa lahat ng gamot na iniinom mo. Kabilang dito ang mga gamot, mga over-the-counter na gamot, mga vitamin at mga supplement.
    - Itanong ang anumang gusto mong malaman. Dapat ipaliwanag ng iyong mga doktor at iba pang mga provider ang mga bagay-bagay sa paraang mauunawaan mo. Kung nagtanong ka at hindi mo naiintindihan ang sagot, magtanong muli.
- **Makipagtulungan sa iyong coordinator ng pangangalaga** kabilang ang pagkumpleto ng taunang pagtatasa sa panganib sa kalusugan (health risk assessment).
- **Maging maunawain.** Inaasahan namin na igagalang ng lahat ng miyembro ng plano ang mga karapatan ng iba. Inaasahan din naming kikilos ka nang may paggalang sa opisina ng iyong doktor, mga ospital, at mga opisina ng iba pang mga provider.
- **Bayaran ang halagang dapat mong bayaran.** Bilang miyembro ng plano, may pananagutan ka para sa pagbabayad ng mga ito:
    - Mga premium ng Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng mga miyembro ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, binabayaran ng Medi-Cal ang iyong premium sa Medicare Part A at ang iyong premium sa Medicare Part B.

- Para sa ilan sa iyong mga gamot na sinasaklaw ng aming plano, dapat mong bayaran ang bahagi ng gastos na kailangang mong sagutin kapag kinuha mo ang gamot. Ito ay copay (isang itinakdang halaga). Sinasabi ng **Kabanata 6** kung magkano ang dapat mong bayaran para sa iyong mga gamot.

- **Kung tumatanggap ka ng anumang mga serbisyo o gamot na hindi sinasaklaw ng aming plano, dapat mong bayaran ang buong halaga.** (**Tandaan:** Kung hindi ka sang-ayon sa aming pasya na huwag saklawin ang isang serbisyo o gamot, maaari kang umapela. Pakitingnan ang **Kabanata 9** para matutuhan kung paano mag-apela.)

- **Sabihin sa amin kung lilipat ka.** Kung plano mong lumipat, sabihin kaagad sa amin. Tawagan ang iyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service.

  - **Kung lumipat ka sa isang lokasyon na nasa labas ng aming lugar ng serbisyo, hindi ka maaaring manatili sa aming plano.** Ang mga tao lamang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ang maaaring maging miyembro ng planong ito. Ipinapaalam sa iyo ng **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito tungkol sa aming lugar ng serbisyo.

  - Matutulungan ka naming malaman kung ang lugar na lilipatan mo ay nasa aming lugar ng serbisyo. Habang nasa espesyal na panahon ng enrollment, maaari kang lumipat sa Original Medicare o mag-enroll sa isang planong pangkalusugan o plano ng gamot ng Medicare sa iyong bagong lokasyon. Masasabi namin sa iyo kung mayroon kaming plano sa iyong bagong lugar.

  - Sabihin sa Medicare at Medi-Cal ang iyong bagong address kapag lumipat ka. Tingnan ang **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga numero ng telepono ng Medicare at Medi-Cal.

  - **Kung lilipat ka at mananatili sa aming lugar ng serbisyo, kailangan pa rin naming malaman ito.** Kinakailangan naming panatilihing updated ang iyong membership record at malaman kung paano ka namin kokontakin.

  - **Kung lumipat ka, ipaalam ito sa Social Security (o sa Board ng Railroad Retirement).**

- **Sabihin sa amin kung mayroon kang bagong numero ng telepono** o kung may mas mahusay na paraan para makontak ka.

- **Tawagan ang iyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service para sa tulong kung mayroon kang mga tanong o alalahanin.**

Kabanata 9. Ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Introduksyon

Ang kabanatang ito ay naglalaman ng impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. Basahin ang kabanatang ito upang para kung ano ang dapat gawin kung:

- Mayroon kang problema o reklamo tungkol sa aming plano.
- Kailangan mo ng serbisyo, item o gamot na sinabi ng aming plano na hindi nito babayaran.
- Hindi ka sang-ayon sa pasyang ginawa ng aming plano tungkol sa pangangalaga sa iyo.
- Sa tingin mo ay masyadong maaga matatapos ang iyong mga saklaw na serbisyo.
- Mayroon kang problema o reklamo sa iyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kabilang ang Mga Serbisyong nasa Komunidad para sa mga Nasa Hustong Gulang (Community Based Adult Services, CBAS) at mga serbisyo ng Pasilidad ng Pag-aalaga (NF).

Ang kabanatang ito ay may iba't ibang seksyon para matulungan kang mas madaling makita ang mga hinahanap mo. **Kung mayroon kang problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na angkop sa iyong sitwasyon.**

Dapat mong matanggap ang pangangalagang pangkalusugan, mga gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta na tinukoy ng iyong doktor at iba pang mga provider na kinakailangan para sa pangangalaga bilang bahagi ng iyong plano sa pangangalaga. **Kung mayroon kang problema sa pangangalaga sa iyo, maaari mong tawagan ang Programa ng Medicare Medi-Cal Ombudsman sa 1-855-501-3077 para sa tulong.** Ipapaliwanag ng kabanatang ito ang iba't ibang opsyon na mayroon ka para sa iba't ibang mga problema at reklamo, pero palaging puwedeng tumawag sa Programa ng Ombudsman para gabayan ka sa iyong problema. Para sa karagdagang mapagkukunan ng impormasyon para tugunan ang iyong alalahanin at mga paraan para makontak sila, tingnan ang **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o alalahanin....267

A1. Tungkol sa mga legal na tuntunin....267

B. Saan kukuha ng tulong....267

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong....267

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano....269

D. Mga problema sa iyong mga benepisyo....270

E. Mga desisyon sa saklaw at apela....270

E1. Mga desisyon sa saklaw....270

E2. Mga apela....271

E3. Tulong sa mga desisyon sa saklaw at apela....272

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa iyo....273

F. Medikal na pangangalaga....273

F1. Ang paggamit ng seksyong ito....274

F2. Paghiling ng desisyon sa saklaw....275

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela....278

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela....282

F5. Mga problema sa pagbabayad....290

G. Mga gamot ng Medicare Part D....292

G1. Mga desisyon sa saklaw at apela ng Medicare Part D....292

G2. Mga eksepsyon sa Medicare Part D....294

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng isang eksepsyon....296

G4. Paghiling ng desisyon sa saklaw, kabilang ang eksepsyon....296

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela....300

G6 Paggawa ng Antas 2 na Apela....302

H. Paghiling sa amin na saklawin ang mas karagdagang pananatili sa ospital 305

H1. Pag-alam tungkol sa iyong mga karapatan sa Medicare 305

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela 307

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela 309

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa partikular na mga medikal na serbisyo 310

I1. Advance na abiso bago matapos ang iyong saklaw 311

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela 311

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela 313

J. Pagdala sa iyong apela higit sa Antas 2 314

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare 314

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal 316

J3. Apela sa Mga Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Medicare Part D 317

K. Paano gumawa ng reklamo 318

K1. Anong uri ng mga problema ang dapat na ireklamo 318

K2. Mga reklamo sa loob ng aming plano 320

K3. Mga reklamo sa labas ng aming plano 323

A. Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o alalahanin

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano haharapin ang mga problema at alalahanin. Ang prosesong gagamitin mo ay depende sa uri ng problema na mayroon ka. Gumamit ng isang proseso para sa **mga desisyon sa saklaw at mga apela** at ng iba pa para sa **paghahain ng mga reklamo** (na tinatawag ding mga karaingan).

Para matiyak ang pagiging patas at pagiging maagap, ang bawat proseso ay may mga panuntunan, pamamaraan, at mga takdang petsa na dapat nating sundin.

A1. Tungkol sa mga legal na tuntunin

May mga legal na tuntunin sa kabanatang ito para sa ilang tuntunin at mga takdang petsa. Marami sa mga tuntuning ito ang maaaring mahirap unawain, kaya gumagamit kami ng mas simpleng mga salita bilang kapalit ng ilang partikular na legal na termino kapag kaya namin. Iniwasan namin ang paggamit ng mga daglat (abbreviations) hangga't maaari.

Halimbawa, sinasabi namin:

- "Paggawa ng reklamo" sa halip na "paghahain ng karaingan"
- "Desisyon sa saklaw" sa halip na "pagtukoy ng organisasyon", "pagtukoy ng benepisyo", "pagpapasya sa panganib", o "pagtukoy sa saklaw"
- "Mabilis na desisyon sa saklaw" sa halip na "pinabilis na pagtukoy"
- "Independent Review Organization" (IRO) sa halip na "Independent Review Entity" (IRE)

Makakatulong ang pag-alam sa tamang mga legal na termino para mas malinaw kang makipag-usap, kaya ibinibigay din namin ang mga ito.

B. Saan kukuha ng tulong

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong

Minsan nakakalito na simulan o sundin ang proseso para sa pagharap sa isang problema. Maaaring totoo ito lalo na kung hindi maganda ang pakiramdam mo o may limitadong lakas. Sa ilang pagkakataon, maaaring wala ang impormasyong kailangan mo para magawa ang susunod na hakbang.

Tulong mula sa aming plano

Maaari kang tumawag sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sa 1-800-452-4413 (TTY:711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw kada linggo. Libre ang tawag para humingi ng tulong na harapin ang isang problema o sagutin ang mga tanong.

Tulong mula sa Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program)

Maaari kang tumawag sa Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222. Maaari mo ring tingnan ang kanilang website sa https://www.aging.ca.gov//Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. Maaaring sagutin ng mga tagapayo ng HICAP ang iyong mga tanong at tulungan kang maunawaan kung ano ang gagawin tungkol 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 Programa ng Medicare Medi-Cal Ombudsman

Maaari mong tawagan ang Programa ng Medicare Medi-Cal Ombudsman at makipag-usap sa isang tagapagtaguyod tungkol sa iyong mga tanong sa saklaw sa kalusugan. Maaari silang mag-alok ng libreng legal na tulong. Ang Programa ng Ombudsman ay hindi konektado sa amin o sa anumang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang kanilang numero ng telepono ay 1-855-501-3077, at ang kanilang website ay www.healthconsumer.org.

Tulong at impormasyon mula sa Medicare

Para sa karagdagang impormasyon at tulong, maaari mong kontakin ang Medicare. Narito ang dalawang paraan para humingi ng tulong sa Medicare:

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang website ng Medicare (www.medicare.gov).

Tulong mula sa Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makakatulong ang Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Health Care Services, DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman. Maaari silang tumulong kung nagkakaproblema ka sa pagsali, paglipat, o pag-alis sa isang planong pangkalusugan. Maaari din silang tumulong kung lumipat ka ng tirahan at nahihirapang ipalipat ang iyong Medi-Cal sa bago mong county. Maaari kang tumawag sa Ombudsman Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8 a.m. at 5 p.m. sa 1-888-452-8609.

Tulong mula sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Kontakin ang Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care, DMHC) para sa libreng tulong. Ang DMHC ay responsable sa pagsubaybay sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga taong may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa bill. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na may kapansanan sa pandinig, hirap makarinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang toll-free na numero ng TDD, 1-877-688-9891. Maaari mo ding bisitahin ang website ng DMHC sa www.dmhc.ca.gov.

Responsibilidad ng Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California na pangasiwaan ang mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat mo munang tawagan ang iyong planong pangkalusugan sa**1-800-452-4413 (TTY: 711)** at gamitin ang proseso ng karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago ka makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit ng pamamaraan ng karaingang ito ay hindi nagbabawal sa paggamit ng anumang potensyal na legal na karapatan o mga remedyo na maaaring available sa iyo. Kung kailangan mo ng tulong sa karaingan kaugnay sa isang emergency, sa karaingang hindi kasiya-siyang nalutas ng iyong planong pangkalusugan, o sa karaingang nanatiling hindi nalutas nang mahigit sa 30 araw, maaari kang tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari ka ring maging karapat-dapat para sa Independent Medical Review (IMR). Kung karapat-dapat ka para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng walang kinikilingang pagsusuri sa mga desisyong pangmedikal na ginawa ng isang planong pangkalusugan na may kaugnayan sa medikal na pangangailangan ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga desisyon sa saklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o sinisiyasat pa lang at mga hindi pagkakaunawaan sa pagbabayad para sa mga pang-emergency o agarang serbisyong medikal. Mayroon ding toll-free na numero ng telepono ang departamento (**1-888-466-2219**) at isang 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, form ng aplikasyon sa IMR at mga tagubilin sa online.

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

Mayroon kang Medicare at Medi-Cal. Ang impormasyon sa kabanatang ito ay nalalapat sa lahat ng iyong mga benepisyo sa pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Tinatawag ito minsan na "pinagsamang proseso" dahil pinagtitipon, o pinagsasama nito, ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Kung minsan ay hindi maaaring pagsamahin ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal. Sa mga sitwasyong iyon, gagamit ka ng isang proseso para sa benepisyo ng Medicare at ibang proseso para sa benepisyo ng Medi-Cal. Ipinapaliwanag ng **Seksyon F4** ang mga sitwasyong ito.

D. Mga problema sa iyong mga benepisyo

Kung mayroon kang problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na angkop sa iyong sitwasyon. Tinutulungan ka ng sumusunod na chart na mahanap ang tamang seksyon ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Tungkol ba sa iyong mga benepisyo o saklaw ang iyong problema o alalahanin? Kabilang dito ang mga problema tungkol sa kung ang partikular na pangangalagang medikal (mga medikal na bagay, serbisyo at/o Part B na mga gamot) ay sinasaklaw o hindi, ang paraan ng kung papaano sinasaklaw ang mga ito, at mga problema sa pagbabayad para sa pangangalagang medikal.	
Oo. Tungkol sa mga benepisyo o saklaw ang aming problema. Tingnan ang **Seksyon E**, "Mga desisyon sa saklaw at apela."	**Hindi.** Ang problema ko ay hindi tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Tingnan ang **Seksyon K**, "Paano gumawa ng reklamo."

E. Mga desisyon sa saklaw at apela

Ang proseso para sa paghingi ng desisyon sa saklaw at paggawa ng apela ay para sa mga problemang kaugnay sa iyong mga benepisyo at saklaw sa iyong pangangalagang medikal (mga serbisyo, item at Part B na mga gamot, kabilang ang pagbabayad). Para panatilihing simple, karaniwan naming tinutukoy ang mga medikal na item, serbisyo, at Part B na mga gamot bilang medikal na pangangalaga. Ginagamit mo ang proseso ng desisyon sa saklaw at mga apela para sa mga isyu tulad ng kung saklaw ba o hindi ang isang bagay at ang paraan kung paano sinasaklaw ang isang bagay.

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 halagang binabayaran namin para sa iyong mga medikal na serbisyo o gamot. Ikaw o ang iyong doktor ay maaari ding makipag-ugnayan sa amin at humingi ng desisyon sa saklaw. Maaaring hindi ka sigurado o ang iyong doktor kung sakop namin ang isang partikular na serbisyong medikal o kung maaari naming tanggihan ang pagbibigay ng pangangalagang medikal na sa tingin mo ay kailangan mo. **Kung nais mong malaman kung sasakupin namin ang isang medikal na serbisyo bago mo ito kunin, maaari kang humiling sa amin na gumawa ng desisyon sa saklaw para sa iyo.**

Nagsasagawa kami ng desisyon sa saklaw kapag sinusuri namin ang isang request para sa serbisyo o claim. Sa mga ilang kaso, maaari kaming magpasya na ang isang serbisyo o gamot ay hindi sinasaklaw o kaya hindi na sinasaklaw para sa iyo ng Medicare o Medi-Cal. Kung hindi ka sumasang-ayon sa resulta ng desisyon sa saklaw, maaari kang maghain ng apela.

E2. Mga apela

Kung nakagawa na kami ng desisyon sa saklaw at hindi ka nasisiyahan sa desisyong ito, maaari mong "iapela" ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang resulta na desisyon sa saklaw na ginawa namin.

Kapag nag-apela ka sa isang desisyon sa unang pagkakataon, ito ay tinatawag na Antas 1 na Apela. Sa apelang ito, sinusuri namin ang desisyon sa saklaw na ginawa namin para masuri kung sinunod namin nang maayos ang lahat ng mga patakaran. Ang iyong apela ay rerepasuhin ng ibang mga reviewer, hindi ng mga gumawa ng unang desisyong hindi pabor sa iyo.

Kadalasan, dapat mong simulan ang iyong apela sa Antas 1. Kung ang iyong problema sa kalusugan ay apurahan o nagsasangkot ng isang agaran at seryosong panganib sa iyong kalusugan, o kung ikaw ay nakararanas ng matinding pananakit at nangangailangan ng mas mabilis na desisyon, maaari kang humingi ng IMR na Medikal na Pagsusuri mula sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care) sa www.dmhc.ca.gov. Tingnan ang **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon.

Kapag nakumpleto na namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon. Sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon na ipapaliwanag sa bandang huli ng kabanatang ito sa **Seksyon F2**, maaari kang humingi ng pinabilis o “mabilis na desisyon sa saklaw” o “mabilis na apela” para sa pagpapasya sa saklaw.

Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa bahagi o lahat ng hiniling mo, padadalhan ka namin ng sulat. Kung ang iyong problema ay kaugnay sa saklaw ng isang pangangalagang medikal ng Medicare, ipapaalam sa iyo ng sulat na ipinadala namin ang iyong kaso sa Independent Review Organization (IRO) para sa Antas 2 na Apela. Kung ang iyong problema ay kaugnay sa saklaw ng Medicare Part D o isang serbisyo o item ng Medicaid, sasabihin sa iyo ng sulat kung paano ka mismo maghain ng Antas 2 na Apela. Tingnan ang **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Antas 2 na Apela.

Kung hindi ka nasisiyahan sa desisyon para sa Antas 2 na Apela, maaari kang dumaan sa mga karagdagan pang antas ng apela.

E3. Tulong sa mga desisyon sa saklaw at apela

Maaari kang humingi ng tulong mula sa alinman sa mga sumusunod:

- **Customer Service** sa mga numero sa ibaba ng page.
- **Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077.**
- **Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)** sa 1-800-434-0222.
- **Sentro ng Tulong sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC)** para sa libreng tulong. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa kanilang mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa bill. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na may kapansanan sa pandinig, hirap makarinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang toll-free na numero ng TDD, 1-877-688-9891. Maaari mo ding bisitahin ang website ng DMHC sa www.dmhc.ca.gov. Bagama't matutulungan ng DMHC ang mga taong may Managed Medi-Cal plan, hindi nito matutulungan ang mga taong Medicare plan lamang ang mayroon at sa sumusunod na Mga Sistema ng Kalusugan na Organisado ng County (County Organized Health Systems, COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health, at CalOptima. Ang pederal na gobyerno ang nangangasiwa ng mga plano ng Medicare, at ang Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ang namamahala ng mga plano ng COHS.
- **Iyong doktor o iba pang provider.** Maaaring humiling ng desisyon sa saklaw o mag-apela para sa iyo ang iyong doktor o iba pang provider.
- **Kaibigan o miyembro ng pamilya.** Maaari mong itakda ang ibang tao para kumilos para sa iyo bilang iyong "kinatawan" at humingi ng desisyon sa saklaw o gumawa ng apela.
- **Abogado.** May karapatan kang magkaroon ng isang abogado, pero **hindi mo kailangang magkaroon ng abogado** para makahingi ng desisyon sa saklaw o magsagawa ng apela.
    - Tawagan mo ang sarili mong abogado, o humingi ng pangalan ng abogado mula sa lokal na samahan ng mga abogado o iba pang serbisyong nagbibigay ng referral. May ilang mga legal na grupo na nagbibigay ng libreng serbisyong legal kung kwalipikado ka.
    - Humiling ng abogado para sa libreng tulong na legal mula sa Medicare Medi-Cal Ombudsperson Program sa 1-855-501-3077.

Punan ang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan kung gusto mong magtakda ng isang abogado o ibang tao na kumilos bilang iyong kinatawan. Ang form ay nagbibigay ng pahintulot sa isang tao na kumilos para sa iyo.

Tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina at hilingin ang form na "Pagtatalaga ng Kinatawan". Makukuha mo din ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Dapat bigyan mo kami ng kopya ng nilagdaang form.**

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa iyo

May apat na sitwasyon na nagsasangkot ng mga desisyon sa saklaw at mga apela. Mayroong iba't ibang panuntunan at takdang petsa ang bawat sitwasyon. Nagbibigay kami ng mga detalye para sa bawat isa sa hiwalay na seksyon ng kabanatang ito. Tingnan ang angkop na seksyon:

- **Seksyon F**, "Pangangalagang medikal"
- **Seksyon G**, "Mga Medicare Part D na gamot"
- **Seksyon H**, "Paghiling sa amin na saklawin ang karagdagang pananatili sa ospital"
- **Seksyon I**, "Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na serbisyong medikal" (Nalalapat lamang ang seksyong ito sa mga serbisyong ito: pangangalaga ng kalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, at mga serbisyo ng Pasilidad ng Komprehensibong Rehabilitasyon ng Outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

Kung hindi ka sigurado kung aling seksyon ang dapat gamitin, tawagan ang Customer Service sa mga numerong matatagpuan sa ibaba ng pahina. Maaari ka ring makakuha ng tulong o impormasyon mula sa mga organisasyon ng gobyerno tulad ng iyong State Health Insurance Assistance Program. Tingnan ang **Kabanata 2, Seksyon C** para sa higit pang impormasyon.

F. Medikal na pangangalaga

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang gagawin kung mayroon kang mga problema sa pagkuha ng saklaw para sa pangangalagang medikal o kung gusto mong bayaran ka namin para sa aming bahagi ng gastos ng iyong pangangalaga. Para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng karagdagang pananatili sa ospital, pakitingnan ang **Seksyon H**.

Ang seksyong ito ay tungkol sa iyong mga benepisyo para sa pangangalagang medikal na inilalarawan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito sa chart ng mga benepisyo. Sa ilang sitwasyon, maaaring ibang mga patakaran ang angkop sa isang Medicare Part B na gamot. Kapag ganito ang sitwasyon, ipaliliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga Medicare Part B na gamot sa mga panuntunan para sa mga medikal na serbisyo at item.

F1. Ang paggamit ng seksyong ito

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

1. Sa tingin mo ay sakop namin ang pangangalagang medikal na kailangan mo, pero hindi mo ito natatanggap.

   Ano ang magagawa mo: Maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa saklaw. Tingnan ang **Seksyon F2.**

2. Hindi namin inaprubahan ang pangangalagang medikal na gustong ibigay sa iyo ng iyong doktor o ng iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan, at sa tingin mo ay dapat naming ibigay ito.

   Ano ang magagawa mo: Maaari mong iapela ang aming desisyon. Tingnan ang **Seksyon F3**.

3. Nakatanggap ka ng pangangalagang medikal na sa tingin mo ay sakop namin, pero ayaw naming bayaran ito.

   Ano ang magagawa mo: Maaari mong iapela ang desisyon naming hindi ito bayaran. Tingnan ang **Seksyon F5**.

4. Nakuha at binayaran mo ang pangangalagang medikal na akala mo ay saklaw namin, at gusto mong ibalik namin sa iyo ang nagastos.

   Ano ang magagawa mo: Maaari mong hilingin sa amin na ibalik ang iyong ibinayad. Tingnan ang **Seksyon F5**.

5. Binawasan o itinigil namin ang iyong saklaw para sa ilang partikular na pangangalagang medikal, at sa tingin mo ay maaaring makapinsala sa iyong kalusugan ang aming desisyon.

   Ano ang magagawa mo: Maaari mong iapela ang aming desisyon na bawasan o ihinto ang pangangalagang medikal. Tingnan ang **Seksyon F4**.

   - Kung ang saklaw ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalaga ng kalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, o mga serbisyo ng CORF, may mga espesyal na patakaran na dapat sundin. Tingnan ang **Seksyon H** o **Seksyon I** para malaman ang higit pa.

   - Para sa lahat ng iba pang sitwasyon kung saan babawasan o ihihinto ang saklaw mo para sa ilang partikular na pangangalagang medikal, gamitin ang seksyong ito (**Seksyon F**) bilang iyong gabay.

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

Ano ang magagawa mo: Maaari kang maghain ng reklamo. Tingnan ang **Seksyon K2**.

F2. Paghiling ng desisyon sa saklaw

> Kapag ang isang desisyon sa saklaw ay may kaugnayan sa iyong pangangalagang medikal, ito ay tinatawag na **pinagsamang pagtukoy ng organisasyon (integrated organization determination)**.

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

- pagtawag: 1-800-452-4413, TTY: 711.
- pag-fax: 877-251-6671.
- pagsulat:

  Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan,
  P.O. Box 927
  Woodland Hills, CA 91365-9856

Karaniwang desisyon sa saklaw

Kapag ibinigay namin sa iyo ang aming desisyon, ginagamit namin ang "karaniwan" na mga takdang petsa maliban kung sumasang-ayon kaming gamitin ang "mabilis" na mga takdang petsa. Ang karaniwang desisyon sa saklaw ay nangangahulugan na padadalhan ka namin ng sagot sa loob ng**:**

- **Limang araw ng trabaho** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan **para sa isang medikal na serbisyo o item na sumasailalim ng aming mga panuntunan sa paunang pahintulot**.
- **Limang araw ng trabaho,** at hindi lalampas sa **14 na araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan **para sa lahat ng iba pang mga medikal na serbisyo o item**.
- **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan para sa isang **Medicare Part B na gamot**.

Para sa isang medikal na item o serbisyo, maaari itong tumagal ng hanggang 14 na higit pang araw ng kalendaryo kung hihiling kami ng higit pang oras o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon na maaari kang makinabang (tulad ng mga record na medikal mula sa mga wala sa network na provider). Kung maglaan kami ng mga karagdagang araw para gawin ang desisyon, sasabihin namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. **Hindi kami maaaring maglaan ng mga karagdagang araw kung ang iyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na gamot.**

Kung sa tingin mo ay **hindi** kami dapat maglaan ng mga karagdagang araw, maaari kang gumawa ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming pasya na maglaan ng mga karagdagang araw. Kapag gumawa ka ng mabilis na reklamo, bibigyan ka namin ng sagot sa iyong reklamo sa loob ng 24 oras. Iba ang proseso sa paggawa ng reklamo sa proseso para sa mga desisyon sa saklaw at apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paggawa ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, tingnan ang **Seksyon K**.

Mabilis na desisyon sa saklaw

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

Kapag hiniling mo sa amin na gumawa kami ng desisyon sa saklaw tungkol sa iyong medikal na pangangalaga na nangangailangan ng mabilis na pagtugon, hilingin sa amin na gumawa kami ng "mabilis na pagpapasya sa saklaw." Ang isang mabilis na desisyon sa saklaw ay nangangahulugang bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng:

- **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan **para sa isang medikal na serbisyo o item**.
- **24 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan **para sa isang Medicare Part B na gamot**.

Para sa isang medikal na item o serbisyo, maaari itong tumagal ng hanggang 14 na higit pang araw ng kalendaryo kung makakahanap kami ng impormasyon na maaari mong mapakinabangan (tulad ng mga record na medikal mula sa mga wala sa network na provider) o kung kailangan mo ng oras para makakuha kami ng impormasyon para sa pagsusuri. Kung maglaan kami ng mga karagdagang araw para gawin ang desisyon, sasabihin namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. **Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras kung ang kahilingan mo ay para sa Medicare Part B na gamot.**

Kung sa tingin mo ay **hindi** kami dapat maglaan ng mga karagdagang araw para gawin ang desisyon sa saklaw, maaari kang gumawa ng "mabilis na reklamo" tungkol sa aming pasya na maglaan ng mga karagdagang araw. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paggawa ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, tingnan ang **Seksyon K**. Tatawagan ka namin sa sandaling may desisyon na kami.

Para makatanggap ng mabilis na desisyon sa saklaw , dapat mong matugunan ang dalawang bagay na kailangan:

- Humihingi ka ng pagsaklaw para sa mga medikal na item at/o serbisyong **hindi mo nakuha o natanggap**. Hindi ka maaaring humingi ng mabilis na desisyon sa saklaw kaugnay sa pagbabayad para sa mga item o serbisyong nakuha mo na.

- Ang paggamit ng mga karaniwang takdang petsa ay **maaaring magdulot ng malubhang pinsala sa iyong kalusugan** o makaapekto sa kakayahan mong gawin ang mga pang-araw-araw na gawain.

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

- Kung magpasya kami na hindi natutugunan ng iyong kalusugan ang mga pangangailangan para sa isang mabilis na desisyon sa saklaw, padadalhan ka namin ng liham na nagsasabi nito, at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa. Sasabihin ng liham sa iyo na:
  - Awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng mabilis na desisyon sa saklaw kung hihilingin ito ng iyong doktor.
  - Paano ka makakapaghain ng "mabilis na reklamo" kaugnay sa aming desisyon na bigyan ka ng karaniwang desisyon sa saklaw sa halip na isang mabilis na pagpapasya sa saklaw. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paggawa ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, tingnan ang **Seksyon K**.

Kung sasabihin namin ang Hindi sa bahagi o lahat ng kahilingan mo, padadalhan ka namin ng liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan.

- Kung sasabihin naming **Hindi**, may karapatan kang mag-apela. Kung sa tingin mo ay nagkamali kami, ang paggawa ng apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at baguhin ito.
- Kung magpasya kang gumawa ng apela, magpapatuloy ka sa Antas 1 ng proseso ng mga apela (tingnan ang **Seksyon F3**).

Sa mga limitadong pagkakataon, maaari naming ipasawalang-bisa ang kahilingan mo para sa isang desisyon sa saklaw, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa kung kailan hindi tatanggapin ang isang kahilingan ang mga sumusunod:

- kung hindi kumpleto ang kahilingan,
- kung may nag-request para sa iyo pero hindi legal na awtorisadong gawin ito, **o**
- kung hihilingin mong bawiin ang kahilingan mo.

Kung hindi namin tatanggapin ang isang kahilingan para sa desisyon sa saklaw, padadalhan ka namin ng abiso na nagpapaliwanag kung bakit hindi ito tinanggap at kung paano ka makahihiling na suriin ang desisyong iyon. Ang pagsusuring ito ay tinatawag na apela. Ang mga apela ay tinatalakay sa susunod na seksyon.

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Para magsimula ng apela na may kaugnayan sa isang tinanggihan na serbisyo o item, o para ipagpatuloy ang isang serbisyo o item na natatanggap mo na**,** ikaw, ang iyong doktor, o ang iyong awtorisadong kinatawan ay dapat na kumontak sa amin. Tawagan kami sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Humingi ng karaniwang apela o mabilis na apela sa pamamagitan ng pagsulat o sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

- Kung hihilingin ng iyong doktor o ng ibang provider na ipagpatuloy ang isang serbisyo o item na nakukuha o tinatanggap mo na sa panahon ng iyong apela, maaaring kailanganin mong pangalanan sila bilang ang iyong kinatawan upang kumilos sila sa ngalan mo.

- Kung isang tao na hindi ang iyong doktor ang gumawa ng apela para sa iyo, magsama ng isang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan na nagpapahintulot sa taong ito na kumatawan sa iyo. Makukuha mo ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf

- Maaari kaming tumanggap ng kahilingan sa apela nang wala ang form, pero hindi namin masisimulan o makukumpleto ang aming pagsusuri hanggang sa makuha namin ito. Kung hindi namin makukuha ang form bago ang takdang petsa sa paggawa ng desisyon para sa iyong apela:

    - Hindi namin tatanggapin ang iyong kahilingan, at

    - Magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng iyong karapatang hilingin sa IRO na suriin ang aming desisyon na i-dismiss ang iyong apela.

- Dapat kang umapela sa loob ng 65 araw ng kalendaryo mula sa petsang nasa sulat na ipinadala namin sa iyo para ipaalam sa iyo ang aming pasya.

- Kung napalampas mo ang takdang petsa at may magandang dahilan kung bakit ito napalampas, maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras para gawin ang iyong apela. Ang mga halimbawa ng mabubuting dahilan ay ang mga bagay tulad ng nagkaroon ka ng seryosong sakit o binigyan ka namin ng maling impormasyon tungkol sa takdang petsa. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit ka na-late sa paggawa ng iyong apela.

- May karapatan kang humiling sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa iyong apela. Maaari mo rin kaming bigyan o ng iyong doktor ng higit pang impormasyon para suportahan ang iyong apela.

Kung kailangan ito ng iyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

> Ang terminong legal para sa "mabilis na apela" ay **"pinabilis na muling pagsasaalang-alang."**

- Kung nagsagawa ka ng apela sa isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pagsaklaw para sa pangangalaga, ka at/o ang iyong doktor ay maaaring humiling ng mabilis na apela.

Awtomatiko na bibigyan ka namin ng mabilis na apela kung sasabihin sa amin ng iyong doktor na kailangan ito ng iyong kalusugan. Kung hihiling ka nang walang suporta ng iyong doktor, magpapasya kami kung makakakuha ka ng mabilis na apela.

- Kung magpasya kaming hindi natutugunan ng iyong kalusugan ang mga kailangan para sa mabilis na apela, padadalhan namin ka ng sulat na nagsasabi nito at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa. Sasabihin ng liham sa iyo na:
  - Awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng mabilis na apela kung hihilingin ito ng iyong doktor.
  - Paano ka makakapaghain ng "mabilis na reklamo" kaugnay sa aming desisyon na bigyan ka ng karaniwang apela sa halip na isang mabilis na apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paggawa ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, tingnan ang **Seksyon K**.

Kung sasabihin namin sa iyo na ihihinto o babawasan namin ang mga serbisyo o item na natatanggap mo na, maaaring patuloy mong matanggap ang mga serbisyo o item na iyon habang dinidinig ang iyong apela.

- Kung magpasya kaming baguhin o ihinto ang saklaw para sa isang serbisyo o item na nakukuha mo, padadalhan ka namin ng abiso bago kami kumilos.
- Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kang maghain ng Antas 1 na Apela.
- Patuloy naming sasaklawin ang serbisyo o item kung humiling ka ng Antas 1 na Apela sa loob ng sampung araw ng kalendaryo mula sa petsa sa aming sulat o sa inilaang petsa ng pagka-epektibo ng aksyon, alinman ang mas huli.

- Kung matugunan mo ang takdang petsa na ito, makukuha o matatanggap mo ang serbisyo o item nang walang mga pagbabago habang nakabinbin ang iyong Antas 1 na apela.
- Matatanggap o makukuha mo rin ang lahat ng iba pang mga serbisyo o item (na hindi sumasailalim sa iyong apela) nang walang mga pagbabago.
- Kung hindi ka magsagawa ng apela bago sumapit ang mga petsang ito, ang iyong serbisyo o item ay hindi ipagpapatuloy habang hinihintay mo ang desisyon tungkol sa iyong apela.

Isasaalang-alang namin ang iyong apela at ibibigay namin sa iyo ang aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang iyong apela, muli naming maingat na tinitingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa kahilingan mo para sa saklaw ng medikal na pangangalaga.
- Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng mga panuntunan noong sinabi namin ang **Hindi** sa kahilingan mo.
- Nag-iipon kami ng higit pang impormasyon kung kailangan namin ito. Maaari ka naming kontakin o ang iyong doktor para makakuha ng higit pang impormasyon.

May mga takdang petsa para sa isang mabilis na apela.

- Kapag ginamit namin ang mas mabilis na deadline, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela, o mas maaga kung kailangan ng iyong kalusugan ng mas mabilis na sagot**. Kung tatanggihan namin ang isang mabilis na apela na ibibigay namin sa iyo, sa iyong doktor, sa tagareseta, o sa kinatawan ng pasalita na kompirmasyon ng pagtanggi.
  - Kung hindi ka namin mabibigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay sinusuri ito ng isang IRO. Aabisuhan ka ng IRO sa pamamagitan ng sulat kapag nakuha nito ang iyong apela. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sasabihin namin sa iyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang Antas 2 ng proseso ng pag-apela. Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medicaid, maaari kang maghain ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado mismo sa sandaling matapos ang panahon. Sa California ang isang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para makapaghain ng Pagdinig ng Estado, tingnan ang **Seksyon F4**, kung ano ang nalalapat.

- **Kung sasabihin naming Oo sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang iyong apela, o mas maaga kung kailangan ito ng iyong kalusugan.
- **Kung sasabihin naming Hindi sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan,** ipapadala namin ang iyong apela sa IRO para sa Antas 2 na Apela.

May mga takdang petsa para sa isang karaniwang apela.

- Kapag ginamit namin ang karaniwang mga takdang petsa, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 30 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang iyong apela para sa pagsaklaw sa mga serbisyong hindi mo nakuha.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na gamot na hindi mo natanggap, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng pitong araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela o mas maaga pa kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
    - Kung hindi ka namin bibigyan ng sagot sa takdang petsa, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay sinusuri ito ng isang IRO. Sa ibaba ng kabanatang ito **Seksyon F4**, ipapaalam namin ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang proseso ng apela sa Antas 2. Kung ang iyong problema ay tungkol sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medicaid, maaari kang maghain ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado mismo sa sandaling matapos ang panahon. Sa California ang isang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para makapaghain ng Pagdinig ng Estado, tingnan ang **Seksyon F4**, kung ano ang nalalapat.

Kung Oo ang sagot namin sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan, dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 30 araw ng kalendaryo mula sa petsa na natanggap namin ang iyong kahilingan sa apela, o kasing-bilis sa pangangailangan ng iyong kondisyong pangkalusugan at sa loob ng 72 oras mula sa petsa kung kailan binago namin ang aming desisyon, o sa loob ng pitong araw ng kalendaryo mula sa petsa na natanggap namin ang iyong apela kung ang iyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na gamot.

Kung sasabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan, **mayroon kang karagdagang mga karapatan sa apela:**

- Kung sasabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng hiniling mo, padadalhan ka namin ng liham.
- Kung ang iyong problema ay kaugnay sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medicare, sasabihin sa iyo ng sulat na ipinadala namin ang iyong kaso sa IRO para sa isang Antas 2 na Apela.
- Kung ang iyong problema ay kaugnay sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medi-Cal, sasabihin sa iyo ng sulat kung paano ka mismo makapaghahain ng Antas 2 na Apela.

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung sasabihin naming **Hindi** sa isang bahagi o sa lahat ng iyong Antas 1 na Apela, padadalhan namin ka ng liham. Sasabihin ng liham na ito kung karaniwang sinasaklaw ng Medicare, Medi-Cal, o ng kapwa programa ang serbisyo o item.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medicare**, kusa naming ipapadala ang iyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela sa sandaling makumpleto na ang Antas 1 ng Apela.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medi-Cal**, maaaring ikaw mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Sasabihin sa iyo ng liham kung paano ito gagawin. Nagsama rin kami ng higit pang impormasyon sa susunod na bahagi ng kabanatang ito.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na maaaring saklawin ng **parehong Medicare at Medi-Cal**, awtomatiko kang makakakuha ng Antas 2 na Apela sa IRO. Bukod sa awtomatikong Antas 2 na Apela, maaari ka ring humingi ng Pagdinig ng Estado at isang Hiwalay na Medikal na Repaso sa estado. Gayunpaman, ang isang Independent Medical Review ay hindi maisasagawa kung nakapagpakita ka na ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado.

Kung kwalipikado ka para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo noong naghain ka ng iyong Antas 1 na Apela, ang iyong mga benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot na nasa ilalim ng apela ay maaari ding magpatuloy sa Antas 2. Tingnan ang **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng iyong mga benepisyo sa panahon ng Antas 1 na mga Apela.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyong karaniwang saklaw lamang ng Medicare, ang iyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay hindi magpapatuloy sa panahon ng proseso ng Antas 2 na mga apela sa IRO.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyong 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 sampung araw ng kalendaryo pagkatapos makuha ang aming liham ng pasya.

Kapag ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang saklaw ng Medicare

Sinusuri ng IRO ang iyong apela. Isa itong independiyenteng organisasyon na inupahan ng Medicare.

> Ang pormal na pangalan ng Independiyenteng Organisasyon ng Pagsusuri (Independent Review Organization o IRO) ay ang **Independiyenteng Entidad ng Pagsusuri o Independent Review Entity,** na minsang tinatawag na **IRE.**

- Ang organisasyong ito ay hindi konektado sa amin at hindi isang ahensya ng gobyerno. Pinili ng Medicare ang kompanya para maging IRO, at pinangangasiwaan ng Medicare ang kanilang trabaho.
- Nagpapadala kami ng impormasyon tungkol sa iyong apela (ang iyong “file sa kaso”) sa organisasyong ito. May karapatan ka sa isang libreng kopya ng iyong file sa kaso.
- May karapatan kang bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyon para suportahan ang iyong apela.
- Tinitingnang mabuti ng mga tagasuri sa IRO ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.

Kung nagkaroon ka ng mabilis na apela sa Antas 1, mayroon ka ring mabilis na apela sa Antas 2.

- Kung mayroon kang mabilis na apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kang makakakuha ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kang bigyan ng IRO ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos makuha ang iyong apela.

Kung mayroon kang karaniwang apela sa Antas 1, mayroon ka ring karaniwang apela sa Antas 2.

- Kung mayroon kang karaniwang apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kang makakakuha ng karaniwang apela sa Antas 2.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo, ang IRO ay dapat magbigay sa iyo ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 30 araw ng kalendaryo** pagkatapos makuha ang iyong apela.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na gamot, dapat kang bigyan ng IRO ng sagot sa iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng pitong araw ng kalendaryo** pagkatapos na matanggap ang iyong apela.

Kung ibinigay sa iyo ng IRO ang kanilang sagot sa isang liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan.

- **Kung Oo ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang medikal na item o serbisyo,** dapat naming ipatupad kaagad ang desisyon:
  - Pahintulutan ang saklaw ng medikal na pangangalaga **sa loob ng 72 oras, o**
  - Ibigay ang serbisyo sa loob ng **limang araw na may trabaho** pagkatapos naming makuha ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
  - Ibigay ang serbisyo **sa loob ng 72 oras** mula sa petsa na makuha namin ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan.**
- **Kung Oo ang sagot ng IRO sa bahagi o sa lahat ng kahilingan para sa Medicare Part B na gamot, dapat naming pahintulutan o ibigay ang Medicare Part B na gamot na pinagtatalunan:**
  - **Sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming makuha ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
  - **Sa loob ng 24 oras** mula sa petsa na makuha namin ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan.**
- **Kung Hindi ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng iyong apela,** nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o ang bahagi ng iyong kahilingan) para sa pagsaklaw sa medikal na pangangalaga. Tinatawag itong “paninindigan sa pasya” o “pagtanggi sa iyong apela.”

- Kung natutugunan ng iyong kaso ang mga kailangan, pipiliin mo kung gusto mong ituloy pa ang iyong apela.
- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuan ng limang antas.
- Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay tinanggihan at natutugunan mo ang mga kahilingan para ipagpatuloy ang proseso ng apela, dapat kang magpasiya kung magpapatuloy ka sa Antas 3 at gumawa ng ikatlong apela. Ang mga detalye tungkol sa kung paano ito gagawin ay matatagpuan sa nakasulat na paunawang iyong matatanggap pagkatapos ng iyong Antas 2 na Apela.
- Pinangangasiwaan ng Hukom ng Administratibong Batas (Administrative Law Judge, ALJ) o attorney adjudicator ang Antas 3 na Apela. Tingnan ang **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

Kapag ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang saklaw ng Medi-Cal

May dalawang paraan para gumawa ng Antas 2 na apela para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal: (1) Paghahain ng reklamo o Hiwalay na Medikal na Repaso o (2) Pagdinig ng Estado.

(1) Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC)

Maaari kang maghain ng reklamo sa o mag-apply para sa isang Independent Medical Review (IMR) mula sa Help Center sa DMHC. Sa pamamagitan ng paghahain ng reklamo, pag-aaralan ng DMHC ang aming desisyon. Magsasagawa ang DMHC ng kanilang sariling imbestigasyon sa iyong reklamo o magpapasya kung kwalipikado ang kaso para sa IMR. Ang IMR ay maaaring maisakatuparan para sa anumang saklaw na serbisyo ng Medi-Cal o item na may medikal na kaugnayan. Ang IMR ay isang pag-rereview ng iyong kaso ng mga eksperto na hindi bahagi ng aming plano o ng DMHC. Kung pabor sa iyo ang pasya sa IMR, dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyo o item na hinihiling mo. Wala kang babayaran para sa isang IMR.

Maaari kang maghain ng reklamo o mag-apply para sa isang IMR kung ang aming plano ay:

- Tinanggihan, binago, o inantala ang isang serbisyo ng Medi-Cal o paggamot dahil natukoy ng aming plano na hindi ito medikal na kinakailangan.
- Hindi sinaklaw ang isang sinusubukan o sinisiyasat na paggamot ng Medi-Cal para sa isang malubhang medikal na kondisyon.

- Pinagtatalunan kung ang isang serbisyong operasyon o pamamaraan ay kosmetiko o rekonstruktibo ang kalikasan.
- Hindi magbabayad para sa mga pang-emergency o agarang serbisyo ng Medi-Cal na natanggap mo na.
- Hindi nalutas ang iyong Antas 1 na Apela sa isang serbisyo ng Medi-Cal sa loob ng 30 araw ng kalendaryo para sa isang karaniwang apela o 72 oras, o mas maaga pa, kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan, para sa isang mabilis na apela.

Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat kang maghain ng apela sa amin bago humiling ng IMR. Tingnan ang **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa aming Antas 1 na proseso ng apela. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kang magsumite ng Form ng Aplikasyon sa IMR/ng Reklamo sa DMHC.

TANDAAN: Kung naghain ang iyong provider ng apela para sa iyo, ngunit hindi namin nakuha ang iyong form sa Pagtatalaga ng Kinatawan, kailangan mong muling ihain ang iyong apela sa amin bago ka makapaghain ng Antas 2 na IMR sa DMHC maliban na lamang kung ang iyong apela ay kaugnay sa isang nalalapit at seryosong panganib sa iyong kalusugan, kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, matinding pananakit, posibleng pagkawala ng buhay, paa, o ng pangunahing paggana ng katawan.

Maaari kang humiling ng IMR at ng Pagdinig ng Estado, ngunit hindi ka pinapayagang pumunta sa IMR kung nakapagpakita ka na ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado o nagkaroon na ng Pagdinig ng Estado tungkol sa kaparehong isyu.

Kung tinanggihan ang iyong paggamot dahil ito ay eksperimental o pagsisiyasat, hindi mo kailangang makibahagi sa aming proseso ng apela bago ka mag-apply para sa isang IMR.

Kung ang iyong problema ay agaran o kaugnay ng isang agaran at malubhang panganib sa iyong kalusugan o kung nakararanas ka ng matinding pananakit, maaari mo itong dalhin kaagad sa atensyon ng DMHC at hindi na kailangan munang dumaan sa aming proseso ng apela.

Dapat kang **mag-apply para sa isang IMR sa loob ng anim na buwan** pagkatapos ka naming padalhan ng nakasulat na pasya tungkol sa iyong apela. Maaaring tanggapin ng DMHC ang aplikasyon mo pagkatapos ng anim na buwan para sa mabuting dahilan, tulad ng pagkakaroon ng medikal na kondisyon na humadlang sa paghiling mo ng IMR sa loob ng anim na buwan o hindi pagtanggap ng sapat na paunawa mula sa amin tungkol sa proseso ng IMR.

Para maghain ng reklamo o humiling ng IMR:

- Punan ang Form ng IMR/Reklamo na matatagpuan sa: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tawagan ang DMHC Help Center sa 1-888-466-2219. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-688-9891.

- Kung mayroon ka ng mga ito, maglakip ng mga kopya ng mga liham o iba pang mga dokumento tungkol sa serbisyo o item na tinanggihan namin. Maaari nitong mapabilis ang proseso ng IMR. Magpadala ng mga kopya ng mga dokumento, hindi mga orihinal. Hindi maibabalik ng Help Center ang anumang mga dokumento.
- Punan ang Form ng Pinahihintulutang Katulong (Authorized Assistant Form) kung may isang taong tumutulong para sa iyong IMR. Makukuha mo ang form sa www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tumawag sa Sentro ng Tulong ng Departamento sa 1-888-466-2219. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-688-9891.
- Isumite online sa DMHC ang IMR/Complaint Form at anumang kalakip na dokumento: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.

  Magsumite sa pamamagitan ng koreo o fax:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

Sa loob ng pitong araw, pag-aaralan ng DMHC ang iyong aplikasyon at papadalhan ka nila ng liham na nagkukumpirma na natanggap nila ito. Kung natukoy ng DMHC na kwalipikado ang kaso para sa IMR, magkakaroon ng desisyon sa IMR sa loob ng 45 araw pagkatapos na matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

Kung agaran ang iyong kaso at kwalipikado ka para sa IMR, karaniwang magkakaroon ng pagpasya sa IMR sa loob ng pitong araw pagkatapos na matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

Kung hindi ka nasiyahan sa resulta ng IMR, maaari ka pa ring humiling ng Pagdinig ng Estado.

Maaaring abutin nang mas matagal ang IMR kung hindi matanggap ng DMHC ang lahat ng medikal na record na kailangan nila mula sa iyo o sa doktor na gumagamot sa iyo. Kung nagpapatingin ka sa isang doktor na wala sa network ng iyong planong pangkalusugan, mahalagang kunin mo ang iyong mga medikal na record mula sa doktor na iyon at ipadala mo ang mga ito sa amin. Ang iyong planong pangkalusugan ay kailangang kumuha ng kopya ng iyong mga medikal na record mula sa mga doktor na nasa network.

Kung magpasya ang DMHC na hindi karapat-dapat ang iyong kaso para sa IMR, pag-aaralan ng DMHC ang iyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso ng reklamo ng consumer nito. Ang iyong reklamo ay dapat malutas sa loob ng 30 araw ng kalendaryo pagkatapos ng pagsusumite ng nakumpletong aplikasyon. Kung apurahan ang iyong reklamo, mas maaga itong mareresolba.

(2) Pagdinig ng Estado

Maaari kang humiling ng Pagdinig ng Estado para sa mga saklaw na serbisyo at item ng Medi-Cal. Kung humihiling ang iyong doktor o iba pang mga provider ng serbisyo o item na hindi namin aaprubahan, o hindi namin ipagpapatuloy ang pagbabayad sa serbisyo o bagay na natanggap mo na at tinanggihan namin ang iyong Antas 1 na apela, mayroon kang karapatan na humiling ng Pagdinig ng Estado.

Sa karamihan ng mga kaso **mayroon kang 120 araw para humiling ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos ipadala sa iyo ang abiso ng “Liham ng Desisyon sa Apela”.

TANDAAN: Kung humiling ka ng Pagdinig ng Estado dahil sinabi namin sa iyo na babaguhin o ititigil ang isang serbisyong kasalukuyang nakukuha mo, **mayroon kang mas kaunting araw para isumite ang iyong kahilingan** kung gusto mong patuloy na makuha ang serbisyong iyon habang nakabinbin ang iyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng Antas 2 na apela” sa pahina 272 para sa higit pang impormasyon.

Maaari kang humiling ng Pagdinig ng Estado sa mga sumusunod na paraan:

- Online sa www.cdss.ca.gov.
- Gamit ang telepono: Tumawag sa 1-800-743-8525. Maaaring madalas na busy ang numerong ito. Maaaring makatanggap ka ng mensahe na tumawag muli sa ibang pagkakataon. Kung may problema ka sa pagsasalita o pandinig, pakitawagan ang TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form ng Pagdinig ng Estado o sumulat. Ipadala ito sa pamamagitan ng koreo o i-fax sa:
- Koreo: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Fax: 916-309-3487 o nang toll-free sa 1-833-281-0903
- Maaari mong sagutan ang "Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado" sa likod ng abiso sa pagkilos. Tiyaking isasama ang iyong pangalan, address, numero ng telepono, Social Security Number at/o CIN number, at ang dahilan kung bakit mo gusto ang Pagdinig ng Estado. Kung may taong tumutulong sa iyo para sa paghiling ng Pagdinig ng Estado, idagdag ang kanyang pangalan, address, at numero ng telepono sa form o liham. Kung kailangan mo ng interpreter, sabihin sa State Hearings Division kung anong wika ang sinasalita mo. Hindi mo kailangang magbayad para sa interpreter. Kukuhanan ka nito ng State Hearings Division. Kung mayroon kang kapansanan, maaari kang kuhanan ng State Hearings Division ng mga libreng espesyal na suporta na makakatulong sa iyong lumahok sa pagdinig. Pakisama ang impormasyon tungkol sa iyong kapansanan at ang suportang kailangan mo.

- Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin mo sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa iyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa 1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668].
- Dapat mong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari mo **lang** hilingin ang pagsusuring ito kung mananatili ka sa ospital pagkatapos ng petsa na natapos ang iyong pagkakasaklaw para sa pangangalaga.
- Ang mga tagasuri ng QIO ay:
    - Titingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.
    - Sasabihin sa iyo ang kanilang desisyon tungkol sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang iyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.
- Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa iyong apela:
    - Dapat ka naming bayaran sa bahagi namin sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital mula tanghali noong araw pagkatapos ng petsang tinanggihan ng QIO ang iyong Antas 1 na Apela.
    - Magbibigay kami sa iyo ng iyong saklaw na mga serbisyong pang-inpatient sa ospital hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kailangan.
- Kung **Hindi** ang sagot ng QIO 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 gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari ka ring magsampa ng reklamo sa o humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang ipagpatuloy ang iyong pamamalagi sa ospital. Pakitingnan ang **Seksyon F4** para matutuhan kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Independent Medical Review.

Ibinibigay sa iyo ng State Hearings Division ang kanilang desisyon nang nakasulat at ipapaliwanag ang mga dahilan.

- Kung **Oo** ang sagot ng Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang medikal na item o serbisyo, dapat naming pahintulutan o ibigay ang serbisyo o item **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming makuha ang kanilang desisyon.
- Kung **Hindi** ang sagot ang Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o lahat ng iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang kahilingan mo (o ang bahagi ng kahilingan mo) para sa pagsaklaw ng medikal na pangangalaga. Tinatawag itong “paninindigan sa pasya” o “pagtanggi sa iyong apela.”

Kung **Hindi** ang desisyon ng IRO o Pagdinig ng Estado para sa lahat o bahagi ng kahilingan mo, mayroon kang karagdagang mga karapatan sa apela.

Kung ang iyong Antas 2 na Apela ay napunta sa **IRO**, maaari lamang kang mag-apela muli kung ang dolyar na halaga ng serbisyo o item na gusto mo ay nakakatugon sa isang partikular na minimum na halaga. Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa Antas 3 na Apela. **Ipapaliwanag ng liham na makuha mo mula sa IRO ang karagdagang mga karapatan sa apela na maaaring mayroon ka.**

Ilalarawan ng liham na makukuha mo mula sa Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ang susunod na opsyon sa apela.

Tingnan ang **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa apela pagkatapos ng Antas 2.

F5. Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapayagan ang mga nasa network na provider na singilin ka para sa mga saklaw na serbisyo at item. Totoo ito kahit na binabayaran namin ang provider nang mas mababa kaysa sa sinisingil ng provider para sa isang saklaw na serbisyo o item. Hindi ka kailanman kailangang magbayad ng balanse para sa anumang bill. Ang tanging halaga na dapat na hilingin mula sa iyo ay ang copay para sa Tier 3: Mga Piniling Gamot na Branded, Tier 4: Mga Piniling Gamot na Branded, at Tier 5: Mga Gamot na nasa Specialty Tier.

Kung nakatanggap ka ng bill na mas mataas sa copay na dapat mong bayaran para sa mga saklaw na serbisyo at item, ipadala sa amin ang bill. Huwag mong babayaran ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aasikasuhin namin ang problema. Kung binayaran mo ang bill, maaari kang makakuha ng refund mula sa aming plan kung sinunod mo ang mga patakaran sa pagkuha ng mga serbisyo o item.

Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Inilalarawan nito ang mga sitwasyon kung kailan maaaring kailanganin mong hilingin sa amin na bayaran ka o bayaran ang singil na nakuha mo mula sa isang provider. Sinasabi rin nito kung paano ipapadala sa amin ang mga papeles na humihiling sa amin ng pagbabayad.

Kung hihiling kang ibalik sa iyo ang ibinayad mo, humihiling ka ng desisyon sa saklaw. Susuriin namin kung saklaw ang serbisyo o item na binayaran mo at kung sinunod mo ang lahat ng panuntunan para sa paggamit sa iyong saklaw.

- Kung saklaw ang serbisyo o item na binayaran mo at sinunod mo ang lahat ng mga patakaran, ipapadala namin sa iyo ang aming bahagi ng gastos para sa serbisyo o item, na sa karaniwan ay darating sa loob ng 30 araw ng kalendaryo, pero hindi higit pa sa 60 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

- Kung hindi mo pa nababayaran ang serbisyo o item, direkta naming ipapadala ang bayad sa provider. Kapag ipinadala namin ang bayad, katulad ito ng pagsasabi ng **Oo** sa kahilingan mo para sa desisyon sa saklaw.

- Kung ang serbisyo o item ay hindi sinasaklaw o hindi mo sinunod ang lahat ng panuntunan, papadalhan namin ka ng liham na nagsasabi sa iyo na hindi namin babayaran ang serbisyo o item at ipaliliwanag namin kung bakit.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon na huwag magbayad, **maaari kang mag-apela**. Sundin ang proseso ng mga apela na inilalarawan sa **Seksyon F3.** Kapag sinunod mo ang mga tagubiling ito, tandaan:

- Kung gagawa ka ng apela na bayaran ka namin, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong apela.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa iyong apela at karaniwang sinasaklaw ng **Medicare** ang serbisyo o item, ipapadala namin ang iyong kaso sa IRO. Padadalhan ka namin ng liham kung nangyari ito.

- Kung binaligtad ng IRO ang aming pasya at sinabing dapat ka naming bayaran, ipadala dapat namin sa iyo o sa provider ang bayad sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo. Kung **Oo** ang sagot sa iyong apela sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala ang bayad sa iyo o sa provider ng pangangalagang pangkalusugan sa loob ng 60 araw ng kalendaryo.

- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang kahilingan mo. Tinatawag itong “paninindigan sa pasya” o “pagtanggi sa iyong apela.” Makakatanggap ka ng liham na nagpapaliwanag ng karagdagang mga karapatan sa apela na maaaring mayroon ka. Tingnan ang **Seksyon J** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa iyong apela at karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal ang serbisyo o item, maaaring ikaw mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Tingnan ang **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon.

G. Mga gamot ng Medicare Part D

Kasama sa iyong mga benepisyo bilang isang miyembro ng aming plano ang saklaw para sa maraming mga gamot. Karamihan sa mga ito ay mga gamot sa Medicare Part D. May ilang gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare Part D na maaaring saklawin ng Medi-Cal. **Nalalapat lang ang seksyong ito sa mga apela sa gamot ng Medicare Part D.** Sasabihin namin ang "gamot" sa natitirang bahagi ng seksyong ito sa halip na sabihin ang "gamot ng Medicare Part D" sa bawat pagkakataon. Para sa mga gamot na sinasaklaw lamang ng Medi-Cal, sundin ang proseso sa **Seksyon E**.

Para masaklaw, ang gamot ay dapat gamitin para sa isang medikal na tinatanggap na dahilan. Ibig sabihin, ang gamot ay inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) o sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na reperensya. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa karagdagang impormasyon tungkol sa isang indikasyong medikal na kinikilala.

G1. Mga desisyon sa saklaw at apela ng Medicare Part D

Narito ang mga halimbawa ng desisyon sa saklaw na maaari mong hilingin na gawin namin tungkol sa iyong mga gamot sa Medicare Part D:

- Hilingin sa amin na gumawa ng eksepsyon, kabilang ang paghiling sa amin na:
    - Saklawin ang isang Medicare Part D na gamot na wala sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano o
    - Magtabi ng paghihigpit sa aming saklaw para sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa halagang makukuha mo)
- Itatanong mo sa amin kung saklaw ang isang gamot para sa iyo (tulad ng kapag ang iyong gamot ay nasa *Listahan ng Gamot* ng aming plano pero dapat namin itong aprubahan para sa iyo bago namin ito saklawin)

TANDAAN: Kung sasabihin sa iyo ng iyong pharmacy na hindi mapupunan ang iyong reseta gaya ng nakasulat, bibigyan ka ng pharmacy ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano kami kontakin para humingi ng desisyon sa saklaw.

> Ang isang paunang desisyon sa saklaw na kaugnay sa iyong mga Medicare Part D na gamot ay tinatawag na isang **"pagtukoy sa saklaw."**

- Hiniling mo sa amin na bayaran ang isang gamot na nabili na mo. Ito ay paghiling ng desisyon sa saklaw tungkol sa pagbabayad.

Kung hindi ka sang-ayon sa desisyon sa saklaw na ginawa namin, maaari mong i-apela ang aming pasya. Sinasabi sa iyo ng seksyong ito ang pareho na kung paano humiling ng mga desisyon sa saklaw at kung paano humiling ng apela. Gamitin ang tsart sa ibaba upang matulungan ka.

Alin sa mga sitwasyong ito ang kinabibilangan mo?

Kailangan mo ng gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamo*t o kailangan mo na magtabi kami ng isang tuntunin o paghihigpit sa isang gamot na saklaw namin.	Gusto mong saklawin namin ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*, at sa tingin mo ay natutugunan mo ang mga tuntunin o paghihigpit ng plano (tulad ng pagkuha ng paunang pag-apruba) para sa gamot na kailangan mo.	Gusto mong hilingin sa amin na ibalik ang iyong bayad para sa gamot na natanggap at nabayaran na mo?	Sinabi namin sa iyo na hindi namin sasaklawin o babayaran ang isang gamot sa paraang gusto mo.
Maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng eksepsyon. (Isa itong uri ng desisyon sa saklaw.)	**Maaari kang humiling sa amin ng desisyon sa saklaw.**	**Maaari mong hilingin sa amin na ibalik ang iyong ibinayad.** (Isa itong uri ng desisyon sa saklaw.)	**Maaari kang gumawa ng apela.** (Ibig sabihin nito ay hinihiling mo sa amin na muling isaalang-alang ito.)
Magsimula sa **Seksyon G2**, pagkatapos ay tingnan ang **Seksyon G3 at G4**.	Tingnan ang **Seksyon G4**.	Tingnan ang **Seksyon G4**.	Tingnan ang **Seksyon G5**.

G2. Mga eksepsyon sa Medicare Part D

Kung hindi namin sasaklawin ang isang gamot ayon sa paraang gusto mo, maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng "eksepsyon." Kung tanggihan namin ang iyong kahilingan para sa isang eksepsyon, maaari mong iapela ang aming desisyon.

Kapag humingi ka ng eksepsyon, kailangang ipaliwanag ng iyong doktor o ng ibang tagareseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan mo ng eksepsyon.

> Ang paghiling na saklawin ang isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* o tanggalin ang limitasyon sa isang gamot ay tinatawag kung minsan na paghingi ng **"eksepsyon sa formulary."**
>
> Ang paghiling na magbayad ng mas mababang presyo para sa isang saklaw na hindi piniling gamot ay minsang tinatawag na paghiling ng isang **eksepsyon sa tier.**

Narito ang ilang halimbawa ng mga eksepsyon na maaari mong hilingin sa amin, o ng iyong doktor o ng iba pang tagareseta:

1. **Pagsaklaw sa isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot***
   - Kung sumasang-ayon kaming gumawa ng eksepsyon at saklawin ang isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*, babayaran mo ang copay na nalalapat sa mga gamot sa Tier 4: Tier na Hindi Piniling Gamot.
   - Hindi ka makakakuha ng eksepsyon sa hinihiling na halaga ng copay para sa gamot.
2. **Pag-alis sa paghihigpit para sa isang saklaw na gamot**
   - Ang ilang mga karagdagang tuntunin o limitasyon ay nalalapat sa ilang partikular na gamot sa aming *Listahan ng Gamot* (tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon).
   - Kasama sa mga karagdagang tuntunin at paghihigpit para sa ilang partikular na gamot ang:
     - Kinakailangang gamitin ang generic na bersyon ng isang gamot sa halip na ang branded na gamot.
     - Pagkuha sa aming pag-apruba nang maaga bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot para sa iyo. Minsan tinatawag ito na “paunang pahintulot” (prior authorization, PA).

- Kinakailangang sumubok muna ng ibang gamot bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot na hinihiling mo. Minsan ito ay tinatawag na "step therapy."
- Mga limitasyon sa dami. Para sa ilang gamot, may mga paghihigpit sa dami ng gamot na maaari mong makuha.

- Kung sumasang-ayon kami sa isang eksepsyon para sa iyo at inalis namin ang limitasyon, maaari kang humiling ng eksepsyon sa halaga ng copay na kailangan mong bayaran.

3. **Pagpapalit ng pagsaklaw sa isang gamot sa mas mababang tier ng bahaginan sa gastos.** Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ay nakalagay sa isa sa limang tier ng pagbabahagi ng gastos. Sa pangkalahatan, mas mababang bilang ng tier ng cost-sharing, mas kaunti ang iyong kinakailangang halaga ng copay.

- Kadalasang kasama sa *Listahan ng Gamot* ang higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kondisyon. Tinatawag ang mga ito na “alternatibong” gamot.
- Kung ang isang alternatibong gamot para sa iyong medikal na kondisyon ay nasa mas mababang tier ng pagbabahagi ng gastos kaysa sa gamot na iniinom mo, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng pagbabahagi ng gastos para sa alternatibong gamot. Mapapababa nito ang halaga ng iyong copay para sa gamot.
  - Kung ang gamot na iniinom mo ay isang biyolohikal na produkto, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng cost-sharing para sa pinakamababang tier para sa alternatibong biyolohikal na produkto para sa iyong kondisyon.
  - Kung ang gamot na iniinom mo ay isang branded na gamot, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng cost-sharing para sa pinakamababang tier para sa alternatibong branded na gamot para sa iyong kondisyon.
  - Kung ang gamot na iniinom mo ay isang generic na gamot, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng cost-sharing para sa pinakamababang tier para sa alternatibong branded o generic na gamot para sa iyong kondisyon.
- Hindi mo maaaring hilingin sa amin na baguhin ang tier ng cost-sharing para sa anumang gamot sa Tier 5: Mga Gamot na nasa Specialty Tier.
- Kung aaprubahan namin ang kahilingan mo sa eksepsyon sa tier at may mahigit sa isang mas mababang tier ng pagbabahagi ng gastos para sa alternatibong gamot na hindi mo maaaring inumin, karaniwang babayaran mo ang pinakamababang halaga.

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng isang eksepsyon

Dapat sabihin sa amin ng iyong doktor o ng iba pang tagareseta ang mga medikal na dahilan.

Dapat kaming bigyan ng iyong doktor o ng iba pang tagareseta ng isang pahayag na nagpapaliwanag sa mga medikal na dahilan para sa paghiling ng isang eksepsyon. Para sa mas mabilis na pasya, isama ang impormasyong ito mula sa iyong doktor o iba pang tagareseta kapag humiling ka ng isang eksepsyon.

Kadalasang kasama sa *Listahan ng Gamot* ang higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kondisyon. Tinatawag ang mga ito na “alternatibong” gamot. Kung may isang alternatibong gamot na kasing-bisa ng gamot na hinihiling mo at hindi magdudulot ng higit pang mga hindi kanais-nais na epekto o iba pang mga problema sa kalusugan, sa karaniwan ay **hindi** namin aaprubahan ang kahilingan mo sa eksepsyon. Kung humiling ka sa amin ng isang eksepsyon sa tier, sa pangkalahatan ay **hindi** namin aaprubahan ang kahilingan mo sa eksepsyon maliban na lamang kung ang lahat ng mga alternatibong gamot sa mas mababang (mga) tier ng pagbabahagi ng gastos ay hindi magiging kasing-epektibo para sa iyo o posibleng magdulot ng hindi magandang reaksyon o may iba pang panganib.

Maaari kaming sumagot ng Oo o Hindi sa kahilingan mo.

- Kung sumagot kami ng **Oo** sa kahilingan mo sa eksepsyon, karaniwang tumatagal ang eksepsyon hanggang sa dulo ng taon ng kalendaryo. Totoo ito hangga’t patuloy na inirereseta ng iyong doktor ang gamot para sa iyo at patuloy na ligtas at mabisa ang gamot na iyon sa paggamot sa iyong kondisyon.

- Kung sumagot kami ng **Hindi** sa kahilingan mo sa eksepsyon, maaari kang gumawa ng apela. Tingnan ang **Seksyon G5** para sa impormasyon sa paggawa ng apela kung sumagot kami ng **Hindi**.

Sinasabi sa iyo ng susunod na seksyon kung paano humiling ng desisyon sa saklaw, kasama ang isang eksepsyon.

G4. Paghiling ng desisyon sa saklaw, kabilang ang eksepsyon

- Hilingin ang uri ng desisyon sa pagsaklaw na gusto mo sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), pagsulat, o pag-fax sa amin. Maaari mo itong gawin, ng iyong kinatawan o ng iyong doktor (o ng iba pang tagareseta). Pakisama ang iyong pangalan, contact information, at impormasyon tungkol sa claim.

- Maaaring ikaw o ang iyong doktor (o iba pang tagareseta) o ibang tao na kumikilos sa iyong ngalan ay humiling ng isang desisyon sa saklaw. Maaari ka ring kumuha ng abogado na kikilos sa iyong ngalan.
- Tingnan ang **Seksyon E3** para malaman kung paano magtakda ng isang tao bilang iyong kinatawan.
- Hindi mo kailangang magbigay ng nakasulat na pahintulot sa iyong doktor o iba pang tagareseta para humiling ng isang desisyon sa saklaw sa ngalan mo.
- Kung gusto mong hilingin sa amin na ibalik namin ang iyong ibinayad para sa isang gamot, tingnan ang **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Kung hihiling ka ng isang eksepsyon, bigyan kami ng isang "sumusuportang pahayag." Kabilang sa sumusuportang pahayag ang mga medikal na dahilan ng iyong doktor o iba pang tagareseta para sa kahilingan sa eksepsyon.
- Maaaring i-fax o ipadala sa amin ng iyong doktor o iba pang tagareseta ang sumusuportang pahayag. Maaari din nilang sabihin sa amin sa pamamagitan ng pagtawag at pagkatapos ay i-fax o ipadala ang pahayag.
- Maaari kang magsumite ng mga kahilingan sa pagtukoy kung ang iniresetang gamot ay saklaw ng plano sa pamamagitan ng elektronikong pamamaraan sa protektadong portal ng miyembro sa: https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
  - Piliin ang mga form ng miyembro
  - Simulan ang kahilingan sa pagtukoy kung ang iniresetang gamot ay saklaw ng plano online
  - Maaari mong simulan ang proseso para makakuha ng paunang pahintulot o isang eksepsyon.

Kung kailangan ito ng iyong kalusugan, humiling sa amin ng isang “mabilis na desisyon sa saklaw.”

Gumagamit kami ng “mga karaniwang takdang petsa” maliban kung sumang-ayon kaming gumamit ng “mga mabilis na takdang petsa.”

- Ang **karaniwang desisyon sa saklaw** ay nangangahulugan na bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor.

- Ang **mabilis na desisyon sa saklaw** ay nangangahulugan na bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor.

> Ang “mabilis na desisyon sa saklaw” ay tinatawag na **“pinabilis na pagtukoy ng saklaw.”**

Maaari kang makakuha ng mabilis na desisyon sa saklaw kung:

- Para ito sa isang gamot na hindi mo natanggap. Hindi ka makakakuha ng mabilis na desisyon sa saklaw kung hinihiling mo sa amin na ibalik namin ang iyong ibinayad para sa isang gamot na nabili na mo.
- Manganganib nang husto ang iyong kalusugan o kakayahang kumilos kung gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa.

Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor o iba pang tagareseta na nangangailangan ang iyong kalusugan ng mabilis na desisyon sa saklaw, susuriin namin ang kahilingan mo sa ilalim ng mabilis na panahon ng pagpapasya sa saklaw. Padadalhan ka namin ng liham na kasama ang impormasyong ito.

- Kung humiling ka ng isang mabilis na desisyon sa saklaw nang walang suporta mula sa iyong doktor o iba pang tagareseta, magpapasya kami kung makakakuha ka ng isang mabilis na pagpapasya sa saklaw.
- Kung magpasya kami na hindi pasok ang iyong kondisyong medikal sa mga kailangan para sa mabilis na desisyon sa saklaw, susundin namin ang karaniwang mga takdang panahon.
    - Padadalhan ka namin ng liham na nagsasabi sa iyo na gagamitin namin ang karaniwang takdang petsa. Sasabihin din sa iyo ng liham kung paano maghain ng apela tungkol sa aming pasya.
    - Maaari kang maghain ng mabilis na reklamo at makatanggap ng tugon sa loob ng 24 oras. Para sa karagdagang impormasyon sa paggawa ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, tingnan ang **Seksyon K**.

Mga takdang petsa para sa mabilis na desisyon sa saklaw

- Kung gagamitin namin ang mabilis na mga takdang petsa, dapat namin kang bigyan ng sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang kahilingan mo. Kung humiling ka ng eksepsyon, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming makuha ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor. Mas maaga naming ibibigay ang aming kasagutan kung kailangan ito ng iyong kalusugan.

- Kung hindi namin matutugunan ang takdang petsa na ito, ipapadala namin ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para suriin ng isang IRO. Tingnan ang **Seksyon G6** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Apela sa Antas 2.

- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo, ibibigay namin sa iyo ang saklaw sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang kahilingan mo o ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor.

- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo, padadalhan ka namin ng sulat kasama ng mga dahilan. Sinasabi rin sa ino ng sulat na ito kung paano makakagawa ng isang apela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang desisyon sa saklaw tungkol sa isang gamot na hindi mo nakuha

- Kung gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang kahilingan mo. Kung humiling ka ng eksepsyon, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor. Mas maaga naming ibibigay ang aming kasagutan kung kailangan ito ng iyong kalusugan.

- Kung hindi namin matutugunan ang takdang petsa na ito, ipapadala namin ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para suriin ng isang IRO.

- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo, ibibigay namin sa iyo ang saklaw sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang kahilingan mo o ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor para sa isang eksepsyon.

- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo, padadalhan ka namin ng sulat kasama ng mga dahilan. Sasabihin din sa iyo ng sulat kung paano gumawa ng isang apela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang desisyon sa saklaw tungkol sa isang gamot na nabili mo na

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 14 araw ng kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan.

- Kung hindi namin matutugunan ang takdang petsa na ito, ipapadala namin ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para suriin ng isang IRO.

- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo, ibabalik namin ang iyong ibinayad sa loob ng 14 araw ng kalendaryo.
- **Kung Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo, padadalhan ka namin ng sulat kasama ng mga dahilan. Sasabihin din sa iyo ng sulat kung paano gumawa ng isang apela.

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela

> Ang pag-apela sa aming plano tungkol sa isang desisyon sa saklaw ng gamot sa Medicare Part D ay tinatawag na **"muling pagtukoy"** ng plano**.**

- Simulan ang iyong **karaniwan** o **mabilis na apela** sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), pagsulat, o pag-fax sa amin. Maaari mo itong gawin, ng iyong kinatawan o ng iyong doktor (o ng iba pang tagareseta). Pakisama ang iyong pangalan, contact information, at impormasyon tungkol sa iyong apela.
- Dapat kang umapela **sa loob ng 65 araw ng kalendaryo** mula sa petsang nasa sulat na ipinadala namin sa iyo para ipaalam sa iyo ang aming pasya.
- Kung napalampas mo ang takdang petsa at may magandang dahilan kung bakit ito napalampas, maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras para gawin ang iyong apela. Ang mga halimbawa ng mabubuting dahilan ay ang mga bagay tulad ng nagkaroon ka ng seryosong sakit o binigyan ka namin ng maling impormasyon tungkol sa takdang petsa. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit ka na-late sa paggawa ng iyong apela.
- May karapatan kang humiling sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa iyong apela. Maaari mo rin kaming bigyan o ng iyong doktor ng higit pang impormasyon para suportahan ang iyong apela.

Kung kailangan ito ng iyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

> Ang mabilis na apela ay tinatawag ring **"pinabilis na muling pagtukoy."**

- Kung inaapela mo ang ginawang pasya ng aming plano tungkol sa isang gamot na hindi mo nakuha, magpasya ka o ang iyong doktor o iba pang tagareseta kung kailangan mo ng isang mabilis na apela.

- Ang mga pangangailangan para sa mabilis na apela ay kapareho sa mga pangangailangan para sa mabilis na desisyon sa saklaw. Tingnan ang **Seksyon G4** para sa higit pang impormasyon.

Isasaalang-alang namin ang iyong apela at ibibigay namin sa iyo ang aming sagot.

- Susuriin namin ang iyong apela at titingnan namin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa kahilingan mo sa pagsaklaw.
- Susuriin namin kung sinunod ba namin ang mga panuntunan noong sumagot kami ng **Hindi** sa kahilingan mo.
- Maaari kaming kumontak sa iyo o sa iyong doktor o iba pang tagareseta para kumuha ng higit pang impormasyon.

Mga takdang petsa para sa mabilis na apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang mabilis na mga 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 ang aming kasagutan kung kailangan ito ng iyong kalusugan.
    - Kung hindi ka namin mabibigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Tingnan ang **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa review organization at proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo, dapat naming ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at magsasabi sa iyo kung paano ka makakagawa ng isang apela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang karaniwang mga takdang petsa, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng pitong araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela para sa isang gamot na hindi mo nakuha.

- Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming pasya kung hindi mo nakuha ang gamot at kailangan ito ng iyong kondisyon sa kalusugan. Kung kailangan ito ng iyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

Kung hindi ka namin mabigyan ng pasya sa loob ng pitong araw ng kalendaryo, ipapadala namin ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Tingnan ang **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa review organization at proseso ng mga apela sa Antas 2.

Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo:

- Dapat naming **ibigay ang saklaw** na sinang-ayunan naming ibigay sa lalong madaling panahon na kinakailangan ng iyong kalusugan, ngunit **hindi lalampas sa pitong araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.

- Dapat kaming **magpadala ng bayad sa iyo** para sa isang gamot na binili mo **sa loob ng 30 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo:

- Padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at magsasabi sa iyo kung paano ka makakagawa ng isang apela.

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot tungkol sa pagbabalik namin sa iyong ibinayad para sa isang gamot na binili mo **sa loob ng 14 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.

    - Kung hindi ka namin mabigyan ng pasya sa loob ng 14 araw ng kalendaryo, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Tingnan ang **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa review organization at proseso ng mga apela sa Antas 2.

- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng iyong kahilingan, dapat naming ibalik ang iyong ibinayad sa loob ng 30 araw ng kalendaryo.

- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at magsasabi sa iyo kung paano ka makakagawa ng isang apela.

G6 Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung **Hindi** ang sagot namin sa iyong Antas 1 na Apela, maaari mong tanggapin ang aming pasya o gumawa ng isa pang apela. Kung magpasya kang gumawa ng isa pang apela, gagamitin mo ang proseso ng mga apela sa Antas 2 na Apela. Susuriin ng **IRO** ang aming desisyon noong sinagot namin ng **Hindi** ang iyong unang apela. Ang organisasyong ito ang magpapasya kung dapat ba naming baguhin ang aming pasya.

> Ang pormal na pangalan ng “Hiwalay na Medikal na Repaso” (Independent Review Organization o IRO) ay ang **“Hiwalay na Entidad ng Pagsusuri”,** tinatawag minsan na **“Independent Review Entity o IRE”.**

Para gumawa ng Antas 2 na Apela, ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong doktor o iba pang tagareseta ay dapat kumontak sa IRO **sa pamamagitan ng pagsulat** at humiling ng pagsusuri sa iyong kaso.

- Kung **Hindi** ang sagot namin sa iyong Antas 1 na Apela, ang ipinadala naming sulat sa iyo ay may kasamang **mga tagubilin kung paano gumawa ng Antas 2 na Apela** sa IRO. Sinasabi ng mga tagubilin kung sino ang maaaring gumawa ng Antas 2 na Apela, anong mga takdang petsa ang dapat mong sundin, at kung paano makipag-ugnayan sa organisasyon.
- Kapag nag-apela ka sa IRO, ipinapadala namin sa organisasyon ang impormasyong mayroon kami tungkol sa iyong apela. Ang impormasyong ito ay tinatawag na iyong "file ng kaso". **May karapatan ka sa isang libreng kopya ng iyong file sa kaso**. Kung kailangan mo ng tulong sa paghiling ng libreng kopya ng iyong file ng kaso, tumawag sa 1-888-466-2219.
- May karapatan kang bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyon para suportahan ang iyong apela.

Susuriin ng IRO ang iyong Antas 2 na Apela sa Medicare Part D at bibigyan ko ng nakasulat na sagot. Tingnan ang **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa IRO.

Mga takdang petsa para sa mabilis na apela sa Antas 2

Kung kailangan ito ng iyong kalusugan, humiling sa IRO ng isang mabilis na apela.

- Kung sumasang-ayon sila sa isang mabilis na apela, dapat silang magbigay sa iyo ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang kahilingan mo sa apela.
- Kung **Oo** sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng kahilingan mo, dapat naming ibigay ang naaprubahang saklaw sa gamot **sa loob ng 24 oras** pagkatapos matanggap ang pasya ng IRO.

Mga takdang petsa para sa karaniwang apela sa Antas 2

Kung mayroon kang karaniwang apela sa Antas 2, dapat kang bigyan ng sagot ng IRO:

- **sa loob ng pitong araw ng kalendaryo** pagkatapos nilang matanggap ang iyong apela para sa isang gamot na hindi mo nakuha.

- **sa loob ng 14 araw ng kalendaryo** pagkatapos matanggap ang iyong apela para sa pagbabalik ng iyong ibinayad para sa isang gamot na binili mo.

Kung **Oo** ang sagot ng IRO sa ilang bahagi o lahat ng iyong kahilingan:

- Dapat naming ibigay ang naaprubahang saklaw sa gamot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang pasya ng IRO.
- Ibabalik namin ang iyong ibinayad para sa isang gamot na binili mo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang pasya ng IRO.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa aming pasya na hindi aprubahan ang kahilingan mo. Tinatawag itong "paninindigan sa pasya" o "pagtanggi sa iyong apela."

Kung ang sagot ng IRO sa iyong Antas 2 na Apela ay **Hindi**, may karapatan ka para sa isang Antas 3 na Apela kung ang halaga ng dolyar ng pagsaklaw sa gamot na hinihiling mo ay tumutugon sa pinakamababang dolyar na halaga. Kung ang halaga ng dolyar ng saklaw ng gamot na hinihiling mo ay mas mababa sa kailangang minimum, hindi na ka makakagawa ng isa pang apela. Sa kasong iyon, pinal na ang desisyon sa Antas 2 na Apela. Padadalhan ka ng liham ng IRO para sabihin ang pinakamababang dolyar na halagang kailangan para makapagpatuloy sa isang Antas 3 na Apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng kahilingan mo ay nakakatugon sa kailangan, pipili ka kung gusto mo pang ipagpatuloy ang pag-apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa iyong Antas 2 na Apela at natutugunan mo ang kailangan para ipagpatuloy ang proseso ng mga apela, ikaw ay:
    - Magpapasya kung gusto mong gumawa ng Antas 3 na Apela.
    - Tingnan ang sulat na ipinadala sa iyo ng IRO pagkatapos ng iyong Antas 2 na Apela para sa mga detalye tungkol sa kung paano gumawa ng Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa mga Apela sa Antas 3. Tingnan ang **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

H. Paghiling sa amin na saklawin ang mas karagdagang pananatili sa ospital

Kapag na-admit ka sa isang ospital, may karapatan kang makatanggap ng lahat ng serbisyo ng ospital na sinasaklaw namin na kailangan para masuri at magamot ang iyong karamdaman o pinsala. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa saklaw sa ospital ng aming plano, tingnan ang **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sa panahon ng iyong saklaw na pananatili sa ospital, ang iyong doktor at ang mga kawani ng ospital ay nakikipagtulungan sa iyo upang maghanda para sa araw kung kailan ka lalabas sa ospital. Tutulong din silang ayusin ang pangangalaga na maaaring kailanganin mo pagkatapos mong makalabas.

- Ang araw kung kailan ka aalis sa ospital ay tinatawag na iyong “petsa ng paglabas.”
- Sasabihin sa iyo ng iyong doktor o ng kawani ng ospital kung kailan ang petsa ng iyong paglabas.

Kung sa tingin mo ay pinapalabas ka sa ospital nang masyadong maaga o nag-aalala ka tungkol sa pangangalaga sa iyo pagkatapos mong lumabas ng ospital, maaari kang humiling nang karagdagang pananatili sa ospital. Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung paano humiling.

Bukod sa mga apela na tinalakay sa **Seksyon H**, maaari ka ring maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso para ipagpatuloy ang iyong pananatili sa ospital. Pakitingnan ang **Seksyon F4** para matutuhan kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Independent Medical Review. Maaari kang humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bilang karagdagan sa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

H1. Pag-alam tungkol sa iyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos kang ma-admit sa ospital, may isang indibidwal sa ospital, gaya ng nurse o caseworker, na magbibigay sa iyo ng nakasulat na paunawa na tinatawag na "Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare Tungkol sa Inyong mga Karapatan." Lahat ng may Medicare ay makakakuha ng kopya ng paunawang ito tuwing sila ay ma-admit sa isang ospital.

Kung hindi mo nakuha ang abisong ito, hingin ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan mo ng tulong, tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina. Pwede mo ring tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

- **Basahin nang mabuti ang abiso** at magtanong kung hindi mo naiintindihan. Sinasabi sa iyo ng abiso ang tungkol sa iyong mga karapatan bilang isang pasyente sa ospital, kasama ang iyong mga karapatan na:
    - Kumuha ng mga serbisyong saklaw ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng iyong pananatili sa ospital. May karapatan kang malaman kung anu-ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito at saan mo makukuha ang mga ito.
    - Maging bahagi ng anumang mga desisyon tungkol sa tagal ng iyong pananatili sa ospital.
    - Alamin kung saan iuulat ang anumang mga alalahanin mo tungkol sa kalidad ng iyong pangangalaga sa ospital.
    - Umapela kung sa palagay mo ay pinalabas ka nang napakaaga sa ospital.
- **Lagdaan ang abiso** para ipakita na natanggap mo ito at nauunawaan ang iyong mga karapatan.
    - Kayo o isang taong kumikilos sa iyong ngalan ang maaaring lumagda sa abiso.
    - Ang paglagda sa abiso **lamang** ang magpapakita na natanggap mo ang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. Ang paglagda ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon ka sa isang petsa ng pag-discharge na maaaring sinabi sa iyo ng iyong doktor o ng empleyado ng ospital.
- **Itago ang iyong kopya** ng nilagdaang abiso para magkaroon ka ng impormasyon kung kailangan mo ito.

Kung pipirmahan mo ang paunawa nang higit sa dalawang araw bago ang araw na lumabas ka sa ospital, makakatanggap ka ng isa pang kopya bago ka ma-discharge.

Maaari kang tumingin sa isang kopya ng abiso nang maaga kung ikaw ay:

- Tumawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Para hilingin na mas matagal naming saklawin ang iyong mga inpatient na serbisyo sa ospital, magsagawa ng apela. Pinag-aaralan ng Quality Improvement Organization (QIO) ang Antas 1 na Apela para malaman kung medikal na angkop para sa iyo ang iyong planong petsa ng pag-discharge.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor at iba pang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na gobyerno. Sinusuri at tumutulong ang mga ekspertong ito sa pagpapahusay sa kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Hindi sila bahagi ng aming plano.

Sa California, ang QIO ay Commence Health. Tawagan sila sa (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668]. Nasa abiso din ang contact information, “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Iyong mga Karapatan,” at sa **Kabanata 2**.

Tumawag sa QIO bago ka lumabas sa ospital at hindi lalampas sa iyong nakaplanong petsa ng paglabas.

- **Kung tatawag ka bago ka lumabas**, maaari kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas nang hindi ito binabayaran habang hinihintay mo ang desisyon ng QIO tungkol sa iyong apela.
- **Kung hindi ka tatawag para mag-apela**, at magpasya kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng pag-discharge, maaari mong bayaran ang lahat ng gastos para sa pangangalaga sa ospital na matatanggap mo pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng pag-discharge.
- Dahil ang mga pananatili sa ospital ay saklaw ng kapwa Medicare at Medi-Cal, kung hindi tinanggap ng Quality Improvement Organization ang iyong kahilingan na ipagpatuloy ang iyong pananatili sa ospital, o naniniwala ka na agaran ang iyong sitwasyon, may kaugnay na agaran at seryosong panganib sa iyong kalusugan, o dumaranas ka ng matinding pananakit, maaari ka ring maghain ng reklamo o humiling sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (Department of Managed Health Care, DMHC) ng isang Independent Medical Review. Pakitingnan ang **Seksyon F4** para matutuhan kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng isang Independent Medical Review.

Humingi ng tulong kung kailangan mo ito. Kung mayroon kang tanong o kailangan ng tulong anumang oras:

- Tumawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- Tumawag sa Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222.

Humiling ng mabilis na pagsusuri. Kumilos nang mabilis at kontakin ang QIO para humiling ng mabilis na pagsusuri sa iyong paglabas sa ospital.

> Ang legal na termino para sa **"mabilis na pagsusuri"** ay **"kaagad na pagsusuri"** o **"pinabilis na pagsusuri."**

Ano ang mangyayari sa panahon ng mabilis na pagsusuri?

- Tatanungin ka o ang iyong kinatawan ng mga tagasuri sa QIO kung bakit sa tingin mo ay dapat magpatuloy ang pagsaklaw pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas. Hindi mo kailangang magsulat ng pahayag, pero maaari mong gawin.
- Tinitingnan ng mga tagasuri ang iyong medikal na impormasyon, makikipag-usap sa iyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng ospital at ng aming plano.
- Pagsapit ng tanghali ng araw pagkatapos sabihin sa aming plano ng mga tagasuri ang tungkol sa iyong apela, makakatanggap ka ng sulat na may nakaplanong petsa ng paglabas. Ibinibigay din ng sulat ang mga dahilan kung bakit sa tingin ng iyong doktor, ng ospital, at namin na iyon ang tamang petsa ng pag-discharge na medikal na angkop para sa iyo.

> Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay ang **“Detalyadong Abiso ng Pag-discharge.”** Maaari kang makakuha ng halimbawa sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina o sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.) Pwede mo ring tingnan ang isang halimbawa ng abiso sa online sa www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila, ibibigay sa iyo ng QIO ang kanilang sagot sa iyong apela.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa iyong apela:

- Magbibigay kami sa iyo ng iyong saklaw na mga serbisyong pang-inpatient sa ospital hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa iyong apela:

- Naniniwala sila na ang iyong nakaplanong petsa ng paglabas ay medikal na angkop.
- Ang aming pagsaklaw para sa iyong mga serbisyo sa ospital ng inpatient ay magtatapos sa tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng QIO ang kanilang sagot sa iyong apela.
- Maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga ng pangangalaga sa ospital na makukuha mo pagkalipas ng tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa iyo ng QIO ang kanilang sagot sa iyong apela.
- Maaari kang gumawa ng Antas 2 na Apela kung tinanggihan ng QIO ang iyong Antas 1 na Apela **at** mananatili ka sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas.

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin mo sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa iyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa 1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668].

Dapat mong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari mo **lang** hilingin ang pagsusuring ito kung mananatili ka sa ospital pagkatapos ng petsa na natapos ang iyong pagkakasaklaw para sa pangangalaga.

Ang mga tagasuri ng QIO ay:

- Titingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.
- Sasabihin sa iyo ang kanilang desisyon tungkol sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang iyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa iyong apela:

- Dapat ka naming bayaran sa bahagi namin sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital mula tanghali noong araw pagkatapos ng petsang tinanggihan ng QIO ang iyong Antas 1 na Apela.

- Magbibigay kami sa iyo ng iyong saklaw na mga serbisyong pang-inpatient sa ospital hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO 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 gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari ka ring magsampa ng reklamo sa o humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang ipagpatuloy ang iyong pamamalagi sa ospital. Pakitingnan ang **Seksyon F4** para matutuhan kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Independent Medical Review.

Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa mga Apela sa Antas 3. Tingnan ang **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa partikular na mga medikal na serbisyo

Ang seksyong ito ay tungkol lamang sa tatlong uri ng mga serbisyo na maaari mong makuha:

- mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan
- pangangalaga ng sanay na tagapag-alaga sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga, **at**
- pangangalaga ukol sa panunumbalik ng kalusugan bilang isang outpatient sa isang inaprubahan ng Medicare na CORF. Karaniwang nangangahulugan ito na nagpapagamot ka para sa isang sakit o aksidente o nagpapagaling ka mula sa isang malaking operasyon.

Sa alinman sa tatlong uri ng mga serbisyong ito, may karapatan kang makakuha ng mga saklaw na serbisyo hangga't sinabi ng doktor na kailangan mo ang mga ito.

Kapag magpasya kaming ihinto ang pagsaklaw sa alinman sa mga ito, dapat naming sabihin sa iyo **bago** matapos ang iyong mga serbisyo. Kapag natapos ang iyong saklaw para sa serbisyong iyon, ihihinto namin ang pagbabayad dito.

Kung sa tingin mo ay tinatapos namin ang pagsaklaw sa iyong pangangalaga nang mas maaga, **maaari mong iapela ang aming desisyon**. Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung paano humiling ng apela.

I1. Advance na abiso bago matapos ang iyong saklaw

Padadalhan ka namin ng nakasulat na paunawa na matatanggap mo ng hindi bababa sa dalawang araw bago namin ihinto ang pagbabayad para sa iyong pangangalaga. Tinatawag itong "Paunawa ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare." Sinasabi sa iyo ng abiso ang petsa kung kailan namin ihihinto ang pagsaklaw sa pangangalaga sa iyo at kung paano iapela ang aming pasya.

Dapat mong lagdaan o ng iyong kinatawan ang abiso para ipakita na natanggap mo ito. Ang paglagda sa abiso **lamang** ang nagpapakita na natanggap mo ang impormasyon. Ang paglagda **ay hindi** nangangahulugang sumasang-ayon ka sa aming desisyon.

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung sa tingin mo ay tinatapos namin ang pagsaklaw 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.

- **Sundin ang mga takdang petsa.** Mahalaga ang mga takdang petsa. Unawain at sundin ang mga takdang petsa na angkop sa mga bagay na dapat mong gawin. Dapat ding sundin ng aming plano ang mga takdang petsa. Kung sa tingin mo ay hindi namin nasunod ang aming mga takdang petsa, maaari kang maghain ng reklamo. Tingnan ang **Seksyon K** para sa impormasyon tungkol sa mga reklamo.
- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito.** Kung mayroon kang tanong o kailangan ng tulong anumang oras:
    - Tumawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.
    - Tawagan ang HICAP sa 1-800-434-0222.
- **Kontakin ang QIO.**
    - Tingnan ang **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa QIO at kung paano sila kontakin.
    - Hilingin sa kanila na suriin ang iyong apela at magpasya kung babaguhin ang desisyon ng aming plano.

- **Kumilos nang mabilis at humiling ng "pinabilis na apela".** Tanungin ang QIO kung medikal na angkop para sa amin na tapusin ang pagsaklaw ng iyong mga medikal na serbisyo.

Ano ang iyong takdang petsa para sa pagkontak sa organisasyong ito

- Dapat mong kontakin ang QIO para simulan ang iyong apela sa tanghali ng araw bago ang petsa ng bisa sa "Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare" na ipinadala namin sa iyo.
- Kung hindi tinanggap ng Quality Improvement Organization ang iyong kahilingan na ipagpatuloy ang pagsaklaw ng iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o naniniwala ka na ang iyong sitwasyon ay agaran o may kaugnay na agaran at seryosong panganib sa iyong kalusugan o kung ikaw ay dumaranas ng matinding pananakit, maaari kang maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (Department of Managed Health Care, DMHC) at humiling ng isang Independent Medical Review. Pakitingnan ang **Seksyon F4** para matutuhan kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Independent Medical Review.

> Ang legal na termino para sa nakasulat na paunawa ay **"Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare".** Para makakuha ng halimbawa na kopya, tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina o tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. O kumuha ng kopya sa online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Ano ang mangyayari sa panahon ng mabilis na apela

- Tatanungin ka o ang iyong kinatawan ng mga tagasuri sa Quality Improvement Organization kung bakit sa tingin mo ay dapat magpatuloy ang saklaw pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas. Hindi mo kailangang magsulat ng pahayag, pero maaari mong gawin.
- Titingnan ng mga tagasuri ang iyong medikal na impormasyon, makikipag-usap sa iyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.
- Magpapadala rin ang aming plano sa iyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag sa aming mga dahilan sa pagtatapos ng pagsaklaw ng iyong mga serbisyo. Makukuha mo ang paunawa sa pagtatapos ng araw na ipaalam sa amin ng mga tagasuri ang iyong apela.

> Ang legal na termino para sa pagpapaliwanag ng abiso ay **"Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw".**

- Ibinibigay ng mga taga-review ang kanilang desisyon sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa iyong apela:

- Bibigyan namin ka ng iyong mga saklaw na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa iyong apela:

- Ang iyong saklaw ay magtatapos sa petsa na sinabi namin sa iyo.
- Ihihinto namin ang pagbabayad ng aming bahagi ng mga gastos sa pangangalagang ito sa petsang nakalagay sa abiso.
- Ikaw mismo ang magbabayad ng buong halaga ng pangangalagang ito kung magpasya kang ipagpatuloy ang pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, o mga serbisyo ng CORF pagkatapos ng petsa ng pagtatapos ng iyong saklaw.
- Ikaw ang magpapasya kung gusto mong ipagpatuloy ang mga serbisyong ito at gumawa ng Antas 2 na Apela.

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin mo sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa iyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Dapat mong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari mo **lang** hilingin ang pagsusuring ito kung magpapatuloy ka sa pangangalaga pagkatapos ng petsa na natapos ang iyong pagkakasaklaw para sa pangangalaga.

Ang mga tagasuri ng QIO ay:

- Titingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.
- Sasabihin sa iyo ang kanilang desisyon tungkol sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang iyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa iyong apela:

- Ibabalik namin sa iyo ang iyong ibinayad para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga na natanggap mo mula noong petsa ng kung kailan namin sinabi na magtatapos ang iyong saklaw.
- Magbibigay kami ng saklaw para sa pangangalaga hangga't ito ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyon na ihinto ang iyong pangangalaga at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan ka nila ng sulat na nagsasabi sa iyo kung ano ang maaari mong gawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari kang magsampa ng reklamo at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang ipagpatuloy ang pagsaklaw sa iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Pakitingnan ang **Seksyon F4** para matutuhan kung paano humiling sa DMHC ng isang Independent Medical Review. Maaari kang maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bilang karagdagan sa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa mga Apela sa Antas 3. Tingnan ang **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

J. Pagdala sa iyong apela higit 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 pareho tinanggihan ang iyong mga apela, maaaring may karapatan ka sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng serbisyo o item ng Medicare na inapela mo ay hindi nakakatugon sa isang partikular na pinakamaliit na halaga ng dolyar, hindi ka na makakaapela pa. Kung ang halaga ng dolyar ay sapat na mataas, maaari mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela. Ang sulat na matatanggap mo mula sa IRO para sa iyong Antas 2 na Apela ay nagpapaliwanag kung sino ang dapat kontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig sa ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang abogadong tagahatol na nakikipagtulungan sa pederal na gobyerno.

Kung **Oo** ang sagot ng ALJ o tagahatol na abogado sa iyong apela**,** may karapatan kaming umapela ng isang Antas 3 na desisyon na pabor sa iyo.

- Kung magpasya kaming **iapela** ang desisyon, padadalhan namin ka ng kopya ng kahilingan sa Antas 4 na Apela kasama ng anumang mga kasamang dokumento. Maaari naming hintayin ang desisyon sa Antas 4 na Apela bago pahintulutan o ibigay ang serbisyong pinagtatalunan.
- Kung magpasya kaming **huwag iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng ALJ o abogadong tagahatol.
    - Kung **Hindi** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa iyong apela, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kang **tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang iyong apela, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Susuriin ng Medicare Appeals Council (Konseho) ang iyong apela at bibigyan ka ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na gobyerno.

Kung **Oo** ang sagot ng Konseho sa iyong Antas 4 na Apela o tinanggihan ang aming kahilingan na suriin ang isang desisyon sa Antas 3 na Apela na pabor sa iyo, may karapatan kaming umapela sa Antas 5.

- Kung magpasya kaming **iapela** ang desisyon, sasabihin namin ito sa iyo sa isang nakasulat na pamamaraan.
- Kung magpasya kaming **huwag iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Konseho.

Kung **Hindi** ang sagot ng Konseho o tinanggihan ang aming kahilingan sa pagsusuri, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya kang **tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang iyong apela, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo kung maaari kang magpatuloy 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 mga antas ng apela na higit pa sa Korte ng Pederal na Distrito

J2. Mga karagdagang apela sa 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. Ang sulat na matatanggap mo mula sa Dibisyon ng Pagdinig ng Estado ay magsasabi sa iyo kung ano ang gagawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng Pagdinig ng Estado at gusto mong suriin ito ng ibang hukom, maaari kang humiling ng muling pagdinig at/o humiling ng hudisyal na pagsusuri. Para humiling ng muling pagdinig, magpadala ng nakasulat na kahilingan (isang sulat) sa: Ang Rehearing Unit, 744 P Street, MS 19-37, Sacramento, CA 95814 eAng liham na ito ay dapat ipadala sa loob ng 30 araw pagkatapos mong makuha ang iyong desisyon. Ang takdang petsa na ito ay maaaring pahabain ng hanggang 180 araw kung mayroon kang magandang dahilan sa pagkaantala. Sa iyong kahilingan sa muling pagdinig, sabihin ang petsa na nakuha mo ang iyong desisyon at kung bakit dapat pagbigyan ang muling pagdinig. Kung gusto mong magpakita ng karagdagang ebidensya, ilarawan ang karagdagang ebidensya at ipaliwanag kung bakit hindi ito inilabas dati at paano nito mababago ang pasya. Maaari mong kontaking ang mga legal na serbisyo para sa tulong. Para humiling ng pagsusuri ng hukuman, dapat kang maghain ng petisyon sa Superior Court (sa ilalim ng Code of Civil Procedure Seksyon 1094.5) sa loob ng isang taon pagkatapos matanggap ang iyong pasya. Ihain ang iyong petisyon sa Superior Court para sa county na pinangalanan sa iyong pasya. Maaari mong ihain ang petisyong ito nang hindi humihiling ng muling pagdinig. Walang kailangang bayaran sa paghahain. Maaari kang singilin ng mga makatwirang bayad sa abogado at gastos kung maglalabas ang Hukuman ng pinal na pasya na pabor sa iyo. Kung nagsagawa ng muling pagdinig at hindi ka sang-ayon sa pasya mula sa muling pagdinig, maaari kang humiling ng pagsusuri ng hukuman pero hindi ka maaaring humiling ng isa pang muling pagdinig.

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

Ang seksyon na ito ay maaaring tama para sa iyo kung gumawa ka ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela, at ang iyong kapwang mga apela ay tinanggihan.

Kung ang halaga ng gamot na iyong inapela ay nakakatugon sa isang tiyak na halaga ng dolyar, maaari kang magpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela. Ipinapaliwanag ng nakasulat na sagot na matatanggap mo sa iyong Antas 2 na Apela kung sino ang dapat kontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig sa ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang abogadong tagahatol na nakikipagtulungan sa pederal na gobyerno.

Kung **Oo** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa iyong apela**:**

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang saklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung **Hindi** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa iyong apela, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya kang **tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang iyong apela, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Susuriin ng Konseho ang iyong apela at binibigyan ka ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na gobyerno.

Kung **Oo** ang sagot ng Konseho sa iyong apela:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang saklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung **Hindi** ang sagot ng Konseho sa iyong apela o kung tinanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya ka na **tanggapin** ang desisyon na tanggihan ang iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang iyong apela, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo kung maaari kang magpatuloy 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 mga antas ng apela na higit pa sa Korte ng Pederal na Distrito

K. Paano gumawa ng reklamo

K1. Anong uri ng mga problema ang dapat na ireklamo

Ang proseso ng reklamo ay ginagamit lamang para sa ilang uri ng mga problema, tulad ng mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, ang tagal ng paghihintay, pangangasiwa ng pangangalaga, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng mga problemang pinapangasiwaan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng iyong medikal na pangangalaga	• Hindi ka masaya sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng pangangalagang natanggap mo sa ospital.
Paggalang sa iyong privacy	• Sa palagay mo ay hindi iginalang ng isang tao ang iyong karapatan sa pagkapribado o nagbahagi ng kompidensyal na impormasyon tungkol sa iyo.
Kawalang-galang, hindi magandang customer service, o iba pang negatibong pag-uugali	• Binastos ka o hindi iginalang ng isang provider o kawani ng pangangalagang pangkalusugan. • Pinakitunguhan ka ng hindi maganda ng aming mga empleyado. • Ang pakiramdam mo ay pinaaalis ka sa aming plano.
Accessibility at tulong sa wika	• Hindi ka pisikal na makakuha ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan at mapuntahan ang mga pasilidad sa opisina ng isang doktor o provider. • Ang iyong doktor o provider ay hindi nagbibigay ng interpreter para sa hindi wikang hindi Ingles na iyong sinasalita (tulad ng American Sign Language o Kastila). • Ang iyong provider ay hindi nagbibigay sa iyo ng iba pang makatwirang kaluwagan na kailangan mo at hinihiling.
Mga oras ng paghihintay	• Nahihirapan kang makakuha ng appointment o maghintay ng masyadong mahaba para makuha ito. • Pinapahintay ka nang masyadong matagal ng mga doktor, pharmacist, o iba pang propesyonal sa kalusugan, Customer Service, o iba pang mga empleyado ng plano.
Kalinisan	• Sa tingin mo ay hindi malinis ang klinika, ospital o opisina ng doktor.

Reklamo	Halimbawa
Impormasyon na iyong makukuha mula sa amin	• Sa tingin mo ay nabigo kaming bigyan ka ng abiso o liham na dapat ay natanggap mo. • Sa tingin mo ay masyadong mahirap maunawaan ang nakasulat na impormasyong ipinadala namin sa iyo.
Pagiging napapanahon na nauugnay sa mga desisyon sa saklaw o apela	• Sa tingin mo ay hindi namin natutugunan ang aming mga takdang petsa para sa paggawa ng desisyon sa saklaw o pagsagot sa iyong apela. • Sa tingin mo, pagkatapos matanggap ang desisyon sa saklaw o apela na pabor 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 partikular na medikal na serbisyo. • Sa tingin mo ay hindi namin naipadala ang iyong kaso sa IRO sa tamang oras.

May iba't ibang uri ng mga reklamo. Maaari kang maghain ng reklamo sa loob ng aming plano at/o sa isang ahensiya sa labas ng aming plano. Ang reklamo sa loob ng aming plano ay inihahain sa amin at sinusuri ng aming plano. Ang reklamo sa labas ng aming plaon ay inihahain at sinusuri ng isang organisasyong hindi kaanib sa aming plano. Kung kailangan mo ng tulong sa paghahain ng reklamo sa loob at/o labas ng aming plan, maaari kang tumawag sa Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

> Ang legal na termino para sa isang "reklamo" ay isang **"karaingan."**
>
> Ang legal na termino para sa “paggawa ng reklamo” ay **“paghahain ng karaingan.”**

K2. Mga reklamo sa loob ng aming plano

Para maghain ng reklamo sa aming plan, tumwag sa Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Maaari kang magsampa ng reklamo sa anumang panahon maliban na lamang kung ito ay tungkol sa isang Medicare Part D na gamot. Kung ang reklamo ay tungkol sa isang gamot sa Medicare Part D, dapat mo itong gawin **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos mong magkaroon ng problema na gusto mong ireklamo.

- Kung mayroon ka pang kailangang gawin, sasabihin ito sa iyo ng Customer Service.

- Maaari mo ring isulat ang iyong reklamo at ipadala ito sa amin. Kung isinulat mo ang iyong reklamo, tutugon kami sa iyong reklamo sa pamamagitan ng sulat.
- Ganito ang proseso:
  - Hakbang 1: Maghain ng Karaingan
  - Para simulan ang proseso, tumawag sa isang kinatawan ng Customer Service sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos ng kaganapan at hilingin na maghain ng karaingan. Maaari ka ring maghain ng reklamo nang nakasulat sa loob ng 60 araw ng kalendaryo mula sa kaganapan sa pamamagitan ng pagpapadala nito sa:

    Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
    Appeals & Grievances Department
    P.O. Box 927
    Woodland Hills CA 91365-9856

  - Fax: 916-350-6510
  - Kung kontakin kami sa pamamagitan ng fax o koreo, pakitawagan kami para humiling ng Form sa Apela at Karaingan ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Padadalhan ka namin ng sulat na magsasabi sa iyo na natanggap namin ang abiso ng iyong alalahanin sa loob ng 5 araw ng kalendaryo at ibibigay sa iyo ang pangalan ng taong nagtatrabaho nito. Karaniwan namin itong nilulutas sa loob ng 30 araw ng kalendaryo.
  - Kung humihiling ka ng "pinabilis na karaingan" o "mabilis na pasya" o "mabilis na apela", gawin ang iyong apela/karaingan sa pamamagitan ng pagsulat sa address na nakalista sa Hakbang 1 sa itaas o sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para sa "pinabilis na karaingan" o "mabilis na pasya" o "mabilis na apela", dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela/karaingan sa pamamagitan ng pagsulat o sa pamamagitan ng pagtawag sa amin. Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming sagot kung kailangan dahil sa kondisyon ng kalusugan mo. Kung humiling ka ng "pinabilis na karaingan" dahil nagpasya kaming hindi ka bibigyan ng "mabilis na pasya" o "mabilis na apela", ipapasa namin ang kahilingan mo sa isang medikal na direktor na walang kinalaman sa aming orihinal na pasya. Maaari naming itanong kung mayroon kang karagdagang impormasyon na hindi available sa oras na humiling ka ng "mabilis na paunang pasya" o "mabilis na apela." Susuriin ng medikal na direktor ng ang kahilingan mo at magpapasya kung angkop ang aming orihinal na pasya. Padadalhan ka namin ng sulat kasama ang aming pasya sa loob ng 24 oras ng iyong paghiling ng isang "pinabilis na karaingan." Dapat naming tugunan ang iyong hinaing sa lalong madaling panahon na

kinakailangan ng iyong kaso batay sa iyong katayuan sa kalusugan, ngunit hindi lalampas sa 30 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang iyong reklamo.

- **Hakbang 2: Pagdinig ng Karaingan**
    - Kung hindi ka nasisiyahan sa paglutas ng iyong karaingan na may kaugnayan sa isang isyu sa kalidad ng pangangalaga, maaari kang gumawa ng nakasulat na kahilingan sa Blue Shield Medicare Appeals & Grievances Department para sa isang pagdinig sa karaingan. Sa loob ng 31 araw ng kalendaryo ng iyong nakasulat na kahilingan, bubuo kami ng panel para dinggin ang iyong kaso. Iimbitahan kang dumalo sa pagdinig, na kinabibilangan ng isang walang kinalamang doktor at isang kinatawan mula sa Appeals and Grievance Resolution Department. Maaari kang dumalo nang personal o sa pamamagitan ng teleconference. Pagkatapos ng pagdinig, padadalhan ka namin ng sulat ng huling resolusyon. Kung hindi ka nasisiyahan sa resolusyon ng iyong hinaing na hindi kasama ang kalidad ng pangangalaga, tulad ng mga oras ng paghihintay, kawalang-galang, serbisyo sa customer o kalinisan, maaari mong kontakin ang Customer Service Department ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan para humiling ng karagdagang pagsusuri.

> **Ang legal na termino** para sa “mabilis na reklamo” ay **“pinabilis na karaingan.”**

Kung maaari, sasagutin ka namin kaagad. Kung tumawag ka sa amin para sa isang reklamo, maaaring mabigyan ka namin ng sagot sa parehong tawag sa telepono. Kung kailangan naming mabilis na sumagot dahil sa iyong kondisyon sa kalusugan, gagawin namin iyon.

- Sinasagot namin ang karamihan sa mga reklamo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo. Kung hindi kami gagawa ng desisyon sa loob ng 30 araw ng kalendaryo dahil kailangan namin ng higit pang impormasyon, aabisuhan ka namin sa pamamagitan ng sulat. Magbibigay din kami ng update sa katayuan at ng tinatantiyang oras bago mo makuha ang sagot.
- Kung gumawa ka ng reklamo dahil tinanggihan namin ang kahilingan mo para sa isang "mabilis na desisyon sa saklaw" o isang "mabilis na apela," awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng "mabilis na reklamo" at tumugon sa iyong reklamo sa loob ng 24 oras.
- Kung gumawa ka ng reklamo dahil naglaan kami ng dagdag na oras para gumawa ng pasya sa pagsaklaw o apela, awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng "mabilis na reklamo" at tutugon sa iyong reklamo sa loob ng 24 oras.

Kung hindi kami sumasang-ayon sa ilang bahagi o sa lahat ng iyong reklamo, sasabihin namin sa iyo ito at ibibigay ang aming mga dahilan. Tutugon kami kung sumasang-ayon kami sa reklamo o hindi.

K3. Mga reklamo sa labas ng aming plano

Medicare

Maaari mong sabihin sa Medicare ang tungkol sa iyong reklamo o ipadala ito sa Medicare. Available ang Form ng Reklamo ng Medicare sa: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hindi mo kailangang maghain ng reklamo sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan bago ka maghain ng reklamo sa Medicare.

Sineseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito para makatulong sa pagpapahusay sa kalidad ng programa ng Medicare.

Kung mayroon kang anumang iba pang pagpuna o alalahanin, o kung pakiramdam mo ay hindi tinutugunan ng planong pangkalusugan ang iyong problema, maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Medi-Cal

Maaari kang maghain ng reklamo sa Ombudsman ng Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care Ombudsman) ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Health Care Services, DHCS) sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-452-8609. Maaaring tumawag sa 711 ang mga TTY user. Tumawag Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8 a.m. at 5 p.m.

Maaari kang maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC). Ang DMHC ay responsable sa pagkontrol sa mga planong pangkalusugan. Maaari kang tumawag sa DMHC Help Center para sa tulong sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Para sa mga hindi agarang bagay, maaari kang maghain ng reklamo sa DMHC kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon sa iyong Antas 1 na apela o kung hindi nalutas ng plano ang iyong reklamo pagkatapos ng 30 araw ng kalendaryo. Gayunpaman, maaari mong kontakin ang DMHC nang hindi naghahain ng Antas 1 na apela kung kailangan mo ng tulong sa isang reklamong may kinalaman sa isang agarang isyu o isang isyu na may kinalaman sa direkta at malubhang panganib sa iyong kalusugan, kung dumaranas ka ng matinding pananakit, kung hindi ka sumasang-ayon sa pagpapasya ng aming plano tungkol sa iyong reklamo, o kung hindi nalutas ng aming plano ang iyong reklamo pagkatapos ng 30 araw ng kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan para humingi ng tulong sa Help Center:

- Tumawag sa 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na hindi nakakarinig, mahina ang pandinig, o may problema sa pagsasalita ang toll-free na TTY na numero, 1-877-688-9891. Libre ang tawag.
- Bisitahin ang website ng Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care) sa (www.dmhc.ca.gov).

Opisina para sa Karapatang Sibil (Office for Civil Rights o OCR)

Maaari kang maghain ng reklamo sa OCR ng Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao (Department of Health and Human Services, HHS) kung sa palagay mo ay hindi patas ang pagtrato sa iyo. Halimbawa, maaari kang magreklamo tungkol sa access ng may kapansanan o tulong sa wika. Ang numero ng telepono para ng OCR ay 1-800-368-1019. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697. Maaari mong bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa iba pang impormasyon.

Maaari mo ring kontakin ang lokal na opisina ng OCR sa:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Customer Response Center: 1-800-368-1019
Fax: 202-619-3818
TTY: 1-800-537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Maaari ka ring magkaroon ng mga karapatan sa ilalim ng Americans with Disability Act (ADA) at sa ilalim ng Amendments Act of 2008 (P.L. 110-325). Maaari mong kontakin ang Medi-Cal Ombuds Program para sa tulong. Ang numero ng telepono ay 1-888-452-8609.

QIO

Kapag ang iyong reklamo ay tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mayroon kang dalawang pagpipilian:

- Maaari kang magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga nang direkta sa QIO.
- Maaari kang magreklamo sa QIO at sa aming plano. Kung gumawa ka ng reklamo sa QIO, nakikipagtulungan kami sa kanila para lutasin ang iyong reklamo.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na gobyerno para suriin at pagbutihin ang pangangalaga na ibinibigay sa mga pasyente ng Medicare. Para matuto pa tungkol sa QIO, tingnan ang **Seksyon H2** o tingnan ang **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sa California, ang QIO ay tinatawag na Commence Health. Ang numero ng telepono para sa Commence Health ay 1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668].

Kabanata 10: Pagtapos sa iyong pagiging miyembro sa aming plano

Introduksyon

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano mo maaaring tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano at ang iyong mga opsyon sa saklaw sa kalusugan pagkatapos mong umalis sa aming plano. Kung umalis ka sa aming plano, mananatili ka pa rin sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't ikaw ay karapat-dapat. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Kailan mo maaaring tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano 328

B. Paano tapusin ang membership sa aming plano 329

C. Paano makakuha ng Medicare at Medi-Cal na mga serbisyo nang magkahiwalay 330

C1. Ang mga serbisyo ng Medicare para sa iyo..... 330

C2. Ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal 335

D. Ang iyong mga medikal na item, serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang iyong membership sa aming plano 335

E. Iba pang mga sitwasyon sa pagtapos ng iyong pagiging miyembro sa aming plano..... 335

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa iyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilang may kaugnayan sa kalusugan 338

G. Ang iyong karapatang maghain ng reklamo kung tinapos namin ang iyong membership sa aming plano 338

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtapos ng membership mo sa plano..... 338

A. Kailan mo maaaring tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano

Maaaring ihinto ng karamihan sa mga indibidwal na may Medicare ang kanilang pagiging miyembro sa mga itinakdang panahon ng taon. Dahil mayroon kang Medi-Cal, mayroon kang pagpipilian para tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano anumang buwan ng taon.

Bukod dito, maaari mong tapusin ang iyong pagiging aming miyembro sa aming plano sa mga sumusunod na panahon bawat taon:

- Ang **Panahon ng Bukas na Enrollment,** na tumatagal mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipili ka ng bagong plano sa panahong ito, ang iyong membership sa aming plano ay magtatapos sa Disyembre 31 at ang iyong membership sa bagong plano ay magsisimula sa Enero 1.
- Ang **Panahon ng Bukas na Enrollment ng Medicare Advantage (MA)**, na tumatagal mula Enero 1 hanggang Marso 31 at para din sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na naka-enroll sa isang plano, mula sa buwan ng pagbibigay ng pribilehiyo sa Part A at Part B hanggang sa huling araw ng ika-3 buwan ng pagkakaroon ng pribilehiyo. Kung pipili ka ng bagong plano sa panahong ito, ang iyong membership sa bagong plano ay magsisimula sa unang araw ng susunod na buwan.

Maaaring may ibang mga sitwasyon kung saan ikaw ay karapat-dapat na gumawa ng pagbabago sa iyong enrollment. Halimbawa, kapag:

- umalis ka sa aming lugar ng serbisyo,
- ang iyong pagiging karapat-dapat para sa Medi-Cal o Karagdagang Tulong ay nagbago, **o**
- kapag lumipat ka kamakailan lang sa, kasalukuyang tumatanggap ng pangangalaga sa, o kaaalis pa lang sa nursing facility o sa isang pangmatagalang ospital ng pangangalaga.

Matatapos ang pagiging miyembro mo sa huling araw ng buwan kung kailan nakuha namin ang kahilingan mong umalis sa aming plano. Halimbawa, kung makuha namin ang kahilingan mo sa Enero 18, ang iyong saklaw sa aming plano ay magtatapos sa Enero 31. Kung magpapatala ka sa ibang plano, magsisimula ang iyong bagong saklaw sa unang araw ng susunod na buwan (Pebrero 1, sa halimbawang ito).

Kung aalis ka sa aming plano, makakakuha ka ng impormasyon tungkol sa iyong:

- Mga opsyon sa Medicare sa record sa **Seksyon C1.**
- Mga opsyon at serbisyo sa Medi-Cal sa **Seksyon C2.**

Makakakuha ka ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano mo maaaring tapusin ang iyong pagiging miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa:

- Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina na ito. Ang numero para sa mga TTY user ay nakalista din.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Tumawag sa Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP. Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 6 p.m. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077.
- Ombudsman ng Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal sa 1-888-452-8609, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. o magpadala ng email sa MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

TANDAAN: Kung nasa isang programa ka sa pamamahala ng gamot (drug management program o DMP), maaaring hindi mo mabago ang mga plano. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa mga programa sa pamamahala ng gamot.

B. Paano tapusin ang membership sa aming plano

Kung magpasya kang tapusin ang pagiging miyembro mo, maaari mo itong gawin sa pamamagitan ng pag-enroll sa ibang Medicare na plano o lumipat sa Original Medicare. Gayunpaman, kung nais mong lumipat mula sa aming plano patungo sa Original Medicare ngunit hindi ka pumili ng kahiwalay na plano sa gamot ng Medicare, kailangan mong hilingin na ma-disenroll mula sa aming plano. Mayroong dalawang paraan na maaari mong hilingin na umalis sa pagkakatala:

- Maaari kang humiling sa amin sa pamamagitan ng sulat. Kontakin ang Customer Service sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung kailangan mo ng karagdagang impormasyon kung paano ito gagawin.

- Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user (mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita) ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kapag tumawag ka sa 1-800-MEDICARE, maaari ka ring magpatala sa isa pang planong pangkalusugan o gamot ng Medicare. Nasa chart sa pahina 295 ang karagdagang impormasyon sa pagtanggap ng mga serbisyo ng Medicare kapag umalis ka sa aming plano.
- Tumawag sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 6 p.m. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077.
- Kasama sa **Seksyon C** sa ibaba ang mga hakbang na maaari mong gawin para makapag-enroll sa ibang plano, na siyang magtatapos din sa iyong membership sa aming plano.

C. Paano makakuha ng Medicare at Medi-Cal na mga serbisyo nang magkahiwalay

Mayroon kang mga pagpipilian tungkol sa pagkuha ng iyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal kung pipiliin mong umalis sa aming plano.

C1. Ang mga serbisyo ng Medicare para sa iyo

Mayroon kang tatlong opsyon na nakalista sa ibaba para sa pagkuha ng iyong mga serbisyong Medicare anumang buwan ng taon. Mayroon kang karagdagang opsyon na nakalista sa ibaba sa mga partikular na panahon ng taon kabilang ang **Panahon ng Bukas na Enrollment** at ang **Panahon ng Bukas na Enrollment ng Medicare Advantage** o iba pang mga sitwasyon na inilarawan sa **Seksyon A**. Sa pagpili ng isa sa mga opsyong ito, kusa mong inihihinto ang iyong membership sa aming plano.

1. Maaari kang lumipat sa: **Ang Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) ay isang uri ng Medicare Advantage plan. Ito ay para sa mga taong may kapwa Medicare at Medi-Cal, at ipinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa isang plano. Kino-coordinate ng mga Medi-Medi Plan ang lahat ng mga benepisyo at serbisyo sa parehong programa, kabilang ang lahat ng mga saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal o isang Programa ng Pangangalaga na Lahat ay Kasama para sa mga Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) na plano, kung ikaw ay kwalipikado.** **Tandaan**: Ang terminong Medi-Medi Plan ay ang pangalan ng pinagsamang mga dual eligible special needs plan (D-SNPs) sa California.	**Narito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong tungkol sa Programa ng Pangangalaga na Lahat ay Kasama para sa mga Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan ng California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Mag-enroll sa isang bagong Medi-Medi Plan. Kusa kang aalisin mula sa aming Medicare na plano oras na magsimula na ang saklaw ng iyong bagong plano. Magbabago ang iyong Medi-Cal na plano para tumugma sa iyong Medi-Medi Plan.

2. Maaari kang lumipat sa: **Original Medicare na may kahiwalay na plano ng gamot ng Medicare, at Medi-Cal Plan.**	**Narito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan ng California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Mag-enroll sa isang bagong plano ng gamot ng Medicare. Kusa kang aalisin sa aming plano kapag nagsimula na ang saklaw ng iyong Original Medicare. Mananatili kang naka-enroll sa iyong Medi-Cal Plan maliban na lamang kung pipili ka ng ibang plano.

3. Maaari kang lumipat sa: **Original Medicare na walang kahiwalay na plano ng gamot ng Medicare kung mayroon kang balidong dahilan para umalis sa pagkakatala (disenrollment)** **TANDAAN:** Kung lumipat ka sa Original Medicare at hindi nag-enroll sa isang hiwalay na plano ng gamot ng Medicare, maaari kang i-enroll ng Medicare sa isang plano ng gamot, maliban kung sasabihin mo sa Medicare na ayaw mong sumali. Dapat mo lang tanggihan ang saklaw ng gamot kung mayroon kang saklaw ng gamot mula sa ibang pinagmumulan, tulad ng tagapag-empleyo o unyon. Kung mayroon kang mga tanong kung kailangan mo ng saklaw sa gamot, tawagan ang Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan ng California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Narito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan ng California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. Kusa kang aalisin sa aming plano kapag nagsimula na ang saklaw ng iyong Original Medicare. Mananatili kang naka-enroll sa iyong Medi-Cal Plan maliban na lamang kung pipili ka ng ibang plano.

4. Maaari kang lumipat sa: **Anumang planong pangkalusugan ng Medicare** sa mga partikular na panahon ng taon kabilang ang **Panahon ng Bukas na Enrollment** at ang **Panahon ng Bukas na Enrollment ng Medicare Advantage** o iba pang mga sitwasyong inilarawan sa Seksyon A.	**Narito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong tungkol sa Programa ng Pangangalaga na Lahat ay Kasama para sa mga Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan ng California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Mag-enroll sa isang bagong Medicare na plano. Kusa kang aalisin mula sa aming Medicare na plano oras na magsimula na ang saklaw ng iyong bagong plano. Ang iyong Medi-Cal na plano ay maaaring magbago.

C2. Ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano makukuha ang mga serbisyo ng Medi-Cal pagkatapos mong umalis sa aming plano, kontakin ang Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 6 p.m. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077. O bisitahin ang www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Itanong kung paano makakaapekto ang pagsali sa ibang plano o ang pagbalik sa Original Medicare sa kung paano mo makukuha ang iyong saklaw ng Medi-Cal.

D. Ang iyong mga medikal na item, serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang iyong membership sa aming plano

Kung umalis ka sa aming plano, maaaring magtagal bago matapos ang iyong pagiging miyembro at magsimula ang iyong bagong saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Sa panahong ito, patuloy mong kukunin ang iyong mga gamot at pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magsimula ang iyong bagong plano.

- Gamitin ang aming mga provider na nasa network para makatanggap ng medikal na pangangalaga.
- Gamitin ang mga parmasyang nasa network namin kabilang ang serbisyo ng parmasyang naghahtid sa bahay para kunin ang iyong mga inireresetang gamot.
- Kung na-ospital ka sa araw na magtatapos ang membership mo sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, sasaklawin ng aming plano ang iyong pananatili sa ospital hanggang sa ma-discharge ka. Mangyayari ito kahit na magsimula ang iyong bagong saklaw sa kalusugan bago ka ma-discharge.

E. Iba pang mga sitwasyon sa pagtapos ng iyong pagiging miyembro sa aming plano

Ito ang mga kaso na kung saan kailangan naming tapusin ang iyong membership sa aming plano:

- Kung mayroong paghinto sa iyong saklaw sa Medicare Part A at Medicare Part B.
- Kung hindi na ka na kwalipikado para sa Medi-Cal. Ang aming plano ay para sa mga taong kwalipikado para sa parehong Medicare at Medi-Cal. Tandaan: kung hindi ka na kuwalipikado para sa Medi-Cal maaari kang pansamantalang magpatuloy sa aming plano na may mga benepisyo ng Medicare, pakitingnan ang impormasyon sa ibaba tungkol sa panahon ng pagtukoy (deeming period).

- Ang mga benepisyaryo ng Medicare na nagpa-enroll sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ay dapat maging kwalipikado 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 tungkol sa pagkawala ng katayuan ng Medi-Cal (Medicaid) at patuloy naming sasaklawin ang iyong mga benepisyo sa Medicare hanggang sa magawa mong muling maging kwalipikado para sa Medi-Cal (Medicaid) sa loob ng susunod na 6 buwan pagkatapos ng abiso ng pagkawala ng katayuan ng mga espesyal na pangangailangan. Maaari kang makakita ng pagtaas ng mga gastusing mula sa sariling bulsa (coinsurance, copay, premium, o deductible) sa loob ng 6 buwan na ikaw ay nasa plan pa rin pero walang saklaw ng Medi-Cal.
- Pinapalawak namin ang pagkakataong lumipat sa isa sa aming mga non-HMO D-SNP na plano. Ang non-HMO D-SNP plano ay inaalok sa mga benepisyaryo na may karapatan sa Medicare Part A at Medicare Part B, pero walang mga benepisyo ng Medi-Cal (Medicaid). Pinapayagan ng Medicare ang Espesyal na Panahon ng Pagpapatala (Special Enrollment Period o SEP) para sa mga benepisyaryo ng Medicare na hindi na karapat-dapat para sa Medi-Cal (Medicaid).
- Kung hindi ka muling naging kwalipikado para sa Medi-Cal (Medicaid) o tinanggap ang pagkakataong lumipat sa isang non-HMO D-SNP na plano sa loob ng 6 buwan pagkatapos ng abiso ng pagkawala ng status ng mga espesyal na pangangailangan, hindi ka kusang aalisin sa pagka-enroll sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

- Kung umalis ka sa aming lugar ng serbisyo.
- Kung wala ka sa aming lugar ng serbisyo sa loob ng mahigit sa anim na buwan.
    - Kung lumipat ka o bumiyahe nang matagal, tumawag sa Customer Service para malaman kung nasa lugar ng serbisyo ng aming plano ang lugar kung saan ka lilipat o bibiyahe.
- Kung nakulong ka para sa isang kriminal na pagkakasala.
- Kung nagsinungaling ka o hindi ibinigay ang impormasyon tungkol sa ibang insurance na mayroon ka para sa mga gamot.
- Kung hindi ka isang mamamayan ng Estados Unidos, o isang karapat-dapat na hindi mamamayan.
    - Dapat isa kang mamamayan ng Estados Unidos, o isang karapat-dapat na hindi mamamayan para maging isang miyembro ng aming plano.

- Inaabisuhan kami ng Mga Sentro para sa Serbisyo ng (Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS) kung hindi ka kwalipikado na manatiling miyembro sa batayang ito.
- Dapat namin kang alisin sa pagkakatala kung hindi mo matugunan ang kailangang ito.

Kung mawala ang iyong pagiging karapat-dapat para sa Medi-Cal ngunit inaasahang maibabalik ito sa loob ng 6 buwan, patuloy naming ibibigay ang lahat ng mga benepisyo ng Medicare na sinasaklaw ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Kapag natapos na ang iyong saklaw sa Medi-Cal, hindi namin babayaran ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal. Nangangahulugan din ito na mas malaki ang iyong mga gastusing mula sa sariling bulsa tulad ng mga copay, premium, at nababawas (deductible) sa mga buwang nawala ang iyong saklaw sa Medi-Cal. Para matuto pa at humingi ng tulong sa pag-renew sa pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal, kontakin ang Team ng Retention ng Blue Shield Duals sa (844) 378-4181 (TTY: 711), 8 a.m hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes.

Tutulungan ka naming mabawi ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal at mga benepisyo sa Medi-Cal. Kung naibalik ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal habang ikaw ay naka-enroll pa rin sa amin para sa iyong saklaw sa Medicare, ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa iyong mga benepisyo sa Medi-Cal at magpapatuloy ang iyong enrollment sa amin. Kung hindi mo mabawi ang Medi-Cal sa loob ng 6 buwan, aalisin ka namin sa pagkakatala sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. Kung mabawi mo ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal pagkatapos na maalis sa pagkakatala, kailangan mo kaming kontakin para muling mag-enroll sa plano.

Maaari lang naming paalisin ka sa aming plano sa mga sumusunod na dahilan kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare at Medi-Cal:

- Kung sinasadya mong bigyan kami ng maling impormasyon habang naka-enroll ka sa aming plano at naapektuhan ng impormasyong iyon ang iyong pagiging karapat-dapat sa aming plano.
- Kung patuloy kang kumikilos sa paraang nakakaabala at ginagawang mahirap para sa amin na makapagbigay ng medikal na pangangalaga para sa iyo at sa iba pang mga miyembro ng aming plano.
- Kung hahayaan mong gamitin ng ibang tao ang iyong ID Card ng Miyembro para makakuha ng medikal na pangangalaga. (Maaaring hilingin ng Medicare sa Inspector General na imbestigahan ang iyong kaso kung tatapusin namin ang iyong membership dahil dito.)

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa iyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilang may kaugnayan sa kalusugan

Hindi kami maaaring humiling sa iyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilan na may kaugnayan sa iyong kalusugan. Kung sa tingin mo ay hinihiling namin sa iyo na umalis sa aming plano para sa kadahilanang nauugnay sa kalusugan, **tawagan ang Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

G. Ang iyong karapatang maghain ng reklamo kung tinapos namin ang iyong membership sa aming plano

Kung tinapos namin ang membership mo sa aming plano, dapat naming sabihin sa iyo ang aming mga dahilan sa sulat para sa pagtapos sa iyong membership. Dapat din naming ipaliwanag kung paano ka makakapaghain ng karaingan o gumawa ng reklamo tungkol sa aming pasya na tapusin ang membership mo. Maaari mo din tingnan sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa kung paano gumawa ng reklamo.

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtapos ng membership mo sa plano

Kung mayroon kang tanong o gusto ng higit pang impormasyon sa pagtapos ng iyong membership, maaari kang tumawag sa Customer Service sa numero sa ibaba ng pahinang ito.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Introduksyon

Kasama sa kabanatang ito ang mga legal na abiso na angkop sa iyong pagiging miyembro sa aming plano. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Abiso tungkol sa mga batas 340

B. Pederal na abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina 340

C. Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina para sa Medi-Cal 341

D. Abiso tungkol sa Medicare bilang ang pangalawang tagabayad at ang Medi-Cal bilang ang pinakahuling tagabayad 343

E. Abiso tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal sa ari-arian 343

F. Pangangasiwa ng Handbook ng Miyembro 343

G. Kooperasyon ng miyembro 344

H. Pagtatalaga 344

I. Pananagutan ng employer 344

J. Pananagutan ng ahensya ng gobyerno 344

K. Departamento ng Veterans Affairs ng U.S. 344

L. Pagbawi ng sobrang ibinayad 344

M. Kapag ang isang third party ang dahilan ng iyong mga pinsala 345

N. Abiso tungkol sa Pakikilahok sa Pakikipagpalitan ng Impormasyong Pangkalusugan 346

O. Pag-uulat ng Pandaraya, Pag-aaksaya at Pang-aabuso 347

A. Abiso tungkol sa mga batas

Maraming batas ang nalalapat sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Maaaring makaapekto ang mga batas na ito sa iyong mga karapatan at responsibilidad kahit na ang mga batas ay hindi kasama o ipinaliwanag sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Ang mga pangunahing batas na nalalapat ay mga batas pederal at estado tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Maaari ding malapat ang iba pang mga batas pederal at batas ng estado.

B. Pederal na abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina

Hindi kami nandidiskrimina batay sa lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa isip o pisikal na kapansanan, kalagayan ng kalusugan, karanasan sa pag-claim, medikal na kasaysayan, genetic na impormasyon, ebidensya ng kakayahan na mapa-insure, o heyograpikong lokasyon sa loob ng lugar ng serbisyo. Lahat ng organisasyong nagbibigay ng mga Medicare Advantage plan, tulad ng aming plano, ay dapat na sumunod sa mga pederal na batas laban sa diskriminasyon, kabilang ang Title VI ng Civil Rights Act ng 1964, ang Rehabilitation Act of 1973, ang Age Diskrimination Act of 1975, ang Americans with Disabilities Act, Seksyon 1557 ng Affordable Care Act, lahat ng iba pang batas na nalalapat sa mga organisasyon na tumatanggap ng pederal na pondo, at anumang iba pang batas at panuntunan na nalalapat para sa anumang iba pang dahilan.

Kung gusto mo ng higit pang impormasyon o kung mayroon kang mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato:

- Tumawag sa Departamento ng Kalusugan at Serbisyong Pantao, Opisina para sa Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Maaaring tumawag ang mga user ng TTY sa 1-800-537-7697. Maaari mo ding bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa iba pang impormasyon.
- Tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan, Department of Health Care Services, Opisina para sa Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Maaaring tumawag ang mga user ng TTY sa 711 (Telecommunications Relay Service). Kung naniniwala kang nakaranas ka ng pagtatangi at nais mong maghain ng karaingan sa diskriminasyon, kontakin ang:

- Magpadala ng email sa: CivilRights@dhcs.ca.gov
- Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng sulat sa:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

- Available ang mga form para sa reklamo sa: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

  - Kung ang iyong karaingan ay tungkol sa diskriminasyon sa programang Medi-Cal, maaari ka ring maghain ng reklamo sa Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, sa pamamagitan ng tawag, pagsulat, o sa elektronikong paraan:

  - Gamit ang telepono: Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, pakitawagan ang 711 (Telecommunications Relay Service).

  - Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng sulat sa:

    Deputy Director, Office of Civil Rights
    Department of Health Care Services
    Office of Civil Rights
    P.O. Box 997413, MS 0009
    Sacramento, CA 95899-7413

- Ang mga form sa pagrereklamo ay available sa www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov

  - Kung mayroon kang kapansanan at kailangan mo ng tulong sa pag-access sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o isang provider, tawagan ang Customer Service. Kung mayroon kang reklamo, gaya ng problema sa access sa wheelchair, makakatulong ang Customer Service.

C. Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina para sa Medi-Cal

Hindi ka namin ididiskrimina o tinatrato nang iba dahil sa iyong lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa pag-iisip o pisikal na kapansanan,kalagayan ng Kalusugan, karanasan sa pag-claim, medikal na kasaysayan, genetic na impormasyon, ebidensya ng kakayahan na mapa-insure, o heyograpikong lokasyon sa loob ng lugar ng serbisyo. Bilang karagdagan pa, hindi kami nandidiskrimina nang labag sa batas, nagbubukod ng mga tao, o kakaiba ang pagtrato sa kanila dahil sa kanilang ninuno, kinikilalang grupong-etniko, kinikilalang kasarian, katayuan sa pag-aasawa, o medikal na kondisyon.

Kung gusto mo ng higit pang impormasyon o kung mayroon kang mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato:

- Tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan, Department of Health Care Services, Opisina para sa Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Maaaring tumawag ang mga user ng TTY sa 711 (Telecommunications Relay Service). Kung naniniwala kang nadiskrimina ka at nais mong maghain ng karaingan sa diskriminasyon, kontakin ang:
- Magpadala ng email sa: CivilRights@dhcs.ca.gov
- Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng sulat sa:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

- Available ang mga form para sa reklamo sa: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Kung ang iyong karaingan ay tungkol sa diskriminasyon sa programang Medi-Cal, maaari ka ring maghain ng reklamo sa Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, sa pamamagitan ng tawag, pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- Gamit ang telepono: Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, pakitawagan ang 711 (Telecommunications Relay Service).
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng sulat sa:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Ang mga form sa pagrereklamo ay available sa www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Sa electronic na paraan: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

Kung mayroon kang kapansanan at kailangan mo ng tulong sa pag-access sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o isang provider, tawagan ang Customer Service. Kung mayroon kang reklamo, gaya ng problema sa access sa wheelchair, makakatulong ang Customer Service.

D. Abiso tungkol sa Medicare bilang ang pangalawang tagabayad at ang Medi-Cal bilang ang pinakahuling tagabayad

Minsan kailangang bayaran muna ng ibang tao ang mga serbisyong ibinibigay namin sa iyo. Halimbawa, kung naaksidente ka sa sasakyan o kung nasugatan ka sa trabaho, kailangang magbayad muna ang insurance o Workers Compensation.

May karapatan at pananagutan kaming mangolekta para sa mga sinasaklaw na mga 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 pangangalagang pangkalusugan sa mga miyembro. Ginagawa namin ang lahat ng makatwirang hakbang para matiyak na ang Medi-Cal ang pinakahuling tagabayad.

Dapat na gamitin ng mga miyembro ng Medi-Cal ang lahat ng iba pang saklaw sa kalusugan (other health coverage, OHC) bago ang Medi-Cal kapag maaaring makuha ang kaparehong serbisyo sa ilalim ng iyong saklaw sa kalusugan dahil ang Medi-Cal ang itinuturing na pinakahuling tagabayad. Nangangahulugan ito na sa karamihan ng mga kaso, ang Medi-Cal ang pangalawang tagabayad sa Medicare OHC, na sumasaklaw sa mga pinapayagang gastos na hindi binabayaran ng aming plano o ng iba pang OHC hanggang sa rate ng Medi-Cal.

E. Abiso tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal sa ari-arian

Ang programa ng Medi-Cal ay dapat humingi ng bayad mula sa mga probated estate ng ilang mga namatay na miyembro para sa mga benepisyo ng Medi-Cal na natanggap sa o pagkatapos ng kanilang ika-55 na kaarawan. Kasama sa pagbabayad ang Fee-for-Service at mga premium/capitation payment sa pinapamahalaang pangangalaga para sa mga serbisyo sa nursing facility, mga serbisyong ibinibigay sa bahay at komunidad, at mga kaugnay na serbisyo sa ospital at inireresetang gamot na natanggap habang ang miyembro ay inpatient sa isang nursing facility o tumatanggap ng mga serbisyo sa bahay at komunidad. Ang pagbabayad ay hindi maaaring lumampas sa halaga ng naka-probate na estado ng isang miyembro.

Para matuto pa, pumunta sa website ng pagbawi ng ari-arian ng Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services) sa www.dhcs.ca.gov/er o tumawag sa 916-650-0590.

F. Pangangasiwa ng Handbook ng Miyembro

Maaari kaming magpatibay ng mga makatuwirang patakaran, pamamaraan, at interpretasyon para isulong ang maayos at mahusay na pangangasiwa ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

G. Kooperasyon ng miyembro

Dapat mong kumpletuhin ang anumang mga aplikasyon, form, mga pahayag, release, pahintulot, lien form at iba pang dokumento na hinihiling namin sa mga normal na proseso o tulad ng tinukoy sa *Handbook ng Miyembro* na ito.

H. Pagtatalaga

Hindi mo maaaring italaga ang *Handbook ng Miyembro* na ito o ang alinman sa mga karapatan, interes, claim para sa bayarin, mga benepisyo, o obligasyon na nakasaad dito nang walang nakasulat na paunang pahintulot mula sa amin.

I. Pananagutan ng employer

Para sa anumang mga serbisyo na hinihiling ng batas na ibigay ng isang employer, hindi namin babayaran ang employer, at kapag sinasaklaw namin ang anumang ganoong mga serbisyo maaari naming bawiin ang halaga ng mga serbisyo mula sa employer.

J. Pananagutan ng ahensya ng gobyerno

Para sa anumang mga serbisyo na hinihiling ng batas na ibigay lamang ng o matanggap lamang mula sa isang ahensya ng gobyerno, hindi namin babayaran ang ahensya ng gobyerno, at kapag sinasaklaw namin ang anumang naturang mga serbisyo maaari naming bawiin ang halaga ng mga serbisyo mula sa ahensya ng gobyerno.

K. Departamento ng Veterans Affairs ng U.S.

Para sa anumang mga serbisyo para sa mga kondisyon na hinihiling ng batas na ibigay ng Departmento ng Veterans Affairs, hindi namin babayaran ang Departamento ng Veterans Affairs, at kapag sinasaklaw namin ang anumang naturang mga serbisyo maaari naming bawiin ang halaga ng mga serbisyo mula sa Departmento ng Veterans Affairs.

L. Pagbawi ng sobrang ibinayad

Maaari naming bawiin ang anumang sobrang ibinayad na ginawa namin para sa mga serbisyo mula sa sinumang tumatanggap ng gayong sobrang bayad o mula sa sinumang tao o organisasyong obligadong magbayad para sa mga serbisyo.

M. Kapag ang isang third party ang dahilan ng iyong mga pinsala

Kung nasugatan ka o nagkasakit dahil sa ginawa o pagkukulang ng ibang tao (“ikatlong partido”), ang Blue Shield, ayon sa Mga Serbisyong kailangan bilang resulta ng pinsala, ay magbibigay ng Mga Benepisyo ng Plano at magkakaroon ng pantay na karapatan sa pagsasauli, pag-reimburse o iba pang available na solusyon 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 mo o sa ngalan mo, mula sa o sa ngalan ng third party na responsable para sa pinsala o karamdaman o mula sa di-naka-insure/kulang na insurance na saklaw para sa motorista.

Ang karapatang ito sa pagsasauli, reimbursement o iba pang available na solusyon ay laban sa anumang pagpapagaling na natanggap mo bilang resulta ng pinsala o karamdaman, kabilang ang anumang halagang iginawad sa o natanggap sa pamamagitan ng paghatol ng hukuman, iginawad sa arbitrasyon, kasunduan o anumang iba pang kaayusan, mula sa alinmang third party o third party insurer, o mula sa walang insurance o hindi na insured na saklaw ng motorista, na may kaugnayan sa sakit o pinsala (ang "Pagpapagaling"), nang hindi isinasaalang-alang kung ikaw ay "lubos na napagaling" ng Pagpapagaling. Ang karapatan sa pagsasauli, reimbursement o iba pang available na solusyon ay may kinalaman sa bahaging iyon ng kabuuang Pagbawi na dapat bayaran para sa Mga Benepisyo na binayaran kaugnay ng naturang pinsala o karamdaman, na kinakalkula alinsunod sa California Civil Code Section 3040.

Kinakailangan mong:

1. Ipaalam sa Blue Shield nang nakasulat ang anumang aktwal o potensyal na paghahabol o legal na aksyon laban sa isang third party na nagmumula sa mga di-umano'y gawa o pagtanggal na nagdulot ng pinsala o karamdaman. Kung naghain na ng claim o legal na pagkilos, dapat magbigay ng abiso nang hindi lalampas sa 30 araw mula sa petsa ng paghahain.

2. Sumang-ayon na ganap na makipagtulungan at magsagawa ng anumang mga form o dokumento na kailangan para ipatupad ang karapatang ito sa pagsasauli, reimbursement o iba pang available na solusyon; at,

3. Sumang-ayon sa sulat na i-reimburse ang Blue Shield para sa Mga Benepisyo na ibinayad ng Blue Shield mula sa anumang Pagbawi kapag nakuha ang Pagbawi mula sa o sa ngalan ng third party o ng insurer ng third party, o mula sa hindi insured o hindi na insured na saklaw ng motorista; at,

4. Magbigay ng lien na kinakalkula alinsunod sa California Civil Code section 3040. Ang lien ay maaaring isampa sa third party, ahente o abogado ng third party, o sa hukuman, maliban kung ipinagbabawal ng batas; at,

5. Pana-panahong tumugon sa mga kahilingan ng impormasyon tungkol sa claim laban sa ikatlong partido, at abisuhan ang Blue Shield, sa pamamagitan ng sulat, sa loob ng sampung (10) araw pagkatapos makuha ang anumang Pagbawi.

Ang hindi mo pagsunod sa 1. Hanggang 5., sa itaas ay hindi dapat kumilos sa anumang paraan bilang isang pagwawaksi, pagpapalabas, o pag-alis ng mga karapatan ng Blue Shield.

N. Abiso tungkol sa Pakikilahok sa Pakikipagpalitan ng Impormasyong Pangkalusugan

Nakikilahok ang Blue Shield sa Manifest MedEx Health Information Exchange (“HIE”), kung saan ginagawang available sa Manifest MedEx ang impormasyong pangkalusugan ng mga miyembro nito para ma-access ng kanilang mga awtorisadong provider ng pangangalagang pangkalusugan. Ang Manifest MedEx ay isang hiwalay at nonprofit na organisasyon na nagpapanatili ng database ng mga electronic na record ng pasyente sa buong estado at kasama rito ang impormasyong pangkalusugan na ibinibigay ng mga doktor, pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan, mga health care service plan, at mga kompanya ng health insurance. Maaaring ligtas na ma-access ng mga awtorisadong provider ng pangangalagang pangkalusugan (kabilang ang mga doktor, nurse, at ospital) ang impormasyon sa kalusugan ng kanilang mga pasyente sa pamamagitan ng Manifest MedEx HIE para makatulong sa pagbibigay ng ligtas at de-kalidad na pangangalaga.

Iginagalang ng Manifest MedEx ang karapatan ng mga Miyembro sa pagkapribado at sumusunod sa mga angkop na batas sa pagkapribado ng estado at pederal. Gumagamit ang Manifest MedEx ng mga advanced na sistema ng seguridad at modernong mga diskarte sa pag-encrypt ng data para protektahan ang pagkapribado ng mga Miyembro at ang seguridad ng kanilang personal na impormasyon.

Ang bawat Miyembro ng Blue Shield ay may karapatang utusan ang Manifest MedEx na huwag ibahagi ang kanilang impormasyon sa kalusugan sa kanilang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan. Bagama't ang pag-opt out sa Manifest MedEx ay maaaring maglimita sa kakayahan ng iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan na mabilis na ma-access ang mahalagang impormasyon sa pangangalagang pangkalusugan tungkol sa iyo, ang insurance sa kalusugan ng isang miyembro o saklaw ng benepisyo ng planong pangkalusugan ay hindi maaapektuhan ng pagpili na mag-opt-out sa Manifest MedEx. Walang doktor o ospital na kalahok sa Manifest MedEx ang tatangging magbigay ng medikal na pangangalaga sa isang pasyente na pipiliing hindi lumahok sa Manifest MedEx HIE.

Ang mga miyembrong hindi gustong ipakita ang kanilang impormasyon sa pangangalagang pangkalusugan sa Manifest MedEx ay dapat punan ang online na form sa https://www.manifestmedex.org/opt-out o tumawag sa Manifest MedEx sa 1-888-510-7142, 7:00 a.m. hanggang 7:00 p.m. PST, Lunes hanggang Biyernes. TTY: 711 para sa may kapansanan sa pandinig.

O. Pag-uulat ng Pandaraya, Pag-aaksaya at Pang-aabuso

Ano ang pandaraya, pag-aaksaya, at pang-aabuso (fraud, waste, and abuse o FWA)?

• Ang **pandaraya** ay sinasadyang pagbibigay ng maling impormasyon na maaaring magresulta sa mga hindi awtorisadong gastos sa isang programa ng pangangalagang pangkalusugan.

• Ang **pag-aaksaya** ay hindi wastong paggamit ng mga pondo o resource para sa pangangalagang pangkalusugan nang walang makatwirang pangangailangan para gawin ito.

• Ang **pang-aabuso** ay isang nakagawiang gawain na hindi naaayon sa wastong mga pamamaraang medikal o pangnegosyo at maaaring direkta o hindi direktang magresulta sa mga hindi kinakailangang gastos sa isang programa ng pangangalagang pangkalusugan.

Protektahan ang iyong sarili at ang iyong mga benepisyo

• Huwag kailanmang ibibigay ang iyong numero ng Social Security, Medicare o planong pangkalusugan o impormasyon sa bangko sa mga taong hindi mo kilala.

• Huwag papayag sa anumang mga lab test na hindi iniatas ng iyong doktor.

• Labag sa batas ang pagtanggap ng anumang bagay na may halaga kapalit ng mga serbisyong medikal.

Mag-ingat sa pandaraya na may kaugnayan sa genetic testing

Nilalapitan ng mga scammer ang mga enrollee na hindi naghihinala sa mga lokal na exhibit para sa kalusugan, pasilidad ng pabahay para sa mga nakatatanda, community center, home health agency, at iba pang mapagkakatiwalaang lugar para magsagawa ng pandaraya na may kaugnayan sa genetic testing. Madaya nilang ipinapangako na babayaran ng Medicare ang test, at kailangan mo lang magbigay ng sample mula sa loob ng pisngi, iyong ID, at impormasyon sa Medicare para matanggap ang mga resulta ng iyong test.

Sa kasamaang-palad, nasa mga scammer na ang iyong planong pangkalusugan o Medicare number, at maaari nilang singilin ang Medicare ng libo-libong dolyar para sa mga test o maging sa mga serbisyong hindi mo naman natanggap. Nasa kanila rin ang iyong personal na genetic information.

Para mag-report ng pinaghihinalaang pandaraya, pag-aaksaya, at pang-aabuso, pakikontak ang:

• **Hotline ng Blue Shield of California para sa pandaraya sa Medicare: 1-855-331-4894 (TTY: 711)** o sa pamamagitan ng email: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.

• **Medicare sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 oras kada araw, pitong araw kada linggo (ang mga TTY user ay dapat na tumawag sa 1-877-486-2048).

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Introduksyon

Kasama sa kabanatang ito ang mahahalagang termino na ginagamit sa buong *Handbook ng Miyembro* at ang kahulugan ng mga ito. Ang mga termino ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunud-sunod. Kung hindi mo mahanap ang terminong hinahanap mo o kung kailangan mo ng higit pang impormasyon bukod sa nakasaad sa kahulugan, kontakin ang Customer Service.

Agarang kailangang pangangalaga: Pangangalagang nakukuha mo para sa hindi inaasahang karamdaman, kapinsalaan o kondisyon na hindi isang emergency pero nangangailangan kaagad ng pangangalaga. Maaari kang makakuha ng agarang kailangang pangangalaga mula sa mga wala sa network na provider kapag hindi ka makakapunta sa kanila dahil hindi ito posible batay sa iyong oras, lugar o sitwasyon, o hindi makatuwiran na kumuha ng mga serbisyo mula sa mga nasa network na provider (halimbawa kapag nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano at nangangailangan ka ng agarang medikal na kailangang mga serbisyo para sa isang hindi inaasahang kondisyon pero hindi isang medikal na emergency).

Ambulatory na surgical center: Isang pasilidad na nagbibigay ng outpatient na operasyon sa mga pasyenteng hindi nangangailangan ng pangangalaga sa ospital at hindi inaasahang mangangailangan ng higit sa 24 oras ng pangangalaga.

Ang pang-araw-araw na halaga ng cost-sharing: Isang halaga na maaaring ilapat kapag nagreseta ang iyong doktor ng mas mababang dami kaysa sa isang buwang supply ng ilang partikular na gamot para sa iyo at kailangan mong magbayad ng copay. Ang pang-araw-araw na halaga ng cost-sharing ay ang copay na hinati sa dami ng mga araw sa isang buwang supply.

Narito ang isang halimbawa: Sabihin nating ang copay para sa iyong kabuuang supply ng gamot sa isang buwan (isang 30 araw na supply) ay $1.35. Nangangahulugan ito na ang halagang babayaran mo para sa iyong gamot ay mas mababa sa $0.05 bawat araw. Kung makakakuha ka ng pitong araw na supply ng gamot, ang iyong babayaran ay mas mababa sa $0.05 bawat araw na na-multiply sa pitong araw, para sa kabuuang bayad na mas mababa sa $0.35.

Ang programa ng Medicare sa pag-iwas ng diabetes (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Isang nakabalangkas na programa para sa pagbabago ng mga gawi sa kalusugan na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa pagkain, pagpaparami ng pisikal na aktibidad, at mga paraan para malampasan ang mga hamon sa pagpapanatili ng nabawas na timbang at malusog na pamumuhay.

Antas ng Catastrophic coverage: Ang yugto sa benepisyo ng gamot sa Medicare Part D kung saan binabayaran ng aming plano ang lahat ng halaga ng iyong Part D na mga gamot hanggang sa katapusan ng taon. Sisimulan mo ang yugtong ito kapag ikaw (o ibang mga kwalipikadong partido sa ngalan mo) ay gumastos na ng $2,400 para sa mga Part D na saklaw na gamot sa loob ng taon. Wala kang babayaran.

Apela: Isang paraan para tutulan mo ang aming ginawa kung sa tingin mo ay nagkamali kami. Maaari mong hilingin sa amin na baguhin ang isang desisyon sa saklaw sa pamamagitan ng paghahain ng apela. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga apela, kabilang kung paano maghain ng apela.

Bahagi sa gastusin: Ang bahagi ng gastos sa pangangalagang pangkalusugan na maaaring kailanganin mong bayaran bawat buwan bago maging epektibo ang iyong mga benepisyo. Iba-iba ang halaga ng iyong bahagi sa gastusin depende sa iyong kita at mga mapagkukunan.

Biosimilar: Isang biyolohikong gamot na katulad, ngunit hindi eksaktong kapareho ng orihinal na biyolohikong produkto. Ang biosimilar ay ligtas at mabisa tulad ng orihinal na produkto. Ang ilang mga biosimilar ay maaaring maging kapalit ng orihinal na biyolohikal na produkto sa pharmacy nang hindi nangangailangan ng bagong reseta. (Pumunta sa “Naipagpapalit-palit na Biosimilar”).

Biyolohikong produkto: Isang gamot na gawa mula sa natural at may-buhay na mga bagay na tulad ng mga cell ng hayop, mga cell ng halaman, bakterya, o lebadura. Ang mga biyolohikong produkto ay mas kumplikado kaysa sa ibang mga gamot at hindi maaaring kopyahin nang eksakto, kaya ang mga alternatibong anyo ng mga ito ay tinatawag na biosimilar. (Tingnan din ang “Orihinal na biyolohikong produkto” at “Biosimilar”).

Branded na gamot: Isang gamot na ginawa at ibinibenta ng kompanyang orihinal na gumawa ng gamot. Ang mga branded na gamot ay may parehong mga sangkap gaya ng mga generic na bersyon ng mga gamot. Ang mga generic na gamot ay karaniwang ginagawa at ibinebenta ng ibang mga kompanya ng gamot at karaniwang hindi maaaring makuha hanggang sa mawalan na ng bisa ang patent para sa branded na gamot.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Ang pederal na ahensyang namamahala sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano kontakin ang CMS.

Coordinator ng pangangalaga: Isang pangunahing taong makikipagtulungan sa iyo, sa planong pangkalusugan, at sa iyong mga provider ng pangangalaga para makatiyak na makukuha mo ang pangangalagang kailangan mo.

Copay: Isang hindi nagbabagong halaga na binabayaran mo bilang bahagi mo sa gastos sa tuwing makakatanggap ka ng ilang partikular na serbisyo o gamot. Halimbawa, maaari kang magbayad ng $2 o $5 para sa isang serbisyo o gamot.

Customer Service: Isang departamento sa aming plano na responsable sa pagsagot sa iyong mga tanong tungkol sa membership, mga benepisyo, karaingan, at apela. Tingnan ang **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa Customer Service.

Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS): Ang departamento ng estado sa California na nangangasiwa sa Programang Medicaid (kilala bilang Medi-Cal).

Desisyon sa saklaw: Isang pasya tungkol sa kung anong mga benepisyo ang sasaklawin namin. Kabilang dito ang mga desisyon tungkol sa mga saklaw na gamot at serbisyo o ang halagang babayaran namin para sa mga serbisyong pangkalusugan. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano humiling sa amin ng desisyon sa saklaw.

Disenrollment: Ang proseso ng pagtapos sa iyong membership sa aming plano. Maaaring boluntaryo (sarili mong pasya) o hindi boluntaryo (hindi mo pasya) ang pag-alis sa pagkaka-enroll.

Dual eligible special needs plan (D-SNP): Ang planong pangkalusugan na nagseserbisyo sa mga indibidwal na parehong kwalipikado sa Medicare at Medicaid. Ang aming plano ay isang D-SNP.

Eksepsyon: Pahintulot na makakuha ng saklaw para sa isang gamot na hindi karaniwang sinasaklaw o para gamitin ang gamot nang walang ilang partikular na panuntunan at limitasyon.

Emergency: Isang medikal na emergency kapag ikaw, o sinumang tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kang mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensiyon para maiwasan ang pagkamatay, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng o malubhang kapansanan sa kakayahan ng katawan (at kung buntis ka, ang pagkawala ng hindi pa isinisilang na sanggol). Ang mga medikal na sintomas ay maaaring isang karamdaman, pinsala, matinding pananakit, o isang medikal na kondisyon na mabilis na lumalala.

Enrollee sa Medicare-Medi-Cal: Isang tao na kwalipikado sa saklaw ng Medicare at Medicaid. Ang Medicare-Medicaid na enrollee ay tinatawag ding “dually eligible individual” o "indibidwal na karapat-dapat sa dalawang programa".

Espesyal na pharmacy: Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para matuto pa tungkol sa mga espesyal na pharmacy.

Espesyalista: Isang doktor na gumagamot sa ilang partikular na uri ng problema sa pangangalagang pangkalusugan. Halimbawa, ginagamot ng orthopedic surgeon ang mga nabaling buto; ginagamot ng allergist ang mga allergy; at ginagamot ng cardiologist ang mga problema sa puso. Kadalasan, kakailanganin ng isang miyembro ng rekomendasyon mula sa kanyang PCP para makapagpatingin sa isang espesyalista.

Generic na gamot: Gamot na inaprubahan ng FDA na gamitin bilang kahalili sa isang branded na gamot. Ang generic na gamot ay may parehong mga sangkap na tulad ng sa branded na gamot. Karaniwang mas mura ito at kasing bisa ng branded na gamot.

***Handbook ng Miyembro* at impormasyon sa paglalabas ng impormasyon:** Ang dokumentong ito, kasama ang iyong form para sa pag-eenroll at anumang iba pang mga kalakip, o mga rider, na nagpapaliwanag ng iyong saklaw, kung ano ang dapat naming gawin,

ang iyong mga karapatan, at kung ano ang dapat mong gawin bilang isang miyembro ng aming plano.

Hospice: Isang programa ng pangangalaga at suporta para tulungan ang mga taong may terminal prognosis na mamuhay nang komportable. Ang terminal na prognosis ay nangangahulugang ang isang tao na napatunayang may nakamamatay na sakit, ibig sabihin ay may tinatayang haba ng natitirang buhay na anim na buwan o mas maiksi pa.

- Ang isang enrollee na may malubhang karamdaman ay may karapatang pumili ng hospice.
- Isang team ng mga propesyonal at caregiver na may espesyal na pagsasanay ang nagbibigay ng pangangalaga sa buong pagkatao, kabilang ang mga pangangailangang pisikal, emosyonal, panlipunan, at espirituwal.
- Kailangang magbigay kami sa iyo ng listahan ng mga provider ng hospice sa iyong heyograpikong lugar.

Hukom ng administratibong batas: Ang Hukom ng Administratibong Batas (Administrative Law Judge, ALJ) ay isang hukom na dumidinig at nagpapasya sa mga kasong may kaugnayan sa mga ahensya ng gobyerno. Isang hukom na nagrerepaso sa antas 3 na apela.

Independent Medical Review (IMR): Kung tanggihan namin ang iyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, maaari kang magsagawa ng apela. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon at ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo ng Medi-Cal, kabilang ang mga supply at gamot ng DME, maaari kang humiling ng IMR sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California. Ang IMR ay isang pagsusuri ng iyong kaso ng mga eksperto na hindi bahagi ng aming plano. Kung pabor sa iyo ang desisyon ng IMR, dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyo o paggamot na iyong hiniling. Wala kang babayaran para sa isang IMR.

Independiyenteng organisasyon ng pagsusuri (Independent review organization, IRO): Isang independiyenteng organisasyon na inatasan ng Medicare na suriin ang antas 2 na apela. Hindi ito konektado sa amin at hindi ito isang ahensya ng gobyerno. Ang organisasyong ito ang magdedesisyon kung ang pasyang ginawa namin ay tama o kung dapat ba itong baguhin. Pinamamahalaan ng Medicare ang trabaho nito. Ang pormal na pangalan ay **Hiwalay na Entidad ng Pagsusuri.**

Inisyal na Coverage Stage: Ang yugto bago umabot ang iyong kabuuang gastos sa gamot sa Medicare Part D sa $2,400. Kabilang dito ang mga halagang binayaran mo, kung ano ang binayaran ng aming plano para sa iyo, at ang tulong sa mababa ang kita. Magsisimula ka sa antas na ito kapag kinuha mo ang iyong unang reseta ng taon. Sa antas na ito, binabayaran namin ang bahagi ng mga gastos sa mga gamot mo, at babayaran mo ang iyong bahagi.

Inpatient: Isang terminong ginagamit kapag pormal kang na-admit sa ospital para sa mga kasanayang medikal na serbisyo. Kung hindi ka formal na na-admit, maaari ka ring ituring na isang outpatient sa halip na isang inpatient kahit na magdamag kang nanatili.

Integrated D-SNP: Isang dual-eligible special needs plan na sumasaklaw sa Medicare at sa karamihan o sa lahat ng serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng isang planong pangkalusugan para sa partikular na grupo ng mga indibidwal na karapat-dapat para sa kapwa Medicare at Medicaid. Ang mga indibidwal na ito ay tinatawag na mga indibidwal na karapat-dapat para sa buong benepisyo mula sa dalawang programa.

Interdisciplinary na Team ng Pangangalaga (ICT o Team ng pangangalaga): Maaaring kasama sa isang team ng pangangalaga ang mga doktor, nurse, tagapayo o iba pang mga propesyonal sa kalusugan na nariyan para tulungan kang makuha ang pangangalagang kailangan mo. Tinutulungan ka din ng iyong team ng pangangalaga na gumawa ng plano ng pangangalaga.

Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC): Ang departamento ng estado sa California na responsable para sa pamamahala ng karamihan sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng mga Independent Medical Reviews (IMR).

Kalusugan ng Pag-uugali: Tumutukoy sa ating emosyonal, sikolohikal, at panlipunang kalagayan. Sa mas simpleng mga termino: Ito ay tungkol sa kung ano ang iniisip natin, nararamdaman natin, at kung paano tayo nakikipag-ugnayan sa iba. Isang pangkalahatang termino na tumutukoy sa kalusugan ng isip at mga serbisyong kaugnay sa pagtugon sa sakit na dulot ng problema sa paggamit ng droga at alak.

Karagdagang Tulong: Programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan ng tulong para mabawasan ang gastos sa Medicare Part D na gamot, tulad ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidy sa Mababa ang Kita,” o “LIS.”

Karaingan: Isang reklamong ginawa mo tungkol sa amin o isa sa aming mga nasa network na provider o parmasyang nasa network. Kabilang dito ang isang reklamo tungkol sa kalidad ng iyong pangangalaga o kalidad ng serbisyong ibinibigay ng iyong planong pangkalusugan.

Katulong sa kalusugan sa tahanan: Isang taong nagbibigay ng mga serbisyong hindi nangangailangan ng mga kasanayan ng isang lisensyadong nurse o therapist, gaya ng tulong sa personal na pangangalaga (tulad ng paliligo, paggamit ng banyo, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga iniutos na ehersisyo). Ang mga katulong sa kalusugan sa tahanan ay walang lisensya sa pag-aalaga o nagbibigay ng therapy.

Konseho ng mga Apela sa Medicare (Konseho): Isang konseho na nagrerepaso sa antas 4 na apela. Ang Konseho ay bahagi ng Pederal na gobyerno.

***Listahan ng mga Covered na Gamot* (*Listahan ng Gamot*):** Isang listahan ng mga reseta at over-the-counter (OTC) na gamot na sinasaklaw namin. Pinipili namin ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Sinasabi sa iyo ng *Listahan ng Gamot* kung mayroong anumang mga panuntunang kailangan mong sundin para makuha ang iyong mga gamot. Ang *Listahan ng Gamot* ay minsang tinatawag din na "formulary".

Lugar ng serbisyo: Isang heograpikong lugar kung saan tumatanggap ang isang planong pangkalusugan ng mga miyembro kung nililimitahan nito ang pagiging miyembro o membership batay sa lugar na tinitirhan ng mga tao. Para sa mga planong nililimitahan kung sinong mga doktor at aling mga ospital ang maaari mong gamitin, sa pangkalahatan ito rin ang lugar kung saan maaari kang makatanggap ng mga karaniwang (hindi emergency) serbisyo. Ang mga tao lamang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ang maaaring mag-enroll sa aming plano.

Mali/hindi angkop na pagsingil: Isang sitwasyon na kung saan sinisingil ka ng provider (tulad ng isang doktor o ospital) nang higit pa sa halaga ng aming pagbabahagi ng gastos para sa mga serbisyo. Tawagan ang Serbisyo ng Customer kung nakakuha ka ng anumang singil na hindi mo naiintindihan.

Bilang miyembro ng plano, babayaran mo lang ang mga halaga ng cost-sharing ng aming plano kapag nakatanggap ka ng mga serbisyong sinasaklaw namin. **Hindi** namin pinapayagan ang mga provider na singilin ka ng higit sa halagang ito.

Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME): Ilang item na ino-order ng iyong doktor para magamit sa sarili mong tahanan. Ang mga halimbawa ng mga item na ito ay mga wheelchair, mga saklay, powered mattress system, mga supply para sa diabetes, mga kama sa ospital na inorder ng provider para gamitin sa bahay, mga IV infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at supply, nebulizer, at walker.**.**

Medicaid (o Medikal na Tulong): Programang pinatatakbo ng pederal na gobyerno at ng estado na tumutulong sa mga taong limitado ang kita at resources para makapagbayad sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastos. Ang Medi-Cal ang programang Medicaid ng Estado ng California.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programa ng Medicaid ng California. Ang Medi-Cal ay pinamamahalaan ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na gobyerno.

- Tinutulungan nito ang mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at gastusing medikal.
- Sinasaklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare.

- Ang mga programa ng Medicaid ay nag-iiba sa bawat estado, pero karamihan sa mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan ay sinasaklaw kung kwalipikado ka para sa parehong Medicare at Medi-Cal.

Medicare: Ang pederal na programa ng insurance sa kalusugan para sa mga taong 65 taong gulang o mas matanda, ilang taong wala pang 65 na may ilang partikular na kapansanan at mga taong may end-stage renal disease (sa pangkalahatan ay ang mga taong may permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o pag-transplant ng bato). Maaaring makuha ng mga taong may Medicare ang kanilang saklaw sa kalusugan ng Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o ng isang pinamamahalaang plano sa pangangalaga (tingnan ang “Planong pangkalusugan”).

Medicare Advantage: Isang programa ng Medicare, na kilala rin bilang "Medicare Part C" o "MA", na nag-aalok ng mga MA plan sa pamamagitan ng mga pribadong kompanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kompanyang ito para saklawin ang iyong mga benepisyo sa Medicare.

Medicare Part A: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa karamihan ng medikal na kinakailangan pangangalaga sa ospital, sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, sa pangangalagang pangkalusugan sa bahay, at sa hospice.

Medicare Part B: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa mga serbisyo (tulad ng mga lab test, operasyon, at pagpapatingin sa doktor) at mga supply (tulad ng mga wheelchair at walker) na medikal na kinakailangan para gamutin ang isang karamdaman o kondisyon. Sinasaklaw din ng Medicare Part B ang maraming serbisyong preventive at screening.

Medicare Part C: Ang programa ng Medicare, na kilala rin bilang “Medicare Advantage” o “MA,” na nagpapahintulot sa mga pribadong kompanya ng insurance sa kalusugan na magbigay ng mga benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng isang MA Plan.

Medicare Part D: Ang programa ng benepisyo sa gamot ng Medicare. Tinatawag namin ang programang ito na “Part D” sa madaling salita. Sinasaklaw ng Medicare Part D ang mga outpatient na gamot, mga bakuna, at ilang mga supply na hindi saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B o Medicaid. Kasama sa aming plano ang Medicare Part D.

Medikal na kinakailangan: Inilalarawan nito ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan mo para maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang isang medikal na kondisyon o upang mapanatili ang iyong kasalukuyang kalagayan ng kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na nakakatulong para maiwasan mong ma-admit sa isang ospital o pasilidad ng pag-aalaga. Nangangahulugan din na natutugunan ng mga serbisyo, supply o gamot ang mga kinikilalang pamantayan ng medikal na kasanayan.

Medi-Medi Plan: Ang Medi-Medi Plan ay isang uri ng Medicare Advantage plan. Ito ay para sa mga taong may kapwa Medicare at Medi-Cal, at ipinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa isang plano. Isinasaayos ng mga Medi-Medi Plan ang lahat ng mga benepisyo at serbisyo sa parehong programa, kasama ang lahat ng saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

Mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (Activities of daily living, ADL): Ang mga bagay na ginagawa ng mga tao sa isang normal na araw, tulad ng pagkain, paggamit ng banyo, pagbibihis, paliligo, o pagsipilyo ng ngipin.

Mga di-kasama na serbisyo: Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng planong pangkalusugan na ito.

Mga gastusing mula sa sariling bulsa: Tinatawag ding kinakailangang “mula-sa-bulsang” gastos ang cost-sharing na kinakailangang bayaran ng mga miyembro para sa bahagi ng mga serbisyo o gamot na kinuha nila. Tingnan ang kahulugan ng “pagbabahagi ng gastos” (“cost-sharing)” sa itaas.

Mga limitasyon sa dami: Limitasyon sa dami ng isang gamot na maaari mong makuha. Maaari naming limitahan ang dami ng gamot na sasaklawin namin bawat reseta.

Mga Medicare Part D na gamot: Ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Partikular na ibinukod ng Kongreso ang ilang kategorya ng mga gamot mula sa pagkakasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Maaaring saklawin ng Medicaid ang ilan sa mga gamot na ito.

Mga over-the-counter (OTC) na gamot: Ang mga over-the-counter na gamot ay mga gamot na mabibili ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

Part A: Tingnan ang "Medicare Part A."

Part B: Tingnan ang “Medicare Part B.”

Part C: Tingnan ang “Medicare Part C.”

Part D: Tingnan ang “Medicare Part D.”

Part D na gamot: Tingnan ang "Mga Medicare Part D na gamot."

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term services and supports, LTSS): Nakakatulong ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na mapabuti ang pangmatagalang medikal na kondisyon. Karamihan sa mga serbisyong ito ay tumutulong sa iyo na manatili sa iyong tahanan para hindi mo na kailangang pumunta sa isang pasilidad ng pag-aalaga o ospital. Kasama sa LTSS na saklaw ng aming plano ang Mga Serbisyong nasa

Komunidad para sa mga Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS), na kilala rin bilang pangangalagang pangkalusugan sa araw para sa mga nasa hustong gulang (adult day health care), Mga Pasilidad ng Pag-aalaga (Nursing Facilities, NF), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang IHSS at 1915(c) waiver program ay Medi-Cal LTSS na ibinibigay sa labas ng aming plano.

Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS) Ang IHSS Program ay tutulong sa pagbabayad sa mga naka-enroll na provider ng pangangalaga para sa mga serbisyong ibinigay sa iyo para mananatili kang ligtas sa sarili mong tahanan. Ang IHSS ay isang alternatibo sa pangangalaga sa labas ng tahanan, tulad ng mga nursing home o pasilidad ng lupon at pangangalaga. Para makatanggap ng mga serbisyo, isinasagawa ang pagtatasa para matukoy kung aling mga uri ng serbisyo ang maaaring pahintulutan para sa bawat kalahok batay sa kanilang mga pangangailangan. Ang mga uri ng serbisyong maaaring pahintulutan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo ng personal na pangangalaga (tulad ng pangangalaga sa bituka at pantog, paliligo, mga serbisyo ng pag-aayos ng sarili at paramedical), pagsama sa mga medikal na appointment, at pangangasiwang nagbibigay ng proteksyon para sa may kapansanan sa pag-iisip. Ang mga ahensya ng serbisyong panlipunan ng county ang nangangasiwa sa IHSS.

Mga plano ng Medi-Cal: Mga planong sumasaklaw lamang sa mga benepisyo ng Medi-Cal, tulad ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kagamitang medikal, at transportasyon. Nakahiwalay ang mga benepisyo ng Medicare.

Mga preventive na serbisyo: Pangangalagang pangkalusugan para maiwasan ang karamdamano matuklasan ang karamdaman sa maagang yugto, kapag malamang na pinakamahusay na gagana ang paggamot (halimbawa, kasama sa mga preventive na Serbisyo ang mga Pap test, iniksyon para sa trangkaso, at mammogram na screening).

Mga Provider: Ay mga doktor, nurse at iba pang mga taong nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga at ay lisensyado ng estado. Kasama rin sa mga provider ang mga ospital, ahensya ng kalusugan sa bahay, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, medikal na kagamitan, at ilang LTSS.

Mga saklaw na gamot: Ang terminong ginagamit namin para sa lahat ng inirereseta at over-the-counter (OTC) na gamot na sinasaklaw ng aming plano.

Mga saklaw na serbisyo: Ang pangkalahatang termino na ginagamit namin upang tukuyin ang lahat ng pangangalagang pangkalusugan, mga pangmatagalang mga serbisyo at suporta, mga supply, mga inirereseta at mga over-the-counter na gamot, kagamitan, at iba pang mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano.

Mga sensitibong serbisyo: Mga serbisyo kaugnay sa kalusugan ng isip o pag-uugali, sekswal at reproductive na kalusugan, family planning, mga impeksyon na naipapasa sa sex (sexually transmitted infections, STI), HIV/AIDS, sekswal na pag-atake at abortion, problema sa paggamit ng droga at alak, pangangalaga sa pagpapatunay ng kasarian, at pang-aabuso ng kapareha.

Mga serbisyo ng rehabilitasyon: Paggamot na matatanggap mo para makatulong sa pagpapagaling mula sa isang karamdaman, aksidente, o malaking operasyon. Kasama sa mga serbisyong ito ang inpatient na pangangalaga sa rehabilitasyon, physical therapy (outpatient), speech at language therapy, at occupational therapy. Tingnan ang **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para matuto pa tungkol sa mga serbisyo ng rehabilitasyon.

Mga Serbisyong nasa Komunidad para sa mga Nasa Hustong Gulang (Community-based adult services, CBAS): Isang outpatient na programa ng serbisyo sa isang pasilidad na naghahatid ng sanay na pag-aalaga, mga serbisyong panlipunan, mga occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/caregiver, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang mga serbisyo miyembrong karapat-dapat makatanggap ng mga serbisyo na nakatutugon sa mga angkop na pamantayan sa pagiging karapat-dapat.

Mga serbisyong saklaw ng Medicare: Ang mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B. Ang lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kasama ang aming plano, ay dapat na saklawin ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B.

Mga tier ng gamot: Mga grupo ng gamot sa aming *Listahan ng Gamot*. Ang mga generic, branded, o over-the-counter (OTC) na gamot ay mga halimbawa ng mga tier ng gamot. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Gamot* ay nasa isa sa limang tier.

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano): Isang taong may Medicare at Medi-Cal na kwalipikadong kumuha ng mga saklaw na serbisyo, na nag-enroll sa aming plano, at kinumpirma ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) at ng estado ang enrollment.

Naipapalit na Biosimilar: Isang biosimilar na maaaring palitan sa botika nang hindi nangangailangan ng bagong reseta dahil natutugunan nito ang mga karagdagang pangangailangan tungkol sa posibleng kusang pagpapalit. Ang kusang pagpapalit sa botika ay sumasailalim sa batas ng estado.

Nasa network na provider: Ang mga provider na nagtatrabaho sa aming plano. Sumasang-ayon ang mga provider na ito na tanggapin ang aming bayad bilang kumpletong bayad. Isinaayos namin para sa mga provider na ito na ihatid sa iyo ang mga saklaw na serbisyo. Direkta kaming sinisingil ng mga provider na nasa network para sa pangangalagang

ibinibigay nila sa iyo. Kapag gagamit ka ng isang provider na nasa network, kadalasang wala kang babayaran para sa mga saklaw na serbisyo. Ang “provider” ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para sa mga doktor, nurse at iba pang taong nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa termino ang mga ospital, ahensya ng kalusugan sa bahay, klinika at iba pang mga lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, medikal na kagamitan at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Nursing home o pasilidad ng pangangalaga: Isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi kayang tumanggap ng pangangalaga sa kanilang bahay pero hindi kailangang ma-ospital.

Ombudsperson: Isang opisina sa iyong estado na nagsisilbi bilang tagapagtaguyod mo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo at maaari kang matulungang maintindihan kung ano ang gagawin. Libre ang mga serbisyo ng taga-ombudsman. Makakahanap ka ng higit pang impormasyon sa **Kabanata 2 at 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Original Medicare (tradisyonal na Medicare o bayad para sa serbisyo ng Medicare): Ang gobyerno ay nag-aalok ng Original Medicare. Sa ilalim ng Original Medicare, ang mga serbisyo ay sinasaklaw ng nagbabayad ng mga doktor, ospital, at iba pang mga halaga ng pangangalagang pangkalusugan ng provider na tinutukoy ng Kongreso.

- Maaari kang magpatingin sa sinumang doktor, ospital, o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. May dalawang bahagi ang Original Medicare: Medicare Part A (insurance sa ospital) at Medicare Part B (medikal na insurance).
- Available ang Orihinal na Medicare kahit saan sa Estados Unidos.
- Kung ayaw mong sumali sa aming plano, maaari mong piliin ang Original Medicare.

Orihinal na biyolohikal na produkto: Isang biyolohikal na produkto na inaprubahan ng FDA at ginagamit bilang batayan ng paghahambing ng mga manufacturer na gumagawa ng biosimilar na bersyon. Tinatawag din itong batayang produkto.

Pagbabahagi ng gastos (Cost-sharing): Ang halagang kailangan mong bayaran kapag nakatanggap ka ng ilang partikular na serbisyo o mga gamot. Kabilang sa mga cost-sharing ang mga copay.

Pagdinig ng estado: Kung hihilingin ng iyong doktor o iba pang mga provider ang serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin aaprubahan, o hindi namin ipagpapatuloy ang pagbabayad sa serbisyo ng Medi-Cal na mayroon ka na, maaari kang humiling ng isang Pagdinig ng Estado.

Kung pabor sa iyo ang pasya ng Pagdinig ng Estado, dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyong hinihiling mo.

Pagsasanay para sa kultural na kakayahan: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang pagtuturo sa aming mga provider ng pangangalagang pangkalusugan na tumutulong sa kanila na mas mabuting maunawaan ang iyong background, mga pinahahalagahan, at mga paniniwala para maiangkop ang mga serbisyo at matugunan ang iyong mga pangangailangan sa lipunan, kultura, at wika.

Pagsingil sa Balanse: Ang gawain kung saan sinisingil ng provider ang pasyente para sa diperensya sa pagitan ng buong halagang sinisingil ng provider at ng halagang binayaran ng planong pangkalusugan ng pasyente.

Pagtatasa sa panganib sa kalusugan (Health risk assessment, HRA): Isang pagsusuri ng iyong medikal na kasaysayan at kasalukuyang kondisyon. Ginagamit ito para malaman ang tungkol sa iyong kalusugan at kung paano ito maaaring magbago sa hinaharap.

Pagtukoy ng organisasyon: Ang aming plano ay gumagawa ng pagtukoy ng organisasyon kapag kami, o isa sa aming mga provider, ay nagpasya kung ang mga serbisyo ay sakop o kung magkano ang babayaran mo para sa mga saklaw na serbisyo. Ang mga pagtukoy ng organisasyon ay tinatawag na “mga desisyon sa saklaw”. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga pagpapasya sa saklaw.

Pangangalaga sa Pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF): Mga sanay na pangangalaga at mga serbisyo ng rehabilitasyon na ibinibigay nang tuluy-tuloy at araw-araw, sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga. Kasama sa mga halimbawa ng pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga ang physical therapy o mga intravenous (IV) na iniksyon na maaaring ibigay ng rehistradong nurse o doktor.

Pangangasiwa sa Therapy na Paggamot (Medication Therapy Management, MTM): Isang programa ng Medicare Part D para sa mga kumplikadong pangangailangan sa kalusugan na ibinibigay sa mga taong nakatutugon sa ilang partikular na kinakailangan o nasa isang Programang Pamamahala sa Gamot. Karaniwang kasama sa mga serbisyo ng MTM ang pakikipagtalakayan sa isang pharmacist o provider ng pangangalagang pangkalusugan upang suriin ang mga gamot. Tingnan ang **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

Pang-emergency na pangangalaga: Ang mga saklaw na serbisyo na ibinibigay ng isang sinanay na provider para makapagbigay ng mga pang-emergency na serbisyo at kailangan para gamutin ang isang medikal na emergency o emergency ng kalusugan ng pag-uugali.

Pasilidad ng Komprehensibong Rehabilitasyon ng Outpatient (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Isang pasilidad na pangunahing nang

nagbibigay ng mga serbisyo ng rehabilitasyon pagkatapos ng karamdaman, aksidente o major na operasyon. Nagbibigay ito ng iba't ibang serbisyo, kabilang ang physical therapy, mga serbisyong panlipunan o sikolohikal, respiratory therapy o therapy na kaugnay ng paghinga, occupational therapy, speech therapy, at mga serbisyo sa pagsusuri ng kapaligiran sa tahanan.

Pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF): Isang pasilidad ng pag-aalaga na may kawani at kagamitan para magbigay ng sanay na pangangalaga at, kadalasan, mga serbisyo sa rehabilitasyon mula sa may kasanayan at iba pang mga nauugnay na serbisyo sa kalusugan.

Paunang pahintulot (Prior authorization, PA): Ang pag-apruba na dapat mong kunin mula sa amin bago ka makatanggap ng isang partikular na serbisyo o gamot o gumamit ng isang wala sa network na provider. Maaaring hindi saklawin ng aming plano ang serbisyo o gamot kung hindi ka nakakuha ng patiuanang pag-apruba.

Sinasaklaw lamang ng aming plano ang ilang serbisyong medikal sa network kung ang iyong doktor o iba pang provider sa network ay kumuha ng PA mula sa amin.

- Ang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sinasaklaw lamang ng aming plano ang ilang gamot kung kumuha ka ng PA mula sa amin.

- Ang mga saklaw na gamot na nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa *Listahan ng Mga Covered na Gamot* at ang mga panuntunan ay na-i-post sa aming website.

Pharmacy na nasa network: Isang botika (tindahan ng gamot) na sumang-ayong punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Tinatawag namin silang "mga parmasyang nasa network" dahil sumasang-ayon silang makipagtulungan sa aming plano. Kadalasan, sinasaklaw lang namin ang iyong mga reseta kapag napunan sa isa sa aming mga parmasyang nasa network.

Plano sa Pangangalaga para sa Indibidwal (Individualized Care Plan, ICP o Plano ng Pangangalaga): Isang plano para sa mga serbisyong matatanggap mo at kung paano mo makukuha ang mga ito. Maaaring kasama sa iyong plano ang mga serbisyong medikal, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Plano sa pangangalaga: Tingnan ang "Plano sa Pangangalaga para sa Indibidwal."

Planong pangkalusugan: Isang organisasyong binubuo ng mga doktor, ospital, pharmacy, provider ng mga pangmatagalang serbisyo, at iba pang mga provider. Mayroon din itong mga coordinator ng pangangalaga para tulungan kang imonitor ang lahat ng iyong provider at serbisyo. Nagtutulungan silang lahat para maibigay ang pangangalaga na iyong kailangan.

Programa ng paghahatid sa bahay: May ilang mga plano na maaaring naghahandog ng programa ng paghahatid sa bahay para makatanggap ka ng hanggang sa tatlong buwang supply ng saklaw na inireresetang gamot na direktang ipapadala sa iyong bahay. Maaaring isa itong mura at maginhawang paraan para punan ang mga reseta na regular mong kinukuha.

Programa ng Pangangalaga na Lahat ay Kasama para sa mga Matatanda (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Isang programa na magkasamang sinasaklaw ang mga benepisyo ng Medicare at Medicaid para sa mga edad 55 pataas na nangangailangan ng mas mataas na antas ng pangangalaga para manirahan sa bahay.

Programa ng Tulong para sa Gamot sa AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP): Isang programa na tumutulong sa mga karapat-dapat na indibidwal na may HIV/AIDS na magkaroon ng nakapagliligtas-buhay na mga gamot sa HIV.

Programa para sa Pagpapayo at Adbokasya tungkol sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Isang programa na nagbibigay ng libre at walang kinikilingang impormasyon at pagpapayo tungkol sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano kontakin ang HICAP.

Programa sa pamamahala ng gamot (Drug management program, DMP): Isang programa na tumutulong para masigurong ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang madalas abusuhing mga gamot.

Prosthetics at orthotics: Mga medikal na kagamitan na inorder ng iyong doktor o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga brace sa braso, likod, at leeg; artipisyal na paa; artipisyal na mata; at mga device na kailangan para mapalitan ang isang panloob na parte ng katawan o ang paggana nito, kabilang ang mga ostomy na supply at enteral at parenteral na nutrition therapy.

Protektadong Impormasyong Pangkalusugan (tinatawag ding Personal na impormasyong pangkalusugan) (Personal health information, PHI): Impormasyon tungkol sa iyo at sa iyong kalusugan, tulad ng iyong pangalan, address, social security number, pagbisita sa doktor, at medikal na record. Tingnan ang aming Abiso sa Mga Kasanayan sa Pagkapribado para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan, ginagamit, at ibinubunyag ang iyong PHI, gayundin ang iyong mga karapatan kaugnay sa iyong PHI.

Provider ng pangunahing pangangalaga (Primary care provider, PCP): Ang doktor o iba pang provider na una mong kinukunsulta para sa karamihan ng iyong problema sa kalusugan. Sinisiguro nilang natatanggap mo ang pangangalagang kinakailangan mo para manatiling malusog.

- Maaari rin silang makipag-usap sa ibang mga doktor at provider ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa iyong pangangalaga at i-refer ka sa kanila.
- Sa karamihan sa mga planong pangkalusugan ng Medicare, dapat mong gamitin ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga bago ka magpatingin sa sinumang iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan.
- Tingnan ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa pagtanggap ng pangangalaga mula sa mga provider ng pangunahing pangangalaga.

Quality improvement organization (QIO): Isang grupo ng mga doktor at iba pang mga eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na paghusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Binabayaran ng pederal na gobyerno ang QIO para suriin at pagbutihin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Tingnan ang **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa QIO.

Referral: Ang referral ay ang pag-apruba namin o ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) na gumamit ng isang provider na kaiba pa sa iyong PCP. Kung hindi muna ka kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin sasaklawin ang mga serbisyo. Hindi mo kailangan ng referral para gumamit ng ilang mga espesyalista, gaya ng mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan. Makakahanap ka ng higit pang impormasyon tungkol sa mga referral sa **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Reklamo: Isang isinulat o binigkas na pahayag na nagsasabing mayroon kang problema o alalahanin tungkol sa mga saklaw na serbisyo o pangangalaga. Kabilang dito ang anumang alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, kalidad ng iyong pangangalaga, mga provider na nasa network namin, o mga pharmacy na nasa network namin. Ang pormal na pangalan para sa “paggawa ng reklamo” ay “paghahain ng karaingan”.

Step therapy: Isang panuntunan sa saklaw na kung saan kailangan mong subukin muna ang ibang gamot bago namin saklawin ang gamot na hinihiling mo.

Supplemental Security Income (SSI): Isang buwanang benepisyong ibinabayad ng Social Security sa mga taong limitado ang kita at mapagkukunan ng tulong na mayroong kapansanan, bulag, o 65 taong gulang o mas matanda. Ang SSI na mga benepisyo ay hindi kapareho ng mga benepisyo sa Social Security.

Team ng pangangalaga: Tingnan ang "Interdisciplinary na team ng pangangalaga."

Tier ng pagbabahagi ng gastos: Isang grupo ng mga gamot na may magkakaparehong copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng mga Covered na Gamot* (na kilala rin bilang *Listahan ng Gamot*) ay nasa isa sa limang mga tier ng pagbabahagi ng gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier ng pagbabahagi ng gastos, mas malaki ang iyong gastos para sa gamot.

Tool sa Kasalukuyang Benepisyo: Isang portal o computer application na kung saan maaaring mahanap ng mga naka-enroll ang kumpleto, tumpak, napapanahon, klinikal na angkop, partikular na mga saklaw na gamot para sa naka-enroll at impormasyon tungkol sa benepisyo. Kabilang dito ang mga halaga ng pagbabahagi ng gastos, mga alternatibong gamot na maaaring gamitin para sa parehong kondisyon sa kalusugan bilang isang ibinibigay na gamot, at mga limitasyon sa saklaw (paunang pahintulot, step therapy, mga limitasyon sa dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

Tulong sa mababa ang kita (Low-income subsidy, LIS): Tingnan ang “Karagdagang Tulong” (“Extra Help”)

Wala sa network na pharmacy: Isang pharmacy na hindi sumang-ayon na makipagtulungan sa aming plano na makipag-coordinate o magbigay ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga gamot na nakukuha mo mula sa mga pharmacy na wala sa network maliban kung may nalalapat na ilang partikular na kondisyon.

Wala sa network na provider o Wala sa network na pasilidad: Isang provider o pasilidad na hindi empleyado, pagmamay-ari, o pinapatakbo ng aming plano at wala sa ilalim ng kontrata upang makapagbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga wala sa network na provider o pasilidad.

Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

Uri	Mga detalye
TUMAWAG	1-800-452-4413 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw kada linggo. Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang mga anyo, gaya ng malaking titik, braille, at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service. Ang Customer Service ay mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter ng wika na makukuha para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lang sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw kada linggo.
FAX	877-251-6671
SUMULAT	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
WEBSITE	blueshieldca.com/medicare

Pahayag sa Pagsisiwalat ng PRA *Ayon sa Paperwork Reduction Act of 1995, hindi kailangang sumagot ang sinuman sa pagkuha ng impormasyon maliban kung nagpapakita ito ng valid na OMB control number. Ang valid na OMB control number para sa pangongolekta ng impormasyong ito ay 0938-1444. Kung mayroon kang mga komento o suhestyon para mapahusay ang form na ito, sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*



blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555