ALAMEDA ALLIANCE FOR HEALTH

Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP) Handbook ng Miyembro | 2026



H2035_25_02453_D-SNP_MBR_C Inaprubahan 08272025

Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring tawagan ang Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929.
Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, 8 am – 8 pm. Libre ang tawag.
Para sa higit pang impormasyon, bumisita sa www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Enero 1, 2026 – Disyembre 31, 2026

Ang iyong Saklaw sa Kalusugan at Gamot sa Ilalim ng Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP)

Ibinibigay ng Alameda Alliance Wellness ang mga benepisyong saklaw ng parehong Medi-Cal at Medicare.

Handbook ng Miyembro Panimula

Sinasabi 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 Disyembre 31, 2026. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at sakit sa pag-abuso sa droga o alak), saklaw sa gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa pagkakasunod-sunod ayon sa alpabeto sa **Kabanata 12** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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

Kapag sinasabi ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang “kami,” “namin,” “amin,” o “aming plano,” nangangahulugan itong Alameda Alliance Wellness.

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

Makukuha mo ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, tulad ng malalaking titik, braille, at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, 8 am – 8 pm. Libre ang tawag.

- Maaari mong hilingin na palagi kaming magpadala sa iyo ng impormasyon sa wika o format na kailangan mo. Ito ay tinatawag na isang nakatakdang kahilingan. Para makuha ang dokumentong ito sa isang wika maliban sa Ingles o sa isang kahaliling format ngayon at sa hinaharap, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, 8 am – 8 pm. Pananatilihin ng Mga Serbisyo sa Miyembro ang iyong gustong wika at format sa file para sa mga komunikasyon sa hinaharap. Para gumawa ng anumang pag-update sa iyong kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Pag-apruba ng OMB 0938-1444 (Pagtatapos: Hunyo 30, 2026)

Abiso sa pagiging Available ng Mga Serbisyo para sa Tulong sa Wika at Pandagdag na Tulong at Serbisyo

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). May mga available ding tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, gaya ng mga dokumentong nasa braille at malalaking print. Tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Libre ang mga serbisyong ito.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។
ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ
ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។
ទូរស័ព្ទមកលេខ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)។
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

中文 (Chinese – Simplified)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电
1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。
另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Chinese Traditional)

请注意：如果您需要以您的母语提供的帮助，請撥打 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。
我們可為殘障人士提供相應的輔助設施和服務，如盲文和大字印刷體格式的文件。請撥打1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)。此類服務均免費提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)
へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929)
へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1**.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY: 1.800.735.2929). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1.888.882.3767 (линия TTY:1.800.735.2929). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa 1.888.882.3767

(TTY: 1.800.735.2929). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Iba pang wika

Puwede mong makuha ang *Handbook ng Miyembro* na ito at ang iba pang materyal ng plano sa iba pang wika nang libre. Nagbibigay ang Alameda Alliance Wellness ng mga nakasulat na pagsasalin mula sa mga kwalipikadong tagasalin. Tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Libre ang tawag. Basahin ang *Handbook ng Miyembro* na ito para matuto pa tungkol sa mga serbisyo sa tulong sa wika para sa pangangalagang pangkalusugan gaya ng mga serbisyo ng interpreter at serbisyo sa pagsasalin.

Iba pang format

Makukuha mo ang impormasyong ito, sa napapanahong paraan, sa iba pang format gaya ng braille, 20-point na font na malalaking print, audio na format, at naa-access

na elektronikong format (data CD) nang libre. Tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Libre ang tawag.

Mga serbisyo ng interpreter

Ang Alameda Alliance Wellness ay nagbibigay ng mga pasalitang serbisyo sa interpretasyon, pati ang sign language, mula sa isang kwalipikadong interpreter, sa 24 na oras na batayan, nang libre. Hindi mo kailangang gumamit ng isang kapamilya o kaibigan bilang interpreter Hindi namin hinihikayat ang paggamit ng mga menor de edad bilang interpreter, maliban na lang kung isa itong emergency. Libre ang mga serbisyo sa interpretasyon, wika, at kultura. Available ang tulong 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Para sa tulong sa wika, o para makuha ang handbook na ito sa ibang wika, tumawag sa 1.888.882.3767 (TTY: 1.800.735.2929). Libre ang tawag.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Maligayang pagdating sa aming plano 16

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal 16

B1. Medicare 16

B2. Medi-Cal 16

C. Mga kalamangan ng aming plano 17

D. Lugar ng serbisyo ng aming plano 18

E. Paano ka magiging karapat-dapat na maging miyembro ng isang plano 18

F. Ano ang dapat asahan sa unang pagkakataong sumali sa aming planong pangkalusugan. 19

G. Ang iyong team ng pangangalaga at plano ng pangangalaga 20

G1. Team ng pangangalaga 21

G2. Plano ng pangangalaga 21

H. Buod ng mahahalagang gastusin para sa Alameda Alliance Wellness 22

Posibleng kabilang sa iyong mga gastusin ang mga sumusunod: 22

H1. Halaga ng Plano ng Pagbabayad sa Reseta ng Medicare 22

I. Ang *Handbook ng Miyembro* na ito 22

J. Iba pang mahalagang impormasyong makukuha mo mula sa amin 23

J1. Iyong ID Card ng Miyembro 23

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya*. 24

J3. *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot*. 25

J4. Ang *Paliwanag ng Mga Benepisyo* 26

K. Pagpapanatiling napapanahon ng iyong rekord ng pagiging miyembro 26

K1. Pagkapribado ng personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information, PHI) 27

Mga Pagtanggi

- Ang Alameda Alliance Wellness ay isang HMO D-SNP plan na may kontrata sa Medicare at kontrata sa California State Medi-Cal (Medicaid Program). Ang pagpapatala sa Alameda Alliance Wellness ay depende sa pag-renew ng kontrata.
- Ang saklaw sa ilalim ng Alameda Alliance Wellness ay kwalipikadong saklaw sa kalusugan na tinatawag na “minimum na mahalagang saklaw.” Tinutugunan nito ang indibidwal na kinakailangan para sa nakabahaging responsibilidad sa Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Bisitahin ang website ng Internal Revenue Service (IRS) sa https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families para sa higit pang impormasyon tungkol sa indibidwal na kinakailangan para sa nakabahaging responsibilidad.
- Posibleng magbago ang mga benepisyo at/o copayment sa Enero 1, 2027.
- Posibleng magbago ang aming mga saklaw na gamot, network ng parmasya, at/o network ng provider anumang oras. Makakakuha ka ng abiso tungkol sa anumang pagbabago na maaaring makaapekto sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw na mas maaga.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro

Panimula

Kabilang sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa Alameda Alliance Wellness (HMO D-SNP), isang planong pangkalusugan na sinasaklaw ang lahat ng iyong mga serbisyo ng Medicare at pinag-uugnay ang lahat ng iyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, at iyong pagiging miyembro dito. Sinasabi rin nito sa iyo kung ano ang dapat asahan at kung anong impormasyon ang makukuha mo mula sa amin. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa pagkakasunod-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Maligayang pagdating sa aming plano 16

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal....16

B1. Medicare....16

B2. Medi-Cal 16

C. Mga kalamangan ng aming plano....17

D. Lugar ng serbisyo ng aming plano....18

E. Paano ka magiging karapat-dapat na maging miyembro ng isang plano....18

F. Ano ang dapat asahan sa unang pagkakataong sumali sa aming planong pangkalusugan.19

G. Ang iyong team ng pangangalaga at plano ng pangangalaga 20

G1. Team ng pangangalaga....21

G2. Plano ng pangangalaga....21

H. Buod ng mahahalagang gastusin para sa Alameda Alliance Wellness....22

Posibleng kabilang sa iyong mga gastusin ang mga sumusunod: 22

H1. Halaga ng Plano ng Pagbabayad sa Reseta ng Medicare 22

I. Ang *Handbook ng Miyembro* na ito 22

J. Iba pang mahalagang impormasyong makukuha mo mula sa amin 23

J1. Iyong ID Card ng Miyembro 23

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya*. 24

J3. *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot*. 25

J4. Ang *Paliwanag ng Mga Benepisyo* 26

K. Pagpapanatiling napapanahon ng iyong rekord ng pagiging miyembro 26

K1. Pagkapribado ng personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information, PHI) 27

A. Maligayang pagdating sa aming plano

Ang aming plano ay nagbibigay ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa mga indibidwal na karapat-dapat para sa parehong programa. Kabilang sa aming plano ang mga doktor, ospital, parmasya, provider ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, provider ng kalusugan ng pag-uugali, at iba pang provider. Mayroon din kaming mga tagapag-ugnay ng pangangalaga at team ng pangangalaga para tulungan kang pamahalaan ang iyong mga provider at serbisyo. Kumikilos silang lahat para maibigay ang pangangalagang kailangan mo.

Ang Alameda Alliance for Health (Alliance) ay isang lokal na pampublikong not-for-profit na plano sa pinapamahalaang pangangalagang pangkalusugan na naglalayong maghatid sa mga residente ng Alameda County ng mga naa-access at abot-kayang mataas na kalidad na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Ang Alliance, na itinatag noong 1996, ay ginawa ng at para sa mga residente ng Alameda County. Sinasalamin ng Lupon ng Mga Gobernador ng Alliance, namumunong staff, at network ng provider ang pagkakaiba-iba ng kultura at wika sa county. Nagbibigay ang Alliance ng mga saklaw sa pangangalagang pangkalusugan sa mahigit 415,000 residente ng Alameda County.

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal

B1. Medicare

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

- mga taong may edad na 65 taong gulang pataas,
- ilang taong wala pang 65 taong gulang na may ilang partikular na kapansanan, **at**
- mga taong may sakit sa bato na nasa huling yugto (pagpalya ng bato).

B2. Medi-Cal

Ito ang pangalan ng programa na Medicaid ng California. Ang Medi-Cal ay pinapatakbo ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na pamahalaan. Tumutulong ang Medi-Cal sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na magbayad para sa mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS) at mga medikal na gastusin. Sinasaklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi saklaw ng Medicare.

Ang bawat estado ang nagpapasya tungkol sa:

- kung ano ang binibilang bilang kita at mga mapagkukunan,

- kung sino ang karapat-dapat,
- kung anong mga serbisyo ang saklaw, **at**
- ang mga gastusin para sa mga serbisyo.

Puwedeng pagpasyahan ng mga estado kung paano patakbuhin ang kanilang mga programa, hangga't sumusunod ang mga ito sa mga pederal na tuntunin.

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

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

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

C. Mga kalamangan ng aming plano

Makukuha mo na ngayon ang lahat ng iyong saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal mula sa aming plano, kabilang ang mga gamot. **Hindi mo kailangang magbayad ng dagdag para sumali sa planong pangkalusugan na ito.**

Tumutulong kaming gawing mas epektibo ang pagsasama ng mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal para sa iyo. Kabilang sa ilan sa mga kalamangan ang:

- Puwede kang makipagtulungan sa amin para sa **karamihan** ng iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Mayroon kang team ng pangangalaga na iyong tinulungan para mabuo. Maaaring kasama sa iyong team ng pangangalaga ang iyong sarili, iyong caregiver, mga doktor, mga nars, mga tagapayo o iba pang propesyonal sa kalusugan.
- Mayroon kang access sa isang tagapag-ugnay ng pangangalaga. Ito ay isang taong nakikipagtulungan sa iyo, sa aming plano, at sa iyong team ng pangangalaga para tumulong na gumawa ng plano sa pangangalaga.
- Magagawa mong pangasiwaan ang iyong sariling pangangalaga sa tulong mula sa iyong team ng pangangalaga at tagapag-ugnay ng pangangalaga.

- Nakikipagtulungan sa iyo ang iyong team ng pangangalaga at tagapag-ugnay ng pangangalaga para gumawa ng plano sa pangangalaga para matugunan ang **iyong** mga pangangailangan sa kalusugan. Tumutulong ang team ng pangangalaga na pag-ugnayin ang mga serbisyong kailangan mo. Bilang halimbawa, nangangahulugan itong tinitiyak ng iyong team ng pangangalaga na:
    - Alam ng iyong mga doktor ang tungkol sa lahat ng gamot na iniinom mo para matiyak nilang iniinom mo ang mga tamang gamot at mabawasan ang anumang side effect na posibleng maranasan mo mula sa mga gamot.
    - Ibinabahagi ang mga resulta ng iyong pagsusuri sa lahat ng iyong mga doktor at iba pang provider, ayon sa naaangkop.

Mga bagong miyembro sa Alameda Alliance Wellness: Sa karamihan ng mga sitwasyon, itatala ka sa Alameda Alliance Wellness para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa unang araw ng buwan pagkahiling mong maitala sa Alameda Alliance Wellness. Puwede mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo sa Medi-Cal mula sa iyong nakaraan na planong pangkalusugan sa Medi-Cal sa loob ng isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng Alameda Alliance Wellness. Hindi magkakaroon ng puwang sa iyong saklaw sa Medi-Cal. Mangyaring tawagan kami sa numerong nasa ibaba ng pahina kung mayroon kang anumang tanong**.**

D. Lugar ng serbisyo ng aming plano

Kabilang sa lugar ng serbisyo ng aming plano ang county na ito sa California: Alameda County

Ang mga tao lang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ang puwedeng sumali sa aming plano.

Hindi ka puwedeng manatili sa aming plano kung lumipat ka sa labas ng aming lugar ng serbisyo. Sumangguni sa **Kabanata 8** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga epekto ng paglipat sa labas ng aming lugar ng serbisyo.

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

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

- nakatira sa aming lugar ng serbisyo (ang mga nabilanggong indibidwal ay hindi itinuturing na nakatira sa lugar ng serbisyo kahit na naroroon sila nang pisikal), **at**
- may edad na 21 taong gulang pataas sa panahon ng pagpapatala, **at**

- may parehong Medicare Part A at Medicare Part B, **at**
- mamamayan ng United States o legal ang paninirahan sa United States, **at**
- kasalukuyang karapat-dapat para sa Medi-Cal**.**

Kung mawalan ka ng pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal pero inaasahang mababawi mo ito sa loob ng (3) buwan, magiging karapat-dapat ka pa rin para sa aming plano.

Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.

F. Ano ang dapat asahan sa unang pagkakataong sumali sa aming planong pangkalusugan

Sa unang pagkakataong sumali ka sa aming plano, makakakuha ka ng pagtatasa ng panganib sa kalusugan (health risk assessment, HRA) sa loob ng 90 araw bago o pagkatapos ng petsa ng simula ng iyong pagpapatala.

Dapat kaming kumumpleto ng HRA para sa iyo. Ang HRA na ito ang batayan para sa pagbuo ng iyong plano ng pangangalaga. Kabilang sa HRA ang mga tanong para tukuyin ang iyong mga medikal na pangangailangan, pangangailangan sa kalusugan ng pag-uugali, at pangangailangan sa paggana.

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

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

Kung bago para sa iyo ang aming plano, puwede kang patuloy na magpatingin sa mga doktor kung kanino ka nagpapatingin para sa ilang panahon, kahit na wala sila sa aming network. Tinatawag namin itong pagpapatuloy ng pangangalaga. Kung wala sila sa aming network, puwede mong panatilihin ang iyong mga kasalukuyang provider at pahintulot sa serbisyo sa panahon na magpatala ka nang hanggang sa 12 buwan kung natutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Hiniling mo, ng iyong kinatawan, o ng iyong provider sa amin na payagan kang panatilihin ang iyong kasalukuyang provider.
- Natukoy naming mayroon kang umiiral na kaugnayan sa isang provider ng pangunahin o espesyalidad na pangangalaga, nang may ilang pagbubukod. Kapag sinasabi naming “umiiral na kaugnayan,” nangangahulugan itong nagpatingin ka sa isang wala sa network na provider nang kahit isang beses

para sa hindi pang-emergency na pagpapatingin sa loob ng 12 buwan bago ang petsa ng iyong paunang pagpapatala sa aming plano.

- Nakatukoy kami ng umiiral na kaugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri ng iyong available na impormasyong pangkalusugan o impormasyong ibinigay mo sa amin.
- Mayroon kaming 30 araw para tumugon sa iyong kahilingan. Puwede mong hilingin sa amin na gumawa ng mas mabilis na desisyon, at dapat kaming tumugon sa loob ng 15 araw. Puwede mong gawin ang kahilingang ito sa pamamagitan ng pagtawag sa **1.888.88A.DSNP** (**1.888.882.3767**). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1.800.735.2929**. Kung nanganganib kang magtamo ng pinsala, dapat kaming tumugon sa loob ng 3 araw.
- Ikaw o ang iyong provider ay dapat na magpakita ng dokumentasyon ng umiiral na kaugnayan at sumasang-ayon sa ilang partikular na tuntunin kapag ginagawa mo ang kahilingan.

Tandaan: Puwede mong gawin ang kahilingang 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 ipa-deliver ang nirentahang kagamitan sa nasa network na provider. Bagaman hindi mo magagawa ang kahilingang ito para sa mga provider ng transportasyon o iba pang pantulong na provider, puwede kang gumawa ng kahilingan para sa mga serbisyo ng transportasyon o iba pang pantulong na serbisyong hindi kabilang sa aming plano.

Pagkatapos ng panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga, kakailanganin mong magpatingin sa mga doktor at iba pang provider na nasa network ng Alameda Alliance Wellness na nasa network maliban kung gumawa kami ng kasunduan sa iyong wala sa network na doktor. Ang nasa network na provider ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Ang grupong medikal o Independent Physician Association (IPA) ay isang organisasyong binubuo sa ilalim ng batas ng California na nakikipagkontrata sa mga planong pangkalusugan para magbigay o mag-asikaso ng mga probisyon ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga nagpatala sa planong pangkalusugan. Ang grupong medikal o IPA ay isang samahan ng mga doktor ng pangunahing pangangalaga at espesyalista na binuo para magbigay ng mga iniugnay na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa iyo. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga.

G. Ang iyong team ng pangangalaga at plano ng pangangalaga

G1. Team ng pangangalaga

Makakatulong sa iyo ang isang team ng pangangalaga na patuloy na makuha ang pangangalagang kailangan mo. Puwedeng kasama sa isang team ng pangangalaga ang iyong doktor, tagapag-ugnay ng pangangalaga, o iba pang tao sa kalusugan na pipiliin mo.

Ang tagapag-ugnay ng pangangalaga ay isang tao na sinanay na tulungan kang pamahalaan ang pangangalagang kailangan mo. Makakakuha ka ng tagapag-ugnay ng pangangalaga kapag nagpatala ka sa aming plano. Isasangguni ka rin ng taong ito sa iba pang mapagkukunan ng komunidad na posibleng hindi maibigay ng aming plano at makikipagtulungan siya sa iyong team ng pangangalaga para tumulong na iugnay ang iyong pangangalaga. Tawagan kami sa mga numerong nasa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga at team ng pangangalaga.

G2. Plano ng pangangalaga

Nakikipagtulungan sa iyo ang iyong team ng pangangalaga para gumawa ng plano ng pangangalaga. Sinasabi ng plano ng pangangalaga sa iyo at sa iyong mga doktor kung anong mga serbisyo ang kailangan mo at kung paano makuha ang mga ito. Kasama dito ang iyong mga medikal na serbisyo, serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at pangmatagalang suporta at serbisyo (long-term services and supports, LTSS), o iba pang serbisyo.

Kabilang sa iyong plano ng pangangalaga ang:

- iyong mga layunin sa pangangalagang pangkalusugan,
- timeline para sa pagkuha ng mga serbisyong kailangan mo,
- mga personal na kagustuhan sa pangangalagang pangkalusugan,
- paglalarawan ng mga serbisyong partikular na iniakma sa iyong mga pangangailangan,
- tungkulin ng Interdisciplinary na Team ng Pangangalaga (Interdisciplinary Care Team, ICT),
- iyong tungkulin, tungkulin ng iyong pinahintulutang kinatawan, at/o tungkulin ng iyong caregiver,
- pagtukoy ng mga hadlang sa pagtugon ng iyong mga layunin,
- pagbuo ng mga iskedyul para sa follow-up at komunikasyon, at

- pagtatasa ng pag-unlad ng mga plano at layunin, at mga pagbabago ayon sa pangangailangan

Makikipagkita ang iyong team ng pangangalaga pagkatapos ng iyong HRA. Magtatanong sila sa iyo tungkol sa mga serbisyong kailangan mo. Sasabihin din nila sa iyo ang tungkol sa mga serbisyong posibleng gustuhin mong pag-isipang kunin. Binubuo ang iyong plano ng pangangalaga batay sa iyong mga pangangailangan at layunin. Nakikipagtulungan sa iyo ang iyong team ng pangangalaga para i-update ang iyong plano ng pangangalaga nang hindi bababa sa bawat taon.

H. Buod ng mahahalagang gastusin para sa Alameda Alliance Wellness

Walang premium ang aming plano.

Posibleng kabilang sa iyong mga gastusin ang mga sumusunod:

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

H1. Halaga ng Plano ng Pagbabayad sa Reseta ng Medicare

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

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

I. Ang *Handbook ng Miyembro* na ito

Ang *Handbook ng Miyembro* na ito ay bahagi ng aming kontrata sa iyo. Nangangahulugan itong dapat naming sundin ang lahat ng tuntunin sa dokumentong ito. Kung sa tingin mo ay nakagawa kami ng bagay na lumalabag sa mga tuntuning ito, posibleng puwede mong iapela ang aming desisyon. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puwede kang humiling ng *Handbook ng Miyembro* sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa ibaba ng pahina. Puwede ka ring sumangguni sa *Handbook ng Miyembro* na matatagpuan sa aming website.

May bisa ang kontrata para sa buwan kung kailan ka nakatala sa aming plano sa pagitan ng Enero 1, 2026 at Disyembre 31, 2026.

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 maka-access ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, at impormasyon tungkol sa kung paano maka-access ng *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot,* na kilala rin bilang *Listahan ng Gamot* o *Formulary*.

J1. Iyong ID Card ng Miyembro

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



Kung nasira, nawala, o nanakaw ang iyong ID Card ng Miyembro, tawagan agad ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahina. Magpapadala kami sa iyo ng bagong card.

Hangga't miyembro ka ng aming plano, hindi mo kailangang gamitin ang iyong pula, puti, at asul na Medicare card o ang iyong Medi-Cal card para makuha ang karamihan ng mga serbisyo. Itabi ang mga card na iyon sa ligtas na lugar, kung sakaling kailanganin mo ang mga ito sa ibang pagkakataon. Kung ipapakita mo ang iyong Medicare card sa halip ng iyong ID Card ng Miyembro, posibleng singilin ng provider ang Medicare sa halip ng aming plano, at posibleng

makakuha ka ng bill. Posibleng hilingin sa iyo na ipakita ang iyong Medicare card kung kailangan mo ng mga serbisyo ng ospital, serbisyo ng hospisyo, o lumahok sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare (na tinatawag ding mga klinikal na pagsubok). Sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para malaman kung ano ang dapat gawin kung makakuha ka ng bill mula sa isang provider.

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

- Mga serbisyo sa Ngipin ng Medi-Cal
- Mga inireresetang gamot sa outpatient na hindi saklaw ng Medicare
- Sakit sa Pag-abuso sa Droga o Alak
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay kung naaangkop

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.

Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang mga provider at parmasya na nasa network ng aming plano. Habang miyembro ka ng aming plano, dapat kang gumamit ng mga provider ng network para makatanggap ng mga saklaw na serbisyo.

Puwede kang humiling ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* (sa anyong elektroniko o papel na kopya) sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina. Ipapadala sa iyo sa pamamagitan ng mail ang mga kahilingan para sa mga papel na kopya ng Mga Direktoryo ng Provider at Parmasya sa loob ng tatlong araw ng trabaho.

Puwede ka ring sumangguni sa *Direktoroy ng Provider at Parmasya* sa web address sa ibaba ng pahina.

Inililista ng Direktoryong ito ang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan (tulad ng mga doktor, nars na practitioner, at psychologist), pasilidad (tulad ng mga ospital o klinika), parmasya, at provider ng suporta (tulad ng Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Nasa Hustong Gulang [Community-Based Adult Services, CBAS]) na posible mong makita bilang miyembro ng Alameda Alliance Wellness.

Kahulugan ng mga nasa network na provider

- Kasama sa aming mga nasa network na provider ang:

- mga doktor, nars, at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan kung kanino ka puwedeng magpatingin bilang miyembro ng aming plano;
- mga klinika, ospital, pasilidad ng pag-aalaga, at iba pang lugar na nagbibigay ng mga serbisyong pangkalusugan sa aming plano; **at,**
- mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS), ahensiya para sa kalusugan sa bahay, supplier ng matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME), at iba pang nagbibigay ng mga produkto at serbisyong nakukuha mo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

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

Kahulugan ng mga nasa network na parmasya

- Ang mga nasa network na parmasya ay mga parmasyang sumasang-ayong ibigay ang mga inireresetang gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para makita ang nasa network na parmasya na gusto mong gamitin.
- Maliban sa panahon ng emergency, dapat mong punan ang iyong mga reseta sa isa sa aming mga nasa network na parmasya kung gusto mong tumulong ang aming plano na magbayad para sa mga ito.

Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon. Makapagbibigay sa iyo ang parehong Mga Serbisyo sa Miyembro at aming website ng pinakanapapanahong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga nasa network na parmasya at provider.

J3. *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot*.

Ang aming plano ay may *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot*. Tinatawag namin itong *Listahan ng Gamot* sa simpleng salita. Sinasabi nito sa iyo kung aling mga gamot ang sinasaklaw ng aming plano. Pinipili ng aming plano ang mga gamot na nasa listahang ito sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Dapat matugunan ng *Listahan ng Gamot* ang mga kinakailangan ng Medicare. Isasama ang mga gamot na may mga pinagkasunduang presyo sa ilalim ng Programa sa Negosasyon sa Presyo ng Gamot ng Medicare sa iyong *Listahan ng Gamot* maliban kung naalis at napalitan ang mga ito ayon sa inilalarawan sa **Kabanata 5, Seksyon B.** Inaprubahan ng Medicare ang *Listahan ng Gamot* ng Alameda Alliance Wellness.

Sinasabi rin sa iyo ng *Listahan ng Gamot* kung mayroong anumang tuntunin o paghihigpit sa anumang gamot, tulad ng limitasyon sa dami ng puwede mong makuha. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

Bawat taon, nagpapadala kami sa iyo ng impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang *Listahan ng Gamot*, pero posibleng magkaroon ng mga pagbabago sa loob ng buong taon. Para makuha ang pinakanapapanahong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang saklaw, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o bumisita sa aming website sa address sa ibaba ng pahina.

J4. Ang *Paliwanag ng Mga Benepisyo*

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

Sinasabi sa iyo ng EOB ang kabuuang halaga na nagastos mo, o ng iba sa iyong ngalan, sa iyong mga gamot sa Medicare Part D at ang kabuuang halagang ibinayad namin para sa bawat isa sa iyong mga gamot sa Medicare Part D sa loob ng buwan. Hindi bill ang EOB na ito. Makakakita sa EOB ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom mo. Nagbibigay ang **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ng higit pang impormasyon tungkol sa EOB at kung paano ito tumutulong na masubaybayan mo ang iyong saklaw sa gamot.

Puwede ka ring humiling ng EOB. Para makakuha ng kopya, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina.

K. Pagpapanatiling napapanahon ng iyong rekord ng pagiging miyembro

Mapapanatili mong napapanahon ang iyong rekord ng pagiging miyembro sa pamamagitan ng pagsasabi sa amin kapag nagbabago ang iyong impormasyon.

Kailangan namin ang impormasyong ito para matiyak na tamang impormasyon ang mayroon kami sa aming mga rekord. Ginagamit ng mga doktor, ospital, pharmacist, at iba pang provider na nasa network ng aming plano ang iyong rekord ng pagiging miyembro para malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang saklaw at halaga ng iyong cost-sharing. Dahil dito, napakahalagang tulungan kaming panatilihing napapanahon ang iyong impormasyon.

Sabihin kaagad sa amin ang tungkol sa sumusunod:

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

- mga pagbabago sa anumang iba pang saklaw sa insurance sa kalusugan, tulad ng mula sa iyong employer, employer ng iyong asawa, o employer ng iyong domestic partner, o kompensasyon ng mga manggagawa;
- anumang claim sa pananagutan, tulad ng mga claim mula sa aksidente sa sasakyan;
- pag-admit sa pasilidad ng pag-aalaga o ospital;
- pangangalaga mula sa ospital o emergency room;
- mga pagbabago sa iyong caregiver (o sinumang responsable para sa iyo); **at,**
- kung lumalahok ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral. (**Tandaan:** Hindi mo kinakailangang sabihin sa amin ang tungkol sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral na nilalayon mong lahukan, pero hinihikayat ka naming gawin ito.)

Kung magbabago ang anumang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina.

Puwede ka ring gumawa ng mga pagbabago sa impormasyon sa pamamagitan ng pag-log in sa iyong account ng miyembro ng Alliance. Magagawa mong magparehistro at i-access ang iyong account ng miyembro ng Alliance sa pamamagitan ng pagbisita sa www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

K1. Pagkapribado ng personal na impormasyong pangkalusugan (Personal Health Information, PHI)

Posibleng kasama sa impormasyon sa iyong rekord ng pagiging miyembro ang personal na impormasyong pangkalusugan (Personal Health Information, PHI). Iniaatas ng mga pederal at pang-estadong batas na panatilihin naming pribado ang iyong PHI. Pinoprotektahan namin ang iyong PHI. Para sa higit pang detalye tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI, sumangguni sa **Kabanata 8** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at resource

Panimula

Magbibigay sa iyo ang kabanatang ito ng impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa mahahalagang resource na makakatulong sa iyo na sagutin ang mga tanong mo tungkol sa aming plano at iyong mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari mo ring gamitin ang kabanatang ito upang makakuha ng impormasyon kung paano makipag-ugnayan sa iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga at ibang taong kakatawan sa iyo. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa pagkakasunod-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Mga Serbisyo sa Miyembro 27

B. Iyong Tagapag-ugnay ng Pangangalaga 30

C. Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 32

D. Linya para sa Payo ng Nurse 33

E. Linya para sa Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali 34

F. Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) 35

G. Medicare 36

H. Medi-Cal 37

I. Tanggapan ng Ombudsman para sa Pinapamahalaang Pangangalaga at Kalusugan ng Pag-iisip ng Medi-Cal 39

J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County 40

K. Ahensya sa Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-iisip ng County 41

L. Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California 42

M. Mga Programang Makakatulong sa Mga Tao na Magbayad para Mga Gamot 43

M1. Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare 43

M2. Programa ng Tulong sa Gamot sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)..... 44

M3. Ang Plano sa Pagbabayad sa Reseta ng Medicare..... 44

N. Social Security..... 45

O. Lupon para sa Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles (Railroad Retirement Board, RRB) 46

P. Iba pang resource 47

Q. Medi-Cal Dental 48

A. Mga Serbisyo sa Miyembro

TUMAWAG	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Libre ang tawag na ito. 8 am – 8 pm., pitong (7) araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	1.800.735.2929. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. 8 am – 8 pm., pitong (7) araw sa isang linggo
FAX	1.877.747.4504
SUMULAT	Alameda Alliance Wellness Attn: Medicare Member Service 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502
EMAIL	AAWMemberSupport@alamedaalliance.org
WEBSITE	www.alamedaalliance.org/alliancewellness

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

- mga tanong tungkol sa plano
- mga tanong tungkol sa mga claim o pagsingil
- mga pasya sa pagsaklaw kaugnay ng iyong pangangalagang pangkalusugan
    - Ang pasya sa pagsaklaw kaugnay ng iyong pangangalagang pangkalusugan ay isang pasya tungkol sa:
        - iyong mga benepisyo at saklaw na serbisyo **o**
        - halagang babayaran namin para sa iyong mga serbisyong pangkalusugan.
    - Tawagan kami kung mayroon kang mga tanong tungkol sa isang pasya sa pagsaklaw kaugnay ng iyong pangangalagang pangkalusugan.
    - Upang malaman pa ang tungkol sa mga pasya sa pagsaklaw, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- mga apela tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan

- Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang isang pasyang ginawa namin tungkol sa iyong pagsaklaw at paghiling sa amin na baguhin ito kung sa tingin mo ay nagkamali kami o hindi ka sumasang-ayon sa pasya.
- Upang malaman pa ang tungkol sa pag-apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

- mga reklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan
  - Maaari kang maghain ng reklamo tungkol sa amin o sinumang provider (kasama ang provider na wala sa network o nasa network). Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa aming plano. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa amin o sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap mo (sumangguni sa **Seksyon F**).
  - Maaari mo kaming tawagan at ipaliwanag ang iyong reklamo sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767).
  - Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa isang pasya sa pagsaklaw kaugnay ng iyong pangangalagang pangkalusugan, maaari kang mag-apela (sumangguni sa seksyon sa itaas.)
  - Maaari kang magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kang gumamit ng online na form sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang humingi ng tulong.
  - Maaari kang maghain ng reklamo tungkol sa aming plano sa Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077
  - Upang matuto pa tungkol sa paghahain ng reklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa Kabanata 9 ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- mga pasya sa pagsaklaw kaugnay ng iyong mga gamot
  - Ang pasya sa pagsaklaw kaugnay ng iyong mga gamot ay isang pasya tungkol sa:
    - iyong mga benepisyo at saklaw na gamot **o**
    - halagang babayaran namin para sa iyong mga gamot.
  - Maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx ang mga saklaw na gamot na hindi Medicare, gaya ng mga over-the-counter (OTC) na gamot at ilang partikular na vitamin. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang

impormasyon. Maaari mo ring tawagan ang Sentro ng Serbisyo para sa Customer ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273.

- Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pasya sa pagsaklaw kaugnay ng iyong mga gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- mga apela tungkol sa iyong mga gamot
  - Ang apela ay isang paraan upang hilingin sa amin na baguhin ang isang pasya sa pagsaklaw.
  - Para sa higit pang impormasyon sa pag-apela tungkol sa iyong mga gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- mga reklamo tungkol sa iyong mga gamot
  - Maaari kang maghain ng reklamo tungkol sa amin o anumang parmasya. Kasama rito ang reklamo tungkol sa iyong mga gamot.
  - Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa isang pasya sa pagsaklaw kaugnay ng iyong mga gamot, maaari kang mag-apela. (Sumangguni sa seksyon sa itaas.)
  - Maaari kang magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kang gumamit ng online na form sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang humingi ng tulong.
  - Para sa higit pang impormasyon sa paghahain ng reklamo tungkol sa iyong mga gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- bayad para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot na nabayaran mo na
  - Para sa higit pang impormasyon kung paano hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo, o bayaran ang bill na natanggap mo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
  - Kung hihilingin mo sa amin na bayaran ang isang bill at hindi namin tatanggihan ang anumang bahagi ng iyong kahilingan, maaari kang mag-apela sa aming pasya. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. Iyong Tagapag-ugnay ng Pangangalaga

Ang Tagapag-ugnay ng Pangangalaga ay isang taong espesyal na nagsanay upang tulungan ka sa pamamagitan ng pagsasaayos ng proseso ng pangangalaga. Magiging bahagi ng iyong Team ng Pangangalaga ang iyong Tagapag-ugnay ng Pangangalaga, at siya ang magsisilbing pangunahing contact para sa iyo. Pagkatapos ng iyong pagpapatala, tatawag sa iyo ang isang Tagapag-ugnay ng Pangangalaga upang kumpletuhin ang iyong Pagtatasa sa Panganib sa Kalusugan (Health Risk Assessment, HRA) at Indibidwal na Plano sa Pangangalaga (Individualized Care Plan, ICP). Gagamitin ng iyong Tagapag-ugnay ng Pangangalaga ang mga tool na ito upang tukuyin at i-personalize ang iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan na akma sa iyo. Maaari kang makipag-ugnayan sa iyong Tagapag-ugnay ng Pangangalaga sa pamamagitan ng pagtawag sa numero sa ibaba.

TUMAWAG	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Libre ang tawag na ito. 8 am – 8 pm., pitong (7) araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	1.800.735.2929. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. 8 am – 8 pm, pitong (7) araw sa isang linggo
FAX	1.877.747.4504
SUMULAT	Alameda Alliance Wellness ATTN: Medicare Member Service 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502
EMAIL	AAWMemberSupport@alamedaalliance.org
WEBSITE	www.alamedaalliance.org/alliancewellness

Makipag-ugnayan sa iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga upang humingi ng tulong sa:

- mga tanong tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan
- mga tanong tungkol sa pagtanggap ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng pag-iisip at problema sa paggamit ng substance)
- mga tanong tungkol sa mga benepisyo sa ngipin
- mga tanong tungkol sa transportasyon papunta sa mga medikal na appointment

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929.
Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, 8 am – 8 pm. Libre ang tawag.
Para sa higit pang impormasyon, bisitahin ang www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

- mga tanong tungkol sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS), kabilang ang Mga Serbisyo para sa Mga Nasa Hustong Gulang sa Komunidad (Community-Based Adult Services, CBAS) at Mga Pasilidad ng Pag-aalaga (Nursing Facilities, NF)
- Pag-iiskedyul ng mga appointment sa doktor – para sa kalusugan ng iyong katawan at pag-iisip
- Pagkatuto tungkol sa mga serbisyo at resource sa komunidad
- Pagsasaayos ng mga serbisyo at supply na kailangan mo sa bahay
- Pagbibigay ng mga tool upang mas mapangalagaan ang iyong sarili
- Pag-abot sa iyong mga layunin sa kalusugan

Maaari mong matanggap ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyo para sa Mga Nasa Hustong Gulang sa Komunidad (Community-Based Adult Services, CBAS)
- pangangalaga sa sanay na pag-aalaga
- physical therapy
- occupational therapy
- speech therapy
- mga medikal na serbisyong panlipunan
- pangangalagang pangkalusugan sa bahay
- Health Worker sa Komunidad
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS) sa pamamagitan ng ahensya sa serbisyong panlipunan ng iyong county
- Multipurpose na Programa ng Mga Serbisyo sa Nakakatanda (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) sa pamamagitan ng Medi-Cal Fee-For-Service, kung naaangkop
- Ang Pangmatagalang Pangangalaga (Long-Term Care, LTC) sa isang pasilidad ng pag-aalaga, o sa isang pasilidad ng intermediate na pangangalaga para sa mga taong may kapansanan sa paglaki
- Mga Suporta sa Komunidad, kung naaangkop
- kung minsan, maaari kang humingi ng tulong sa iyong pang-araw-araw na pangangalagang pangkalusugan at mga pangangailangan sa pamumuhay

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

Ang Programa ng Tulong sa Insurance sa Kalusugan ng Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) ay isang programa ng pamahalaan na may mga nagsanay na tagapayo sa bawat estado na nagbibigay ng libreng tulong, impormasyon, at mga sagot sa iyong mga tanong sa Medicare. Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Magagawa ng mga tagapayo ng HICAP na sagutin ang iyong mga tanong at tulungan kang maunawaan ang dapat gawin upang mapangasiwaan ang iyong problema. May mga nagsanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo.

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

TUMAWAG	1.800.434.0222 8 am – 5 pm, Lunes hanggang Biyernes
TTY	TTY:711 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Medicare Counseling (HICAP) 333 Hegenberger Rd., Suite 850 Oakland, CA 94621
WEBSITE	https://www.lashicap.org/

Makipag-ugnayan sa HICAP para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa Medicare
- Magagawa ng mga tagapayo ng HICAP na sagutin ang iyong mga tanong tungkol sa paglipat sa isang bagong plano at tulungan kang:
    - maunawaan ang iyong mga karapatan,
    - maunawaan ang iyong mga pagpipilian sa plano,
    - sagutin ang mga tanong tungkol sa paglipat ng plano,
    - maghain ng mga reklamo tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan o paggamot, **at**
    - tumulong sa mga isyu sa pagsingil o mga claim.

D. Linya para sa Payo ng Nurse

Mabibigyan ka ng Linya para sa Payo ng Nurse (Nurse Advice Line) ng libreng medikal na impormasyon at payo nang 24 na oras sa isang araw, bawat araw ng taon. Maaari kang makipag-ugnayan sa Linya ng Pagtawag para sa Payo ng Nurse para sa mga tanong tungkol sa iyong kalusugan o pangangalagang pangkalusugan.

TUMAWAG	1.888.433.1876. Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	TTY:711. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

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

Kung nakakaramdam ka ng pag-iisa, matinding pagkalito, kawalan ng pag-asa, o naiisip mong magpatiwakal, available ang mga serbisyong pangkrisis upang magbigay ng mga emosyonal na resource.

Aavailable ang mga serbisyong pangkrisis nang 24/7 sa pamamagitan ng pagtawag o pag-text sa 988.

Para sa mga agarang pangangailangan sa kalusugan ng pag-uugali na hindi emergency, tumawag sa aming team ng Kalusugan ng Pag-uugali sa mga numero sa ibaba.

TUMAWAG	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Libre ang tawag na ito. 8 am – 8 pm., pitong (7) araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	1.800.735.2929. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. 8 am – 8 pm, pitong (7) araw sa isang linggo

Makipag-ugnayan sa Linya para sa Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at pag-abuso sa substance

Para sa mga tanong tungkol sa mga espesyal na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip ng iyong county, sumangguni sa **Seksyon K**.

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

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

TUMAWAG	1.877.588.1123
TTY	TTY:711 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Commence Health Program 10820 Guilford Rd. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
WEBSITE	https://www.livantaqio.com

Makipag-ugnayan sa Commence Health para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa iyong mga karapatan sa pangangalagang pangkalusugan
- paghahain ng reklamo tungkol sa pangangalagang natanggap mo kung:
    - may problema ka sa kalidad ng pangangalaga gaya ng pag-inom ng maling gamot, mga hindi kinakailangang pagsusuri o procedure, o maling diagnosis,
    - sa palagay mo ay masyadong maagang matatapos ang iyong pamamalagi sa ospital, **o**
    - sa palagay mo ay masyadong maagang matatapos ang iyong pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, o mga serbisyo sa pasilidad ng komprehensibong rehabilitasyon para sa outpatient (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF).

G. Medicare

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

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

TUMAWAG	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY	1-877-486-2048. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
MAKIPAG-CHAT NANG LIVE	Makipag-chat nang live sa www.Medicare.gov/talk-to-someone
SUMULAT	Sumulat sa Medicare sa PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

WEBSITE	www.medicare.gov • Makakuha ng impormasyon tungkol sa planong pangkalusugan at plano sa gamot ng Medicare sa iyong lugar, kasama ang halaga ng mga ito at ang mga serbisyong ibinibigay ng mga ito. • Maghanap ng mga doktor o iba pang provider at supplier ng pangangalagang pangkalusugan na kalahok sa Medicare. • Alamin kung ano ang sinasaklaw ng Medicare, kasama ang mga serbisyong pang-iwas sa sakit (tulad ng mga screening, iniksyon, o bakuna, at taunang pagpapatingin para sa “wellness”). • Makakuha ng impormasyon at mga form para sa mga apela sa Medicare. • Makakuha ng impormasyon tungkol sa kalidad ng pangangalaga na ibinibigay ng mga plano, nursing home, ospital, doktor, ahensya sa kalusugan sa bahay, pasilidad ng dialysis, sentro ng hospisyo, pasilidad ng rehibilitasyon para sa inpatient, at ospital ng pangmatagalang pangangalaga. • Maghanap ng mga kapaki-pakinabang na website at numero ng telepono. Upang magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Sineseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at ginagamit nito ang impormasyong ito upang makatulong na pahusayin ang kalidad ng programa ng Medicare.

H. Medi-Cal

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

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

Nakatala ka sa Medicare at sa Medi-Cal. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa iyong mga benepisyo sa Medi-Cal, tawagan ang iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga sa plano. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa pagpapatala sa plano ng Medi-Cal, tawagan ang Mga Opsyon sa Pangangalagang Pangkalusugan.

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. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
WEBSITE	http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

I. Tanggapan ng Ombudsman para sa Pinapamahalaang Pangangalaga at Kalusugan ng Pag-iisip ng Medi-Cal

Ang Tanggapan ng Ombudsman ay tumutulong sa paglutas ng mga problema mula sa isang neutral na paraan upang matiyak na matatanggap ng aming mga miyembro ang mga medikal na kinakailangang saklaw na serbisyo. Makikinig sila, sasagutin nila ang iyong mga tanong, susuriin nila ang iyong sitwasyon, ipapaliwanag nila ang mga patakaran at pamamaraan, magbibigay sila ng impormasyon, payo, at mga opsyon, at magmumungkahi sila ng mga naaangkop na referral. Trabaho nila ang pagtulong na bumuo ng mga makatarungang solusyon sa mga problema sa pag-access sa pangangalagang pangkalusugan. Hindi sila konektado sa aming plano o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Libre ang kanilang mga serbisyo.

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

J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County

Kung kailangan mo ng tulong sa iyong Mga Pansuportang Serbisyo sa Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS), mga benepisyo sa Pag-abuso sa Substance, o pagiging kwalipikado sa Medi-Cal, makipag-ugnayan sa iyong lokal na ahensya sa Mga Serbisyong Panlipunan ng County.

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

Makipag-ugnayan sa iyong ahensya sa Mga Serbisyong Panlipunan ng County para sa anumang tanong tungkol sa iyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal.

TUMAWAG	1.800.698-1118. Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 8:30 am hanggang 4:30 pm (Sarado nang 12:00 am hanggang 1:00 pm)
SUMULAT	Alameda County Social Services Agency (Medi-Cal Center) 6955 Foothill Blvd, Suite 143 Oakland, CA 94605
WEBSITE	www.alamedacountysocialservices.org

K. Ahensya sa Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-iisip ng County

Available sa iyo ang mga espesyal na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip at mga serbisyo sa problema sa paggamit ng substance ng Medi-Cal sa pamamagitan ng county kung matutugunan mo ang mga pamantayan sa pag-access.

TUMAWAG	1.800.491.9099. Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	1.800.533.5018. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

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

- mga tanong tungkol sa mga espesyal na kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng county
- mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa problema sa paggamit ng substance na ibinibigay ng county
- mga tanong tungkol sa mga psychiatric na serbisyo para sa inpatient na ibinibigay ng county
- mga tanong tungkol sa mga pansuportang serbisyo para sa mga malubha at pabalik-balik na kundisyon sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng county
- mga tanong tungkol sa mga serbisyong may kaugnayan sa katarungan na ibinibigay ng county
- mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa Transitional Youth at iba pang serbisyo para sa mga foster na bata at kabataan na ibinibigay ng county

L. Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

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

TUMAWAG	1-888-466-2219 Available ang mga kinatawan ng DMHC mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 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. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
WEBSITE	www.dmhc.ca.gov

M. Mga Programang Makakatulong sa Mga Tao na Magbayad para Mga Gamot

Nagbibigay ang website ng Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ng impormasyon kung paano mapababa ang iyong mga gastos sa gamot. Para sa mga taong may limitadong kita, mayroon ding iba pang programa na makakatulong, gaya ng inilalarawan sa ibaba.

M1. Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare

Dahil kwalipikado ka para sa Medi-Cal, kwalipikado ka at makakatanggap ka ng "Karagdagang Tulong" mula sa Medicare upang bayaran ang iyong mga gastos sa plano sa gamot. Wala kang kailangang gawin upang matanggap ang "Karagdagang Tulong" na ito.

TUMAWAG	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY	1-877-486-2048 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
WEBSITE	www.medicare.gov

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

- Makipag-ugnayan sa iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga o Mga Serbisyo sa Miyembro para sa mga tagubilin kung paano ibahagi ang iyong katibayan sa amin.
- Kapag natanggap namin ang katibayang nagpapakita ng tamang antas ng copayment, ia-update namin ang aming system upang mabayaran mo ang tamang halaga ng copayment kapag natanggap mo ang iyong susunod na reseta. Kung sobra ang ibabayad mo sa iyong copayment, ibabalik namin ang ibinayad mo sa pamamagitan ng tseke. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina kung mayroon kang mga tanong.

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

Tumutulong ang ADAP sa mga taong kwalipikado sa ADAP na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakapagligtas ng buhay. Ang mga gamot sa Medicare Part D na kabilang din sa pormularyo ng ADAP ay kwalipikado para sa pagbabahagi ng gastos sa reseta sa pamamagitan ng Departamento ng Pampublikong Kalusugan ng California, Tanggapan para sa AIDS. Tandaan: Upang maging kwalipikado para sa ADAP sa iyong estado, dapat matugunan ng mga tao ang mga pamantayan, kasama ang patunay ng tirahan sa estado at status ng HIV, mababang kita (ayon sa itinakda ng estado), at status bilang walang insurance/kulang sa insurance. Kung magpapalit ka ng plano, abisuhan ang iyong lokal na enrollment worker ng ADAP upang patuloy kang makatanggap ng tulong para sa impormasyon sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado, mga saklaw na gamot, o kung paano magpatala sa programa, tumawag sa 1.844.421.7050 o tingnan ang website ng ADAP sa https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/pages/OA_adap_eligibility.aspx.

M3. Ang Plano sa Pagbabayad sa Reseta ng Medicare

Ang Plano sa Pagbabayad sa Reseta ng Medicare ay isang opsyon sa pagbabayad na gumagana kasama ng iyong kasalukuyang pagsaklaw sa gamot upang tulungan kang pamahalaan ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa na sinasaklaw ng aming plano sa pamamagitan ng paghahati-hati ng mga ito sa buong taon sa kalendaryo (Enero-Disyembre). Maaaring gamitin ang opsyon sa pagbabayad na ito ng sinumang may plano sa gamot ng Medicare o planong pangkalusugan ng Medicare na may pagsaklaw sa gamot (tulad ng plano sa Medicare Advantage na may pagsaklaw sa gamot). **Maaaring makatulong ang opsyon sa pagbabayad na ito na mapamahalaan mo ang iyong mga gastos, ngunit hindi nito matitipid ang iyong pera o mapapababa ang iyong mga gastos sa gamot. Kung lalahok ka sa Plano sa Pagbabayad sa Reseta ng Medicare at mananatili ka sa parehong plano, wala kang kailangang gawin upang ipagpatuloy ang opsyong ito.** Ang “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare at ang tulong mula sa iyong SPAP at ADAP, para sa mga kwalipikado, ay mas kapaki-pakinabang kaysa sa pakikilahok sa opsyon sa pagbabayad na ito, anuman ang iyong antas ng kita, at kailangang ialok ng mga planong may pagsaklaw sa gamot ang opsyon sa pagbabayad na ito. Upang malaman pa ang tungkol sa opsyon sa pagbabayad na ito, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero ng telepono sa ibaba ng pahinang ito o bisitahin ang www.medicare.gov.

N. Social Security

Tinutukoy ng Social Security ang pagiging kwalipikado sa Medicare at pinapangasiwaan nito ang pagpapatala sa Medicare.

Kung lilipat ka ng tirahan o magbabago ang iyong mailing address, mahalagang makipag-ugnayan ka sa Social Security upang ipaalam ito sa kanila.

TUMAWAG	1-800-772-1213 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available nang 8:00 am hanggang 7:00 pm, Lunes hanggang Biyernes. Maaari mong gamitin ang kanilang mga naka-automate na serbisyo sa telepono upang makakuha ng naka-record na impormasyon at magsagawa ng ilang transaksyon 24 na oras sa isang araw.
TTY	1-800-325-0778 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
WEBSITE	www.ssa.gov

O. Lupon para sa Pagreretiro ng Mga Manggagawa sa Riles (Railroad Retirement Board, RRB)

Ang RRB ay isang independiyenteng ahensya ng Pederal na nangangasiwa sa mga komprehensibong programa ng benepisyo para sa mga manggagawa sa riles ng bansa at kanilang mga pamilya. Kung nakakatanggap ka ng Medicare sa pamamagitan ng RRB, ipaalam sa kanila kung lilipat ka ng tirahan o magbabago ang iyong mailing address. Para sa mga tanong tungkol sa iyong mga benepisyo mula sa RRB, makipag-ugnayan sa ahensya.

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

P. Iba pang resource

Nag-aalok ang Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal ng LIBRENG tulong upang matulungan ang mga taong nahihirapang makatanggap o magpanatili ng pagsaklaw sa kalusugan at lutasin ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan.

Kung mayroon kang mga problema sa:

- Medi-Cal
- Medicare
- iyong planong pangkalusugan
- pag-access sa mga medikal na serbisyo
- pag-apela sa mga tinanggihang serbisyo, gamot, matitibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME), serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip, atbp.
- medikal na pagsingil
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS)

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

Q. Medi-Cal Dental

Available ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental; kasama ang, ngunit hindi limitado sa, mga serbisyo gaya ng:

- mga inisyal na eksaminasyon, X-ray, pagpapalinis, at paggamot gamit ang fluoride
- mga restoration at crown
- root canal therapy
- mga hindi buo at kumpletong pustiso, pag-adjust, pag-aayos, at pag-reline

Available ang mga benepisyo para sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS).

TUMAWAG	1-800-322-6384 Libre ang tawag. Available ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental FFS upang tulungan ka mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
TTY	1-800-735-2922 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Kailangang mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
WEBSITE	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

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

Panimula

Ang kabanatang ito ay naglalaman ng mga partikular na tuntunin at panuntunan na kailangan mong malaman upang makatanggap ng pangangalagang pangkalusugan at iba pang saklaw na serbisyo sa aming plano. Ipapaalam din nito sa iyo ang tungkol sa iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga, kung paano makatanggap ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng mga provider at sa ilang partikular na espesyal na sitwasyon (kasama ang mula sa mga provider o parmasya na wala sa network), kung ano ang dapat gawin kung ikaw ang direktang siningil para sa mga serbisyong sinasaklaw namin, at mga panuntunan sa pagkakaroon ng Matitibay na Medikal na Kagamitan (Durable Medical Equipment, DME). Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa pagkakasunod-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider 50

B. Mga panuntunan sa pagtanggap ng mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano 51

C. Iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga 53

C1. Ano ang tagapag-ugnay ng pangangalaga 53

C2. Paano mo makakaugnayan ang iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga 54

C3. Maaari mong palitan ang iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga 54

D. Pangangalaga mula sa mga provider 55

D1. Pangangalaga mula sa isang provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) 55

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang provider na nasa network 58

D3. Kapag umalis sa aming plano ang isang provider 59

D4. Mga provider na wala sa network 60

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports, LTSS) 62

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (problema sa kalusugan ng pag-iisip at paggamit ng substance) 63

F1. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip ng Medi-Cal na ibinibigay sa labas ng aming plano 63

G. Mga serbisyo sa transportasyon 66

G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon 66

G2. Hindi medikal na transportasyon 68

H. Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag agarang kinakailangan, o sa panahon ng sakuna 70

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency 70

H2. Agarang kinakailangang pangangalaga 72

H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna 73

I. Paano kung direkta kang siningil para sa mga saklaw na serbisyo 73

I1. Ano ang dapat gawin kung hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo 74

J. Pagsaklaw ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral 74

J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral 75

J2. Pagbabayad para sa mga serbisyo kapag nakilahok ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral 75

J3. Higit pa tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral 76

K. Paano sinasaklaw ang iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan 76

K1. Kahulugan ng panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan 76

K2. Pangangalaga mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan 76

L. Matitibay na medikal na kagamitan (durable medical equipment, DME) 77

L1. DME bilang miyembro ng aming plano 77

L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat ka sa Original Medicare 78

L3. Mga benepisyo sa oxygen equipment bilang miyembro ng aming plano 79

L4. Oxygen equipment kapag lumipat ka sa Original Medicare o ibang plano ng Medicare Advantage (MA) 79

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 sa kalusugan ng pag-uugali, mga inireresetang gamot at gamot na mabibili nang walang reseta, kagamitan, at iba pang serbisyo. Ang **mga saklaw na serbisyo** ay alinman sa mga serbisyong ito na binabayaran ng aming plano. Ang saklaw na pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS ay nasa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Ang iyong mga saklaw na serbisyo para sa mga inireresetang gamot at gamot na mabibili nang walang reseta ay nasa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Ang mga provider ay mga doktor, nurse, at iba pang taong nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga, at lisensyado ng estado. Kasama rin sa mga provider ang mga ospital, ahensya sa kalusugan sa bahay, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, medikal na kagamitan, at ilang partikular na 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 buong bayad. Nakipagkasundo kami sa mga provider na ito na magbibigay ng mga saklaw na serbisyo sa iyo. Direkta kaming sisingilin ng mga provider na nasa network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa iyo. Kapag gumamit ka ng provider na nasa network, karaniwang wala kang babayaran para sa mga saklaw na serbisyo.

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

Sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Medicare, at karamihan sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Kasama rito ang ilang partikular na kalusugan ng pag-uugali at LTSS.

Karaniwang babayaran ng aming plano ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at maraming LTSS na matatanggap mo kapag sumunod ka sa aming mga panuntunan. Ang sasaklawin ng aming plano:

- Ang pangangalagang matatanggap mo ay dapat kasama sa aming Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Ang pangangalaga ay dapat **medikal na kinakailangan**. Kapag sinabing medikal na kinakailangan, ang ibig naming sabihin ay mga serbisyong makatuwiran at kinakailangan upang ma-diagnose at magamot ang iyong medikal na kundisyon. Kailangan ang medikal na kinakailangang pangangalaga upang maiwasan ang pagkakaroon ng malubhang karamdaman o pagkakaroon ng kapansanan ng mga indibidwal, at pinapagaan nito ang matinding pananakit 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 ng iyong pangangalaga. Bilang miyembro ng plano, dapat kang pumili ng provider na nasa network na magiging iyong PCP (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon D1** ng kabanatang ito).
    - Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat kang bigyan ng pag-apruba ng iyong PCP na nasa network o ng aming plano bago ka makagamit ng provider na hindi iyong PCP o gumamit ng ibang provider sa network ng aming plano. Tinatawag itong **referral**. Kung hindi ka makakakuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo.
    - Ang mga PCP ng aming plano ay maaaring kaakibat ng mga medikal na grupo. Kapag pumili ka ng iyong PCP at kung kaakibat ng medikal na grupo ang PCP, pinipili mo rin ang kaakibat na medikal na grupo. Ibig sabihin, ire-refer ka ng iyong PCP sa mga espesyalista at serbisyo na kaakibat din ng kanyang medikal na grupo. Ang medikal na grupo ay isang samahan ng mga provider ng pangunahing pangangalaga (primary

care provider, PCP) at espesyalista na ginawa upang magbigay sa iyo ng mga isinaayos na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.

- Hindi mo kailangan ng mga referral mula sa iyong PCP para sa pang-emergency o agarang kinakailangan na pangangalaga, upang gumamit ng provider para sa kalusugan ng kababaihan, o para sa alinman sa iba pang serbisyo na nakalista sa **Seksyon D1** ng kabanatang ito.

- **Dapat mong matanggap ang iyong pangangalaga mula sa mga provider na nasa network** (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon D** sa kabanatang ito)**.** Kadalasan, hindi namin sasaklawin ang pangangalaga mula sa isang provider na hindi nakikipagtulungan sa aming planong pangkalusugan. Ibig sabihin, kakailanganin mong magbayad sa provider nang buo para sa mga serbisyong matatanggap mo. Narito ang ilang kaso kung kailan hindi nalalapat ang panuntunang ito:

  - Sinasaklaw namin ang pang-emergency o agarang kinakailangan na pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon H** sa kabanatang ito).

  - Kung kailangan mo ng pangangalaga na sinasaklaw ng aming plano at hindi ito maibibigay ng aming mga provider na nasa network, maaari kang tumanggap ng pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network. Kailangan ng pahintulot at dapat itong hingin mula sa plano bago tumanggap ng pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, sasaklawin namin ang pangangalaga na parang natanggap mo ito mula sa isang provider na nasa network. Para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pag-apruba upang gumamit ng provider na wala sa network, pumunta sa **Seksyon D4** sa kabanatang ito.

  - Sinasaklaw namin ang mga serbisyo ng dialysis sa bato kapag wala ka sa lugar ng serbisyo ng aming plano nang maikling panahon o kapag pansamantalang hindi available o hindi naa-access ang iyong provider.

  - Sa una mong pagsali sa aming plano, maaari kang humiling na ipagpatuloy ang paggamit sa iyong mga kasalukuyang provider. Maliban sa ilang pagbubukod, dapat naming aprubahan ang kahilingang ito kung mapapatunayan naming may kasalukuyan kang ugnayan sa mga provider. Sumangguni sa **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan, patuloy mong magagamit ang mga provider na ginagamit mo ngayon nang hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyon, makikipag-ugnayan sa iyo ang

iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga upang tulungan kang maghanap ng mga provider sa aming network. Pagkatapos ng 12 buwan, hindi na namin sasaklawin ang iyong pangangalaga kung patuloy kang gagamit ng mga provider na wala sa aming network.

Iba pang Pagsaklaw sa Kalusugan: Dapat gamitin ng mga miyembro ng Medi-Cal ang lahat ng iba pang pagsaklaw sa kalusugan (other health coverage, OHC) bago ang Medi-Cal kapag available ang parehong serbisyo sa ilalim ng iyong pagsaklaw sa kalusugan dahil Medi-Cal ang huling tagapagbayad. Ibig sabihin, sa karamihan ng mga kaso, Medi-Cal ang magiging pangalawang tagapagbayad sa OHC ng Medicare, na sumasaklaw sa mga pinapayagang gastos na hindi babayaran ng aming plano o iba pang OHC hanggang sa rate ng Medi-Cal.

Mga bagong miyembro sa Alameda Alliance Wellness: Sa karamihan ng mga sitwasyon, itatala ka sa Alameda Alliance Wellness para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa unang araw ng buwan pagkahiling mong maitala sa Alameda Alliance Wellness. Maaari mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa iyong dating planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Alameda Alliance Wellness. Hindi magkakaroon ng agwat sa iyong pagsaklaw sa Medi-Cal. Tawagan kami sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) at TTY sa 1.800.735.2929 kung mayroon kang anumang tanong.

C. Iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga

C1. Ano ang tagapag-ugnay ng pangangalaga

Isang miyembro ng interdisciplinary na team ng pangangalaga na kikilalanin ka at aalamin ang iyong mga pangangailangan sa kalusugan. Nakikipagtulungan ang iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga bilang bahagi ng isang team kasama ka, ang iyong (mga) doktor, tagapag-alaga, at iba pang sangkot sa iyong pangangalagang pangkalusugan at:

- Susuriin niya ang iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan
- Ipaplano niya ang iyong pangangalaga kasama ka at ang iyong Team ng Pangangalaga
- Gagawin niya ang iyong Pang-indibidwal na Plano sa Pangangalaga na nakatuon sa iyong mga pangangailangan at iyong pagpili
- Isasaayos niya ang iyong pangangalaga
- Makikipag-usap siya sa iyo at iyong mga doktor
- Susubaybayan niya ang iyong kalagayan at gagawa siya ng mga pagbabago kung kinakailangan

C2. Paano mo makakaugnayan ang iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga

Upang makausap ang iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929.

C3. Maaari mong palitan ang iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga

Upang palitan ang iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929.

D. Pangangalaga mula sa mga provider

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

Dapat kang pumili ng PCP na magbibigay at mamamahala ng iyong pangangalaga. Ang mga PCP ng aming plano ay nasa network.

Kahulugan ng PCP at ang ginagawa ng PCP para sa iyo

Ang PCP ay isang doktor na nakakatugon sa mga kinakailangan ng estado at sinanay upang magbigay sa iyo ng pangunahing medikal na pangangalaga.

Ang PCP ay maaaring isang:

- General practitioner
- Internist
- Pediatrician
- Pampamilyang practitioner
- OB/GYN
- Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan ng Mga Indian (Indian Health Care Provider, IHCP)
- Center ng Kalusugan na Kwalipikado sa Ilalim ng Pederal (Federally Qualified Health Center, FQHC)
- Nurse practitioner
- Physician assistant
- Klinika

Ang medikal na grupo o IPA ay isang network o grupo ng mga doktor na nagtutulungan. Tinatawag din itong grupo ng provider.

Ire-refer ka ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) sa mga espesyalista at serbisyo na konektado sa kanyang medikal na grupo, IPA, o sa Alameda Alliance Wellness. Kung may pinupuntahan ka nang espesyalista, kausapin ang iyong PCP o tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Tutulungan ka ng Mga Serbisyo sa Miyembro na magpatingin sa provider na iyon kung kwalipikado ka para sa pagpapatuloy ng pangangalaga. Ang Center ng Kalusugan na Kwalipikado sa Ilalim ng Pederal (Federally Qualified Health Center, FQHC) ay isang center ng kalusugan sa isang lugar na wala masyadong provider. Maaari kang tumanggap ng

pangunahing pangangalaga at pangangalagang pang-iwas sa sakit sa isang FQHC at maaari mong piliin na maging PCP mo ang isang FQHC.

Para sa ilang uri ng pangangalaga, kakailanganin ng iyong PCP na humingi ng pahintulot sa Alameda Alliance Wellness bago mo matanggap ang pangangalaga. Tinatawag itong paghingi ng paunang pag-apruba o paunang pahintulot. Ibig sabihin, dapat tiyakin ng plano na medikal na kinakailangan (kailangan) ang pangangalaga.

Ang napili mong PCP

Kung may partikular na espesyalista o ospital na gusto mong gamitin, alamin kung sila ay kaakibat ng medikal na grupo ng iyong PCP. Maaari mong tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, puntahan ang aming website sa www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor at hanapin ang PCP na gusto mo, o hilingin sa Mga Serbisyo sa Miyembro na alamin kung ang PCP ay nagbibigay ng mga referral sa espesyalistang iyon o gumagamit ng ospital na iyon.

Opsyong palitan ang iyong PCP

Maaari mong palitan ang iyong PCP sa anumang dahilan, anumang oras. May posibilidad ding umalis ang iyong PCP sa network ng aming plano. Kung aalis ang iyong PCP sa aming network, maaari ka naming tulungan na maghanap ng bagong PCP sa aming network.

Ikaw ang pinakanakakaalam sa iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan, kaya pinakamainam kung ikaw ang pipili ng iyong PCP. Pinakamainam na manatili sa isang PCP upang malaman niya ang iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan. Gayunpaman, kung gusto mong magpalit ng PCP, maaari mo itong gawin anumang oras. Dapat kang pumili ng PCP na nasa network ng provider ng Alameda Alliance Wellness at tumatanggap ng mga bagong pasyente. Ang iyong bagong pinili ay magiging PCP mo sa unang araw ng susunod na buwan pagkatapos mong gawin ang pagbabago. Upang palitan ang iyong PCP, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Maaari mo ring hilingin na palitan ang iyong PCP online kapag nag-log in ka sa iyong Alliance Member Portal account sa www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Maaaring palitan ng Alameda Alliance Wellness ang iyong PCP kung ang PCP ay hindi tumatanggap ng mga bagong pasyente, umalis na sa network ng Alliance, hindi nagbibigay ng pangangalaga sa mga pasyenteng kaedad mo, o kung may mga alalahanin sa PCP na may kaugnayan sa kalidad na hindi pa nalulutas. Maaari ring hilingin sa iyo ng Alameda Alliance Wellness o ng iyong PCP na magpalit ng PCP kung hindi ka nasisiyahan o hindi ka sumasang-ayon sa PCP mo, o kung makakaligtaan mo ang o mahuhuli ka sa mga appointment. Kung kailangang palitan ng Alameda Alliance Wellness ang iyong PCP, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng pagsulat. Kung magbabago ang iyong PCP, makakatanggap ka ng liham at

bagong ID card ng miyembro ng Alameda Alliance Wellness sa koreo. Isasaad doon ang pangalan ng bago mong PCP. Ilang bagay na dapat pag-isipan kapag pumipili ng PCP:

- Nangangalaga ba sa mga bata ang PCP?
- Nagtatrabaho ba ang PCP sa klinikang gusto kong gamitin?
- Tumatanggap ba ng mga bagong pasyente ang PCP?
- Malapit ba ang tanggapan ng PCP sa aking bahay, trabaho, o paaralan ng aking mga anak?
- Malapit ba ang tanggapan ng PCP kung saan ako nakatira, at madali bang puntahan ang tanggapan ng PCP?
- Nagsasalita ba sa wika ko ang mga doktor at staff?
- Natatrabaho ba ang PCP sa ospital na gusto ko?
- Ibinibigay ba ng PCP ang mga serbisyong kailangan ko?
- Naaangkop ba sa iskedyul ko ang mga oras ng tanggapan ng PCP?
- Nakikipagtulungan ba ang PCP sa mga espesyalistang pinupuntahan ko?

Ang aming plano ay may ilang PCP na kaakibat ng mga medikal na grupo. Kung papalitan mo ang iyong PCP, maaari ring mapalitan ang iyong mga medikal na grupo. Kung hihiling ka ng pagbabago, ipaalam sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung gumagamit ka ng espesyalista o tumatanggap ka ng iba pang saklaw na serbisyo na dapat mayroong pag-apruba ng PCP. Tutulungan ka ng Mga Serbisyo sa Miyembro na ipagpatuloy ang iyong espesyal na pangangalaga at iba pang serbisyo kapag nagpalit ka ng iyong PCP.

Mga serbisyong maaari mong makuha nang walang pag-apruba mula sa iyong PCP

Sa karamihan ng mga kaso, kailangan mo ng pag-apruba mula sa iyong PCP o aming plano bago gumamit ng iba pang provider. Tinatawag ang pag-aprubang ito na **referral**. Maaari kang makatanggap ng mga serbisyo tulad ng mga nakalista sa ibaba nang wala munang nakukuhang pag-apruba mula sa iyong PCP o aming plano:

- Mga serbisyong pang-emergency mula sa mga provider na nasa network o provider na wala sa network
- Ang mga agarang kinakailangang saklaw na serbisyo na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon (ngunit hindi pang-emergency) kung pansamantalang wala ka sa lugar ng serbisyo ng aming plano, o kung hindi

makatuwiran, dahil sa iyong oras, lugar, at mga sitwasyon, na matanggap ang serbisyong ito mula sa mga provider na nasa network. Ang mga halimbawa ng mga agarang kinakailangang serbisyo ay mga hindi inaasahang medikal na karamdaman at pinsala o hindi inaasahang flare-up o pag-atake ng mga kasalukuyang kundisyon. Ang mga medikal na kinakailangang regular na pagpapatingin sa provider (tulad ng mga taunang checkup) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na wala ka sa lugar ng serbisyo ng aming plano o pansamantalang hindi available ang aming network.

- Mga serbisyo ng dialysis sa bato na matatanggap mo sa isang pasilidad ng dialysis na sertipikado ng Medicare kapag wala ka sa lugar ng serbisyo ng aming plano. Kung tatawagan mo ang Mga Serbisyo sa Miyembro bago ka umalis sa lugar ng serbisyo, matutulungan ka naming makatanggap ng dialysis habang wala ka.

- Mga bakuna laban sa trangkaso at bakuna laban sa COVID-19*:* pati na rin mga bakuna laban sa hepatitis B at bakuna laban sa pneumonia basta't matatanggap mo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.

- Regular na pangangalaga sa kalusugan ng kababaihan at mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Kasama rito ang mga pagsusuri sa dibdib, screening na mammogram (X-ray ng dibdib), Pap test, at pagsusuri sa balakang basta't matatanggap mo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.

Bukod pa rito, kung ikaw ay isang American Indian na Miyembro, maaari kang makatanggap ng Mga Saklaw na Serbisyo mula sa isang Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan para sa Indian na pinili mo, nang walang referral mula sa isang PCP na Nasa Network o Paunang Pahintulot.

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

Ang espesyalista ay isang doktor na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan. Maraming uri ng mga espesyalista, gaya ng:

- Mga oncologist na nangangalaga sa mga pasyenteng may cancer.

- Mga cardiologist na nangangalaga sa mga pasyenteng may mga problema sa puso.

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

Ang iyong PCP ay maaaring magbigay sa iyo ng referral upang magpatingin sa isang espesyalistang nasa network o ilang pang partikular na provider
kapag medikal na kinakailangan na magpanatili ka ng mabuting kalusugan. Ang iyong PCP ay maaaring magbigay sa iyo ng form na dadalhin sa espesyalista. Sasagutan ng espesyalista ang

form at ibabalik niya ito sa iyong PCP. Gagamutin ka ng espesyalista hangga't sa palagay niya ay kailangan mo ng paggamot.

Kung may problema ka sa kalusugan na nangangailangan ng espesyal na medikal na pangangalaga nang mahabang panahon, maaaring mangailangan ka ng standing referral. Kapag sinabing standing referral, ibig sabihin, maaari kang pumunta sa parehong espesyalista nang higit sa isang beses nang hindi humihingi ng referral sa bawat pagkakataon.

Para sa ilang uri ng pangangalaga, kakailanganin ng iyong PCP o espesyalista na humingi ng pahintulot sa Alameda Alliance Wellness bago mo matanggap ang pangangalaga. Tinatawag itong paghingi ng paunang pag-apruba o paunang pahintulot. Ibig sabihin, dapat tiyakin ng plano na medikal na kinakailangan (kailangan) ang pangangalaga.

Dapat kang humingi ng paunang pahintulot mula sa Alameda Alliance Wellness bago tumanggap ng pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network. Responsibilidad ng iyong PCP ang pagsusumite ng kahilingan sa paunang pahintulot para sa mga serbisyong wala sa network.

Sinusuri ng klinikal o medikal na staff gaya ng mga doktor, nurse, at pharmacist ang mga kahilingan sa paunang pag-apruba (paunang pahintulot). Hindi iniimpluwensyahan ng Alameda Alliance Wellness, sa anumang paraan, ang pagpapasya ng mga tagasuri na tanggihan o aprubahan ang saklaw o mga serbisyo.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang pahintulot, sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4, Seksyon D**.

D3. Kapag umalis sa aming plano ang isang provider

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

- Kahit na magbago ang aming network ng mga provider sa kasalukuyang taon, dapat ka naming bigyan ng walang patid na access sa mga kwalipikadong provider.
- Aabisuhan ka namin na aalis na sa aming plano ang iyong provider upang mayroon kang oras na pumili ng bagong provider.
    - Kung aalis sa aming plano ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga o kalusugan ng pag-uugali, aabisuhan ka namin kung nagpatingin ka sa provider na iyon sa loob ng nakalipas na tatlong taon.
    - Kung aalis sa aming plano ang sinuman sa iba mo pang provider, aabisuhan ka namin kung nakatalaga ka sa provider, kasalukuyan kang

tumatanggap ng pangangalaga mula sa kanya, o nagpatingin ka sa kanya sa loob ng nakalipas na tatlong buwan.

- Tutulungan ka naming pumili ng bagong kwalipikadong provider na nasa network na patuloy na mamamahala ng iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Kung kasalukuyan kang sumasailalim sa medikal na paggamot o mga therapy sa iyong kasalukuyang provider, may karapatan kang humiling na ipagpatuloy ang pagtanggap ng medikal na kinakailangang paggamot o therapy. Makikipagtulungan kami sa iyo upang patuloy kang makatanggap ng pangangalaga.
- Ibibigay namin sa iyo ang impormasyon tungkol sa mga available na panahon ng pagpapatala at opsyong maaaring mayroon ka para sa pagpapalit ng plano.
- Kung hindi kami makakahanap ng kwalipikadong espesyalistang nasa network na accessible para sa iyo, dapat kaming makipagkasundo sa isang espesyalistang wala sa network na magbibigay ng iyong pangangalaga kapag hindi available o hindi sapat ang isang provider na nasa network o benepisyo upang matugunan ang iyong mga medikal na pangangailangan. Kinakailangan ang paunang pahintulot.
- Kung mapag-alaman mong aalis sa aming plano ang isa sa iyong mga provider, makipag-ugnayan sa amin. Maaari ka naming tulungan na pumili ng bagong provider na mamamahala ng iyong pangangalaga.
- Kung sa tingin mo ay hindi namin napalitan ng kwalipikadong provider ang dati mong provider o hindi namin maayos na pinapamahalaan ang iyong pangangalaga, may karapatan kang maghain ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO), maghain ng karaingan tungkol sa kalidad ng pangangalaga, o pareho. (Sumangguni sa **Kabanata 9** para sa higit pang impormasyon.)

D4. Mga provider na wala sa network

Ang mga provider na wala sa network ay mga provider na walang kasunduang makipagtulungan sa Alameda Alliance Wellness. May karapatan kang makatanggap ng mga serbisyo mula sa mga provider na wala sa network para sa mga serbisyong pang-emergency o agarang kinakailangang serbisyo. Maaaring kailanganin mong bayaran ang anumang pangangalagang matatanggap mo mula sa mga provider na wala sa network sa iyong lugar ng serbisyo, maliban sa pangangalagang pang-emergency, pangangalaga sa pamilya, sensitibong pangangalaga, at pangangalagang paunang inaprubahan ng Alameda Alliance Wellness. Kung kailangan mo ng mga medikal na kinakailangang

serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na hindi available sa network, maaari mong matanggap nang libre ang mga ito mula sa isang provider na wala sa network. Maaaring aprubahan ng Alameda Alliance Wellness ang isang referral sa isang provider na wala sa network kung ang mga serbisyong kailangan mo ay wala sa network o nasa lugar na napakalayo mula sa bahay mo. Kung bibigyan ka namin ng referral sa isang provider na wala sa network, babayaran namin ang iyong pangangalaga. Para sa mga agarang pangangalaga sa loob ng lugar ng serbisyo ng Alameda Alliance Wellness, hindi mo kailangan ng paunang pag-apruba (paunang pahintulot) upang makatanggap ng agarang pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Hindi mo kailangang makakuha ng paunang pag-apruba (paunang pahintulot) upang makatanggap ng agarang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network sa loob ng lugar ng serbisyo ng Alameda Alliance Wellness. Bukod pa rito, sinasaklaw ang mga serbisyo ng dialysis para sa mga miyembro ng End-Stage Renal Disease (ESRD) na bumiyahe sa labas ng lugar ng serbisyo ng Alameda Alliance Wellness o kapag pansamantalang hindi available o hindi ma-access ang provider, at hindi magawang ma-access ang mga provider ng ESRD.

Kung wala ka sa lugar ng serbisyo ng Alameda Alliance Wellness at kailangan mo ng pangangalagang hindi pang-emergency o agaran, tawagan kaagad ang iyong PCP. Para sa pangangalagang pang-emergency, tumawag sa **911** o pumunta sa pinakamalapit na emergency room. Sinasaklaw ng Alameda Alliance Wellness ang pangangalagang pang-emergency na wala sa network. Ang Alameda Alliance Wellness ay may pang-emergency na pagsaklaw sa buong mundo. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang detalye sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929.

Kung kailangan mo ng medikal na pangangalaga na ipinag-aatas ng Medicare at/o Medi-Cal na saklawin ng aming plano at hindi maibibigay ng Mga Provider sa aming network ang pangangalagang ito, maaari mong matanggap ang pangangalagang ito mula sa isang Provider na wala sa network. Responsibilidad ng iyong PCP ang pagsusumite ng kahilingan sa paunang pahintulot para sa mga serbisyong wala sa network. Dapat kang humingi ng pahintulot mula sa plano o sa kaakibat na medikal na grupo ng iyong PCP upang tumanggap ng pangangalaga mula sa isang Provider na wala sa network maliban kung tatanggap ka ng mga serbisyong pang-emergency o agarang kinakailangan.

Sa ganitong sitwasyon, ikaw ang magbabayad ng parehong halaga na babayaran mo kung natanggap mo ang pangangalaga mula sa isang provider na nasa network.

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

- Hindi kami maaaring magbayad sa isang provider na hindi kwalipikadong lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.
- Kung gagamit ka ng provider na hindi kwalipikadong lumahok sa Medicare, dapat mong bayaran ang buong gastos sa mga serbisyong matatanggap mo.
- Dapat ipaalam sa iyo ng mga provider kung hindi sila kwalipikadong lumahok sa Medicare.

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

Matutulungan ka ng LTSS na manatili sa bahay at maiwasan ang pamamalagi sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga. Mayroon kang access sa ilang partikular na LTSS sa pamamagitan ng aming plano, kasama ang pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, Mga Serbisyo para sa Nasa Hustong Gulang sa Komunidad (Community Based Adult Services, CBAS), at Mga Suporta sa Komunidad. Available ang isa pang uri ng LTSS, ang programang Mga Pansuportang Serbisyo sa Bahay, sa pamamagitan ng ahensya sa serbisyong panlipunan ng iyong county.

Mga Pansuportang Serbisyo sa Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS)

- Tutulong ang Programang IHSS na bayaran ang mga serbisyong ibinigay sa iyo upang manatili kang ligtas sa sarili mong bahay. Ang IHSS ay itinuturing na alternatibo sa pangangalaga sa labas ng bahay, gaya ng mga nursing home o pasilidad para sa matutuluyan at pangangalaga.
- Ang mga uri ng serbisyo na maaaring payagan sa pamamagitan ng IHSS ay ang paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga (gaya ng pangangalaga sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, pag-aayos ng sarili, at mga paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal na appointment, at pamprotektang pangangasiwa para sa may kapansanan sa pag-iisip.

Kung natutugunan mo ang mga pamantayan sa alinman sa mga programang LTSS, makakatulong sa iyo ang tagapag-ugnay ng pangangalaga na mag-apply upang matiyak na mayroon kang kinakailangang pangangalaga at suporta sa bahay.

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (problema sa kalusugan ng pag-iisip at paggamit ng substance)

May karapatan kang ma-access ang mga medikal na kinakailangang serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Hindi nagbibigay ang aming plano ng espesyal na mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip ng Medi-Cal o mga serbisyo para sa problema sa paggamit ng substance ng county, ngunit available sa iyo ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng (ACCESS Program) ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga sa Kalusugan ng Pag-iisip ng Alameda County.

F1. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip ng Medi-Cal na ibinibigay sa labas ng aming plano

Available sa iyo ang espesyal na mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip ng Medi-Cal sa pamamagitan ng plano sa kalusugan ng pag-iisip (mental health plan, MHP) ng county kung matutugunan mo ang pamantayan upang ma-access ang mga espesyal na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip. Kasama sa espesyal na mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip ng Medi-Cal na ibinibigay ng (ACCESS Program) ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Alameda County ang:

- mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip
- mga serbisyo para sa suporta sa gamot
- mga intensibong serbisyo sa paggamot sa umaga
- rehabilitasyon sa umaga
- mga serbisyo sa pamamagitan sa panahon ng krisis
- mga serbisyo sa pag-stabilize sa panahon ng krisis
- mga residensyal na serbisyo ng paggamot para sa nasa hustong gulang
- mga residensyal na serbisyo ng paggamot sa panahon ng krisis
- mga psychiatric na serbisyo sa pasilidad para sa kalusugan
- mga psychiatric na serbisyo sa ospital para sa inpatient

- mga naka-target na pamamahala ng kaso
- Muling Pagpasok na Nauugnay sa Hustisya
- assertive na paggamot sa komunidad (assertive community treatment, ACT)
- forensic na assertive na paggamot sa komunidad (forensic assertive community treatment, FACT)
- isinaayos na espesyal na pangangalaga (coordinated specialty care, CSC) para sa unang episode ng psychosis (first episode psychosis, FEP)
- mga serbisyo sa clubhouse
- mga pinahusay na serbisyo ng health worker sa komunidad (community health worker, CHW)
- sinusuportahang trabaho
- mga serbisyo sa suporta ng kasamahan
- mga mobile na serbisyo sa pamamagitan sa krisis na nakabase sa komunidad
- mga therapeutic na serbisyong nauugnay sa pag-uugali
- therapeutic na foster na pangangalaga
- pagsasaayos ng intensibong pangangalaga
- mga intensibong serbisyo sa tahanan

Kasama sa mga serbisyo ng Medi-Cal kaugnay ng ipinagbabawal na gamot na ibinibigay ng (ACCESS Program) ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Alameda County ang:

- mga serbisyo sa intensibong paggamot para sa outpatient
- residensyal na paggamot sa problema sa paggamit ng substance sa perinatal na panahon
- mga serbisyo sa paggamot para sa outpatient
- programa sa paggamot na nauugnay sa narkotiko
- mga gamot para sa paggamot sa pagkalulong (tinatawag ding Paggamot Gamit ang Gamot)
- mga mobile na serbisyo sa pamamagitan sa krisis na nakabase sa komunidad

Available sa iyo ang mga serbisyo sa Paghahatid ng Gamot na Isinaayos ng Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) sa pamamagitan ng (ACCESS Program) ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Alameda County kung matutugunan mo ang mga pamantayan upang matanggap ang mga serbisyong ito. Kasama sa Mga Serbisyo sa DMC-ODS ang:

- mga serbisyo sa paggamot para sa outpatient
- mga serbisyo sa intensibong paggamot para sa outpatient
- mga serbisyo sa bahagyang pagkakaospital
- mga gamot para sa paggamot sa pagkalulong (tinatawag ding Paggamot Gamit ang Gamot)
- mga residensyal na serbisyo ng paggamot
- mga serbisyo sa pamamahala sa withdrawal
- programa sa paggamot na nauugnay sa narkotiko
- mga serbisyo sa paggaling
- pagsasaayos ng pangangalaga
- mga mobile na serbisyo sa pamamagitan sa krisis na nakabase sa komunidad
- mga serbisyo sa maagang pamamagitan (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)
- maagang pana-panahong screening, diagnosis, at paggamot (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)
- mga serbisyo sa paggamot para sa inpatient

Bukod sa mga serbisyong nakalista sa ibaba, maaaring may access ka sa mga serbisyo sa boluntaryong pag-detoxify bilang inpatient kung nakakatugon ka sa mga pamantayan.

Maa-access mo ang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip at paggamit ng substance sa pamamagitan ng direktoryo ng provider ng Plano sa www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor, o sa pamamagitan ng pagtawag sa departamento ng mga serbisyo sa miyembro ng Plano sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767).

Available ang mga mapagkukunan para sa krisis nang 24/7 sa pamamagitan ng pagtawag sa 988, o sa pamamagitan ng mga mapagkukunang nakalista sa aming website sa

www.alamedaalliance.org/alliancewellness. Maaaring i-access ang mga serbisyo para sa krisis anumang oras nang hindi kailangang makipag-ugnayan sa Plano. Walang kinakailangang paunang pahintulot.

Nag-aalok ang Plano ng pagsasaayos ng pangangalaga upang tulungan kang ma-access ang pangangalaga sa kalusugan ng pag-uugali. Maaari mong tawagan ang mga serbisyo sa miyembro (1.888.88A.DSNP o 1.888.882.3767) upang humingi ng tulong sa paghahanap ng provider sa kalusugan ng pag-uugali.

Hindi kailangan ng referral ng PCP upang ma-access ang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at walang “maling paraan” sa pag-access sa serbisyo, at marami itong entry point.

Isasaayos ng Plano ang pangangalaga at benepisyo kapag ia-access mo ang mga serbisyo sa pagitan ng Plano at ng county. Posibleng kailanganin mong sumang-ayon sa paglalabas ng impormasyon para sa ilang uri ng impormasyong ibabahagi sa pagitan ng Plano at ng county.

Ang serbisyo ay “medikal na kinakailangan” o “medikal na pangangailangan” kapag ito ay makatuwiran at kinakailangan upang maprotektahan ang buhay, maiwasan ang malubhang karamdaman o malubhang kapansanan, o maibsan ang matinding pananakit.

Ang Plano at ang county ay sumusunod sa napagkasunduang proseso ng pagsusuri upang mabigyang-daan ang napapanahong paglutas sa mga di-pagkakasundong klinikal at pang-administratibo. Maaari mong tawagan ang mga serbisyo sa miyembro (1.888.88A.DSNP o 1.888.882.3767) para sa mga karagdagang tanong tungkol sa proseso ng pagsusuri.

G. Mga serbisyo sa transportasyon

G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon

May karapatan kang makakuha ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon kung mayroon kang mga medikal na pangangailangang nakakahadlang sa paggamit mo ng sasakyan, bus, o taxi papunta sa iyong mga appointment. Maaaring ibigay ang hindi pang-emergency na medikal na transportasyon para sa mga saklaw na serbisyo gaya ng medikal na serbisyo, serbisyo sa ngipin, serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip, serbisyo sa paggamit ng substance, at appointment sa parmasya. Kung kailangan mo ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon, maaari kang makipag-usap sa iyong PCP o iba pang provider at humiling nito. Pagpapasyahan ng iyong PCP o iba pang provider ang pinakamainam na uri ng transportasyong makakatugon sa iyong mga pangangailangan. Kung kailangan mo ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon, irereseta nila ito sa pamamagitan ng pagsagot ng form at pagsusumite nito sa Alameda Alliance Wellness para sa pag-apruba. Depende sa

iyong medikal na pangangailangan, may bisa ang pag-apruba nang isang taon. Muling susuriin ng iyong PCP o iba pang provider ang iyong pangangailangan para sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon para sa muling pag-apruba kada 12 buwan.

Ang hindi pang-emergency na medikal na transportasyon ay isang ambulansya, litter van, wheelchair van, o sasakyang panghimpapawid. Babayaran ng Alameda Alliance Wellness ang pinakamurang saklaw na uri ng medikal na transportasyon at pinakaangkop na hindi pang-emergency na medikal na transportasyon para sa iyong mga medikal na pangangailangan kapag kailangan mo ng masasakyan papunta sa iyong appointment. Halimbawa, kung kaya kang pisikal o medikal na madala sakay ng wheelchair van, hindi magbabayad ang Alameda Alliance Wellness para sa ambulansya. May karapatan ka lang na makakuha ng sasakyang panghimpapawid kung hindi posible ang transportasyon sa lupa dahil sa iyong medikal na kundisyon.

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

- Pisikal o medikal mo itong kinakailangan ayon sa pagpapasya sa nakasulat na pahintulot mula sa iyong PCP o iba pang provider dahil wala kang kakayahang gumamit ng bus, taxi, kotse, o van upang makarating sa iyong appointment.
- Kailangan mo ng tulong mula sa driver papunta o mula sa iyong bahay, sasakyan, o lugar ng pagamutan dahil sa kapansanan sa pangangatawan o pag-iisip.

Upang humingi ng medikal na transportasyon na inireseta ng iyong doktor para sa mga hindi agarang **regular na appointment**, tawagan ang Mga Serbisyo sa Transportasyon ng Alliance sa 1.866.791.4158 nang hindi bababa sa tatlong (3) araw ng negosyo (Lunes-Biyernes) bago ang iyong appointment. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Para sa **mga agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang iyong ID Card ng Miyembro kapag tumawag ka. Maaari ka ring tumawag kung kailangan mo ng higit pang impormasyon.

Mga limitasyon sa medikal na transportasyon

Sinasaklaw ng Alameda Alliance Wellness ang walang limitasyong mga biyahe ng pinakamurang medikal na transportasyon na nakakatugon sa iyong mga medikal na pangangailangan mula sa iyong bahay papunta sa pinakamalapit na provider kung saan may available na appointment. Hindi ibibigay ang medikal na transportasyon kung hindi sasaklawin ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo. Kung sinasaklaw ng Medi-Cal ang uri ng appointment, ngunit hindi sa pamamagitan ng planong pangkalusugan, tutulungan ka ng Alameda Alliance Wellness na iiskedyul ang iyong transportasyon. May listahan ng mga saklaw na serbisyo sa **Kabanata 4** ng handbook na ito. Ang transportasyon ay hindi sinasaklaw sa labas ng network o lugar ng serbisyo ng Alameda Alliance Wellness maliban kung paunang pinahintulutan.

G2. Hindi medikal na transportasyon

Kasama sa mga benepisyo sa hindi medikal na transportasyon ang pagbiyahe papunta at mula sa iyong mga appointment para sa isang serbisyong pinahintulutan ng iyong provider. Maaari kang makakuha ng masasakyan, nang walang bayad, kapag ikaw ay:

- Bibiyahe papunta at mula sa isang appointment para sa isang serbisyong pinahintulutan ng iyong provider, **o**
- Kukuha ng mga inireresetang gamot at medikal na supply.

Pinapayagan ka ng Alameda Alliance Wellness na gumamit ng kotse, taxi, bus, o iba pang pampubliko/pribadong paraan ng pagpunta sa iyong appointment para sa mga serbisyong pinahintulutan ng iyong provider. Ginagamit ng Alameda Alliance Wellness ang Modivcare upang magsaayos ng hindi medikal na transportasyon. Sinasaklaw namin ang pinakamurang uri ng hindi medikal na transportasyon na nakakatugon sa iyong mga pangangailangan.

Kung minsan, maaaring ma-reimburse ang mga biyahe sakay ng pribadong sasakyan na isasaayos mo. Dapat itong aprubahan ng Alameda Alliance Wellness **bago** ka makakuha ng masasakyan, at dapat mong ipaalam sa amin kung bakit hindi ka makakasakay sa ibang paraan, tulad ng pagsakay ng bus. Maaari mo itong ipaalam sa amin sa pamamagitan ng pagtawag o pag-email, o nang personal. **Hindi ka maaaring ma-reimburse sa pagmamaneho para sa sarili mo**.

Upang ma-reimburse ang mileage, kinakailangan ang lahat ng sumusunod:

- Ang lisensya sa pagmamaneho ng driver.
- Ang rehistro ng sasakyan ng driver.
- Patunay ng insurance sa sasakyan ng driver.

Upang humiling ng masasakyan para sa mga serbisyong pinahintulutan, tawagan ang Mga Serbisyo sa Transportasyon ng Alliance sa 1.866.791.4158 nang hindi bababa sa tatlong (3) araw ng negosyo (Lunes-Biyernes) bago ang iyong appointment. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Para sa **mga agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang iyong ID Card ng Miyembro kapag tumawag ka. Maaari ka ring tumawag kung kailangan mo ng higit pang impormasyon.

Tandaan: Maaaring makipag-ugnayan ang Mga American Indian na Miyembro sa kanilang lokal na Klinika para sa Kalusugan ng Mga Indian upang humiling ng hindi medikal na transportasyon.

Mga limitasyon sa hindi medikal na transportasyon

Nagbibigay ang Alameda Alliance Wellness ng walang limitasyong mga biyahe ng pinakamurang medikal na transportasyon na nakakatugon sa iyong mga pangangailangan mula sa iyong bahay papunta sa pinakamalapit na provider kung saan may available na appointment. **Hindi ka maaaring magmaneho para sa sarili mo o direktang ma-reimburse.**

Hindi nalalapat ang hindi medikal na transportasyon kung:

- Kinakailangan ang isang ambulansya, litter van, wheelchair van, o iba pang uri ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon upang makapunta sa isang serbisyo.
- Kailangan mo ng tulong mula sa driver papunta o mula sa iyong bahay, sasakyan, o lugar na pagamutan dahil sa kundisyon sa pangangatawan o pag-iisip.
- Nasa wheelchair ka at hindi ka makakasakay o makakababa ng sasakyan nang walang tulong ng driver.
- Hindi sinasaklaw ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo.

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

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency

Ang medikal na emergency ay isang medikal na kundisyon na may mga sintomas gaya ng karamdaman, matinding pananakit, malubhang pinsala, o medikal na kundisyong mabilis na lumalala. Napakatindi ng kundisyon na, kung hindi ito makakatanggap ng agarang medikal na atensyon, ang sinumang may average na kaalaman sa kalusugan at gamot ay makakaasang magreresulta ito sa:

- matinding panganib sa iyong buhay o sa buhay ng iyong hindi pa naipapanganak na sanggol; **o**
- pagkawala ng o matinding panganib sa mga paggana ng mga bahagi ng katawan; **o**
- matinding hindi paggana ng anumang organ o bahagi ng katawan; **o**
- Sa sitwasyon ng buntis na babaeng aktibong nagle-labor, kapag:
    - Walang sapat na oras upang ligtas na mailipat ka sa ibang ospital bago manganak.
    - Maaaring magdulot ang paglilipat sa ibang ospital ng panganib sa kalusugan o kaligtasan mo o ng iyong hindi pa naipapanganak na sanggol.

Kung mayroon kang medikal na emergency:

- **Humingi ng tulong sa lalong madaling panahon.** Tumawag sa 911 o gamitin ang pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansya kung kailangan mo ito. **Hindi** mo kailangan ng pag-apruba o referral mula sa iyong PCP. Hindi mo kailangang gumamit ng provider na nasa network. Maaari kang makatanggap ng saklaw na pang-emergency na medikal na pangangalaga tuwing kailangan mo ito, saanman sa U.S. o mga teritoryo nito o buong mundo, mula sa sinumang provider na may naaangkop na lisensya ng estado, kahit na hindi siya bahagi ng aming network.
- **Sa lalong madaling panahon, ipaalam sa aming plano ang tungkol sa iyong emergency.** Susubaybayan namin ang iyong pangangalagang pang-emergency. Kailangan mo o ng ibang tao na tumawag upang ipaalam sa amin ang tungkol sa iyong pangangalagang pang-emergency, na karaniwang sa loob ng 48 oras. Gayunpaman, hindi ka magbabayad para sa mga serbisyong pang-emergency

kung maaantala ang pagpapaalam mo sa amin. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Matatagpuan ang numero ng telepono ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa iyong ID card ng membership.

Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng ambulansya sa mga sitwasyon kapag pupunta sa emergency room sa anupamang paraan na maaaring maglagay ng kalusugan mo sa panganib. Sinasaklaw din namin ang mga medikal na serbisyo sa panahon ng emergency. Upang matuto pa, sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Ang mga provider na magbibigay sa iyo ng pangangalagang pang-emergency ang magpapasya kapag stable na ang iyong kundisyon at tapos na ang medikal na emergency. Patuloy ka nilang gagamutin at makikipag-ugnayan sila sa amin upang gumawa ng mga plano kung kailangan mo ng follow-up na pangangalaga upang gumaling.

Sasaklawin ng aming plano ang iyong follow-up na pangangalaga. Kung matatanggap mo ang iyong pangangalagang pang-emergency mula sa mga provider na wala sa network, susubukan naming maghanap ng mga provider na nasa network na mangangasiwa sa iyong pangangalaga sa lalong madaling panahon.

Kung kailangan mo ng pangangalagang pang-emergency sa labas ng lugar ng serbisyo ng Alameda Alliance Wellness, pumunta sa pinakamalapit na ER kahit na wala ito sa network ng Alameda Alliance Wellness. Kung pupunta ka sa isang ER, hilingin sa kanila na tawagan ang Alameda Alliance Wellness. Kailangan mo o ng ospital na nag-admit sa iyo na tawagan ang Alameda Alliance Wellness sa loob ng 24 na oras pagkatapos mong makatanggap ng pangangalagang pang-emergency. Kung bibiyahe ka sa labas ng United States maliban sa Canada o Mexico at kailangan mo ng pangangalagang pang-emergency, **hindi** sasaklawin ng plano ang iyong pangangalaga.

Hindi nagbibigay ng pagsaklaw ang Medicare para sa pang-emergency na medikal na pangangalaga sa labas ng United States at mga teritoryo nito. Sinasaklaw ng Alameda Alliance Wellness ang mga serbisyong pang-emergency sa labas ng United States na may $25,000 na taunang limitasyon sa reimbursement. Tandaang hindi sinasaklaw ang mga pang-emergency na serbisyo sa transportasyon sa labas ng United States. Tingnan ang Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa **Kabanata 4, Seksyon D** ng dokumentong ito para sa higit pang impormasyon.

Pagtanggap ng pangangalagang pang-emergency kung hindi ito emergency

Kung minsan, mahirap malaman kung mayroon kang emergency sa medikal na kalusugan o kalusugan ng pag-uugali. Maaari kang pumunta para sa pangangalagang pang-emergency at sasabihin ng doktor na hindi talaga ito emergency. Hangga't makatuwiran mong iniisip na nasa matinding panganib ang iyong kalusugan, sasaklawin namin ang iyong pangangalaga.

Gayunpaman, matapos sabihin ng doktor na hindi ito emergency, sasaklawin lang namin ang iyong karagdagang pangangalaga kung:

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

H2. Agarang kinakailangang pangangalaga

Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay pangangalagang natatanggap mo para sa isang sitwasyong hindi emergency ngunit kailangan kaagad ng pangangalaga. Halimbawa, maaaring magkaroon ng flare-up o pag-atake ng kasalukuyang kundisyon o hindi inaasahang karamdaman o pinsala.

Agarang kinakailangang pangangalaga sa lugar ng serbisyo ng aming plano

Sasaklawin lang namin ang agarang kinakailangang pangangalaga kung:

- Matatanggap mo ang pangangalagang ito mula sa isang provider na nasa network **at**
- Susundin mo ang mga panuntunang inilalarawan sa kabanatang ito.

Kung hindi posible o makatuwiran ang pagpunta sa isang provider na nasa network, dahil sa iyong oras, lugar, o mga sitwasyon, sasaklawin namin ang agarang kinakailangang pangangalaga na matatanggap mo mula sa isang provider na wala sa network.

Para sa agarang pangangalaga, tawagan ang iyong PCP. Kung hindi mo makaugnayan ang iyong PCP, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. O maaari mong tawagan ang 24/7 na Linya para sa Payo ng Nurse nang toll-free sa 1.888.433.1876 (TTY 711) upang malaman ang antas ng pangangalagang naaangkop para sa iyo.

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

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929.
Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, 8 am – 8 pm. Libre ang tawag.
Para sa higit pang impormasyon, bisitahin ang www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Kapag wala ka sa lugar ng serbisyo ng aming plano, hindi ka maaaring makatanggap ng pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Sa ganitong sitwasyon, sasaklawin ng aming plano ang agarang kinakailangang pangangalaga na matatanggap mo mula sa sinumang provider. Gayunpaman, ang mga medikal na kinakailangang regular na pagpapatingin sa provider, gaya ng mga taunang checkup, ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na wala ka sa lugar ng serbisyo ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.

Hindi sinasaklaw ng aming plano ang agarang kinakailangang pangangalaga na matatanggap mo sa labas ng United States at mga teritoryo nito.

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyong pang-emergency sa buong mundo sa labas ng United States at mga teritoryo nito sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon.

- Sinasaklaw ang mga serbisyo sa buong mundo sa ilalim ng mga parehong kundisyon ng medikal na pangangailangan at kaangkupan na ilalapat kung ibibigay ang mga parehong serbisyo sa United States.

H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung magdedeklara ng sakuna o emergency ang gobernador ng California, ang Kalihim ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S., o ang pangulo ng United States sa iyong heograpikong lugar, may karapatan ka pa ring makatanggap ng pangangalaga mula sa aming plano.

Bisitahin ang aming website para sa impormasyon tungkol sa kung paano makatanggap ng pangangalagang kailangan mo sa panahon ng idineklarang sakuna: www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Sa panahon ng idineklarang sakuna, kung hindi ka makakagamit ng provider na nasa network, maaari kang makatanggap ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network nang wala kang babayaran. Kung hindi ka makakagamit ng parmasyang nasa network sa panahon ng idineklarang sakuna, maaari mong kunin ang iyong mga gamot sa isang parmasyang wala sa network. Sumangguni sa **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 mayroon kang mga tanong, tawagan ang Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929.
Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, 8 am – 8 pm. Libre ang tawag.
Para sa higit pang impormasyon, bisitahin ang www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Kung binayaran mo ang iyong mga saklaw na serbisyo o kung nakatanggap ka ng bill para sa mga saklaw na medikal na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman kung ano ang dapat gawin.

Hindi ikaw ang dapat 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 serbisyo:

- na natukoy na medikal na kinakailangan, **at**
- na nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano (sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito), **at**
- na natatanggap mo sa pamamagitan ng pagsunod sa mga panuntunan ng plano.

Kung tatanggap ka ng mga serbisyong hindi sinasaklaw ng aming plano, **ikaw mismo ang magbabayad ng buong gastos,** maliban kung sinasaklaw ito ng iba pang programa ng Medi-Cal sa labas ng aming plano.

Kung gusto mong malaman kung binabayaran namin ang anumang medikal na serbisyo o pangangalaga, may karapatan kang magtanong sa amin. May karapatan ka ring hilingin ito sa pamamagitan ng pagsulat. Kung sasabihin naming hindi namin babayaran ang iyong mga serbisyo, may karapatan kang mag-apela sa aming pagpapasya.

Ipapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang dapat gawin kung gusto mong saklawin namin ang isang medikal na serbisyo o item. Ipapaalam din nito sa iyo kung paano mag-apela sa aming pagpapasya sa pagsaklaw. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman pa ang tungkol sa iyong mga karapatan sa pag-apela.

Binabayaran namin ang ilang serbisyo hanggang sa partikular na limitasyon. Kung lalampas ka sa limitasyon, ikaw ang magbabayad ng buong gastos upang makatanggap pa ng ganoong uri ng serbisyo. Sumangguni sa **Kabanata 4** para sa mga partikular na limitasyon sa benepisyo. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman kung ano ang mga limitasyon sa benepisyo at kung gaano na karami ang mga nagamit mong benepisyo.

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

J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding klinikal na trial) ay isang paraan ng pagsusuri ng mga doktor sa mga bagong uri ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot. Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare ay karaniwang naghahanap ng mga boluntaryong sasali sa pag-aaral. Kung kasali ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, maaari kang manatiling nakatala sa aming plano at patuloy na makatanggap ng natitirang bahagi ng iyong pangangalaga (pangangalagang hindi nauugnay sa pag-aaral) sa pamamagitan ng aming plano.

Kung gusto mong makibahagi sa anumang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, **hindi** mo kailangang ipaalam ito sa amin o kumuha ng pag-apruba mula sa amin o iyong provider ng pangunahing pangangalaga. **Hindi** kailangang mga provider na nasa network ang mga provider na magbibigay sa iyo ng pangangalaga bilang bahagi ng pag-aaral. Hindi ito nalalapat sa mga saklaw na benepisyo na nangangailangan ng klinikal na trial o registry upang masuri ang benepisyo, kasama ang ilang partikular na benepisyo na nangangailangan ng pagsaklaw sa pagbuo ng katibayan (NCDs-CED) at mga pag-aaral sa investigational device exemption (IDE). Maaari ring mapailalim ang mga benepisyong ito sa paunang pahintulot at iba pang panuntunan ng plano.

Hinihikayat ka naming ipaalam sa amin bago ka makibahagi sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.

Kung balak mong sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, na sinasaklaw para sa mga nagpatala sa Original Medicare, hinihikayat ka namin, o ang iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga, na makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang ipaalam sa amin na makikibahagi ka sa klinikal na trial.

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

Kung magboboluntaryo ka para sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, wala kang babayaran para sa mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral. Ang Medicare ang magbabayad para sa mga serbisyong sinasaklaw sa ilalim ng pag-aaral, pati na rin mga regular na gastos na nauugnay sa iyong pangangalaga. Kapag sumali ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, masasaklawan ka para sa karamihan ng mga serbisyo at item na matatanggap mo bilang bahagi ng pag-aaral. Kasama rito ang:

- room and board para sa pamamalagi sa ospital na babayaran ng Medicare kahit na wala ka sa pag-aaral
- operasyon o iba pang medikal na procedure na bahagi ng pananaliksik na pag-aaral

- paggamot sa anumang side effect o kumplikasyon ng bagong pangangalaga

Kung bahagi ka ng pag-aaral na **hindi** inaprubahan ng Medicare, ikaw ang magbabayad ng anumang gastos sa pagiging bahagi ng pag-aaral.

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

Maaari mong malaman pa ang tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral sa pamamagitan ng pagbasa sa “Medicare at Mga Klinikal na Pananaliksik na Pag-aaral (Medicare & Clinical Research Studies)” sa website ng Medicare (www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

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

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

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

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

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

Upang makatanggap ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan, dapat kang lumagda ng legal na dokumento na nagsasaad na tutol kang makatanggap ng medikal na paggamot na “hindi nakabukod.”

- Ang “hindi nakabukod” na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga o paggamot na **boluntaryo at hindi kinakailangan** ng anumang pederal, pang-estado, o lokal na batas.

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

Upang masaklawan ng aming plano, dapat makatugon ang pangangalagang matatanggap mo mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan sa mga sumusunod na kundisyon:

- Ang pasilidad na magbibigay ng pangangalaga ay dapat sertipikado ng Medicare.
- Sasaklawin lang ng aming plano ang mga aspeto ng pangangalaga na hindi panrelihiyon.
- Kung makakatanggap ka ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ibibigay sa iyo sa isang pasilidad:
    - Dapat ay mayroon kang medikal na kundisyon na magbibigay-daan sa iyo na makatanggap ng mga saklaw na serbisyo para sa pangangalaga sa ospital para sa inpatient o pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga.
    - Dapat kang makakuha ng pag-apruba mula sa amin bago ka ma-admit sa pasilidad, kung hindi ay **hindi** sasaklawin ang iyong pamamalagi.

May mga nalalapat na limitasyon sa pagsaklaw ng Ospital para sa Inpatient ng Medicare. Sasaklawin ng aming plano ang mga araw para sa pamamalagi sa ospital para sa inpatient kapag medikal na kinakailangan. Sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4**, **Seksyon D**.

L. Matitibay na medikal na kagamitan (durable medical equipment, DME)

L1. DME bilang miyembro ng aming plano

Kasama sa DME ang ilang partikular na medikal na kinakailangang item na iniutos ng provider, gaya ng mga wheelchair, saklay, powered mattress system, diabetic supply, hospital bed na iniutos ng isang provider na gamitin sa bahay, intravenous (IV) infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at supply, nebulizer, at walker.

Nagmamay-ari ka ng ilang DME na item, gaya ng prosthetics.

Iba pang uri ng DME na dapat mong rentahan. Bilang miyembro ng aming plano, ang mga nirerentahang DME na item ay karaniwang **hindi** magiging pagmamay-ari mo, gaano mo man ito katagal rentahan.

Sa ilang limitadong sitwasyon, ililipat namin ang pagmamay-ari ng DME na item sa iyo. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero ng telepono sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon.

Kahit na nasa iyo ang DME nang hanggang sunod-sunod na 12 buwan sa ilalim ng Medicare bago ka sumali sa aming plano, ang kagamitan ay **hindi** magiging pagmamay-ari mo.

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

Sa programa ng Original Medicare, ang mga taong nagrerenta ng ilang partikular na uri ng DME ang magiging may-ari nito pagkatapos ng 13 buwan. Sa isang plano sa Medicare Advantage (MA), maaaring itakda ng plano ang bilang ng mga buwan kung kailan dapat rentahan ng mga tao ang ilang partikular na uri ng DME bago ito maging pagmamay-ari nila.

Sa ilang limitadong sitwasyon, ililipat namin ang pagmamay-ari ng DME na item sa iyo. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero ng telepono sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon. Kung wala ka nang Medi-Cal, kakailanganin mong magsagawa ng 13 sunod-sunod na pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare, o kakailanganin mong magsagawa ng sunod-sunod na pagbabayad batay sa bilang na itinakda ng plano ng MA, upang maging pagmamay-ari ang DME na item kung:

- hindi ka naging may-ari ng DME na item habang nasa aming plano ka, **at**
- aalis ka sa aming plano at matatanggap mo ang iyong mga benepisyo sa Medicare sa labas ng anumang planong pangkalusugan sa programa ng Original Medicare o plano ng MA.

Kung nagbayad ka para sa DME na item sa ilalim ng Original Medicare o plano ng MA bago ka sumali sa aming plano, **hindi bibilangin ang mga pagbabayad sa Original Medicare o plano ng MA sa mga pagbabayad na kailangan mong gawin upang umalis sa aming plano**.

- Kakailanganin mong magsagawa ng 13 bagong sunod-sunod na pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare o ilang bagong sunod-sunod na pagbabayad batay sa bilang na itinakda ng plano ng MA upang maging pagmamay-ari ang DME na item.
- Walang pagbubukod dito kapag bumalik ka sa Original Medicare o plano ng MA.

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

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

- pagrenta ng oxygen equipment
- paghahatid ng oxygen at mga oxygen content
- tubing at mga kaugnay na accessory para sa paghahatid ng oxygen at mga oxygen content
- maintenance at pagkukumpuni ng oxygen equipment

Dapat 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 lumipat ka sa Original Medicare o ibang plano ng Medicare Advantage (MA)

Kapag medikal na kinakailangan ang oxygen equipment at **aalis ka sa aming plano at lilipat ka sa Original Medicare**, rerentahan mo ito mula sa isang supplier nang 36 na buwan. Sasaklawin ng iyong buwanang bayad sa pagrenta ang oxygen equipment at ang mga supply at serbisyo na nakalista sa itaas. Sasaklawin ng Medicare at Medi-Cal ang mga pagbabayad na ito kung nakatala ka pa rin sa Medicare at Medi-Cal.

Kung medikal na kinakailangan ang oxygen equipment **pagkatapos mo itong rentahan nang 36 na buwan**, dapat ibigay ng iyong supplier ang:

- oxygen equipment, mga supply, at mga serbisyo para sa karagdagang 24 na buwan
- oxygen equipment at mga supply nang hanggang 5 taon kung medikal na kinakailangan

Kung medikal na kinakailangan pa rin ang oxygen equipment **sa pagtatapos ng 5 taon**:

- Hindi na ito kailangang ibigay ng iyong supplier, at maaari mong piliing maghanap ng pamalit na kagamitan mula sa anumang supplier.
- Magsisimula ang bagong 5 taon.
- Magrerenta ka mula sa isang supplier nang 36 na buwan.
- Pagkatapos, ibibigay ng iyong supplier ang oxygen equipment, mga supply, at mga sebrisyo para sa karagdagang 24 na buwan.
- Magsisimula ang bagong cycle kada 5 taon hangga't medikal na kinakailangan ang oxygen equipment.

Kapag medikal na kinakailangan ang oxygen equipment at **aalis ka sa aming plano at lilipat ka sa ibang plano ng MA**, sasaklawin ng plano ang hindi bababa sa sinasaklaw ng Original Medicare. Maaari mong itanong sa iyong bagong plano ng MA kung anong oxygen equipment at mga supply ang sinasaklaw nito at kung magkano ang magiging mga gastos mo.

Kabanata 4: Tsart ng mga benepisyo

Panimula

Sinasabi sa iyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong saklaw ng aming plano at anumang paghihigpit o limitasyon sa mga serbisyong iyon. Sinasabi rin nito sa iyo ang tungkol sa mga benepisyong hindi saklaw sa ilalim ng aming plano. Makikita sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata nitong *Handbook ng Miyembro* ang mahahalagang katawagan at kahulugan ng mga ito.

Mga bagong miyembro sa Alameda Alliance Wellness: Sa karamihan ng mga sitwasyon, itatala ka sa Alameda Alliance Wellness para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa unang araw ng buwan pagkahiling mong maitala sa Alameda Alliance Wellness. Puwede mo pa ring matanggap ang iyong mga serbisyo sa Medi-Cal mula sa iyong nakaraan na planong pangkalusugan sa Medi-Cal sa loob ng isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap mo ang iyong mga serbisyo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng Alameda Alliance Wellness. Hindi magkakaroon ng puwang sa iyong coverage sa Medi-Cal. Tumawag sa amin sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929 kung mayroon kayong anumang tanong.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang iyong mga saklaw na serbisyo....78

B. Mga panuntunan laban sa mga provider na naniningil sa iyo para sa mga serbisyo....78

C. Tungkol sa Tsart ng Mga Benepisyo ng aming plano....78

D. Ang Tsart ng Mga Benepisyo ng aming plano....81

E. Mga Suporta sa Komunidad....112

F. Mga benepisyong sinasaklaw sa labas ng aming plano....114

F1. Mga Paglilipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT)..114

F2. Medi-Cal Dental....115

F4. Mga Pansuportang Serbisyo sa Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS)....116

F5. 1915(c) Mga Programa ng Waiver para sa Mga Serbisyong Nakabase sa Bahay at Komunidad (Home and Community Based Service, HCBS)....116

G. Mga benepisyong hindi saklaw ng aming plano, Medicare, o Medi-Cal....123

A. Ang iyong mga saklaw na serbisyo

Sinasabi sa iyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano. Puwede mo ring malaman ang tungkol sa mga serbisyong hindi sinasaklaw. Nasa **Kabanata 5** nitong *Handbook ng Miyembro* ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa gamot. Ipinapaliwanag din ng kabanatang ito ang mga limitasyon sa ilang serbisyo.

Dahil nakakatanggap ka ng tulong mula sa Medi-Cal, wala kang babayaran para sa iyong mga saklaw na serbisyo hangga't sinusunod mo ang mga panuntunan ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 3** nitong *Handbook ng Miyembro* para sa mga detalye tungkol sa mga panuntunan ng aming plano.

Kung kailangan mo ng tulong sa pag-unawa kung anong mga serbisyo ang sinasaklaw, tumawag sa iyong tagapagsaayos ng pangangalaga at/o Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929.

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

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

Hindi ka dapat kailanman makatanggap ng bill mula sa provider para sa mga sinasaklaw na serbisyo. Kung makakatanggap ka nito, sumangguni sa **Kabanata 7** nitong *Handbook ng Miyembro* o tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

C. Tungkol sa Tsart ng Mga Benepisyo ng aming plano

Sinasabi sa iyo ng Tsart ng Mga Benepisyo ang mga serbisyong binabayaran ng aming plano. Inililista nito ang mga saklaw na serbisyo sa alpabetikong pagkakasunod-sunod at ipinapaliwanag nito ang mga ito.

Binabayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Tsart ng Mga Benepisyo kapag natutugunan ang mga sumusunod na panuntunan. Wala **kang** anumang babayaran para sa mga serbisyong nakalista sa Tsart ng Mga Benepisyo, hangga't natutugunan mo ang mga kinakailangan na inilalarawan sa ibaba.

- Nagbibigay kami ng mga serbisyong saklaw ng Medicare at Medi-Cal ayon sa mga panuntunang itinakda ng Medicare at Medi-Cal.

- Dapat ay “medikal na kinakailangan” ang mga serbisyo kasama ang pangangalagang medikal, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at paggamit ng kontroladong kemikal, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, kagamitan, at mga gamot. Inilalarawan ng medikal na kinakailangan ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan mo para maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang isang medikal na kondisyon o para mapanatili ang kasalukuyang lagay ng kalusugan mo. Kasama rito ang pangangalagang pumipigil sa iyong pumunta sa ospital o pasilidad ng pangangalaga. Ang ibig sabihin din nito ay nakakatugon sa mga pamantayan ng medikal na kasanayan ang mga serbisyo, supply, o gamot.

- Para sa mga bagong nagpatala, sa loob ng unang 90 araw, puwedeng hindi namin kailanganin sa iyong kumuha ng paunang pag-apruba para sa anumang aktibong kurso ng paggamot, kahit na para sa serbisyong nagsimula sa wala sa network na provider ang kurso ng paggamot.

- Makakatanggap ka ng pangangalaga mula sa nasa network na provider. Ang nasa network na provider ay provider na nakikipagtulungan sa amin. Sa karamihan ng mga sitwasyon, hindi sasaklawin ang pangangalagang natatanggap mo mula sa wala sa network na provider maliban kung emergency o agarang kinakailangang pangangalaga ito o maliban kung nagbigay sa iyo ang iyong plano o nasa network na provider ng referral. May higit pang impormasyon ang **Kabanata 3** nitong *Handbook ng Miyembro* tungkol sa paggamit ng mga nasa network at wala sa network na provider.

- Mayroon kang provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) o koponan sa pangangalaga na nagbibigay ng at namamahala sa iyong pangangalaga. Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat kang bigyan ng iyong PCP ng pag-apruba bago ka makagamit ng provider na hindi iyong PCP o gumamit ng ibang provider sa network ng aming plano. Tinatawag itong referral. May higit pang impormasyon ang **Kabanata 3** nitong *Handbook ng Miyembro* tungkol sa pagkuha ng referral at kapag **hindi** mo kailangan nito.

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

- Kung nagbibigay ang iyong plano ng pag-apruba sa kahilingan para sa PA para sa kurso ng paggamot, dapat ay may-bisa ang pag-apruba hangga't medikal na makatuwiran at kinakailangan para maiwasan ang mga antala sa pangangalaga batay sa mga pamantayan sa coverage, iyong medikal na kasaysayan, at mga rekomendasyon ng nanggagamot na provider.

- Kung mawawala sa iyo ang mga benepisyo mo sa Medi-Cal, magpapatuloy ang iyong mga benepisyo sa Medicare sa planong ito sa loob ng tatlong (3) buwang panahon na itinuring na patuloy na pagiging karapat-dapat. Gayunpaman, puwedeng hindi saklawin

ang iyong serbisyo sa Medi-Cal. Makipag-ugnayan sa iyong tanggapan para sa pagiging karapat-dapat ng county o sa Health Care Options para sa impormasyon tungkol sa iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal. Mapapanatili mo ang iyong mga benepisyo sa Medicare, pero hindi ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal.

Libre ang lahat ng serbisyong pang-iwas. Ipinapakita ng mansanas 🍎 na ito ang mga serbisyong pang-iwas sa Tsart ng Mga Benepisyo

D. Ang Tsart ng Mga Benepisyo ng aming plano

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Screening para sa abdominal aortic aneurysm Magbabayad kami para sa pang-isang beses na ultrasound screening para sa mga taong nasa panganib. Sinasaklaw lang ng aming plano ang screening na ito kung mayroon kang ilang partikular na salik ng panganib at kung kukuha ka ng referral para rito mula sa iyong doktor, assistant na doktor, nurse practitioner, o dalubhasang clinical nurse.	$0
	Acupuncture Magbabayad kami para sa hanggang dalawang serbisyo sa acupuncture para sa outpatient sa anumang isang buwan sa kalendaryo, o mas madalas kung medikal na kinakailangan ang mga ito. Magbabayad rin kami para sa hanggang 12 pagpapatingin para sa acupuncture sa loob ng 90 araw kung mayroon kang pangmatagalang pananakit sa ibabang bahagi ng likod, na tinutukoy bilang: • nagtatagal nang 12 linggo pataas; • hindi partikular (walang sistemikong sanhi na matutukoy, tulad ng hindi nauugnay sa sakit na metastatic, nagdudulot ng pamamaga, o nakakahawa); • hindi nauugnay sa operasyon; **at** • hindi nauugnay sa pagbubuntis. Bukod pa rito, magbabayad kami para sa karagdagang walong sesyon ng acupuncture para sa pangmatagalang pananakit sa ibabang bahagi ng likod kung magpapakita ka ng pagbuti. Puwedeng hindi ka makatanggap ng higit sa 20 acupuncture na paggamot para sa pangmatagalang pananakit sa ibabang bahagi ng likod bawat taon. Dapat ihinto ang mga acupuncture na paggamot kung hindi bubuti o kung lalala ang pakiramdam mo.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga Kinakailangan sa Provider: Puwedeng magbigay ang mga doktor (gaya ng tinukoy sa 1861(r)(1) ng Batas sa Social Security (ang Batas)) ng acupuncture alinsunod sa mga naaangkop na kinakailangan ng estado. **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Acupuncture (ipinagpatuloy) Puwedeng magbigay ang mga assistant na doktor (physician assistant, PA), nurse practitioner (NP)/dalubhasang clinical nurse (clinical nurse specialist, CNS) (gaya ng tinukoy sa 1861(aa) (5) ng Batas), at auxiliary na tauhan ng acupuncture kung nakakatugon sila sa lahat ng naaangkop na kinakailangan ng estado at mayroon silang: • master's o doctoral na antas ng degree sa acupuncture o Oriental Medicine mula sa paaralang akreditado ng Komisyon ng Akreditasyon sa Acupuncture at Oriental Medicine (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); at, • kasalukuyan, ganap, aktibo, at walang paghihigpit na lisensyang magsagawa ng acupuncture sa Estado, Teritoryo, o Commonwealth (ibig sabihin, Puerto Rico) ng Estados Unidos, o Distrito ng Columbia. Dapat ay nasa ilalim ng naaangkop na antas ng pangangasiwa ng doktor, PA, o NP/CNS na kinakailangan ng aming mga regulasyon sa 42 CFR §§ 410.26 at 410.27 ang mga auxiliary na tauhang nagbibigay ng acupuncture. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Screening at pagpapayo para sa maling paggamit ng alak Magbabayad kami para sa isang screening para sa maling paggamit ng alak (SABIRT) para sa mga nasa hustong gulang na gumagamit ng alak sa maling paraan pero hindi umaasa sa alak. Kasama rito ang mga babaeng buntis. Kung positibo ang magiging resulta ng screening mo para sa maling paggamit ng alak, makakatanggap ka ng hanggang apat na maikli at harapang sesyon ng pagpapayo bawat taon (kung may kakayahan at alerto ka sa panahon ng pagpapayo) kasama ang kwalipikadong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) o practitioner sa setting ng pangunahing pangangalaga. Kapag medikal na kinakailangan, ire-refer ka sa mga serbisyo sa paggamot sa maling paggamit ng alaok o kontroladong kemikal.	$0
	Mga serbisyo ng ambulansya Kasama sa mga saklaw na serbisyo ng ambulansya, para man sa emergency o hindi emergency na sitwasyon, ang sa lupa at himpapawid (eroplano at helicopter). Dadalhin ka ng ambulansya sa pinakamalapit na lugar na makakapagbigay sa iyo ng pangangalaga. Kailangang sapat ang pagiging lubha ng iyong kondisyon na ang ibang paraan ng pagpunta sa lugar ng pangangalaga ay maaaring magdulot ng panganib sa iyong kalusugan o buhay. Kailangan naming aprubahan ang mga serbisyo ng ambulansya para sa iba pang sitwasyon (hindi emergency). Sa mga sitwasyong hindi emergency, puwede kaming magbayad para sa ambulansya. Kailangang sapat ang pagiging lubha ng iyong kondisyon na ang ibang paraan ng pagpunta sa lugar ng pangangalaga ay maaaring magdulot ng panganib sa iyong buhay o kalusugan.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Taunang Pagpapatingin para sa Kagalingan Makakatanggap ka ng taunang checkup. Ito ay para makagawa kami ng o ma-update namin ang planong pang-iwas batay sa iyong mga kasalukuyang salik ng panganib. Magbabayad kami para dito nang isang beses bawat 12 buwan. **Tandaan:** Hindi puwedeng isagawa ang iyong unang taunang pagpapatingin para sa kagalingan sa loob ng 12 buwan mula sa iyong pagpapatingin na **Welcome sa Medicare**. Gayunpaman, hindi mo kailangang magkaroon ng pagpapatingin na **Welcome sa Medicare** para makatanggap ng mga taunang pagpapatingin para sa kagalingan pagkatapos mong magkaroon ng Part B sa loob ng 12 buwan.	$0
	Mga Serbisyong Pang-iwas sa Hika Makakatanggap ka ng edukasyon sa hika at pagtatasa ng kapaligiran sa bahay para sa mga trigger na karaniwang nakikita sa bahay para sa mga taong may hindi gaanong mahusay na nakokontrol na hika.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali Sinasaklaw ng plano ang mga medikal na kinakailangang serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali. Kasama, pero hindi limitado, sa mga serbisyong ito ang: • Mga Serbisyo para sa Krisis • Pagsusuri at paggamot sa kalusugan ng pag-iisip • Mga serbisyo sa paggamit ng kontroladong kemikal para sa outpatient • Mga serbisyo para sa outpatient para subaybayan ang therapy sa gamot • Psychiatric na konsultasyon • Psychological at neuropsychological • Transcranial Magnetic Stimulation (TMS)*’ • Electroconvulsive Therapy* • Mga Intensibong Programa para sa Outpatient • Mga Programa sa Bahagyang Pagkakaospital • Mga Residensyal na Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-iisip* • Psychiatric na pangangalaga para sa inpatient Para sa higit pang impormasyon, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). **Posibleng kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pagsukat ng bone mass Magbabayad kami para sa ilang partikular na procedure para sa mga miyembrong kwalipikado (karaniwang taong nasa panganib na mawalan ng bone mass o nasa panganib na magkaroon ng osteoporosis). Tinutukoy ng mga procedure na ito ang bone mass, hinahanap nito ang pagkawala ng buto, o inaalam nito ang kalidad ng buto. Magbabayad kami para sa mga serbisyo nang isang beses bawat 24 na buwan, o mas madalas kung medikal na kinakailangan. Magbabayad rin kami para sa doktor na titingin at magkokomento sa mga resulta.	$0
	Screening para sa kanser sa suso (mga mammogram) Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • isang baseline na mammogram sa pagitan ng edad na 35 at 39 • isang screening na mammogram bawat 12 buwan para sa mga babaeng 40 taong gulang pataas • mga klinikal na eksaminasyon ng suso nang isang beses bawat 24 na buwan	$0
	Mga serbisyo sa cardiac (sa puso) na rehabilitasyon* Magbabayad kami para sa mga serbisyo sa rehabilitasyon ng puso tulad ng pag-eehersisyo, edukasyon, at pagpapayo. Kailangang makatugon ang mga miyembro sa ilang partikular na kondisyon at mayroon silang referral o utos ng doktor. Sinasaklaw rin namin ang mga programa para sa intensibong rehabilitasyon ng puso, na mas matindi sa mga programa para sa rehabilitasyon ng puso. Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pagpapatingin para sa pagbabawas ng panganib ng cardiovascular (sa puso) na sakit (therapy para sa sakit sa puso) Magbabayad kami para sa isang pagpapatingin sa isang taon, o higit pa kung medikal na kinakailangan, kasama ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) para tumulong na mabawasan ang iyong panganib na magkaroon ng sakit sa puso. Sa panahon ng pagpapatingin, maaaring gawin ng doktor ang mga sumusunod: • talakayin ang paggamit ng aspirin, • suriin ang presyon ng iyong dugo, **at/o** • bigyan ka ng mga tip para tiyaking maayos kang kumakain.	$0
	Mga screening na pagsusuri para sa cardiovascular (sa puso) na sakit Magbabayad kami para sa mga pagsusuri sa dugo para sumuri ng sakit sa puso nang isang beses bawat limang taon (60 buwan). Sumusuri din ang mga pagsusuri sa dugo na ito ng mga depekto dahil sa mataas na panganib ng sakit sa puso**.**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Screening para sa kanser sa kuwelyo ng matris (cervical) at sa puwerta (vaginal) Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • para sa lahat ng babae: mga Pap test at eksaminasyon ng pelvis nang isang beses bawat 24 na buwan • para sa mga babaeng nasa mataas na panganib na magkaroon ng kanser sa kuwelyo ng matris o sa puwerta: isang Pap test bawat 12 buwan • para sa mga babaeng nagkaroon ng hindi normal na Pap test sa loob ng nakaraang tatlong taon at nasa edad na puwedeng magkaanak: isang Pap test bawat 12 buwan • para sa mga babaeng 30-65 taong gulang: pagsusuri para sa human papillomavirus (HPV) o Pap test pati pagsusuri para sa HPV nang isang beses bawat 5 taon	$0
	Mga chiropractic na serbisyo* Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • mga pag-adjust ng gulugod para maitama ang pagkakahanay Sinasaklaw namin ang dalawang (2) serbisyo bawat buwan para sa paggamot ng gulugod sa pamamagitan ng mano-manong manipulasyon nang walang Paunang Pahintulot. Nangangailangan ng Paunang Pahintulot ang anumang karagdagang serbisyo sa loob ng parehong buwan.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo sa pamamahala ng at paggamot sa pangmatagalang pananakit Mga sinasaklaw na buwanang serbisyo para sa mga taong nabubuhay nang may pangmatagalang pananakit (hindi nawawala o umuulit na pananakit na tumatagal nang higit sa 3 buwan). Posibleng kasama sa mga serbisyo ang pagtatasa ng pananakit, pamamahala ng gamot, at pagsasaayos at pagpaplano ng pangangalaga.	Mag-iiba-iba ang pagbabahagi ng gastos para sa serbisyong ito depende sa mga indibidwal na serbisyong ibinibigay sa ilalim ng kurso ng paggamot. $0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Screening para sa kanser sa bituka at tumbong (colorectal cancer) Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Walang minimum o maximum na limitasyon sa edad ang colonoscopy at sinasaklaw ito nang isang beses bawat 120 buwan (10 taon) para sa mga pasyenteng wala sa mataas na panganib, o 48 buwan pagkatapos ng nakaraang flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng wala sa mataas na panganib na magkaroon ng kanser sa bituka at tumbong, at isang beses bawat 24 na buwan para sa mga pasyenteng nasa mataas na panganib pagkatapos ng nakaraang screening colonoscopy.	$0

	• Sinasaklaw ang computed tomography colonography para sa mga pasyenteng 45 taong gulang pataas na wala sa mataas na panganib na magkaroon ng kanser sa bituka at tumbong kapag hindi bababa sa 59 na buwan na ang lumipas kasunod ng buwan kung kailan isinagawa ang huling screening computed tomography colonography, o kapag 47 buwan na ang lumipas kasunod ng buwan kung kailan isinagawa ang huling screening flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy. Para sa mga pasyenteng nasa mataas na panganib na magkaroon ng kanser sa bituka at tumbong, puwedeng magbayad para sa screening computed tomography colonography na isinagawa pagkalipas ng hindi bababa sa 23 buwan kasunod ng buwan kung kailan isinagawa ang huling screening computed tomography colonography o huling screening colonoscopy. • Flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng 45 taong gulang pataas. Isang beses bawat 120 buwan para sa mga pasyenteng wala sa mataas na panganib pagkatapos sumailalim ng pasyente sa screening colonoscopy. Isang beses bawat 48 buwan para sa mga pasyenteng nasa mataas na panganib mula sa huling flexible sigmoidoscopy o computed tomography colonography. • Mga screening na fecal-occult na pagsusuri sa dugo para sa mga pasyenteng 45 taong gulang pataas. Isang beses bawat 12 buwan. • Multitarget stool DNA para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa mga pamantayan sa pagkakaroon ng mataas na panganib. Isang beses bawat 3 taon. • Mga Blood-based Biomarker Test para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa mga pamantayan sa pagkakaroon ng mataas na panganib. Isang beses bawat 3 taon. **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Screening para sa kanser sa bituka at tumbong (colorectal cancer) (ipinagpatuloy) • Kasama sa mga pagsusuring screening para sa kanser sa bituka at tumbong ang follow-on na screening colonoscopy pagkatapos maging positibo ang resulta ng pagsusuring screening para sa kanser sa bituka at tumbong na hindi sumasalakay at nakabatay sa dumi na saklaw ng Medicare. • Kasama sa mga screening na pagsusuri para sa kanser sa bituka at tumbong ang nakaplanong screening flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy na kinauugnayan ng pag-aalis ng tisyu o iba pang bagay, o ibang procedure na ibinibigay kaugnay ng, bilang resulta ng, at sa klinikal na encounter na kapareho ng sa screening na pagsusuri.	
	Mga Serbisyo para sa Mga Nasa Hustong Gulang sa Komunidad (Community-Based Adult Services, CBAS)* Mga serbisyo sa pasilidad na para sa outpatient para sa sanay na pag-aalaga, mga serbisyong panlipunan, therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya at tagapag-alaga, serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang serbisyo para sa mga kwalipikadong miyembro. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Serbisyo ng Health Worker sa Komunidad Sinasaklaw ng Alameda Alliance Wellness ang mga serbisyo ng health worker sa komunidad (community health worker, CHW) para sa mga miyembro kapag inirekomenda ng doktor o ibang lisensyadong practitioner para maiwasan ang sakit, kapansanan, at iba pang kondisyon ng kalusugan—o ang paglala ng mga ito—para mapahaba ang buhay at maitaguyod ang kabutihan ng katawan at pag-iisip. Sinusuportahan ng mga CHW ang mga miyembro sa pamamagitan ng pagpapadali sa mga napapanahon at mabisang ugnayan sa mahahalagang programa at serbisyo, kasama ang pangunahing pangangalaga, na tumitiyak na natatanggap ng bawat miyembro ang tamang pangangalaga sa tamang oras at sa naaangkop na setting. Posibleng kasama sa mga serbisyo ang **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Serbisyo ng Health Worker sa Komunidad (ipinagpatuloy) **Edukasyong Pangkalusugan:** Itinataguyod ng mga CHW ang kalusugan ng isang miyembro o tinutugunan nila ang mga hadlang sa pangangalaga sa pamamagitan ng pagbibigay ng impormasyon at tagubilin sa mga paksa sa kalusugan ng katawan at pag-iisip na naaangkop sa kultura. **Pag-navigate sa Pangangalaga:** Tumutulong ang mga CHW sa mga miyembro sa pag-unawa at pag-navigate sa sistema ng pangangalagang pangkalusugan, pagpapahusay sa access sa mga serbisyo, at pagtataguyod sa aktibong pakikibahagi sa kanilang pangangalaga. **Screening at Pagtatasa:** Nagsasagawa ang mga CHW ng mga screening at pagtatasa na hindi nangangailangan ng klinikal na lisensya, at sinusuportahan nila ang mga miyembro sa pag-access sa mga serbisyo batay sa mga natukoy na pangangailangan. **Indibidwal na Suporta at Pagtataguyod:** Nagbibigay ang mga CHW ng indibidwal na suporta para tumulong na maiwasan ang pagsisimula o paglala ng mga kondisyon sa kalusugan at para bawasan ang panganib ng pinsala o karahasan.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo sa ngipin* Magbabayad kami para sa ilang partikular na serbisyo sa ngipin, kasama ang, pero hindi limitado sa, mga paglilinis, filling, at pustiso. Available sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental, na inilalarawan sa **Seksyon G2** sa ibaba, ang hindi namin sinasaklaw. Magbabayad kami para sa ilang serbisyo sa ngipin kapag mahalagang bahagi ng partikular na paggamot ng pangunahing medikal na kondisyon ng isang tao ang serbisyo. Kasama sa mga halimbawa ang rekonstruksyon ng panga pagkatapos ng pagkabali o pinsala, mga pagbunot ng ngipin na gagawin bilang paghahanda sa radiation na paggamot para sa kanser na nauugnay sa panga, o mga eksaminasyon ng bibig bago ang pag-transplant ng organ. **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo sa ngipin (ipinagpatuloy) Bukod pa rito, sinasaklaw namin ang mga karagdagang serbisyo at procedure sa ngipin. Puwedeng kasama, pero hindi limitado, sa mga serbisyong ito ang mga sumusunod: <u>Serbisyong Pang-iwas</u> • Mga Eksaminasyon ng Bibig – Isa bawat taon <u>Mga Komprehensibong Serbisyo</u> • Restorative* ○ Isa bawat ngipin bawat pitong taon sa kalendaryo • Mga prosthodontic (naaalis)* ○ Mga rebase para sa buo o bahagyang pustiso na sinasaklaw nang isang beses bawat dalawang taon sa kalendaryo ○ Pagpapalit ng lahat ng ngipin at acrylic sa cast metal frame na sinasaklaw nang isang beses bawat tatlong taon sa kalendaryo • Mga prosthodontic (nakapirmi)* ○ Nakapirming bahagyang pustiso (mga bridge) - Isa bawat ngipin bawat pitong taon sa kalendaryo • Mga Adjunctive na Pangkalahatang Serbisyo* ○ Sinasaklaw ang isang konsultasyon bawat taon sa kalendaryo Nakikipagtulungan ang aming plano sa Liberty Dental para maibigay ang iyong mga benepisyo sa ngipin. Para sa detalyadong listahan ng coverage at para humanap ng nasa network na dentista, puwede kang bumisita sa website sa www.libertydentalplan.com o tumawag sa 1.888.704.9838. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.877.855.8039. 8:00 am hanggang 8:00 pm PT: Oktubre 1 - Marso 31: 7 araw sa isang linggo Abril 1 - Setyembre 30: Lunes – Biyernes Inirerekomendang makipagtulungan ka sa iyong nasa network na dentista para tingnan ang coverage sa benepisyo bago kumuha ng mga serbisyo sa ngipin. Kung pipiliin mong gumamit	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	ng dentista sa labas ng network, hindi sasaklawin ng aming plano ang mga serbisyong matatanggap mo. Bukod pa rito, bilang miyembrong karapat-dapat sa dalawa, sinasaklaw ng Medi-Cal (Medicaid) ang ilang serbisyo sa ngipin kasama ang anesthesia na puwedeng gamitin sa panahon ng procedure mo sa ngipin. Puwedeng available sa pamamagitan ng Programang Medi-Cal Dental ang mga serbisyong hindi saklaw ng aming plano. Tingnan ang **Seksyon F2** sa ibaba para sa higit pang impormasyon. **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo sa ngipin (ipinagpatuloy) Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga serbisyo sa ngipin na available sa Medi-Cal Dental, o kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap ng dentistang tumatanggap ng Medi-Cal, makipag-ugnayan sa linya para sa serbisyo sa customer sa 1.800.322.6384 (tumawag sa 1.800.735.2922 ang mga gumagamit ng TTY). Libre ang pagtawag. Available ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental para tulungan ka mula 8:00 am hanggang 5:00 pm, Lunes hanggang Biyernes. Puwede ka ring bumisita sa website sa www.smilecalifornia.org/ para sa higit pang impormasyon. Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0
🍎	**Screening para sa depresyon** Magbabayad kami para sa isang screening para sa depresyon bawat taon. Dapat gawin ang screening sa setting ng pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga referral.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Screening para sa diabetes Magbabayad kami para sa screening na ito (kasama ang pagsusuri ng glucose matapos ang pag-aayuno) kung mayroon ka ng alinman sa mga sumusunod na salik ng panganib: • mataas na presyon ng dugo (altapresyon) • kasaysayan ng hindi normal na mga antas ng cholesterol at triglyceride (dyslipidemia) • labis na katabaan • kasaysayan ng mataas na asukal sa dugo (glucose) Puwedeng saklawin ang mga pagsusuri sa ilang iba pang sitwasyon, tulad ng kung labis-labis ang timbang mo at may kasaysayan ang iyong pamilya ng diabetes. Puwede kang maging kwalipikado para sa hanggang dalawang screening para sa diabetes bawat 12 buwan kasunod ng petsa ng pinakakamakailan mong pagsusuring screening para sa diabetes.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pagsasanay, mga serbisyo, at supply para sa sariling pamamahala ng diabetes* Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng taong may diabetes (gumagamit man sila ng insulin o hindi): • Mga supply para subaybayan ang glucose sa iyong dugo, kasama ang mga sumusunod: ○ monitor ng glucose sa dugo ○ mga test strip para sa glucose sa dugo ○ mga lancet device at lancet ○ mga solusyong pangkontrol ng glucose para sa pagsusuri ng katumpakan ng mga test strip at monitor • Para sa mga taong may diabetes na may malubhang sakit sa paa dulot ng diabetes, binabayaran namin ang mga sumusunod: ○ isang pares ng therapeutic na custom-molded na sapatos (kasama ang mga insert), kasama ang pagsusukat, at dalawang dagdag na pares ng insert bawat taon sa kalendaryo, **o** ○ isang pares ng depth shoes, kasama ang pagsusukat, at tatlong pares ng mga insert bawat taon (hindi kasama ang mga hindi na-customize na naaalis na insert na ibinibigay kasama ang mga nasabing sapatos) • Sa ilang sitwasyon, magbabayad kami para sa pagsasanay para tulungan kang pamahalaan ang iyong diabetes. Para malaman ang higit pa, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga Serbisyo ng Doula Para sa mga indibidwal na buntis, magbabayad kami para sa siyam na pagpapatingin sa doula bago ang at pagkatapos ng panganganak pati na rin ng suporta sa panahon ng pagle-labor at panganganak. Puwede ring magbigay ng hanggang siyam na karagdagang postpartum.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Matibay na kagamitang medikal at mga nauugnay na supply* Sumangguni sa **Kabanata 12** nitong *Handbook ng Miyembro* para sa kahulugan ng "Matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME)." Sinasaklaw namin ang mga sumusunod na item: • mga wheelchair, kasama ang mga elektrikong wheelchair • mga saklay • mga powered mattress system • dry pressure pad para sa mattress • mga supply para sa diabetes • mga kama sa ospital na iniutos ng provider para gamitin sa bahay • mga intravenous (IV) infusion pump at pole • mga device na bumubuo ng pananalita • kagamitan at mga supply ng oxygen • mga nebulizer • mga walker • karaniwang curved handle o quad cane at mga pamalit na supply • cervical traction (isinasabit sa pintuan) • stimulator ng buto • kagamitan para sa pangangalaga ng dialysis • puwedeng saklawin ang iba pang item Magbabayad kami para sa lahat ng medikal na kinakailangang DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung wala sa aming supplier sa iyong lugar ang isang partikular na brand o manufacturer, puwede mong tanungin sa kanila kung puwede nilang espesyal na i-order ito para sa iyo. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalagang pang-emergency Ang ibig sabihin ng pangangalagang pang-emergency ay mga serbisyong: • ibinibigay ng provider na sinanay para magbigay ng mga serbisyong pang-emergency, **at** • kinakailangan para sumuri o gumamot ng medikal na emergency. Ang medikal na emergency ay sakit, pinsala, matinding pananakit, o medikal na kondisyong mabilis na lumalala. Napakaseryoso ng kondisyon na, kung hindi ito makakatanggap ng agarang medikal na atensyon, ang sinumang may average na kaalaman sa kalusugan at gamot ay makakaasang magreresulta ito sa: • seryosong panganib sa iyong kalusugan o sa kalusugan ng iyong hindi pa naipapanganak na anak; **o** • Matinding panganib sa mga paggana ng mga bahagi ng katawan; **o** • seryosong hindi paggana ng anumang organ ng katawan o • pagkawala ng braso o binti, o pagkawala ng paggana ng braso o binti. • Sa sitwasyon ng buntis na babaeng aktibong nagle-labor, kapag: ○ Walang sapat na oras para ligtas na mailipat ka sa ibang ospital bago manganak. ○ Maaaring magdulot ang paglilipat sa ibang ospital ng panganib sa kalusugan o kaligtasan mo o ng iyong hindi pa naipapanganak na anak. Nagbibigay kami ng $25,000 na halaga ng taunang benepisyo para sa mga serbsiyo sa pangangalagang pang-emergency na natatanggap sa buong mundo (sa labas ng Estados Unidos).	$0 Kung makakatanggap ka ng pangangalagang pang-emergency sa wala sa network na ospital at kailangan mo ng pangangalaga para sa inpatient pagkatapos maging stable ang iyong emergency, tatawag ang iyong ospital sa aming plano at posible kang ilipat sa nasa network na ospital para patuloy na mabayaran ang pangangalaga sa iyo. Puwede ka lang manatili sa wala sa network na ospital para sa iyong pangangalaga bilang inpatient kung aaprubahan ng aming plano ang pananatili mo.

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya Binibigyang-daan ka ng batas na pumili ng anumang provider – nasa network na provider man o wala sa network na provider – para sa ilang partikular na serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Ang ibig sabihin nito ay anumang/sinumang doktor, ospital, botika o tanggapan para sa pagpaplano ng pamilya. Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • eksaminasyon at medikal na paggamot para sa pagpaplano ng pamilya • mga pagsusuri sa laboratoryo at na pang-diagnostic para sa pagpaplano ng pamilya • mga paraan ng pagpaplano ng pamilya (IUC/IUD, mga implant, mga iniksyon, mga pill para sa pagkontrol sa pagbubuntis, patch, o ring) **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya (ipinagpatuloy) • mga supply para sa pagpaplano ng pamilya na may reseta (condom, sponge, foam, film, diaphragm, cap) • mga serbisyo sa limitadong kakayahang magkaanak tulad ng pagpapayo at edukasyon tungkol sa mga pamamaraan para sa kamalayan sa kakayahang magkaanak, at/o pagpapayo, pagsusuri, at paggamot sa kalusugan bago mabuntis para sa mga impeksyong naipapasa sa pakikipagtalik (sexually transmitted infection, STI) • pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang kondisyong nauugnay sa HIV • permanenteng pagpigil sa pagbubuntis (Kailangang ikaw ay 21 taong gulang pataas para mapili ang paraang ito ng pagpaplano ng pamilya. Kailangan mong lumagda sa pederal na form ng pahintulot sa sterilization nang hindi bababa sa 30 araw, pero hindi hihigit sa 180 araw bago ang petsa ng operasyon.) • henetikong pagpapayo Magbabayad din kami para sa ilang iba pang serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Gayunpaman, kailangan mong gumamit ng provider sa aming network ng provider para sa mga sumusunod na serbisyo: • paggamot para sa mga medikal na kondisyong nauugnay sa kawalan ng kakayahang magkaanak (Hindi kasama sa serbisyong ito ang mga artipisyal na paraan para mabuntis.) • paggamot para sa AIDS at iba pang kondisyong nauugnay sa HIV • henetikong pagsusuri	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga programang pang-edukasyon para sa kalusugan at kagalingan Nag-aalok kami ng maraming programang nakatuon sa ilang partikular na kondisyong pangkalusugan. Kasama rito ang: • mga klase sa edukasyong pangkalusugan; • mga klase sa edukasyong pangnutrisyon; • pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako; **at** • 24/7 na hotline para sa pangangalaga **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga programang pang-edukasyon para sa kalusugan at kagalingan (ipinagpatuloy) **Linya para sa Payo ng Nurse:** Mabibigyan ka ng Linya para sa Payo ng Nurse ng libreng medikal na impormasyon at payo nang 24 na oras sa isang araw, bawat araw ng taon. Tumawag sa Linya para sa Payo ng Nurse nang walang bayad sa 1.888.433.1876 (TTY: 711) para: • Makipag-usap sa isang nurse na sasagot sa iyong mga medikal na tanong, magbibigay sa iyo ng payo sa pangangalaga, at tutulong sa iyong magpasya kung dapat kang pumunta kaagad sa isang provider • Makakuha ng tulong sa mga medikal na kundisyon gaya ng diabetes o hika, kasama ang payo tungkol sa kung anong uri ng provider ang naaangkop para sa iyong kundisyon Hindi makakatulong ang Linya para sa Payo ng Nurse sa mga appointment sa klinika o pagkuha ng gamot. Tawagan ang tanggapan ng iyong provider kung kailangan mo ng tulong sa mga ito. May mga available na serbisyo sa wika ang Linya para sa Payo ng Nurse kung kinakailangan. **Mga Programang Pang-edukasyon para sa Kalusugan at Kagalingan:** Nag-aalok kami ng maraming programa para tulungan kang manatiling malusog. Kasama rito ang: • Mga nakasulat na dokumento ng tip at gabay para sa edukasyong pangkalusugan • Coaching sa kalusugan para sa mga paksang tulad ng: hika, diabetes, sakit sa puso, at higit pa	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	• Mga klase at programa para suportahan ang malusog na paraan ng pamumuhay, tulad ng malusog na pagkain, pagiging aktibo, at kung paano tumigil sa paninigarilyo • Pulseras o kuwintas ng Medikal na ID para sa mga sumusunod na kondisyon: hika, diabetes Para makatanggap ng impormasyon sa mga programang inaalok namin at para humiling ng pulseras o kuwintas ng Medikal na ID, tumawag sa amin sa 1.510.747.4577. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929.	

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo sa pagdinig Magbabayad kami para sa mga pagsusuri sa pandinig at balanse na isinasagawa ng iyong provider. Sinasabi sa iyo ng mga pagsusuring ito kung kailangan mo ng medikal na paggamot. Sinasaklaw ang mga ito bilang pangangalaga bilang outpatient kapag natatanggap mo ang mga ito mula sa doktor, audiologist, o iba pang kwalipikadong provider. Nagbabayad din kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Karaniwang pagsusuri sa pandinig: 1 bawat taon • Allowance para sa hearing aid: hanggang $775 na halaga ng allowance para sa hearing aid (bawat tainga) para sa hanggang dalawang hearing aid bawat taon. Hindi mailipat papunta sa susunod na taon ang allowance na ito. Responsibilidad mo ang anumang halagang lalampas sa limitasyong ito. • Pagsusukat/pagsusuri ng hearing aid: 1 bawat taon • Dapat makipag-ugnayan ang mga miyembro sa Nations Hearing sa 1.877.408.7542 (TTY: 711) para mag-iskedyul ng appointment sa nakakontratang provider. Available ang Mga Tagapayo sa Karanasan ng Miyembro mula 8 am – 8 pm, lokal na oras, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Nagbabayad din kami para sa mga hearing aid kapag inireseta ng doktor o iba pang kwalipikadong provider, kasama ang: • mga molde, supply, at insert • mga pag-aayos • isang panimulang set ng mga baterya • anim na pagpapatingin para sa pagsasanay, mga pag-adjust, at pagsusukat sa parehong vendor pagkatanggap mo ng hearing aid • panahon ng trial para sa pag-upa ng mga hearing aid • mga device na pantulong sa pakikinig, mga device na pantulong sa pandinig na gumagamit ng bone conduction na isinusuot sa ibabaw ng balat • mga serbisyo sa audiology at pagkatapos ng pagsusuri na nauugnay sa hearing aid Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Screening para sa HIV Magbabayad kami para sa isang screening na eksaminasyon para sa HIV bawat 12 buwan para sa mga taong: • hihiling ng screening na pagsusuri para sa HIV, **o** • nasa mas mataas na panganib na magkaroon ng impeksyong HIV. Kung buntis ka, magbabayad kami para sa hanggang tatlong screening na pagsusuri para sa HIV sa panahon ng pagbubuntis. Magbabayad din kami para sa (mga) karagdagang screening para sa HIV kapag inirekomenda ng iyong provider.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga mula sa ahensya para sa kalusugan sa tahanan* Bago ka makatanggap ng mga serbisyo sa kalusugan sa tahanan, dapat sabihin sa amin ng isang doktor na kailangan mo ang mga ito, at dapat ibigay ang mga ito ng ahensya para sa kalusugan sa tahanan. Dapat ay nakaratay ka sa bahay, na ang ibig sabihin ay malaking pagsisikap ang pag-alis sa bahay. Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at posibleng iba pang serbisyong hindi nakalista rito: • part-time o intermittent na mga serbisyo sa may kasanayang pangangalaga at tulong sa kalusugan sa bahay (para masaklaw sa ilalim ng benepisyo sa pantahanang pangangalagang pangkalusugan, kailangang wala pang 8 oras bawat araw at 35 oras bawat linggo ang iyong mga serbisyo sa may kasanayang pangangalaga at tulong sa kalusugan sa bahay kapag pinagsama.) • pisikal na therapy, occupational therapy, at therapy sa pananalita • mga serbisyong medikal at panlipunan • medikal na kagamitan at mga supply Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Home infusion therapy* Magbabayad ang aming plano para sa home infusion therapy, na tinutukoy bilang mga gamot o biyolohikal na substance na ibinibigay sa ugat o sa ilalim ng balat at ibinibigay sa iyo sa bahay. Kinakailangan ang mga sumusunod para maisagawa ang home infusion: • ang gamot o biyolohikal na substance, 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 sa home infusion na kinabibilangan ng, pero hindi limitado sa: • mga serbisyo ng propesyonal, kasama ang mga serbisyo sa pangangalaga, na ibinibigay alinsunod sa iyong plano ng pangangalaga; • pagsasanay ng at edukasyon sa miyembro na hindi pa kasama sa benepisyo ng DME; • malayuang pagsubaybay; **at** • mga serbisyo sa pagsubaybay para sa pagbibigay ng home infusion therapy at mga gamot sa home infusion na ibinibigay ng kwalipikadong supplier para sa home infusion therapy. Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga sa hospisyo May karapatan kang piliin ang hospisyo kung tutukuyin ng iyong provider at ng medikal na direktor ng hospisyo na mayroon kang prognosis na nagtataning sa buhay. Ang ibig sabihin nito ay mayroon kang sakit na nagtataning sa buhay at inaasahang anim na buwan pababa na lang ang iyong buhay. Makakatanggap ka ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Dapat kang tulungan ng aming plano na maghanap ng mga programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare sa lugar ng serbisyo ng plano, kasama ang mga programang pagmamay-ari o kinokontrol namin, o pinansyal na interesado kami. Puwedeng nasa network na provider o wala sa network na provider ang iyong doktor sa hospisyo. **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga sa hospisyo (ipinagpatuloy) Kasama sa mga sinasaklaw na serbisyo ang: • mga gamot para gamutin ang mga sintomas at pananakit • panandaliang pangangalaga para sa pahinga • pangangalaga sa tahanan **Para sa mga serbisyo sa hospisyo at serbisyong saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na nauugnay sa iyong prognosis na nagtataning sa buhay na sinisingil sa Medicare:** • Ang Original Medicare (sa halip na aming plano) ang magbabayad sa iyong provider ng hospisyo para sa iyong mga serbisyo sa hospisyo at anumang Part A o B na serbisyong nauugnay sa iyong sakit na nagtataning sa buhay. Habang ikaw ay nasa programa ng hospisyo, sisingilin ng iyong provider ng hospisyo ang Original Medicare para sa mga serbisyong binabayaran ng Original Medicare. **Para sa mga serbisyong saklaw ng aming plano pero hindi saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B:** • Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyong hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B. Sinasaklaw namin ang mga serbisyo, nauugnay man o hindi ang mga ito sa iyong prognosis na nagtataning sa buhay. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito. **Para sa mga gamot na posibleng sinasaklaw ng benepisyo sa Medicare Part D ng aming plano:** • Hindi kailanman sinasaklaw ng parehong hospisyo at ng aming plano nang magkasabay ang mga gamot. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** nitong *Handbook ng Miyembro*. **Tandaan:** Kung mayroon kang malubhang sakit, posibleng karapat-dapat ka para sa palliative na pangangalaga, na nagbibigay ng pangangalaga mula sa isang koponan na nakatuon sa pasyente at	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	pamilya para mapabuti ang kalidad iyong buhay. Puwede kang makatanggap ng palliative na pangangalaga kasabay ng curative/regular na pangangalaga. Tingnan ang seksyong Palliative na Pangangalaga sa ibaba para sa higit pang impormasyon. **Tandaan**: Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi sa hospisyo, tumawag sa iyong tagapagsaayos ng pangangalaga at/o mga serbisyo sa miyembro para maisaayos ang mga serbisyo. Ang pangangalagang hindi sa hospisyo ay pangangalagang **hindi** nauugnay sa iyong prognosis na nagtataning sa buhay. Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng konsultasyon sa hospisyo (pang-isang beses lang) para sa miyembrong may sakit na nagtataning sa buhay na hindi pinili ang benepisyo sa hospisyo.	
🍎	**Mga Bakuna** Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • mga bakuna sa pulmonya • mga iniksyon para sa trangkaso/influenza, isang beses bawat panahon ng trangkaso/influenza sa taglagas at taglamig, na may mga karagdagang iniksyon para sa trangkaso/influenza kung medikal na kinakailangan • mga bakuna para sa hepatitis B kung ikaw ay nasa mataas o katamtamang panganib na magkaroon ng hepatitis B • mga bakuna sa COVID-19 • bakuna sa human papillomavirus (HPV) • iba pang bakuna kung nasa panganib ka at nakakatugon ang mga ito sa mga panuntunan ng coverage sa Medicare Part B Magbabayad kami para sa iba pang bakuna na nakakatugon sa mga panuntunan ng coverage sa Medicare Part B. Sumangguni sa **Kabanata 6** nitong Handbook ng Miyembro para matuto pa.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga sa ospital para sa inpatient* Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo at iba pang medikal na kinakailangang serbisyo na hindi nakalista rito: • semi-private na kuwarto (o pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan) • mga pagkain, kasama ang mga espesyal na diyeta • mga regular na serbisyo ng pangangalaga • mga gastusin sa mga unit ng espesyal na pangangalaga, tulad ng unit para sa intensibong pangangalaga o coronary na pangangalaga • mga gamot at medikasyon • mga pagsusuri sa laboratoryo • mga X-ray at iba pang serbisyo ng radiology • mga kinakailangang pang-operasyon at medikal na supply **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0 Kailangan mong kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano para makatanggap ng pangangalaga para sa outpatient sa wala sa network na ospital pagkatapos maging stable ang iyong emergency.

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga sa ospital para sa inpatient* (ipinagpatuloy) • mga appliance, tulad ng mga wheelchair • mga serbisyo sa operating at recovery room • therapy sa pisikal at occupational, at therapy sa pananalita • mga serbisyo sa pang-aabuso ng kontroladong kemikal para sa inpatient • sa ilang sitwasyon, ang mga sumusunod na uri ng transplant: sa cornea, bato, bato/pancreas, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell, at bituka/multivisceral. Para sa ilang Malaking Pag-transplant ng Organ na nangangailangan ng Pag-admit, puwede kang muling idirekta sa 'Sentro ng Kahusayan' para sa organ na iyon. Kung kailangan mo ng transplant, susuriin ng isang sentro ng pag-transplant na inaprubahan ng Medicare ang iyong kaso at magpapasya ito kung kandidato ka para sa transplant. Puwedeng lokal o nasa labas ng lugar ng serbisyo ang mga provider ng transplant. Kung handang tanggapin ng mga lokal na provider ng transplant ang rate ng Medicare, lokal mong matatanggap ang iyong mga serbisyo sa transplant o sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa iyong komunidad. Kung magbibigay ang aming plano ng mga serbisyo sa transplant sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa aming komunidad at pipiliin mong tanggapin ang iyong transplant doon, magsasaayos o magbabayad kami para sa mga gastos sa pamamalagi at pagbiyahe para sa iyo at sa isa pang tao. • dugo, kasama ang pag-iimbak at pagbibigay • mga serbisyo ng doktor **Tandaan:** Para maging inpatient, dapat sumulat ang iyong provider ng kautusang pormal kang i-admit bilang inpatient ng ospital. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, posible ka pa ring ituring na "outpatient." Kung hindi ka sigurado kung inpatient o outpatient ka, magtanong sa tauhan ng ospital. Kumuha ng higit pang impormasyon sa dokumento ng impormasyon ng Medicare na *Mga Benepisyo sa Ospital ng*	$0 Kailangan mong kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano para makatanggap ng pangangalaga para sa outpatient sa wala sa network na ospital pagkatapos maging stable ang iyong emergency.

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Medicare. Available ang dokumento ng impormasyon na ito sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo para sa inpatient sa psychiatric na ospital* Magbabayad kami para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan para sa pag-iisip na nangangailangan ng pananatili sa ospital. • Kung kailangan mo ng mga serbisyo para sa inpatient sa freestanding na psychiatric na ospital, magbabayad kami para sa unang 190 araw. Pagkatapos nito, ang lokal na ahensya para sa kalusugan ng pag-iisip ang magbabayad para sa mga medikal na kinakailangang psychiatric na serbisyo para sa inpatient. Isinasaayos sa lokal na ahensya para sa kalusugan ng pag-iisip ng county ang pahintulot para sa pangangalagang lalampas sa 190 araw. ○ **Hindi** naaangkop sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip para sa inpatient na ibinibigay sa psychiatric unit ng pangkalahatang ospital ang 190 araw na limitasyon. • Kung 65 taong gulang pataas ka, magbabayad kami para sa mga serbisyong natatanggap mo mula sa Institusyon para sa Mga Sakit sa Pag-iisip (Institute for Mental Diseases, IMD). **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pananatili bilang inpatient: Mga saklaw na serbisyo sa ospital o pasilidad ng may-kasanayang pangangalaga (skilled nursing facility, SNF) sa panahon ng hindi saklaw na pananatili bilang inpatient* Hindi kami magbabayad para sa iyong pananatili bilang inpatient kung nagamit mo na ang lahat ng iyong benepisyo para sa pagiging inpatient o kung hindi makatuwiran at/o medikal na kinakailangan ang pananatili. Gayunpaman, sa ilang partikular na sitwasyon kung saan hindi sinasaklaw ang pangangalaga para sa inpatient, puwede naming bayaran ang mga serbisyong natatanggap mo habang ikaw ay nasa ospital o pasilidad ng pangangalaga. Para malaman ang higit pa, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at posibleng iba pang serbisyong hindi nakalista rito: • mga serbisyo ng doktor • mga diagnostic na pagsusuri, tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo • X-ray, radium, at isotope therapy, kasama ang mga materyales at serbisyo ng technician • mga pang-operasyong dressing **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pananatili bilang inpatient: Mga saklaw na serbisyo sa ospital o pasilidad ng may-kasanayang pangangalaga sa panahon ng hindi saklaw na pananatili bilang inpatient (ipinagpatuloy) • mga splint, cast, at iba pang device na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon • mga prosthetic at orthotic na device, bukod sa pangngipin, kasama ang pagpapalit o mga pag-aayos ng mga nasabing device. Ito ay mga device na pumapalit sa kabuuan o bahagi ng: o panloob na organ ng katawan (kasama ang contiguous tissue), **o** o paggana ng hindi gumagana o hindi maayos na gumaganang panloob na organ ng katawan • mga brace at truss sa binti, braso, likod, at leeg, at artipisyal na binti, braso, at mata. Kasama rito ang mga pag-adjust, pag-aayos, at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkasira, pagkaluma, pagkawala, o pagbabago sa iyong kondisyon • pisikal na therapy, therapy sa pananalita, at occupational therapy **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo ng pasilidad para sa intermediate na pangangalaga* Pangangalagang ibinibigay sa isang pasilidad o tahanan ng pangmatagalang pangangalaga na nagbibigay ng 24 na oras na mga residensyal na serbisyo. Kasama sa mga uri ng pasilidad o tahanan para sa intermediate na pangangalaga ang: • Pasilidad ng intermediate na pangangalaga/may kapansanan sa development (intermediate care facility/developmentally disabled, ICF/DD) • Pasilidad ng intermediate na pangangalaga/may kapansanan sa development-habilitative (intermediate care facility/developmentally disabled-habilitative, ICF/DD-H) • Pasilidad ng intermediate na pangangalaga/may kapansanan sa development-nursing (intermediate care facility/developmentally disabled-nursing, ICF/DD-N) **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo at supply para sa sakit sa bato* Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • Mga serbisyong pang-edukasyon sa sakit sa bato para ituro ang pangangalaga sa bato at tulungan kang gumawa ng magagandang desisyon tungkol sa iyong pangangalaga. Dapat ay mayroon kang stage IV na pangmatagalang sakit sa bato, at dapat kang i-refer ng iyong doktor. Sinasaklaw namin ang hanggang anim na sesyon ng mga serbisyong pang-edukasyon sa sakit sa bato. • Mga dialysis na paggamot para sa outpatient, kasama ang mga dialysis na paggamot kapag pansamantalang wala sa lugar ng serbisyo, gaya ng ipinaliwanag sa **Kabanata 3** nitong *Handbook ng Miyembro*, o kapag pansamantalang hindi available o hindi ma-access ang provider para sa serbisyong ito • Mga dialysis na paggamot para sa inpatient kung na-admit ka bilang inpatient sa ospital para sa espesyal na pangangalaga • Pagsasanay para sa pag-dialysis sa sarili, kasama ang pagsasanay para sa iyo at sinumang tumutulong sa iyo sa iyong mga dialysis na paggamot sa bahay • Kagamitan at mga supply para sa dialysis sa bahay • Ilang partikular na serbisyong pansuporta sa tahanan, tulad ng mga kinakailangang pagpapatingin sa mga sinanay na manggagawa sa dialysis para kumustahin ang iyong pag-dialysis sa bahay, para tumulong sa mga emergency, at para tingnan ang iyong kagamitan para sa dialysis at supply ng tubig. Nagbabayad ang Medicare Part B para sa ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, sumangguni sa “Mga gamot sa Medicare Part B” sa tsart na ito. Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Screening para sa kanser sa baga na may low dose computed tomography (LDCT) Magbabayad ang aming plano para sa screening para sa kanser sa baga bawat 12 buwan kung ikaw ay: • 50-77 taong gulang, **at** • may pagpapatingin para sa pagpapayo at nakabahaging pagpapasya kasama ang iyong doktor o iba pang kwalipikadong provider, **at** • naninigarilyo nang hindi bababa sa 1 kaha sa isang araw sa loob ng 20 araw nang walang palatandaan o sintomas ng kanser sa baga o naninigarilyo ngayon o huminto sa loob ng nakaraang 15 taon **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0
	Screening para sa kanser sa baga na may low dose computed tomography (LDCT) (ipinagpatuloy) Pagkatapos ng unang screening, magbabayad ang aming plano para sa isa pang screening bawat taon nang may nakasulat na utos mula sa iyong doktor o iba pang kwalipikadong provider. Kung pipiliin ng isang provider na magbigay ng pagpapayo sa screening para sa kanser sa baga at pagpapatingin para sa nakabahaging pagpapasya para sa mga screening para sa kanser sa baga, dapat matugunan ng pagpapatingin ang mga pamantayan ng Medicare para sa mga nasabing pagpapatingin.	

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Medikal na therapy sa nutrisyon Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diabetes o sakit sa bato na walang dialysis. Para din ito sa pagkatapos ng pag-transplant ng bato kapag ini-refer **o** iniutos ng iyong doktor. Magbabayad kami para sa tatlong oras ng mga serbisyo sa one-on-one na pagpapayo sa loob ng unang taon ng pagtanggap mo ng mga serbisyo sa medikal na therapy sa nutrisyon sa ilalim ng Medicare. Puwede naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Magbabayad kami para sa dalawang oras ng mga serbisyo sa one-on-one na pagpapayo bawat taon pagkatapos nito. Kung magbabago ang iyong kondisyon, paggamot, o diagnosis, posible kang makatanggap ng higit pang oras ng paggamot nang may referral **o** utos ng doktor. Dapat ireseta ng isang doktor ang mga serbisyong ito at dapat niyang i-renew ang referral **o** mag-utos nito bawat taon kung kailangan mo ng paggamot sa susunod na taon sa kalendaryo. Puwede naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan.	$0
	Programang Pang-iwas sa Diabetes ng Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Nagbabayad ang aming plano para sa mga serbisyo ng MDPP para sa mga taong karapat-dapat. Idinisenyo ang MDPP para tulungan kang pairalin ang malusog na pag-uugali. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa: • pangmatagalang pagbabago sa diyeta, **at** • mas maraming pisikal na aktibidad, **at** • mga paraan para mapanatili ang pagbabawas ng timbang at malusog na paraan ng pamumuhay.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga gamot sa Medicare Part B* Sinasaklaw ang mga gamot na ito sa ilalim ng Part B ng Medicare. Nagbabayad ang aming plano para sa mga sumusunod na gamot: • mga gamot na karaniwang hindi ikaw ang nagbibigay at itinuturok o ini-infuse habang tumatanggap ka ng mga serbisyo ng doktor, ospital bilang outpatient, o ambulatory surgery center • insulin na ibinibigay sa pamamagitan ng item ng matibay na kagamitang medikal (tulad ng medikal na kinakailangang insulin pump) • iba pang gamot na ginagamit mo gamit ang matibay na kagamitang medikal (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng aming plano • ang gamot sa Alzheimer's na Leqembi® (generic lecanemab) na ibinibigay nang intravenous (IV) • mga clotting factor na ikaw mismo ang nagbibigay sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kang hemophilia • mga gamot para sa transplant/na immunosuppresive: Sinasaklaw ng Medicare ang therapy sa gamot para sa transplant kung binayaran ng Medicare ang iyong pag-transplant ng organ. Dapat ay mayroon kang Part A sa panahon ng sinasaklaw na transplant, at dapat ay mayroon kang Part B sa panahon na tatanggap ka ng mga immunosuppresive na gamot. Sinasaklaw ng Medicare Part D ang mga immunosuppresive na gamot kung hindi sinasaklaw ng Part B ang mga ito • mga gamot sa osteoporosis na itinuturok. Nagbabayad kami para sa mga gamot na ito kung nakaratay ka sa bahay, mayroon kang bali sa buto na pinatunayan ng doktor na nauugnay sa osteoporosis pagkatapos ng menopause, at hindi mo maituturok sa sarili mo ang gamot • ilang antigen: Sinasaklaw ng Medicare ang mga antigen kung doktor ang maghahanda ng mga ito at isang taong binigyan ng maayos na tagubilin (na puwedeng ikaw, ang	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	pasyente) ang magbibigay nito sa ilalim ng naaangkop na pangangasiwa **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga gamot sa Medicare Part B* (ipinagpatuloy) • ilang partikular na iniinom na gamot laban sa kanser: Sinasaklaw ng Medicare ang ilang iniinom na gamot laban sa kanser kung available ang parehong gamot sa naiiniksyong anyo o kung ang gamot ay prodrug (naiinom na anyo ng gamot na, kapag ininom, ay natutunaw para maging parehong aktibong sangkap na nakikita sa naiiniksyong gamot). Habang nagiging available ang mga bagong naiinom na gamot laban sa kanser, posibleng saklawin ng Part B ang mga ito. Kung hindi sinasaklaw ng Part B ang mga ito, sasaklawin ito ng Part D • mga naiinom na gamot laban sa pagduduwal: Sinasaklaw ng Medicare ang mga naiinom na gamot laban sa pagduduwal na ginagamit mo bilang bahagi ng chemotherapeutic regimen laban sa kanser kung ibinigay na ang mga ito bago ang, nang, o sa loob ng 48 oras ng chemotherapy o ginagamit ang mga ito bilang ganap na therapeutic na pamalit para sa intravenous na gamot laban sa pagduduwal • ilang partikular na naiinom na gamot para sa End-Stage Renal Disease (ESRD) na saklaw sa ilalim ng Medicare Part B • mga calcimimetic at phosphate binder na gamot sa ilalim ng sistema ng pagbabayad para sa ESRD, kasama ang intravenous na gamot na Parsabiv®, at iniinom na gamot na Sensipar • ilang partikular na gamot para sa dialysis sa bahay, kasama ang heparin, ang antidote para sa heparin (kapag medikal na kinakailangan) at mga ipinapahid na anesthesia • mga erythropoiesis-stimulating agent: Sinasaklaw ng Medicare ang erythropoietin sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kang ESRD o kailangan mo ang gamot na ito para gamutin ang anemia na nauugnay sa ilang partikular na iba pang kondisyon (tulad ng Epoetin Alfa) • IV immune globulin para sa paggamot sa bahay ng mga pangunahing sakit sa immune deficiency • parenteral at enteral na nutrisyon (IV at tube feeding)	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	

Mga gamot sa Medicare Part B* (ipinagpatuloy) Sinasaklaw din namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming benepisyo sa gamot sa Medicare Part B at karamihan ng mga bakunang para sa nasa hustong gulang sa ilalim ng aming benepisyo sa gamot sa Medicare Part D. **Ipinapaliwanag ng Kabanata 5** nitong *Handbook ng Miyembro* ang aming benepisyo sa gamot. Ipinapaliwanag nito ang mga panuntunang dapat mong sundin para masaklaw ang mga reseta. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 6** nitong *Handbook ng Miyembro* ang babayaran mo para sa iyong mga gamot sa pamamagitan ng aming plano. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga* Ang pasilidad ng pangangalaga (nursing facility, NF) ay lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi makakatanggap ng pangangalaga sa bahay pero hindi kailangang maospital. Kasama, pero hindi limitado, sa mga serbisyong binabayaran namin ang mga sumusunod: • semiprivate na kuwarto (o pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan) • mga pagkain, kasama ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo ng pangangalaga • pisikal na therapy, occupational therapy, at therapy sa pananalita • therapy sa baga • mga gamot na ibinibigay sa iyo bilang bahagi ng iyong plano ng pangangalaga. (Kasama rito ang mga substance na likas na nasa katawan, tulad ng mga blood-clotting factor). • dugo, kasama ang pag-iimbak at pagbibigay • mga medikal at pang-operasyong supply na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga X-ray at iba pang serbisyo ng radiology na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • paggamit ng mga appliance, tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga serbisyo ng doktor/practitioner • matibay na kagamitang medikal • mga serbisyo sa ngipin, kasama ang mga pustiso	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	• mga benepisyo sa paningin • mga pagsusuri sa pandinig • chiropractic na pangangalaga • mga serbisyong podiatry **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga (ipinagpatuloy) Karaniwang matatanggap mo ang pangangalaga sa iyo mula sa mga nasa network na pasilidad. Gayunpaman, posibleng matanggap mo ang pangangalaga sa iyo mula sa pasilidad na wala sa aming network. Puwede kang tumanggap ng pangangalaga sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga para sa pagbabayad ng aming plano: • pasilidad ng pangangalaga o komunidad sa pagreretiro para sa nagpapatuloy na pangangalaga kung saan ka mismong nanirahan bago ka naospital (hangga't nagbibigay ito ng pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga). • pasilidad ng pangangalaga kung saan naninirahan ang iyong asawa o kinakasama sa oras na umalis ka sa ospital. Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0
🍎	**Screening at therapy para sa labis na katabaan para mapanatiling mababa ang timbang** Kung mayroon kang body mass index na 30 pataas, magbabayad kami para sa pagpapayo para tulungan kang magbawas ng timbang. Dapat mong tanggapin ang pagpapayo sa setting ng pangunahing pangangalaga. Sa ganitong paraan, mapapamahalaan ito sa pamamagitan ng iyong buong planong pang-iwas. Makipag-usap sa iyong provider para malaman ang higit pa.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo sa programa ng paggamot na nauugnay sa paggamit ng opioid (opioid treatment program, OTP)* Magbabayad ang aming plano para sa mga sumusunod na serbisyo para gamutin ang sakit sa paggamit ng opioid (opioid use disorder, OUD) sa pamamagitan ng OTP na kinabibilangan ng mga sumusunod na serbisyo: • mga aktibidad sa pag-intake • pana-panahong pagtatasa • mga gamot na inaprubahan ng FDA at, kung naaangkop, pamamahala sa at pagbibigay sa iyo ng mga gamot na ito • pagpapayo sa paggamit ng kontroladong kemikal • pang-indibidwal at panggrupong therapy • pagsusuri para sa mga gamot o kemikal sa iyong katawan (pagsusuri ng toxicology) **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga diagnostic na pagsusuri at therapeutic na serbisyo at supply para sa outpatient* Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo at iba pang medikal na kinakailangang serbisyo na hindi nakalista rito: • mga X-ray • radiation (radium at isotope) therapy, kasama ang mga materyales at supply ng technician • mga pang-operasyong supply, tulad ng mga dressing • mga splint, cast, at iba pang device na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon • mga pagsusuri sa laboratoryo • dugo, kasama ang pag-iimbak at pagbibigay • mga diagnostic na pagsusuring hindi sa laboratoryo tulad ng mga CT scan, MRI, EKG, at PET scan kapag iniutos ito ng iyong doktor o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan para manggamot ng kondisyong medikal • iba pang diagnostic na pagsusuri para sa outpatient Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Posibleng kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pag-obserba sa ospital para sa outpatient Magbabayad kami para sa mga serbisyo sa pag-obserba sa ospital para sa outpatient para tukuyin kung kailangan mong ma-admit bilang inpatient o puwede ka nang ma-discharge. Dapat makatugon ang mga serbisyo sa mga pamantayan ng Medicare at dapat iturin ang mga ito na makatuwiran at kinakailangan. Sinasaklaw lang ang mga serbisyo sa pag-obserba kapag ibinigay ayon sa utos ng doktor o iba pang taong pinahintulutan ng batas ng estado at mga bylaw ng tauhan ng ospital na mag-admit ng mga pasyente sa ospital o mag-utos ng mga pagsusuri para sa outpatient. **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pag-obserba sa ospital para sa outpatient (ipinagpatuloy) **Tandaan:** Maliban kung sumulat ang provider ng utos na i-admit ka bilang inpatient sa ospital, isa kang outpatient. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, posible ka pa ring ituring na outpatient. Kung hindi ka sigurado kung outpatient ka, magtanong sa tauhan ng ospital. Makakuha ng higit pang impormasyon sa dokumento ng impormasyon ng Medicare na *Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare.* Available ang dokumento ng impormasyon na ito sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga outpatient na serbisyo sa ospital* Magbabayad kami para sa mga medikal na kinakailangang serbisyo na natatanggap mo sa departamento para sa outpatient ng ospital para sa pag-diagnose o paggamot ng sakit o pinsala, tulad ng: • Mga serbisyo sa emergency department o klinikang pang-outpatient, tulad ng mga serbisyo sa pag-opera o pag-obserba para sa outpatient ○ Mga serbisyo sa pag-obserba para tulungan ang iyong doktor na malaman kung kailangan mong ma-admit sa ospital bilang “inpatient.” ○ Minsan, puwede kang mamalagi sa ospital nang magdamag at “outpatient” ka pa rin. ○ Makakakuha ka ng higit pang impormasyon tungkol sa pagiging inpatient o outpatient sa dokumento ng impormasyon na ito: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Mga pagsusuri sa laboratoryo at na diagnostic na sinisingil ng ospital • Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip, kasama ang pangangalaga sa programa ng bahagyang pagkakaospital, kung papatunayan ng doktor na kakailanganin ang paggamot para sa outpatient kung wala nito • Mga X-ray at iba pang serbisyo ng radiology na sinisingil ng ospital • Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga outpatient na serbisyo sa ospital* (ipinagpatuloy) • Mga pang-iwas na screening at serbisyong nakalista sa buong Tsart ng Mga Benepisyo • Ilang gamot na hindi mo maibibigay sa iyong sarili Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient* Magbabayad kami para sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng: • psychiatrist o doktor na lisensyado ng estado • klinikal na psychologist • klinikal na social worker • klinikal na espesyalistang nars • lisensyadong propesyonal na tagapayo (licensed professional counselor, LPC) • lisensyadong therapist sa kasal at pamilya (licensed marriage and family therapist, LMFT) • nurse practitioner (NP) • assistant na doktor (physician assistant, PA) • anumang iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip na kwalipikado sa Medicare ayon sa pinapayagan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at posibleng iba pang serbisyong hindi nakalista rito: • mga serbisyo ng klinika • paggamot sa umaga • mga serbisyo sa psychosocial rehab • mga programa sa bahagyang pagkakaospital o intensibong programa para sa outpatient • pang-indibidwal at panggrupong pagsusuri at paggamot sa kalusugan ng pag-iisip • psychological na pagsusuri kapag klinikal na isinaad para masuri ang isang resulta sa kalusugan ng pag-iisip **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient* (ipinagpatuloy) • mga serbisyo para sa outpatient para sa mga layunin ng pagsubaybay sa therapy sa gamot • mga pagsusuri sa laboratoryo, gamot, supply, at suplemento para sa outpatient • psychiatric na konsultasyon **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0
	Mga serbisyo sa rehabilitasyon para sa outpatient* Magbabayad kami para sa pisikal na therapy, occupational therapy, at therapy sa pananalita. Makakatanggap ka ng mga serbisyo sa rehabilitasyon para sa outpatient mula sa mga departamento para sa outpatient ng ospital, tanggapan ng independiyenteng therapist, pasilidad ng komprehensibong rehabilitasyon para sa outpatient (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF), at iba pang pasilidad. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo sa sakit sa paggamit ng kontroladong kemikal para sa outpatient Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at posibleng iba pang serbisyong hindi nakalista rito • screening at pagpapayo para sa maling paggamit ng alak • paggamot sa pang-aabuso sa gamot • panggrupo o pang-indibidwal na pagpapayo mula sa kwalipikadong clinician • mga serbisyo sa alak at/o gamot sa sentro ng intensibong paggamot para sa outpatient o programa ng bahagyang pagkakaospital • paggamot gamit ang extended-release Naltrexone (vivitrol)	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Operasyon para sa outpatient* Magbabayad kami para sa operasyon at mga serbisyo para sa outpatient sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at ambulatory surgical center. **Tandaan:** Kung sasailalim ka sa operasyon sa pasilidad ng ospital, dapat kang magtanong sa iyong provider kung magiging inpatient ka ba o outpatient. Maliban kung susulat ang provider ng utos na i-admit ka bilang inpatient sa ospital, isa kang outpatient. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, posible ka pa ring ituring na outpatient. Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga Over the Counter (OTC) na Item Nag-aalok kami ng buwanang $50 na allowance para bumili ng mga item na OTC na gamot. Magagamit mo ang benepisyong ito para bumili ng mga item na hindi kailangan ng reseta tulad ng gamot sa ubo at sipon, mga bitamina, pampawi ng pananakit, bendahe, at iba pang karapat-dapat na produkto. Nagkakabisa ang benepisyo sa unang araw ng bawat buwan. Hindi naiipon at naililipat sa susunod na buwan ang anumang natitirang balanse. Posibleng may mga limitasyon sa mga uri at dami ng OTC na item na sinasaklaw. May ipapadala sa iyo sa mail na prepaid debit card, kasama ang mga tagubilin sa pag-activate. Magagamit mo ang iyong debit card para bumili ng mga OTC na produkto mula sa catalog sa loob ng tindahan sa mga kalahok na botika at retail na lokasyon, online, o sa telepono. • Sa Loob ng Tindahan: Puwede kang mamili ng iba't ibang inaprubahang item sa CVS, Safeway, Walgreens, Walmart, at higit pa. Pumunta sa www.alliancewellness.nationsbenefits.com para humanap ng kalahok na tindahang malapit sa iyo. **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga Over the Counter (OTC) na Item (ipinagpatuloy) • Online: Pumunta sa www.alliancewellness.nationsbenefits.com para tumingin ng iba't ibang inaprubahang produkto. Kung ito ang unang beses mong mag-o-order online, kakailanganin mong gumawa ng account sa pamamagitan ng pagrehistro sa Benefits Pro Portal o sa Benefits Pro app. Kung nakagawa ka na ng account, mag-log in lang, piliin ang iyong mga item at kapag handa na, i-click ang “Checkout (Mag-check out).” • Sa pamamagitan ng Telepono: Pumunta sa www.alliancewellness.nationsbenefits.com para hanapin ang mga produktong gusto mong i-order. Para mag-order sa pamamagitan ng teleopono, tumawag sa 1.877.408.7542 (TTY: 711). Available ang Mga Tagapayo sa Karanasan ng Miyembro mula 8 am – 8 pm, lokal na oras, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Bilang karagdagan, mayroon ka ring mga benepisyo ng Medi-Cal OTC. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/contact) para sa higit pang impormasyon. Maaari ka ring tumawag sa Sentro ng Serbisyo para sa Customer ng Medi-Cal Rx sa 1.800.977.2273.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran 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 magpapaganda sa kalidad ng buhay sa pamamagitan ng pag-agap, pag-iwas at paggamot sa paghihirap. **Hindi** hospisyo ang palliative na pangangalaga, at sa gayon ay puwede kang maging kwalipikado para sa palliative na pangangalaga kahit hindi inaasahang anim na buwan pababa na lang ang buhay mo. Ibinibigay ang palliative na pangangalaga kasabay ng curative/regular na pangangalaga. Kasama sa palliative na pangangalaga ang mga sumusunod: • maagang pagpaplano ng pangangalaga • pagsusuri at konsultasyon sa palliative na pangangalaga • plano ng pangangalagang kinabibilangan ng lahat ng pinahintulutang palliative at curative na pangangalaga, kasama ang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip at na medikal at panlipunan. • mga serbisyo mula sa iyong itinalagang koponan sa pangangalaga	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Palliative na Pangangalaga* (ipinagpatuloy) • pagsasaayos ng pangangalaga • pamamahala ng pananakit at sintomas Posibleng hindi ka makatanggap ng pangangalaga sa hospisyo at palliative na pangangalaga nang magkasabay kung mahigit 21 taong gulang ka na. Kung tumatanggap ka ng palliative na pangangalaga at natutugunan mo ang pagiging karapat-dapat para sa pangangalaga sa hospisyo, puwede mong hilingin na magpalit patungong pangangalaga sa hospisyo anumang oras. Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo sa bahagyang pagkakaospital at intensibong serbisyo para sa outpatient* Ang bahagyang pagkakaospital ay nakaestrukturang programa ng aktibong psychiatric na paggamot. Iniaalok ito bilang serbisyo ng ospital para sa outpatient o ng sentro ng komunidad para sa kalusugan ng pag-iisip na mas matindi kaysa sa pangangalagang natatanggap mo sa tanggapan ng iyong doktor, therapist, lisensyadong therapist sa kasal at pamilya (LMFT), o lisensyadong propesyonal na tagapayo. Matutulungan ka nitong makaiwas sa pananatili sa ospital. *Ang intensibong serbisyo para sa outpatient ay nakaestrukturang programa ng aktibong therapy na paggamot sa kalusugan ng pag-uugali (pag-iisip) na ibinibigay bilang serbisyo ng ospital para sa outpatient, sentro ng komunidad para sa kalusugan ng pag-iisip, pederal na kwalipikadong sentrong pangkalusugan, o rural na klinikang pangkalusugan na mas matindi kaysa sa pangangalagang natatanggap mo sa tanggapan ng iyong doktor, therapist,* LMFT, *o lisensyadong propesyonal na tagapayo pero hindi gaanong katindi kumpara sa bahagyang pagkakaospital.* **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo ng doktor/provider, kasama ang mga pagpapatingin sa tanggapan ng doktor* Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • mga medikal na kinakailangang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o na pang-operasyon na ibinibigay sa mga lugar na tulad ng: • tanggapan ng doktor • sertipikadong ambulatory surgical center • departamento ng ospital para sa outpatient • konsultasyon, diagnosis, at paggamot mula sa espesyalista • mga pangunahing eksaminasyon para sa pandinig at balanse na ibinibigay ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga **o** espesyalista, kung inuutos ng iyong doktor ang mga ito para malaman kung kailangan mo ng paggamot • Ilang partikular na serbisyong telehealth, kasama ang mga serbisyo ng doktor at practitioner para gamutin ang mga hindi pang-emergency na kondisyon sa ilalim ng Pangkalahatang Medisina, Dermatology at Kalusugan ng Pag-iisip. ○ May opsyon kang matanggap ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telepono o video. Kung pipiliin mong tanggapin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, dapat kang gumamit ng nasa network na provider na nag-aalok ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. ○ Nagbibigay ang Teladoc ng mga konsultasyon sa doktor sa pamamagitan ng telepono o video mula sa kaginhawaan ng tahanan mo nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Makipag-usap sa doktor sa pamamagitan ng pagtawag sa Teladoc sa 1.800.TELADOC (1.800.835.2362) o pag-iskedyul ng video chat sa Teladoc app para gamutin ang mga hindi pang-emergency na isyu. • mga serbisyong telehealth para sa mga buwanang pagpapatingin na nauugnay sa end-stage renal disease (ESRD) para sa mga miyembrong nagda-dialysis sa bahay sa sentro ng renal dialysis na nakabase sa ospital o sa	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	ospital para sa kritikal na pag-access, pasilidad para sa renal dialysis, o sa bahay • mga serbisyong telehealth para i-diagnose, suriin, o gamutin ang mga sintomas ng stroke • mga serbisyong telehealth para sa mga miyembrong may sakit sa paggamit ng kontroladong kemikal o kasabay na sakit sa kalusugan ng pag-iisip **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo ng doktor/provider, kasama ang mga pagpapatingin sa tanggapan ng doktor* (ipinagpatuloy) • mga serbisyong telehealth para sa pag-diagnose, pagsusuri, at paggamot ng mga sakit sa kalusugan ng pag-iisip kung: o mayroon kang personal na pagpapatingin sa loob ng 6 na buwan bago ang una mong telehealth na pagpapatingin o mayroon kang personal na pagpapatingin bawat 12 buwan habang tumatanggap ng mga serbisyong telehealth na ito o puwedeng gumawa ng mga pagbubukod sa mga nasa itaas para sa ilang partikular na sitwasyon • mga serbisyong telehealth para sa mga pagpapatingin para sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng mga rural na klinikang pangkalusugan at pederal na kwalipikadong sentrong pangkalusugan. • mga virtual na pag-check in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) kasama ang iyong doktor sa loob ng 5-10 minuto **kung:** o hindi ka bagong pasyente **at** o hindi nauugnay ang pag-check in sa pagpapatingin sa tanggapan sa nakaraang 7 araw **at** o hindi humahantong ang pag-check in sa pagpapatingin sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na available na appointment • Pagsusuri ng video at/o mga larawang ipapadala mo sa iyong doktor at interpretasyon at pag-follow up ng iyong doktor sa loob ng 24 na oras **kung**: o hindi ka bagong pasyente at o hindi nauugnay ang pagsusuri sa pagpapatingin sa tanggapan sa nakaraang 7 araw **at**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	○ hindi humahantong ang pagsusuri sa pagpapatingin sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na available na appointment • Konsultasyon ng iyong doktor kasama ang iba pang doktor sa pamamagitan ng telepono, Internet, o elektronikong rekord sa kalusugan kung hindi ka bagong pasyente • Pangalawang opinyon ng isa pang nasa network na provider bago ang operasyon Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyong podiatry* Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • diagnosis at medikal o pang-operasyong paggamot ng mga pinsala at sakit sa paa (tulad ng hammer toe o mga heel spur) • karaniwang pangangalaga sa paa para sa mga miyembrong may mga kondisyong nakakaapekto sa mga binti, tulad ng diabetes • paggamot para sa bukong-bukong at para sa mga tendon na konektado sa paa • hindi operasyong paggamot ng mga kalamnan at tendon ng binti na nagkokontrol sa mga pagkilos ng paa Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pre-exposure prophylaxis (PrEP) para sa pag-iwas sa HIV Kung wala kang HIV, pero natukoy ng iyong doktor o iba pang practitioner sa pangangalagang pangkalusugan na nasa mas mataas na panganib kang magkaroon ng HIV, sinasaklaw namin ang pre-exposure prophylaxis (PrEP) na gamot at iba pang nauugnay na serbisyo. Kung kwalipikado ka, kasama sa mga sinasaklaw na serbisyo ang: • Iniinom o itinuturok na PrEP na gamot na inaprubahan ng FDA. Kung tumatanggap ka ng itinuturok na gamot, sinasaklaw rin namin ang bayarin para sa pagturok sa gamot. • Hanggang 8 sesyon ng indibidwal na pagpapayo (kasama ang pagtatasa sa panganib ng HIV, pagbabawas ng panganib sa HIV, at pagsunod sa gamot) bawat 12 buwan. • Hanggang 8 screening para sa HIV bawat 12 buwan. • Pang-isang beses na screening para sa hepatitis B virus.	$0
	Mga screening na eksaminasyon para sa prostate cancer Para sa mga lalaking 50 taong gulang pataas, magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo nang isang beses bawat 12 buwan: • digital na rectal exam • pagsusuring prostate specific antigen (PSA)	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga prosthetic at orthotic device at nauugnay na supply* Mga prosthetic device na pumapalit sa kabuuan o bahagi ng bahagi o paggana ng katawan. Kasama, pero hindi limitado, sa mga ito ang: • pagsusuri, pagsusukat, o pagsasanay sa paggamit ng mga prosthetic at orthotic device • mga bag at supply para sa colostomy na nauugnay sa pangangalagang colostomy • enteral at parentetal na nutrisyon, kasama ang mga feeding supply kit, infusion pump, tubo at adaptor, mga solusyon, at supply para sa mga iniksyong ibinibigay sa sarili • mga pacemaker • mga brace • mga prosthetic na sapatos • mga artipisyal na braso at binti • mga prosthetic sa suso (kasama ang surgical brassiere pagkatapos ng masectomy) • mga prosthetic para palitan ang kabuuan o bahagi ng panlabas na bahagi ng mukha na inalis o nagkaroon ng kapansanan bilang resulta ng sakit, pinsala, o congenital na depekto • cream para sa incontinence at mga diaper Magbabayad kami para sa ilang supply na nauugnay sa mga prosthetic at orthotic device. Magbabayad din kami sa pag-aayos o pagpapalit ng mga prosthetic at orthotic device. Nag-aalok kami ng kaunting coverage pagkatapos ng pag-aalis ng katarata o operasyong nauugnay sa katarata. Sumangguni sa “Pangangalaga sa paningin” sa nahuhuling bahagi ng tsart na ito para sa mga detalye. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo sa rehabilitasyon ng baga* Magbabayad kami para sa mga programa ng rehabilitasyon ng baga para sa mga miyembrong may katamtaman hanggang napakatinding chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Dapat ay mayroon kang referral para sa rehabilitasyon ng baga mula sa doktor o provider na gumagamot sa COPD. Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0
	Screening para sa impeksyong dulot ng Hepatitis C Virus Sinasaklaw namin ang isang screening para sa Hepatitis C kung mag-uutos ng ganito ang iyong doktor sa pangunahing pangangalaga o iba pang kwalipikadong provider ng pangangalagang pangkalusugan at natutugunan mo ang isa sa mga kondisyong ito: • Nasa mataas na panganib ka dahil gumagamit o gumamit ka ng mga ipinagbabawal na itinuturok na gamot. • Sumailalim ka sa pagsasalin ng dugo bago ang 1992. • Ipinanganak ka sa pagitan ng 1945-1965. Kung ipinanganak ka sa pagitan ng 1945-1965 at hindi ka itinuturing na nasa mataas na panganib, magbabayad kami para sa screening nang isang beses. Kung nasa mataas na panganib ka (halimbawa, patuloy kang gumamit ng mga ipinagbabawal na itinuturok na gamot mula noong nakaraan mong negatibong screening na pagsusuri para sa Hepatitis C), sasaklawin namin ang mga taunang screening.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
🍎	**Screening at pagpapayo para sa mga impeksyong naipapasa sa pakikipagtalik (sexually transmitted infection, STI)** Magbabayad kami para sa mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Sinasaklaw ang mga screening na ito para sa mga babaeng buntis at ilang taong nasa mas mataas na panganib ng pagkakaroon ng STI. Dapat iutos ng isang provider ng pangangalagang pangkalusugan ang mga pagsusuri. Sinasaklaw namin ang mga pagsusuring ito nang isang beses bawat 12 buwan o sa ilang partikular na panahon sa panahon ng pagbubuntis. **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Screening at pagpapayo para sa mga impeksyong naipapasa sa pakikipagtalik (sexually transmitted infection, STI) (ipinagpatuloy) Magbabayad din kami para sa hanggang dalawang harapang high-intensity na sesyon ng pagpapayo sa pag-uugali bawat taon para sa mga nasa hustong gulang na aktibo sa pakikipagtalik at nasa mas mataas na panganib ng pagkakaroon ng mga STI. Puwedeng 20 hanggang 30 minuto ang tagal ng bawat sesyon. Magbabayad lang kami para sa mga sesyon ng pagpapayo na ito bilang serbisyong pang-iwas kung ibibigay ang mga ito ng provider ng pangunahing pangangalaga. Dapat nasa setting ng pangunahing pangangalaga ang mga sesyon, tulad ng sa tanggapan ng doktor.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga sa pasilidad ng may-kasanayang pangangalaga (skilled nursing facility, SNF)* Para sa kahulugan ng pangangalaga sa pasilidad ng may-kasanayang pangangalaga, pumunta sa **Kabanata 12.** Magbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at posibleng iba pang serbisyong hindi nakalista rito: • semiprivate na kuwarto, o pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan • mga pagkain, kasama ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo sa sanay na pangangalaga • pisikal na therapy, occupational therapy, at therapy sa pananalita • mga gamot na natatanggap mo bilang bahagi ng iyong plano ng pangangalaga, kasama ang mga substance na likas sa katawan, tulad ng mga blood-clotting factor • dugo, kasama ang pag-iimbak at pagbibigay • mga medikal at pang-operasyong supply na ibinibigay ng mga SNF • mga pagsusuri sa laboratoryo na ibinibigay ng mga SNF • mga X-ray at iba pang serbisyo ng radiology na ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • paggamit ng mga appliance, tulad ng mga wheelchair, na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga serbisyo ng doktor/provider **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga sa pasilidad ng may-kasanayang pangangalaga (skilled nursing facility, SNF)* (ipinagpatuloy) Karaniwang matatanggap mo ang pangangalaga sa SNF mula sa mga nasa network na pasilidad. Sa ilalim ng ilang partikular na kondisyon, posibleng matanggap mo ang pangangalaga sa iyo mula sa pasilidad na wala sa aming network. Puwede kang tumanggap ng pangangalaga sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga para sa pagbabayad ng aming plano: • pasilidad ng pangangalaga o komunidad sa pagreretiro para sa nagpapatuloy na pangangalaga kung saan ka nanirahan bago ka naospital (hangga't nagbibigay ito ng pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga) • pasilidad ng pangangalaga kung saan naninirahan ang iyong asawa o kinakasama sa oras na umalis ka sa ospital Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0
	Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako Sinasaklaw ang pagpapayo sa pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako para sa mga pasyenteng outpatient at naospital na nakakatugon sa mga pamantayang ito: • gumagamit ng tabako, nagpapakita man sila o hindi ng mga palatandaan o sintomas ng sakit na nauugnay sa tabako • may-kakayahan at alerto sa panahon ng pagpapayo • isang kwalipikadong doktor o iba pang practitioner na kinikilala ng Medicare ang magbibigay ng pagpapayo Sinasaklaw namin ang dalawang pagsubok na huminto bawat taon (puwedeng kasama sa bawat pagsubok ang maximum na apat na intermediate o intensibong sesyon, nang hanggang walong sesyon bawat taon).	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Mga serbisyo ng pasilidad para sa subacute na pangangalaga (para sa nasa hustong gulang o sa bata)* Puwedeng saklawin ng aming plano ang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga na nagbibigay ng komprehensibong pangangalaga para mga miyembrong may maselan na kalusugan na nangangailangan ng mga espesyal na serbisyo, tulad ng inhalation therapy, pangangalagang tracheotomy, intravenous tube feeding, at komplikadong pangangalaga para sa pamamahala ng sugat**.** **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pinapangasiwaang therapy sa pag-eehersisyo (supervised exercise therapy, SET)* Magbabayad kami para sa SET para sa mga miyembrong may symptomatic peripheral artery disease (PAD) na may referral para sa PAD mula sa doktor na responsable sa paggamot ng PAD. Nagbabayad ang aming plano para sa: • hanggang 36 na sesyon sa loob ng 12 linggong panahon kung natutugunan ang lahat ng kinakailangan para sa SET • karagdagang 36 na sesyon sa paglipas ng panahon kung ituturing na medikal na kinakailangan ng provider ng pangangalagang pangkalusugan Ang programang SET ay dapat: • mga 30 hanggang 60 minutong sesyon ng therapeutic na programa ng pag-eehersisyo at pagsasanay para sa PAD sa mga miyembrong nagka-cramp ang binti dahil sa hindi mabuting pagdaloy ng dugo (claudication) • sa setting ng ospital para sa outpatient o sa tanggapan ng doktor • ihatid ng kwalipikadong tauhan na titiyaking mas malaki ang benepisyo kaysa sa panganib at sinanay sa exercise therapy para sa PAD • sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng doktor, assistant na doktor, o nurse practitioner/dalubhasang clinical nurse na sinanay sa parehong pangunahin at advanced na mga pamamaraan ng pagsuporta sa buhay Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Transportasyon: Hindi pang-emergency na medikal na transportasyon* Nagbibigay-daan ang benepisyong ito sa walang limitasyong medikal na transportasyon para sa serbisyong saklaw ng iyong plano at ng Medicare. Puwedeng kasama rito ang: ambulansya, litter van, mga serbisyo sa medikal na transportasyon gamit ang wheelchair van, at pagsasaayos sa para transit. Pinapahintulutan ang mga anyo ng transportasyon kapag: • Matutukoy ng iyong medikal na provider na ang iyong medikal na kondisyon at/o kondisyon ng katawan ay hindi magbibigay-daan sa iyong bumiyahe sa pamamagitan ng bus, pampasaherong kotse, taxicab, o iba pang anyo ng pampubliko o pribadong transportasyon **at** kinakailangan ang paunang pahintulot at kakailanganin mong tumawag sa iyong plano para magsaayos ng biyahe Iniaalok ang mga serbisyo sa transportasyon sa pamamagitan ng Modivcare, ang aming provider ng transportasyon. Para humiling ng masasakyan para sa mga serbisyong pinahintulutan, tumawag sa Mga Serbisyo sa Transportasyon ng Alliance nang walang bayad sa 1.866.791.4158 nang hindi bababa sa tatlong (3) araw ng negosyo (Lunes-Biyernes) bago ang iyong appointment, o sa lalong madaling panahon kung mayroon kang agarang appointment. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Ihanda ang iyong ID card ng miyembro ng Alameda Alliance Wellness kapag tatawag ka. Kinakailangan ang paunang pahintulot para sa mga biyaheng higit sa 50 milya. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon Nagbibigay-daan ang benepisyong ito sa walang limitasyong transportasyon papunta sa mga serbisyong medikal sa pamamagitan ng pampasaherong kotse, taxi, o iba pang anyo ng pampubliko/pribadong transportasyon. Kinakailangan ang transportasyon para sa layunin ng pagkuha ng kinakailangang pangangalagang medikal na saklaw ng Medi-Cal, kasama ang pagbiyahe papunta sa mga appointment sa ngipin at para kumuha ng mga gamot. Sinasaklaw ang transportasyon para sa mga serbisyong saklaw ng parehong Medi-Cal at Medicare. **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon (ipinagpatuloy) Iniaalok ang mga serbisyo sa transportasyon sa pamamagitan ng Modivcare, ang aming provider ng transportasyon. Para humiling ng masasakyan para sa mga serbisyong pinahintulutan, tumawag sa Mga Serbisyo sa Transportasyon ng Alliance nang walang bayad sa 1.866.791.4158 nang hindi bababa sa tatlong (3) araw ng negosyo (Lunes-Biyernes) bago ang iyong appointment, o sa lalong madaling panahon kung mayroon kang agarang appointment. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Ihanda ang iyong ID card ng miyembro ng Alameda Alliance Wellness kapag tatawag ka. Kinakailangan ang paunang pahintulot para sa mga biyaheng higit sa 50 milya.	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Agarang kinakailangang pangangalaga Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay pangangalagang ibinibigay para gamutin ang: • hindi emergency na nangangailangan ng agarang medikal na pangangalaga, **o** • hindi inaasahang sakit, **o** • pinsala, **o** • kondisyong agad na nangangailangan ng pangangalaga. Kung kailangan mo ng agarang kinakailangang pangangalaga, dapat mo munang subukang kunin ito mula sa nasa network na provider. Gayunpaman, puwede kang gumamit ng mga provider na wala sa network kapag hindi mo magawang makipag-ugnayan sa nasa network na provider dahil kung isasaalang-alang ang iyong oras, lugar, o sitwasyon, hindi ito posible, o hindi makatuwirang tumanggap ng serbisyong ito mula sa mga provider sa network (halimbawa, kapag nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng plano at nangangailangan ka ng medikal na kinakailangang agarang serbisyo para sa hindi inaasahang kundisyon pero hindi ito isang medikal na emergency). Ang coverage na ito ay sa loob ng U.S. at para ito kapag ang iyong medikal na kondisyon ay nangangailangan ng agarang pangangalaga.	$0
	Pangangalaga sa paningin* Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo: • isang regular na eksaminasyon ng mata bawat taon **at** **Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pangangalaga sa paningin* (ipinagpatuloy) • hanggang $150 para sa isang pares ng nakagawiang salamin sa mata (mga frame) o mga contact lens bawat dalawang taon. Ang mga karaniwang lente (lente para sa iisang distansya ng paningin (single vision), lente na may dalawang bahagi para sa malayo at malapit na paningin, na may linya sa pagitan (lined bifocals), o lente na may tatlong bahagi para sa malayo, gitna, at malapit na paningin, na may linya sa pagitan ng bawat bahagi (lined trifocals)) ay saklaw nang buo tuwing dalawang taon. • Kailangang makuha ang mga nakagawiang serbisyo sa pangangalaga sa mata gamit ang isang provider ng Vision Service Plan (VSP) Advantage. Magbabayad kami para sa mga serbisyo ng doktor para sa outpatient para sa pag-diagnose at paggamot ng mga sakit at pinsala sa mata. Halimbawa, paggamot para sa macular degeneration na nauugnay sa edad. Para sa mga taong nasa mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma, magbabayad kami para sa isang screening para sa glaucoma bawat taon. Kasama sa mga taong nasa mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma ang: • mga taong may kasaysayan ng glaucoma sa pamilya • mga taong may diabetes • mga African-American na 50 taong gulang pataas • Mga Hispanic American na 65 taong gulang pataas Para sa mga taong may diabetes, magbabayad kami para sa screening para sa diabetic retinopathy nang isang beses bawat taon. Magbabayad kami para sa isang pares ng salamin sa mata o contact lens pagkatapos ng bawat operasyon para sa katarata kapag naglagay ang doktor ng intraocular lens. Kung mayroon kang dalawang magkahiwalay na operasyon para sa katarata, dapat kang kumuha ng isang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng bawat operasyon. Hindi ka puwedeng kumuha ng dalawang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng	$0

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	pangalawang operasyon, kahit na hindi ka kumuha ng pares ng salamin sa mata pagkatapos ng unang operasyon. Tumawag sa 1.855.492.9028 (TTY: 711) 8 am - 8 pm, 7 araw sa isang linggo, o pumunta sa www.vsp.com/advantageonly para humanap ng provider na lumalahok sa network ng VSP Advantage. Makipag-usap sa iyong provider at kumuha ng referral. **Kinakailangan ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng iyong provider.*	

Saklaw na Serbisyo		Ang babayaran mo
	Pang-iwas na pagpapatingin sa ilalim ng "Welcome sa Medicare" Sinasaklaw namin ang pang-isang beses na pang-iwas na pagpapatingin sa ilalim ng "Welcome sa Medicare." Kasama sa pagpapatingin ang: • pagsusuri ng iyong kalusugan, • edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga serbisyong pang-iwas na kailangan mo (kasama ang mga screening at bakuna), **at** • mga referral para sa ibang pangangalaga kung kailangan mo ito. **Tandaan:** Sinasaklaw lang namin ang pang-iwas na pagpapatingin sa ilalim ng "Welcome sa Medicare" sa loob ng unang 12 buwan na mayroon kang Medicare Part B. Kapag gagawa ka ng iyong appointment, sabihin sa tanggapan ng iyong doktor na gusto mong iiskedyul ang iyong pang-iwas na pagpapatingin sa ilalim ng "Welcome sa Medicare."	$0

E. Mga Suporta sa Komunidad

Puwede kang makatanggap ng mga suporta sa ilalim ng iyong Pang-indibidwal na Plano ng Pangangalaga. Ang Mga Suporta sa Komunidad ay mga medikal na naaangkop at murang alternatibong serbisyo o lugar para sa mga sinasaklaw sa ilalim ng Pang-estadong Plano ng Medi-Cal. Opsyonal para sa mga miyembro ang mga serbisyong ito. Kung kwalipikado ka, posibleng makatulong sa iyo ang mga serbisyong ito na makapamuhay sa mas independent na paraan. Hindi pumapalit ang mga ito sa mga benepisyong natatanggap mo na sa ilalim ng Medi-Cal sa pamamagitan ng iba pang programang pinopondohan ng estado, lokal, o pederal na pamahalaan, alinsunod sa Mga Karaniwang Tuntunin at Kondisyon (Standard Terms and Conditions, STCs) ng Pagpapahusay at Inobasyon sa Medi-Cal ng California (California Advancing and Innovating Medi-Cal, CalAIM) at gabay ng pederal na pamahalaan at Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS). Iniaalok ng Alameda Alliance Wellness ang mga sumusunod na Suporta sa Komunidad gaya ng naaangkop:

- Mga Serbisyo sa Pag-navigate sa Mga Paglipat sa Bahay, Mga Deposito sa Pabahay, at Pangungupahan at Pagpapanatili - para tulungan ang mga miyembro sa paghahanap ng pabahay at pagpapanatili ng ligtas at matatag na pangungupahan.

- Recuperative na Pangangalaga (Medikal na Pahinga) – panandaliang pinagsama at klinikal na pangangalaga para sa mga indibidwal na hindi na nangangailangan ng pagpapaopsital, pero kailangan pa ring gumaling mula sa pinsala o karamdaman (kasama ang mga kundisyon sa kalusugan na nauugnay sa pag-uugali).
- Mga Pagkaing Iniangkop para sa Medikal na Pangangailangan/Medikal na Pansuportang Pagkain – mga pagkaing maihahatid sa bahay na nakakatugon sa mga natatanging pangangailangan sa diet ng mga may chronic na kundisyon, pagkatapos mismong ma-discharge mula sa ospital o nursing home.
- Mga Hakbang Laban sa Hika - mga pisikal na pagbabago sa kapaligiran sa bahay na kinakailangan para matiyak ang kalusugan, kapakanan, at kaligtasan ng indibidwal, o na nagbibigay-kakayahan sa indibidwal na makakilos sa bahay na kung wala ang mga ito, ang mga matinding atake ng hika ay puwedeng humantong sa pangangailangan para sa mga pang-emergency na serbisyo at pagpapaospital.
- Mga Serbisyo sa Pahinga (Tagapag-alaga) - mga serbisyo sa mga tagapag-alaga ng mga miyembro na nangangailangan ng panandalian at pansamantalang pangangalaga habang hindi available ang kanilang pangunahing tagapag-alaga.
- Mga Serbisyo sa Personal na Pangangalaga at Tagapangalaga ng Bahay – sumusuporta sa mga miyembrong kailangan ng tulong sa mga aktibidad ng pang-araw-araw na buhay (activities of daily living, ADLs) tulad ng pagligo, pagbibihis, pagbabanyo, ambulasyon, o pagkain; ibinibigay nang panandalian dahil sa kawalan ng o pangangailangan para sa pahinga ng mga taong karaniwang nangangalaga at/o nangangasiwa sa kanila at hindi medikal ang katangian.
- Mga Pag-aangkop para sa Accessibility sa Kapaligiran (Mga Pagbabago sa Bahay) - Mga pisikal na pag-aangkop sa bahay para tiyakin ang kalusugan at kaligtasan ng indibidwal, o para makakilos ang miyembro nang may higit na kalayaan sa bahay.
- Mga Paglilipat sa Pasilidad ng May Tulong na Pamumuhay – mga serbisyo para tulungan ang mga miyembrong lumipat sa mga setting ng komunidad, kasama ang mga pasilidad ng may tulong na pamumuhay, pasilidad sa residensyal na pangangalaga para sa nakatatanda, at residensyal na pasilidad para sa nasa hustong gulang.
- Mga Serbisyo ng Paglilipat sa Komunidad o Bahay – mga serbisyo para tulungan ang mga miyembrong lumipat mula sa pasilidad ng pangangalaga patungo sa bahay/pribadong tirahan sa komunidad.

Kung kailangan mo ng tulong o kung gusto mong malaman kung aling Mga Suporta sa Komunidad ang posibleng available sa iyo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. O tawagan ang iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan.

F. Mga benepisyong sinasaklaw sa labas ng aming plano

Hindi namin sinasaklaw ang mga sumusunod na serbisyo, pero available ang mga ito sa pamamagitan ng Medi-Cal fee-for service (may bayad sa bawat serbisyo).

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

Gumagamit ang programang Mga Paglilipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT) ng mga lokal na Nangungunang Organisasyon para tulungan ang mga kwalipikadong benepisyaryo ng Medi-Cal, na nanirahan sa pasilidad para sa inpatient sa loob ng hindi bababa sa 60 magkakasunod na araw, lumipat pabalik sa, at manatiling ligtas sa, setting ng komunidad. Pinopondohan ng programang CCT ang mga serbisyo ng pagsasaayos ng paglilipat sa panahon bago ang paglilipat at sa loob ng 365 araw pagkatapos ng paglilipat para tulungan ang mga benepisyaryo sa paglipat pabalik sa setting ng komunidad.

Makakatanggap ka ng mga serbisyo ng pagsasaayos ng paglilipat mula sa anumang Nangungunang Organisasyon sa CCT na naglilingkod sa tinitirhan mong county. Makakakita ka ng listahan ng Mga Nangungunang Organisasyon sa CCT at mga county na pinagsisilbihan nila sa website ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para sa mga serbisyo sa pagsasaayos ng paglipat ng CCT

Magbabayad ang Medi-Cal para sa mga serbisyo sa pagsasaayos ng paglipat. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong hindi nauugnay sa iyong paglilipat sa CCT

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

Habang tumatanggap ka ng mga serbisyo sa pagsasaayos ng paglipat sa CCR, magbabayad kami para sa mga serbisyong nakalista sa Tsart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D**.

Walang pagbabago sa benepisyo sa coverage sa gamot

Hindi sumasaklaw ng mga gamot ang programa ng CCT. Patuloy mong matatanggap ang iyong karaniwang benepisyo sa gamot sa pamamagitan ng aming plano. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** nitong *Handbook ng Miyembro*.

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalaga sa paglipat na hindi sa CCT, tumawag sa iyong tagapagsaayos ng pangangalaga para maisaayos ang mga serbisyo. Ang pangangalaga sa paglipat na hindi bahagi ng CCT ay pangangalagang **hindi** nauugnay sa iyong paglipat mula sa institusyon o pasilidad.

F2. Medi-Cal Dental

Available ang ilang serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental. Available ang higit pang impormasyon sa website naSmileCalifornia.org. Kasama, pero hindi limitado, sa mga serbisyo ng Medi-Cal Dental ang:

- mga inisyal na eksaminasyon, X-ray, pagpapalinis, at paggamot gamit ang fluoride
- mga restoration at crown
- root canal therapy
- mga bahagya at kompletong pustiso, pag-adjust, pag-aayos, at pag-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, makipag-ugnayan sa linya ng serbisyo para sa customer sa 1-800-322-6384 (puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-735-2922). Libre ang pagtawag. Available ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental para tulungan ka mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Puwede ka ring bumisita sa website sa smilecalifornia.org/ para sa higit pang impormasyon.

Nag-aalok ang aming plano ng mga karagdagang serbisyo sa ngipin. Sumangguni sa Tsart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D** para sa higit pang impormasyon.

F3. Pangangalaga sa Hospisyo

May karapatan kang piliin ang hospisyo kung tutukuyin ng iyong provider at ng medikal na direktor ng hospisyo na mayroon kang prognosis na nagtataning sa buhay. Ang ibig sabihin nito ay mayroon kang sakit na nagtataning sa buhay at inaasahang anim na buwan pababa na lang ang iyong buhay. Makakatanggap ka ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Dapat kang tulungan ng plano na maghanap ng mga programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Puwedeng nasa network na provider o wala sa network na provider ang iyong doktor sa hospisyo.

Sumangguni sa Tsart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D** para sa higit pang impormasyon tungkol sa binabayaran namin habang tumatanggap ka ng mga serbisyo ng pangangalaga sa hospisyo.

Para sa mga serbisyo sa hospisyo at serbisyong saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na nauugnay sa iyong prognosis na nagtataning sa buhay

- Sisingilin ng provider ng hospisyo ang Medicare para sa iyong mga serbisyo. Magbabayad ang Medicare para sa mga serbisyo ng hospisyo na nauugnay sa iyong prognosis na nagtataning sa buhay. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na hindi nauugnay sa iyong prognosis na nagtataning sa buhay

- Sisingilin ng provider ang Medicare para sa iyong mga serbisyo. Magbabayad ang Medicare para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga gamot na posibleng sinasaklaw ng benepisyo sa Medicare Part D ng aming plano

- Hindi kailanman sinasaklaw ng parehong hospisyo at ng aming plano nang magkasabay ang mga gamot. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa Kabanata 5 ng iyong Handbook ng Miyembro.

Tandaan: Kung mayroon kang malubhang sakit, posibleng karapat-dapat ka para sa palliative na pangangalaga, na nagbibigay ng pangangalaga mula sa isang koponan na nakatuon sa pasyente at pamilya para mapabuti ang kalidad iyong buhay. Puwede kang makatanggap ng palliative na pangangalaga kasabay ng curative/regular na pangangalaga. Tingnan ang seksyong Palliative na Pangangalaga sa itaas para sa higit pang impormasyon.

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi sa hospisyo, tumawag sa iyong tagapagsaayos ng pangangalaga para maisaayos ang mga serbisyo. Ang pangangalagang hindi sa hospisyo ay pangangalagang hindi nauugnay sa iyong prognosis na nagtataning sa buhay.

F4. Mga Pansuportang Serbisyo sa Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS)

- Tutulong ang Programang IHSS na bayaran ang mga nakatalang provider ng pangangalaga para sa mga serbisyong ibinigay sa iyo upang manatili kang ligtas sa sarili mong bahay. Ang IHSS ay itinuturing na alternatibo sa pangangalaga sa labas ng bahay, gaya ng mga nursing home o pasilidad para sa matutuluyan at pangangalaga.
- Para tumanggap ng mga serbisyo, nagsasagawa ng pagsusuri para matukoy kung anong mga uri ng serbisyo ang posibleng payagan para sa bawat kalahok batay sa kanilang mga pangangailangan. Ang mga uri ng serbisyo na puwedeng payagan sa pamamagitan ng IHSS ay ang paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, serbisyo sa personal na pangangalaga (gaya ng pangangalaga sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, pag-aayos ng sarili, at paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal na appointment, at pamprotektang pangangasiwa para sa may problema sa pag-iisip.
- Matutulungan ka ng iyong tagapagsaayos ng pangangalaga na mag-apply para sa IHSS sa ahensya para sa serbisyong panlipunan ng iyong county. Puwede ka ring makipag-ugnayan sa ahensya ng IHSS na matatagpuan sa website ng ahensya ng county sa https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/List-of-Approved-CCAs.aspx.

F5. 1915(c) Mga Programa ng Waiver para sa Mga Serbisyong Nakabase sa Bahay at Komunidad (Home and Community Based Service, HCBS)

Waiver sa May Kaagapay na Pamumuhay (Assisted Living Waiver, ALW)

- Nag-aalok ang Waiver sa May Kaagapay na Pamumuhay (ALW) sa mga benepisyaryong karapat-dapat sa Medi-Cal ng pagpipiliang manirahan sa setting ng may kaagapay na pamumuhay bilang alternatibo sa pangmatagalang pagkakalagay sa pasilidad ng

pangangalaga. Layunin ng ALW na padaliin ang paglipat sa pasilidad ng pangangalaga pabalik sa setting na parang sa bahay at komunidad o maiwasan ang mga pag-admit sa pasilidad ng may kasanayang pangangalaga para sa mga benepisyaryong may napipintong pangangailangan para sa paglalagay sa pasilidad ng pangangalaga.

- Ang mga miyembrong nakatala sa ALW ay puwedeng manatiling nakatala sa ALW habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong Ahensya ng Pagsasaayos ng Pangangalaga sa ALW para isaayos ang mga serbisyong natatanggap mo.

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

- Matutulungan ka ng iyong tagapagsaayos ng pangangalaga na mag-apply para sa ALW. Tawagan ang lokal na ahensya ng pagsasaayos ng pangangalaga sa ALW na Institusyon para sa Pagtanda sa 1.415.750.4111.

Waiver sa HCBS para sa Mga Californian na may mga Kapansanan sa Development (HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)

Waiver sa Programa sa Pagpapasya para sa Sarili (Self-Determination Program, SDP) ng California para sa Mga Indibidwal na may mga Kapansanan sa Development

- May dalawang 1915(c) waiver, ang Waiver sa HCBS-DD at Waiver sa SDP, na nagbibigay ng mga serbisyo sa mga taong na-diagnose na may kapansanan sa paglaki na nagsisimula bago ang ika-18 kaaran ng indibidwal at inaasahang magpapatuloy ito sa loob ng walang takdang panahon. Ang parehong waiver ay paraan para pondohan ang ilang partikular na serbisyong nagbibigay-daan sa mga taong may kapansanan sa paglaki na manirahan sa bahay o komunidad sa halip na manirahan sa lisensyadong pasilidad para sa kalusugan. Magkasamang pinopondohan ng programang Medicaid ng pederal na pamahalaan ang Estado ng California ang mga gastos para sa mga serbisyong ito. Matutulungan ka ng iyong tagapagsaayos ng pangangalaga na ikonekta ka sa mga serbisyo ng Waiver sa DD.

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

- Nagbibigay ang Waiver sa HCBA ng mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga sa mga taong nasa panganib na mailagay sa tahanan ng pangangalaga o institusyon. Ang mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga ay ibinibigay ng multidisciplinary na Koponan sa Pamamahala ng Pangangalaga na binubuo ng nars at social worker. Nakikipag-ayos ang koponan sa mga serbisyo ng Waiver at Plano ng Estado (tulad ng mga serbisyong medikal, sa kalusugan ng pag-uugali, Mga Serbisyong Pansuporta sa Bahay, atbp.), at nagsasaayos ito para sa iba pang pangmatagalang serbisyo at suporta na available sa lokal na komunidad. Ibinibigay ang mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga at sa Waiver sa tirahan ng kalahok na nakabase sa komunidad.

Puwedeng pribadong pagmamay-ari, naka-secure sa pamamagitan ng kaayusan sa pagpapaupa sa tenant, o tirahan ng kamag-anak ng kalahok ang tirahang ito.

- Ang mga miyembrong nakatala sa Waiver sa HCBA ay puwedeng manatiling nakatala sa Waiver sa HCBA habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong ahensya sa waiver sa HCBA para isaayos ang mga serbisyong natatanggap mo.
- Matutulungan ka ng iyong tagapagsaayos ng pangangalaga na mag-apply para sa HCBA. Tumawag sa lokal na ahensya ng HCBA na Mga Sentro para sa Pagiging Independiyente ng Mga Nakatatanda sa 1.510.318.7375.

Programa sa Waiver sa Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP)

- Nagbibigay ang Programa sa Waiver sa Medi-Cal (MCWP) ng komprehensibong pamamahala ng kaso at mga direktang serbisyo sa pangangalaga sa mga taong nabubuhay nang may HIV bilang alternatibo sa pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga o pagkakaospital. Ang pamamahala ng kaso ay isang pamamaraang nakasentro sa kalahok at ginagawa ng isang koponan na binubuo ng rehistradong nurse at tagapamahala ng kaso sa gawaing panlipunan. Nakikipagtulungan ang mga tagapamahala ng kaso sa kalahok at (mga) provider ng pangunahing pangangalaga, pamilya, (mga) tagapag-alaga, at iba pang provider ng serbisyo, para tasahin ang mga pangangailangan sa pangangalaga para mapanatili ang kalahok sa kanyang bahay at komunidad.
- Ang mga layunin ng MCWP ay: (1) magbigay ng mga serbisyong nakabase sa bahay at komunidad para sa mga taong may HIV na posibleng mangailangan sa ibang paraan ng mga serbisyo ng institusyon; (2) tulungan ang mga kalahok sa pamamahala ng pangangalaga nang may HIV; (3) pahusayin ang access sa suporta sa lipunan at kalusugan ng pag-uugali at (4) isaayos ang mga provider ng serbisyo at alisin ang pag-ulit ng mga serbisyo.
- Ang mga miyembrong nakatala sa Waiver sa MCWP ay puwedeng manatiling nakatala sa Waiver sa MCWP habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong ahensya sa waiver sa MCWP para isaayos ang mga serbisyong natatanggap mo.
- Matutulungan ka ng iyong tagapagsaayos ng pangangalaga na mag-apply para sa MCWP. Tumawag sa lokal na ahensya ng MCWP: Primary Care at Home, Inc. sa 1.510.822.2588.

Maraming Layunin na Programa sa Mga Serbisyo sa Nakakatanda (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- Nagbibigay ang Multipurpose na Programa para sa Mga Serbisyo sa Nakatatanda (MSSP) ng parehong mga serbisyong panlipunan at serbisyo sa pamamahala ng

pangangalagang pangkalusugan para tulungan ang mga indibidwal na manatili sa kanilang sariling bahay at komunidad.

- Kahit na karamihan sa mga kalahok ng programa ay nakakatanggap din ng Mga Pansuportang Serbisyo sa Bahay, nagbibigay ang MSSP ng nagpapatuloy na pagsasaayos ng pangangalaga, iniuugnay nito ang mga kalahok sa iba pang kinakailangang serbisyo at sanggunian sa komunidad, nakikipag-ayos ito sa mga provider ng pangangalagang pangkalusugan, at bumibili ito ng ilang kinakailangang serbisyo na hindi available sa ibang paraan para maiwasan o maantala ang pagkakalagay sa institusyon. Ang kabuuang taunang pinagsamang gastos sa pamamahala ng pangangalaga at iba pang serbisyo ay dapat na mas mababa sa gastos ng pagtanggap ng pangangalaga sa pasilidad ng may kasanayang pangangalaga.

- Ang isang koponan ng mga propesyonal sa serbisyong pangkalusugan at panlipunan ay nagbibigay sa bawat kalahok ng MSSP ng kompletong pagtatasang pangkalusugan at na psychosocial para tukuyin ang mga kinakailangang serbisyo. Pagkatapos ay nakikipagtulungan ang koponan sa kalahok sa MSSP, kanyang doktor, pamilya, at iba pa para bumuo ng pang-indibidwal na plano ng pangangalaga. Kasama sa mga serbisyo ang:
  - pamamahala ng pangangalaga
  - pangangalaga sa nasa hustong gulang sa araw
  - maliit na pag-aayos/pagpapanatili ng bahay
  - mga pandagdag na serbisyo sa gawaing-bahay, personal na pangangalaga, at pamprotektang pangangasiwa
  - mga serbisyo sa pahinga
  - mga serbisyo sa transportasyon
  - mga serbisyo sa pagpapayo at na therapeutic
  - mga serbisyo sa pagkain
  - mga serbisyo sa komunikasyon
- Ang mga miyembrong nakatala sa Waiver sa MSSP ay puwedeng manatiling nakatala sa Waiver sa MSSP habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong provider ng MSSP para isaayos ang mga serbisyong natatanggap mo.

- Matutulungan ka ng iyong tagapagsaayos ng pangangalaga na mag-apply para sa MSSP. Tumawag sa lokal na ahensya ng MSSP na Departamento sa Pagtanda ng California sa 1.510.238.3762 o sa Lungsod ng Fremont sa 1.510.574.2041.

F6. Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-iisip at Sakit sa Paggamit ng Kontroladong Kemikal)

Mayroon kang access sa kinakailangang medikal na mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Hindi sinasaklaw ng aming plano ang residensyal na paggamot sa paggamit ng kontroladong kemikal. Hindi nagbibigay ang aming plano ng mga espesyal na serbisyong pangkalusugan sa pag-iisip mula sa Medi-Cal o mga serbisyo para sa problema sa paggamit ng substance ng county, ngunit available sa iyo ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng mga ahensya sa kalusugan ng pag-uugali ng county.

Available sa iyo ang mga espesyal na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip mula sa Medi-Cal sa pamamagitan ng plano sa kalusugan ng pag-iisip (mental health plan, MHP) ng county kung matutugunan mo ang mga pamantayan para ma-access ang mga espesyal na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip. Kasama sa mga espesyal na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip mula sa Medi-Cal na ibinibigay ng MHP ng iyong county ang:

- mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip
- mga serbisyo para sa suporta sa gamot
    - mga intensibong serbisyo sa paggamot sa umaga
- rehabilitasyon sa umaga
    - mga serbisyo sa pamamagitan sa panahon ng krisis
    - mga serbisyo para sa pagpapanumbalik ng katatagan sa oras ng krisis
- mga residensyal na serbisyo ng paggamot para sa nasa hustong gulang
- mga residensyal na serbisyo ng paggamot sa panahon ng krisis
- mga psychiatric na serbisyo sa pasilidad para sa kalusugan
- mga psychiatric na serbisyo sa ospital para sa inpatient
- mga naka-target na pamamahala ng kaso
- mga serbisyo sa suporta ng kasamahan
- mga mobile na serbisyo sa pamamagitan sa krisis na nakabase sa komunidad
- mga therapeutic na serbisyong nauugnay sa pag-uugali
- therapeutic na foster na pangangalaga
- pagsasaayos ng intensibong pangangalaga
- mga intensibong serbisyo sa tahanan
- muling pagpasok na nauugnay sa hustisya

- assertive na paggamot sa komunidad (assertive community treatment, ACT)
- forensic na assertive na paggamot sa komunidad (forensic assertive community treatment, FACT)
- isinaayos na espesyal na pangangalaga (coordinated specialty care, CSC) para sa unang episode ng psychosis (first episode psychosis, FEP)

Available sa iyo ang mga serbisyo sa Paghahatid ng Gamot na Isinaayos ng Medi-Cal sa pamamagitan ng ahensya ng iyong county para sa kalusugan ng pag-uugali kung matutugunan mo ang mga pamantayan para matanggap ang mga serbisyong ito.

- mga serbisyo sa intensibong paggamot para sa outpatient
- residensyal na paggamot sa problema sa paggamit ng substance sa perinatal na panahon
- mga serbisyo sa paggamot para sa outpatient
- programa sa paggamot na nauugnay sa narkotiko
- mga gamot para sa paggamot sa pagkalulong (tinatawag ding Paggamot Gamit ang Gamot)
- mga serbisyo sa suporta ng kasamahan
- mga mobile na serbisyo sa pamamagitan sa krisis na nakabase sa komunidad
- mga serbisyo sa maagang pamamagitan (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)
- maagang pana-panahong screening, diagnosis, at paggamot (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)

Kasama sa Mga Serbisyo sa Paghahatid ng Gamot na Isinaayos ng Medi-Cal ang:

- mga serbisyo sa paggamot para sa outpatient
- mga serbisyo sa intensibong paggamot para sa outpatient
- mga serbisyo sa bahagyang pagkakaospital
- mga gamot para sa paggamot sa pagkalulong (tinatawag ding Paggamot Gamit ang Gamot)
- mga serbisyo sa residensyal na paggamot kasama ang pamamahala sa withdrawal sa setting na ito
- mga serbisyo sa pamamahala sa withdrawal
- programa sa paggamot na nauugnay sa narkotiko
- mga serbisyo sa paggaling
- pagsasaayos ng pangangalaga
- mga serbisyo sa suporta ng kasamahan

- mga mobile na serbisyo sa pamamagitan sa krisis na nakabase sa komunidad mga serbisyo sa pamamahala ng contingency
- mga serbisyo sa maagang pamamagitan (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)
- maagang pana-panahong screening, diagnosis, at paggamot (para sa mga miyembrong wala pang 21 taong gulang)
- mga serbisyo sa paggamot para sa inpatient

Bukod sa mga serbisyong nakalista sa ibaba, posibleng may access ka sa mga serbisyo sa boluntaryong pag-detoxify bilang inpatient kung nakakatugon ka sa mga pamantayan.

Maa-access mo ang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip at paggamit ng kontroladong kemikal sa pamamagitan ng aming Direktoryo ng Provider sa www.alamedaalliance.org/help/find-a-doctor o sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767).

Available ang mga mapagkukunan para sa krisis nang 24/7 sa pamamagitan ng pagtawag sa 988, o sa pamamagitan ng mga sangguniang nakalista sa aming website sa www.alamedaalliance.org/alliancewellness. Puwedeng i-access ang mga serbisyo para sa krisis anumang oras nang hindi kailangang makipag-ugnayan sa Plano. Walang kinakailangang paunang pahintulot.

Nag-aalok ang Plano ng pagsasaayos ng pangangalaga para tulungan ka sa pag-access sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-uugali. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) para humiling ng tulong sa paghahanap ng provider sa kalusugan ng pag-uugali.

Hindi kailangan ng referral ng PCP para ma-access ang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at walang “maling paraan” sa pag-access sa serbisyo, at may iba’t ibang paraan ng pagpasok.

Isasaayos ng Plano ang pangangalaga at benepisyo kapag ia-access mo ang mga serbisyo sa pagitan ng Plano at ng county. Posibleng kailanganin mong sumang-ayon sa paglalabas ng impormasyon para sa ilang uri ng impormasyong ibabahagi sa pagitan ng Plano at ng county.

Ang serbisyo ay “medikal na kinakailangan” o “medikal na pangangailangan” kapag ito ay makatuwiran at kinakailangan para protektahan ang buhay, maiwasan ang malaking pagkakasakit o malaking kapansanan, o mabawasan ang matinding pananakit.

Ang Plano at ang county ay sumusunod sa napagkasunduang proseso ng pagsusuri upang mabigyang-daan ang napapanahong paglutas sa mga di-pagkakasundong klinikal at pang-administratibo.

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

Sinasabi sa iyo ng seksyong ito ang tungkol sa mga benepisyong ibinubukod ng aming plano. Ang ibig sabihin ng “ibinubukod” ay hindi kami nagbabayad para sa mga benepisyong ito. Hindi rin nagbabayad ang Medicare at Medi-Cal para sa mga ito.

Inilalarawan ng listahan sa ibaba ang ilang serbisyo at item na hindi namin sinasaklaw sa ilalim ng anumang kondisyon at ilan na ibinubukod lang namin sa ilang sitwasyon.

Hindi kami magbabayad para sa mga ibinubukod na medikal na benepisyong nakalista sa seksyong ito (o saanman sa *Handbook ng Miyembro* na ito) maliban sa mga partikular na kondisyong nakalista. Kahit na tatanggapin mo ang mga serbisyo sa pasilidad na pang-emergency, hindi magbabayad ang plano para sa mga serbisyo. Kung sa tingin mo ay dapat magbayad ang aming plano para sa serbisyong hindi sinasaklaw, puwede kang humiling ng apela. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** nitong *Handbook ng Miyembro.*

Bukod sa anumang eksklusyon o limitasyong inilarawan sa Tsart 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 inilista bilang mga saklaw na serbisyo
- mga pag-eksperimentong medikal at pang-operasyong paggamot, item, at gamot, maliban kung sasaklawin ang mga ito ng Medicare, isang klinikal na pag-aaral na pananaliksik na inaprubahan ng Medicare, o aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon sa mga klinikal na pag-aaral na pananaliksik. Ang mga pang-eksperimentong paggamot at item ay mga karaniwang hindi tinatanggap ng medikal na komunidad.
- pang-operasyong paggamot para sa labis-labis na katabaan, maliban kapag medikal na kinakailangan at binabayaran ito ng Medicare
- pribadong kuwarto sa ospital, maliban kapag medikal na kinakailangan
- mga private duty na nurse
- mga personal na item sa iyong kuwarto sa ospital o pasilidad ng pangangalaga, tulad ng telepono o telebisyon
- full-time na pangangalaga sa iyong tahanan
- mga bayaring sinisingil ng iyong mga direktang kamag-anak o miyembro ng sambahayan mo
- mga pinili o boluntaryong procedure o serbisyo sa pagpapahusay (kasama ang pagbabawas ng timbang, pagpapatubo ng buhok, performance sa pakikipagtalik, mga layuning pangkosmetiko, pag-iwas sa pagtanda at performance ng isip), maliban kapag medikal na kinakailangan

- operasyong pangkosmetiko o iba pang gawaing pangkosmetiko, maliban kung kinakailangan ito dahil sa aksidenteng pinsala o para pagandahin ang bahagi ng katawan na hindi maayos ang pagkakahubog. Gayunpaman, magbabayad kami para sa reconstruction ng suso pagkatapos ng masectomy at para sa paggamot ng kabilang suso para tumugma rito
- chiropractic na pangangalaga, bukod sa mano-manong manipulasyon ng gulugod na naaayon sa mga alituntunin ng coverage
- regular na pangangalaga sa paa, maliban sa inilalarawan sa Mga serbisyong podiatry sa Tsart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D**
- mga orthopedic na sapatos, maliban kung ang mga sapatos ay bahagi ng leg brace at kasama sa gastos para sa brace, o kung ang mga sapatos ay para sa taong may sakit sa paa na nauugnay sa diabetes
- mga pansuportang device para sa mga paa, maliban para sa mga orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may sakit sa paa na nauugnay sa diabetes
- radial keratotomy, LASIK surgery, at iba pang pantulong sa malabo ang paningin
- pag-reverse ng mga procedure sa sterilization
- mga serbisyong naturopath (paggamit ng mga natural o alternatibong paggamot)
- mga serbisyong ibinibigay sa mga beterano sa mga pasilidad ng Mga Usaping Pangbeterano (Veterans Affairs, VA). Gayunpaman, kapag nakakatanggap ang beterano ng mga serbisyong pang-emergency sa ospital ng VA at mas mataas ang bahagi ng gastos ng VA sa pagbabahagi ng gastos sa ilalim ng aming plano, ire-reimburse namin ang beterano para sa sobrang halaga. Responsable ka pa rin para sa iyong mga halaga ng pagbabahagi ng gastos.
- in vitro fertilization (IVF), kabilang ang, pero hindi limitado sa mga pag-aaral sa pagkabaog o mga pamamaraan para ma-diagnose o magamot ang pagkabaog
- preserbasyon ng kakayahang magkaanak
- mga pagbabago sa sasakyan

Kabanata 5: Pagkuha ng iyong mga outpatient na gamot

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga panuntunan sa pagkuha ng iyong mga outpatient na gamot. Ino-order ng provider mo ang mga gamot na ito para sa iyo, na makukuha sa isang parmasya sa pamamagitan ng mail-order. Kasama sa mga ito ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D at Medi-Cal. Makikita mo sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang binabayaran mo para sa mga gamot na ito. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa pagkakasunod-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng Handbook ng Miyembro na ito.

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

- **Mga gamot na sinasaklaw ng Medicare Part A.** Sa pangkalahatan, kasama sa mga ito ang mga gamot na ibinibigay sa iyo habang ikaw ay nasa ospital o pasilidad ng pag-aalaga.
- **Mga gamot na sinasaklaw ng Medicare Part B.** May kasama itong ilang gamot para sa chemotherapy, ilang itinuturok na gamot na ibinibigay sa pagpapatingin sa tanggapan ng doktor o iba pang provider, at mga gamot na ibinibigay sa klinika para sa dialysis. Para matuto pa tungkol sa kung anong mga Medicare Part B na gamot ang sinasaklaw, sumangguni sa Tsart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Bukod sa saklaw sa Medicare Part D at mga medikal na benepisyo ng plano, puwedeng saklawin ng Original Medicare ang iyong mga gamot kung ikaw ay nasa isang hospisyo ng Medicare. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5**, **Seksyon D** “Kung ikaw ay nasa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare.”

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

Kadalasan, sinasaklaw namin ang iyong mga gamot basta't sumusunod ka sa mga panuntunan sa seksyong ito.

Dapat ay ipasulat mo ang iyong reseta sa isang provider (doktor, dentista, o iba pang tagapagreseta), na may bisa dapat sa ilalim ng naaangkop na batas ng estado. Kadalasan, ang taong ito ay ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP). Puwede ring ibang provider ito kung ni-refer ka ng iyong PCP para sa pangangalaga.

Dapat ay **wala** ang iyong tagapagreseta sa Listahan ng Exclusion o Preclusio ng Medicare o anumang katulad na listahan ng Medi-Cal.

Sa pangkalahatan, parmasyang nasa network ang dapat mong gamitin sa pag-fill ng iyong reseta. (Sumangguni sa **Seksyon A1** para sa higit pang impormasyon). O puwede mong i-fill ang iyong reseta sa pamamagitan ng mail-order na serbisyo ng plano.

Dapat ay nasa *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* ng aming ang gamot na inireseta sa iyo. Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot*" sa simpleng salita. (Sumangguni sa **Seksyon B** ng kabanatang ito.)

- Kung wala ito sa *Listahan ng Gamot*, puwede namin itong masaklaw sa pamamagitan ng pagbibigay sa iyo ng pagbubukod.
- Sumangguni sa **Kabanata 9** para matuto tungkol sa paghiling ng pagbubukod.
- Tandaan ding ang iyong kahilingang saklawin ang gamot na inireseta sa iyo ay susuriin sa ilalim ng mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal.

Gagamitin dapat ang iyong gamot para sa isang medikal na tinatanggap na indikasyon. Ibig sabihin, naaprubahan ng Pangasiwaan ng Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration, FDA) ang paggamit ng nasabing gamot o sinusuportahan ito ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Puwedeng makatulong ang iyong tagapagreseta sa pagtukoy ng mga medikal na sangguniang susuporta sa hinihiling na paggamit ng iniresetang gamot.

Puwedeng kailanganin ng iyong gamot ng pag-apruba mula sa aming plano batay sa ilang partikular na pamantayan para masaklaw namin ito. (Sumangguni sa **Seksyon C** sa kabanatang ito).

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Pag-fill ng iyong mga reseta 142

A1. Pag-fill ng iyong reseta sa isang parmasyang nasa network 142

A2. Paggamit ng iyong Card ng Pagkakakilanlan (identification, ID) ng Miyembro sa pag-fill ng reseta 142

A3. Ang dapat gawin kung magpapalit ka ng parmasyang nasa network 143

A4. Ang dapat gawin kung aalis ang iyong parmasya sa network 143

A5. Paggamit ng specialized na parmasya 143

A6. Paggamit ng mga mail-order na serbisyo para makuha ang iyong mga gamot..... 144

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot..... 146

A8. Paggamit ng parmasyang wala sa network ng aming plano..... 146

B. Ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano 148

B1. Mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* 148

B2. Paano maghanap ng gamot sa aming *Listahan ng Gamot*..... 149

B3. Mga gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*..... 149

C. Mga limitasyon sa ilang gamot 151

D. Mga dahilan kung bakit puwedeng hindi saklawin ang iyong gamot..... 153

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply..... 153

D2. Paghiling ng pansamantalang supply 154

E. Mga pagbabago sa saklaw para sa iyong mga gamot 155

F. Saklaw sa gamot sa mga espesyal na sitwasyon 157

F1. Sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa isang pananatiling sinasaklaw ng aming plano..... 157

F2. Sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga 158

F3. Sa isang programa sa hospisyo na sertipikado ng Medicare..... 158

G. Mga programa sa kaligtasan ng gamot at pamamahala ng mga gamot 159

G1. Mga programang makakatulong sa iyong ligtas na paggamit ng mga gamot 159

G2. Mga programang makakatulong sa pamamahala mo ng iyong mga gamot..... 159

G3. Programa sa pamamahala ng gamot (drug management program, DMP) para matulungan ang mga miyembro na ligtas na gumamit ng mga opioid na gamot 160

A. Pag-fill ng iyong mga reseta

A1. Pag-fill ng iyong reseta sa isang parmasyang nasa network

Kadalasan, binabayaran lang namin ang mga reseta kapag sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network na-fill ang mga ito. Ang parmasyang nasa network ay isang tindahan ng gamot na sumasang-ayong mag-fill ng mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Puwede mong gamitin ang alinman sa aming mga parmasyang nasa network. (Sumangguni sa **Seksyon A8** para sa impormasyon tungkol sa kung kailan kami sumasaklaw ng mga resetang fini-fill sa mga parmasyang wala sa network.)

Para makakita ng parmasyang nasa network, sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, bisitahin ang aming website o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong coordinator ng pangangalaga.

A2. Paggamit ng iyong Card ng Pagkakakilanlan (identification, ID) ng Miyembro sa pag-fill ng reseta

Para i-fill ang iyong reseta, **ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro** sa iyong parmasyang nasa network. Sisingilin kami ng parmasyang nasa network para sa aming bahagi sa gastusin sa iyong sinasaklaw na gamot. Posibleng kailanganin mong magbayad ng copay sa parmasya sa pagkuha mo ng iyong reseta.

Tandaan, kailangan mo ang iyong card ng Medi-Cal o Card ng Pagkakakilanlan para sa Mga Benepisyo (Benefits Identication Card, BIC) para ma-access ang mga sinasaklaw na gamot ng Medi-Cal Rx.

Kung hindi mo dala ang iyong ID Card o BIC ng Miyembro sa pag-fill mo ng iyong reseta, hilingin sa parmasya na tawagan kami para makuha ang kinakailangang impormasyon, o puwede mong ipahanap sa parmasya ang iyong impormasyon ng pagpapatala sa plano.

Kung hindi makukuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, posibleng kailanganin mong bayaran ang buong halaga ng reseta kapag kinuha mo ito. Pagkatapos ay puwede mong hilingin sa aming ibalik ang ibinayad mo para sa aming bahagi. **Kung wala kang kakayahang bayaran ang gamot, makipag-ugnayan kaagad sa Mga Serbisyo sa Miyembro.** Gagawin namin ang lahat para makatulong.

- Para hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Kung kailangan mo ng tulong sa pag-fill ng reseta, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong coordinator ng pangangalaga.

A3. Ang dapat gawin kung magpapalit ka ng parmasyang nasa network

Kung magpapalit ka ng parmasya at kailangan mo ng refill ng reseta, puwede kang magpasulat ng bagong reseta sa isang provider o puwede mong hilingin sa iyong parmasya na ilipat ang reseta sa bagong parmasya kung may natitira pang anumang refill.

Kung kailangan mo ng tulong sa pagpapalit ng iyong parmasyang nasa network, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong coordinator ng pangangalaga.

A4. Ang dapat gawin kung aalis ang iyong parmasya sa network

Kung aalisin ang parmasyang ginagamit mo sa network ng aming plano, kailangan mong maghanap ng bagong parmasyang nasa network.

Para makakita ng bagong parmasyang nasa network, sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, bisitahin ang aming website o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong coordinator ng pangangalaga.

A5. Paggamit ng specialized na parmasya

Sa ilang pagkakataon, sa specialized na parmasya dapat i-fill ang mga reseta. Kasama sa mga specialized na parmasya ang:

- Mga parmasyang nagsu-supply ng mga gamot para sa home infusion therapy.
- Mga parmasyang nagsu-supply ng mga gamot para sa mga residente ng isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, gaya ng pasilidad ng pag-aalaga.
    - Kadalasan, may sariling parmasya ang mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga. Kung isa kang residente ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, titiyakin naming makukuha mo ang mga gamot na kailangan mo sa parmasya ng pasilidad.
    - Kung wala sa aming network ang parmasya ng iyong pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga o kung nahihirapan kang kunin ang iyong mga gamot sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Mga Parmasya ng Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan ng Mga Indian (Indian Health Care Provider, IHCP) Ang Mga Miyembrong American Indian at Alaska Native ay may access sa mga parmasya sa isang Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan ng Mga Indian (IHCP) basta't mayroon silang nakatalang retail na parmasya. Kung hindi ka American Indian o Alaska Native,

puwede ka pa ring makatanggap ng mga serbisyo mula sa isang retail na parmasya sa isang IHCP kung itatalaga ka sa klinika para sa isang emergency.

- Mga parmasyang nagdi-dispense ng mga gamot na pinaghihigpitan ng FDA sa ilang partikular na lokasyon o na nangangailangan ng espesyal na pangangasiwa, koordinasyon ng provider, o edukasyon sa kanilang paggamit. (Tandaan: Bihira lang ang ganitong sitwasyon.)
- Para makakita ng specialized na parmasya, sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, bisitahin ang aming website o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong coordinator ng pangangalaga.

A6. Paggamit ng mga mail-order na serbisyo para makuha ang iyong mga gamot

Para sa ilang partikular na uri ng mga gamot, puwede mong gamitin ang mga mail-order na serbisyo na nasa network ng aming plano. Sa pangkalahatan, ang mga gamot na available sa pamamagitan ng mail-order ay ang mga gamot na regular mong iniinom para sa isang pabalik-balik o pangmatagalang medikal na kundisyon. Ang mga gamot na available sa pamamagitan ng mail-order na serbisyo ng aming plano ay may marka bilang mga mail-order na gamot sa aming *Listahan ng Gamot*. Ang mga gamot na **hindi** available sa pamamagitan ng mail-order na serbisyo ng aming plano ay may markang ‘NMO’ sa aming *Listahan ng Gamot*.

Sa mail-order na serbisyo ng aming plano, magagawa mong mag-order ng hindi bababa sa 30 araw na supply ng gamot at hindi hihigit sa 90 araw na supply. Ang copay ng 90 araw na supply ay pareho sa isang buwang supply.

Pag-fill ng mga reseta sa pamamagitan ng koreo

Para makakuha ng impormasyon tungkol sa pag-fill ng iyong mga reseta sa pamamagitan ng koreo, makipag-ugnayan sa:

Walgreens Mail Service
8350 S River Parkway
Tempe, AZ 85284
NPI: 1164437406
Tel: 1.800.345.1985

Kadalasan, dumarating ang isang mail-order na reseta sa loob ng 14 na araw. Kung maaantala ang reseta ng isang miyembro, aabisuhan ng mail-order na parmasya ang mga pasyente tungkol sa pagkaantala sa pamamagitan ng boses (naka-automate o live na tawag sa telepono) o nakasulat na komunikasyon (e-mail, text, o liham). Kung sakaling may posibilidad na magkaroon ng gap sa therapy ang isang pasyente, libreng papabilisin ng parmasya ang pagpapadala ng gamot sa pasyente, o magpoproseso ang parmasya ng panandaliang supply

sa isang lokal na parmasya nang libre sa pasyente. Tumawag sa iyong coordinator ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung maaantala ang mail-order na reseta.

Mga mail-order na proseso

Ang mail-order na serbisyo ay may iba't ibang procedure para sa mga bagong resetang nakukuha nito mula sa iyo, mga bagong resetang direkta nitong nakukuha mula sa tanggapan ng iyong provider, at mga refill sa iyong mga mail-order na reseta.

1. Mga bagong reseta na nakukuha ng parmasya sa iyo

Awtomatikong fini-fill at inihahatid ng parmasya ang mga bagong resetang nakukuha nito mula sa iyo.

2. Mga bagong reseta na nakukuha ng parmasya sa tanggapan ng iyong provider

Sa oras na makakuha ang parmasya ng reseta mula sa isang provider ng pangangalagang pangkalusugan, nakikipag-ugnayan ito sa iyo para malaman kung agaran o sa ibang pagkakataon mo gustong i-fill ang gamot.

- Sa pamamagitan nito, nagkakaroon ka ng pagkakataong tiyaking tama ang ihahatid na gamot ng parmasya (kasama ang tapang, bilang, at uri) at, kung kinakailangan, magagawa mong ihinto o iantala ang order bago ka singilin at bago ito ipadala.
- Sumagot sa tuwing makikipag-ugnayan sa iyo ang parmasya para ipaalam sa kanila ang gagawin sa bagong reseta at para maiwasan ang anumang pagkaantala sa pagpapadala.

3. Mga refill sa mga mail-order na reseta

Para sa mga refill ng iyong mga gamot, mayroon kang opsyong mag-sign up para sa isang programa sa awtomatikong pag-refill. Sa ilalim ng programang ito, awtomatiko naming sisimulang iproseso ang iyong susunod na refill kapag nakita sa aming mga talaan na malapit ka nang maubusan ng iyong gamot.

- Makikipag-ugnayan sa iyo ang parmasya bago ipadala ang bawat refill para matiyak na kailangan mo pa ng gamot, at puwede mong kanselahin ang mga nakaiskedyul na refill kung mayroon ka pang sapat na gamot o kung nagbago ang iyong gamot.

- Kung pipiliin mong hindi gamitin ang aming programa sa awtomatikong pag-refill, makipag-ugnayan sa aming parmasya 14 na araw bago maubos ang iyong kasalukuyang reseta para matiyak na maipapadala nang nasa oras ang susunod mong order.

Para mag-opt out sa aming programa na awtomatikong naghahanda ng mga mail-order na refill, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Walgreens Mail Service LLC sa 1.800.345.1985.

Ipaalam sa parmasya ang pinakamaiinam na paraan para makaugnayan ka para makaugnayan ka nila para kumpirmahin ang iyong order bago ito ipadala.

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

Puwede kang makakuha ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano. Ang mga pang-maintenance na gamot ay mga gamot na regular mong iniinom para sa isang pabalik-balik o pangmatagalang medikal na kundisyon.

Sa ilang parmasyang nasa network, puwede kang kumuha ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Ang copay ng 90 araw na supply ay pareho sa isang buwang supply. Makikita mo sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang mga parmasyang puwedeng magbigay sa iyo ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Puwede ka ring tumawag sa iyong coordinator ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon. Para sa ilang partikular na uri ng mga gamot, puwede mong gamitin ang mga mail-order na serbisyo na nasa network ng aming plano para kumuha ng pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Sumangguni sa **Seksyon A6** para matuto tungkol sa mga mail-order na parmasya.

A8. Paggamit ng parmasyang wala sa network ng aming plano

Sa pangkalahatan, binabayaran lang namin ang mga gamot na fini-fill sa isang parmasyang wala sa network kung hindi ka makakagamit ng parmasyang nasa network. Mayron kaming mga parmasyang nasa network na nasa labas ng aming pinagseserbisyuhang lugar, kung saan puwede kang mag-fill ng mga reseta bilang miyembro ng aming plano. Sa mga ganitong sitwasyon, makipag-ugnayan muna sa iyong coordinator ng pangangalaga o Mga Serbisyo sa Miyembro para malaman kung may parmasyang nasa network sa malapit.

Binabayaran namin ang mga resetang fini-fill sa isang parmasyang wala sa network sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Kung nauugnay ang sinasaklaw na Part D na gamot sa pangangalaga para sa isang medikal na emergency.

- Kung ang isang partikular na sinasaklaw na Part D na gamot (halimbawa, isang orphan na gamot o iba pang specialty na pharmaceutical na karaniwang direktang ipinapadala

mula sa mga manufacturer o espesyal na vendor) ay hindi regular sina-stock sa mga accessible na retail o mail-order na parmasyang nasa network.

- Kung ang isang sinasaklaw na Part D na gamot ay dini-dispense ng isang parmasya ng institusyon habang siya ay pasyente sa isang departamento para sa emergency, klinika ng provider, outpatient na operasyon, o iba pang outpatient na lugar.

- Nasa ibang lugar ka at mauubusan o mawawalan ka ng iyong (mga) sinasaklaw na Part D na gamot at wala kang ma-access na parmasyang nasa network.

- Sa panahon ng anumang sakuna sa Pederal o iba pang emergency sa kalusugan ng publiko kung saan ililikas o kaya ay madi-displace mula sa kanyang tirahan ang isang nagpapatala.

- Sa mga emergency kung saan hindi magagawa ng nagpatala na gumamit ng parmasyang nasa network, magbabayad kami ng minsanang 30 araw na supply para sa mga generic na gamot. Para sa mga branded na gamot, magbabayad kami ng minsanang 30 araw na supply. Sa mga ganitong sitwasyon, makipag-ugnayan muna sa Mga Serbisyo sa Miyembro para malaman kung may parmasyang nasa network sa malapit.

A9. Pagbabalik sa ibinayad mo para sa isang reseta

Kung kailangan mong gumamit ng parmasyang wala sa network, sa pangkalahatan, buong halaga, sa halip na copay, ang dapat mong bayaran sa pagkuha ng iyong reseta. Puwede mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo para sa aming bahagi sa gastusin. Puwedeng kailanganin mong bayaran ang kulang sa pagitan ng bayad sa gamot sa parmasyang wala sa network at sa halaga na sinasaklaw namin sa isang parmasyang nasa network.

Kung buong halaga ang babayaran mo para sa isang reseta na posibleng sinasaklaw ng Medi-Cal Rx, puwede kang i-reimburse ng parmasya sa oras na bayaran ng Medi-Cal Rx ang reseta. O kaya, puwede mong hilingin sa Medi-Cal Rx na ibalik ang ibinayad mo sa pamamagitan ng pagsusumite sa claim na “Reimbursement ng Medi-Cal para sa Gastusin mula sa Sariling Bulsa (Conlan).” Makakakita ng higit pang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Para matuto pa tungkol dito, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. Ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano

Mayroon kaming *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot.* Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot*" sa simpleng salita.

Pinipili namin ang mga gamot sa *Listahan ng Gamot* sa tulong ng isang team ng mga doktor at pharmacist. Makikita mo rin sa *Listahan ng Gamot* ang mga panuntunang kailangan mong sundin para makuha ang iyong mga gamot.

Sa pangkalahatan, sinasaklaw namin ang isang gamot na nasa *Listahan ng Gamot* ng aming plano kapag nakakasunod ka sa mga panuntunang ipinapaliwanag namin sa kabanatang ito.

B1. Mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot*

Ang aming *Listahan ng Gamot* ay may mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D.

Sinasaklaw ng iyong plano ang karamihan sa mga gamot na kinukuha mo sa parmasya. Puwedeng sinasaklaw ng Medi-Cal Rx ang ibang gamot, gaya ng ilang over-the-counter (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Puwede ka ring tumawag sa Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 1.800-977-2273. Dalhin ang iyong Card ng Pagkakakilanlan para sa Mga Benepisyo (BIC) sa tuwing kukuha ka ng iyong mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Ang aming *Listahan ng Gamot* ay may mga branded na gamot, generic na gamot, at biological na produkto (na puwedeng kabilangan ng mga biosimilar).

Ang branded na gamot ay isang gamot na ibinebenta sa ilalim ng isang naka-trademark na pangalang pag-aari ng isang manufacturer ng gamot. Ang mga biological na produkto ay mga gamot na mas kumplikado kaysa sa mga karaniwang gamot. Sa aming *Listahan ng Gamot*, kapag sinabi naming "mga gamot," puwedeng gamot o biological na produkto ang tinutukoy namin.

Ang mga aktibong sangkap ng mga generic na gamot ay pareho sa mga branded na gamot. May mga alternatibo ang mga biological na produkto na tinatawag na mga biosimilar. Sa pangkalahatan, ang mga generic na gamot at biosimilar ay kasimbisa ng mga branded na gamot o orihinal na biological na produkto, at mas mura. May mga substitute na generic na gamot para sa maraming branded na gamot, at biosimilar na alternatibo para sa ilang orihinal na biological na produkto. May ilang biosimilar na interchangeable na biosimilar at, depende sa batas ng estado, puwedeng i-substitute para sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta, tulad sa pag-substitute ng generic na gamot sa mga branded na gamot.

Sumangguni sa **Kabanata 12** para sa mga kahulugan ng mga uri ng mga gamot na puwedeng nasa *Listahan ng Gamot*.

Sumasaklaw rin ang aming plano ng ilang partikular na OTC na gamot at produkto. May ilang OTC na gamot na mas mura sa at kasimbisa ng mga inireresetang gamot. Para sa higit pang impormasyon, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

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

Para malaman kung nasa aming *Listahan ng Gamot* ang isang gamot na iniinom mo, puwede kang:

- Bumisita sa website ng aming plano sa www.alamedaalliance.org/alliancewellness**.** Ang *Listahan ng Gamot* sa aming website ang palaging pinakabago.
- Tumawag sa iyong coordinator ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo sa Miyembro para malaman kung ang isang gamot ay nasa aming *Listahan ng Gamot* o para humingi ng kopya ng listahan.
- Puwedeng sinasaklaw ng Medi-Cal Rx ang mga gamot na hindi sinasaklaw ng Part D. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon.
- Gamitin ang aming “Real Time na Tool para sa Benepisyo” sa www.alamedaalliance.org/alliancewellness para maghanap ng mga gamot sa *Listahan ng Gamot* para makakuha ng pagtataya sa babayaran mo at kung may mga alternatibong gamot sa *Listahan ng Gamot* na puwedeng gumamot sa parehong kundisyon. Puwede ka ring tumawag sa iyong coordinator ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

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

Hindi lahat ng gamot ay sinasaklaw namin.

- May ilang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* dahil hindi kami pinapayagan ng batas na saklawin ang mga gamot na iyon.
- Sa iba namang sitwasyon, nagpasya kaming hindi isama ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.

Sa ilang sitwasyon, puwede mong makuha ang isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot.* Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 9.**

Hindi binabayaran ng aming plano ang mga uri ng mga gamot na inilalarawan sa seksyong ito. Tinatawag ang mga ito na **mga hindi kasamang gamot**. Kung makakakuha ka ng reseta para sa isang hindi kasamang gamot, posibleng kailanganin mo itong bayaran nang mag-isa. Kung sa palagay mo ay dapat naming bayaran ang isang hindi kasamang gamot dahil sa iyong

sitwasyon, puwede kang mag-apela. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga apela.

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

1. Hindi puwedeng bayaran ng saklaw sa outpatient na gamot ng aming plano (na kinabibilangan ng Medicare Part D) ang isang gamot na sinasaklaw na ng Medicare Part A o Medicare Part B. Sinasaklaw nang libre ng aming plano ang mga gamot na sinasaklaw 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 sa outpatient na gamot.
2. Hindi puwedeng saklawin ng aming plano ang isang gamot na binili sa labas ng Estados Unidos at ng mga teritoryo nito.
3. Ang paggamit sa gamot ay naaprubahan dapat ng FDA o sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian bilang panggamot sa iyong kundisyon. Puwedeng ireseta ng iyong doktor o iba pang provider ang isang partikular na gamot para sa iyong kundisyon, kahit hindi ito naaprubahan para gamutin ang nasabing kundisyon. Tinatawag itong “off-label na paggamit.” Kadalasan, hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga gamot na inireseta para sa off-label na paggamit.

Bukod pa rito, sa ilalim ng batas, hindi puwedeng saklawin ng Medicare o Medi-Cal ang mga uri ng mga gamot na nakalista sa ibaba.

- Mga gamot para sa fertility
- Mga gamot para sa mga sintomas ng ubo o sipon*
- Mga gamot para sa pagpapagada o pagtubo ng buhok
- Mga inireresetang bitamina at mineral na produkto, maliban sa mga bitamina para sa pagbubuntis at fluoride* preparation
- Mga gamot para sa kawalan ng ganang makipagtalik o hindi pagtigas ng ari
- Mga gamot para sa anorexia, pagbaba ng timbang, o pagbigat ng timbang*
- Mga outpatient na gamot na gawa ng isan kumpanyang nagsasabing mayroon kang mga pagsusuri o serbisyong sila lang ang dapat magsagawa

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

C. Mga limitasyon sa ilang gamot

Para sa ilang partikular na gamot, may mga espesyal na panuntunang naglilimita sa kung paano at kailan sinasaklaw 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 kundisyon, na ligtas at epektibo. Kung kasimbisa ng isang ligtas na mas murang gamot ang isang mas mahal na gamot, umaasa kaming ang mas murang gamot ang irereseta ng iyong provider.

Tandaang kung minsan, puwedeng lumabas ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot* nang mahigit sa isang beses. Ito ay dahil puwedeng maging magkaiba ang parehong gamot batay sa tapang, bilang, o uri ng gamot na inireseta ng iyong provider, at puwedeng may iba't ibang paghihigpit na naaangkop sa iba't ibang bersyon ng gamot (halimbawa, 10 mg versus 100 mg; isa bawat araw versus dalawa bawat araw; tableta versus likido.)

Kung may espesyal na panuntunan para sa iyong gamot, kadalasan, ang ibig sabihin ay may mga dapat ka pa o ang iyong provider na gawin para saklawin namin ang gamot. Halimbawa, posibleng kailanganin ng iyong provider na sabihin muna ang diagnosis mo sa amin o ibigay ang mga resulta ng pagsusuri ng dugo. Kung sa palagay mo o ng iyong provider ay hindi naaangkop ang aming panuntunan sa iyong sitwasyon, hilingin sa aming gamitin ang proseso ng pasya sa saklaw para gumawa ng pagbubukod. Puwede kaming sumang-ayon o hindi sumang-ayon na gamitin mo ang gamot nang walang karagdagang hakbang.

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

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

   Sa pangkalahatan, ang isang generic na gamot o interchangeable na biosimilar ay kasimbisa ng branded na gamot o orihinal na biological na produkto, at mas mura. Kung may generic o interchangeable na biosimilar na bersyon ng isang branded na gamot o orihinal na biological na produkto, ang ibibigay sa iyo ng aming mga parmasyang nasa network ay ang generic o interchangeable na biosimilar na bersyon.

   - Kadalasan, hindi namin binabayaran ang branded na gamot o orihinal na biological na produkto kapag may available na generic na bersyon.
   - Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng iyong provider ang medikal na dahilan kung bakit hindi magiging mabisa para sa iyo ang generic na gamot o interchangeable na biosimilar, sasaklawin namin ang branded na gamot.

2. Advance na paghingi ng pag-apruba sa plano

Para sa ilang gamot, ikaw o ang iyong tagapagreseta ay dapat humingi ng pag-apruba sa aming plano bago ka mag-fill ng reseta. Tinatawag itong paunang pahintulot. Nagpapatupad nito para matiyak ang kaligtasan ng gamot at makatulong sa naaangkop na paggamit ng ilang partikular na gamot. Kung hindi ka makakakuha ng pag-apruba, posibleng hindi namin saklawin ang gamot. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahina o nasa aming website sa www.alamedaalliance.org/alliancewellness para sa higit pang impormasyon tungkol sa paunang pahintulot.

3. Sumubok muna ng ibang gamot

Sa pangkalahatan, gusto naming subukan mo muna ang mga mabisang mas murang gamot bago namin saklawin ang mga mas mahal na gamot. Halimbawa, kung gumagamot ng parehong medikal na kundisyon ang Gamot A at Gamot B, at mas mura ang Gamot A kaysa sa Gamot B, posibleng atasan ka namin na subukan muna ang Gamot A.

Kung **hindi** eepekto sa iyo ang Gamot A, sasaklawin namin ang Gamot B. Tinatawag itong step therapy. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahina o nasa aming website sa www.alamedaalliance.org/alliancewellness para sa higit pang impormasyon tungkol sa step therapy.

4. Mga limitasyon sa bilang

Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang bilang ng gamot na puwede mong kunin. Tinatawag itong limitasyon sa bilang. Halimbawa, kung normal na itinuturing na ligtas na uminom ng isang pill lang bawat araw para sa isang partikular na gamot, puwede naming limitahan ang bilang ng gamot na puwede mong kunin sa tuwing magfi-fill ka ng iyong reseta.

Para malaman kung naaangkop ang alinman sa mga panuntunan sa itaas sa isang gamot na iniinom o gusto mong inumin, tingnan ang aming *Listahan ng Gamot*. Para sa pinakabagong impormasyon, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro o tingnan ang aming website sa www.alamedaalliance.org/alliancewellness. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming pasya sa saklaw batay sa alinman sa mga dahilan sa itaas, puwede kang mag-apela. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

D. Mga dahilan kung bakit puwedeng hindi saklawin ang iyong gamot

Gusto naming makatulong sa iyo ang iyong saklaw sa gamot, pero sa ilang pagkakataon, puwedeng hindi sinasaklaw ang isang gamot sa paraang gusto mo. Halimbawa:

- Hindi sinasaklaw ng aming plano ang gamot na gusto mong inumin. Puwedeng wala ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*. Puwedeng generic na bersyon ng gamot ang sinasaklaw namin, at hindi sinasaklaw ang branded na bersyong gusto mong inumin. Puwedeng bago ang isang gamot, at hindi pa namin nasusuri kung ligtas at mabisa ito.
- Sinasaklaw ng aming plano ang gamot, pero may mga espesyal na panuntunan o limitasyon sa saklaw. Gaya ng ipinaliwanag sa seksyon sa itaas, may ilang gamot na sinasaklaw ang aming plano na may mga panuntunang naglilimita sa paggamit ng mga ito. Sa ilang sitwasyon, mainam na humiling ka o ang iyong tagapagreseta ng pagbubukod sa amin.

May mga puwede kang gawin kung hindi namin sinasaklaw ang isang gamot na gusto mong saklawin namin.

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply

Sa ilang sitwasyon, puwede ka naming bigyan ng pansamantalang supply ng isang gamot kapag wala ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot* o kapag nililimitahan ito. Bibigyan ka nito ng pagkakataong kausapin ang iyong provider tungkol sa pagkuha ng ibang gamot, o hilingin sa amin na saklawin ang gamot.

Para makakuha ng pansamantalang supply ng gamot, nakakatugon ka dapat sa dalawang panuntunan sa ibaba:

1. Ang gamot na iniinom mo ay:
   - wala na sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
   - hindi kailanman napabilang sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
   - limitado na ngayon.
2. Ikaw ay dapat nasa isa sa mga sitwasyong ito:
   - Bago ka sa aming plano.
     - Sasaklaw kami ng pansamantalang supply ng iyong gamot **sa unang 90 araw ng membership mo sa aming plano.**
     - Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang 30 araw.

- Kung para sa mas kaunting araw ang iyong reseta, papayagan namin ang maraming pag-refill para makapagbigay ng hanggang 30 araw ng gamot. Dapat mong i-fill ang reseta sa isang parmasyang nasa network.
- Puwedeng ibigay ng mga parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga ang iyong gamot nang paunti-unti para maiwasan ang pag-aaksaya.

- Ikawy ay mahigit 90 araw nang nasa aming plano, nakatira sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, at nangangailangan kaagad ng supply.
  - Sasaklaw kami ng isang 31 araw na supply, o ng mas kaunti kung para sa mas kaunting araw ang iyong reseta. Bukod pa ito sa pansamantalang supply sa itaas.

D2. Paghiling ng pansamantalang supply

Para humiling ng pansamantalang supply ng gamot, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kapag kumuha ka ng pansamantalang supply ng gamot, kausapin kaagad ang iyong provider para pagpasyahan ang gagawin kapag naubusan ka ng supply. Narito ang mga opsyon mo:

- Lumipat sa ibang gamot.

  Puwedeng sumaklaw ang aming plano ng ibang gamot na mabisa para sa iyo. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para humiling ng listahan ng mga gamot na sinasaklaw namin na gumagamot sa parehong medikal na kundisyon. Makakatulong ang listahang ito sa iyong provider na makakita ng sinasaklaw na gamot na puwedeng maging mabisa para sa iyo.

  O

- Humiling ng pagbubukod.

  Ikaw o ang iyong provider ay puwedeng humiling sa amin na gumawa ng pagbubukod. Halimbawa, puwede mong hilingin sa amin na saklawin ang isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* o na saklawin ang gamot nang walang limitasyon. Kung sasabihin ng iyong provider na makatuwiran ang medikal na dahilan ng paghiling mo ng pagbubukod, puwede ka niyang tulungan na humiling nito.

E. Mga pagbabago sa saklaw para sa iyong mga gamot

Enero 1 nangyayari ang karamihan ng mga pagbabago sa saklaw sa gamot, pero puwede kaming magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* sa ibang bahagi ng taon. Puwede rin naming baguhin ang aming mga panuntunan sa mga gamot. Halimbawa, puwede naming gawin ang mga sumusunod:

- Pagpasyahang humingi o hindi humingi ng paunang pag-apruba (prior approval, PA) para sa isang gamot (pahintulot mula sa amin para makuha mo ang isang gamot).
- Dagdagan o baguhin ang bilang ng gamot na puwede mong kunin (mga limitasyon sa bilang).
- Dagdagan o baguhin ang mga paghihigpit sa step therapy ng isang gamot (dapat mo munang subukan ang isang gamot bago namin saklawin ang ibang gamot).
- Palitan ang isang orihinal na biological na produkto ng interchangeable 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 higit pang impormasyon tungkol sa mga panuntunang ito sa gamot, sumangguni sa **Seksyon C**.

Kung umiinom ka ng gamot na sinaklaw namin sa **simula** ng taon, sa pangkalahatan, hindi namin aalisin o babaguhin ang saklaw ng gamot na iyon sa **natitirang bahagi ng taon** maliban na lang kung:

- magkakaroon ng bago at mas murang gamot sa pamilihan na kasimbisa ng gamot na nasa aming *Listahan ng Gamot* ngayon, **o**
- malalaman naming hindi ligtas ang gamot, **o**
- aalisin ang isang gamot sa pamilihan.

Ano ang mangyayari kapag nagbago ang saklaw para sa isang gamot na iniinom mo?

Para makakuha ng impormasyon tungkol sa mangyayari kapag may nagbago sa aming *Listahan ng Gamot*, puwede mong gawin ang mga sumusunod anumang oras:

- Tingnan ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot* online sa www.alamedaalliance.org/alliancewellness o
- Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahina para sa impormasyon tungkol sa aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot*.

Mga pagbabagong puwede naming gawin sa *Listahan ng Gamot* na makakaapekto sa iyo sa kasalukuyang taon ng plano

Agarang mangyayari ang ilang pagbabago sa *Listahan ng Gamot*. Halimbawa:

May magiging available na bagong generic na gamot. Kung minsan, nagkakaroon ng bagong generic na gamot o biosimilar sa pamilihan na kasimbisa ng branded na gamot o orihinal na biological na produkto sa *Listahan ng Gamot* ngayon. Kapag nangyari iyon, puwede naming alisin ang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot, pero walang magbabago sa o magiging mas mababa ang babayaran mo para sa bagong gamot.

- Puwedeng hindi ka namin sabihan bago namin gawin ang pagbabagong ito, pero papadalhan ka namin ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabagong ginawa namin kapag nangyari na ito.
- Ikaw o ang iyong provider ay puwedeng humiling ng “pagbubukod” sa mga pagbabagong ito. Papadalhan ka namin ng abisong nagsasaad sa mga hakbang na puwede mong gawin sa paghiling ng pagbubukod. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng handbook na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pagbubukod.

Pag-aalis ng mga hindi ligtas na gamot o iba pang gamot na wala sa pamilihan. Kung minsan, puwedeng matukoy bilang hindi ligtas o alisin sa pamilihan ang isang gamot. Kapag nangyari ito, puwede namin itong agarang alisin sa aming *Listahan ng Gamot*. Kung iniinom mo ang gamot, papadalhan ka namin ng abiso pagkatapos naming gawin ang pagbabago.

Puwede kaming gumawa ng iba pang pagbabago na nakakaapekto sa mga gamot na iniinom mo. Advance ka naming sasabihan tungkol sa iba pang pagbabagong ito sa aming *Listahan ng Gamot*. Puwedeng mangyari ang mga pagbabagong ito kapag:

- Nagbigay ang FDA ng bagong gabay o may mga bagong klinikal na alituntunin tungkol sa isang gamot.

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito:

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

Bibigyan ka nito ng panahong kausapin ang iyong doktor o iba pang tagapagreseta. Matutulungan ka nilang magpasya:

- Kung may katulad na gamot sa aming *Listahan ng Gamot* na puwede mong inumin **o**
- Kung dapat kang humiling ng pagbubukod sa mga pagbabagong ito para patuloy na masaklaw ang gamot o bersyon ng gamot na iniinom mo. Para matuto pa tungkol sa paghiling ng pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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

Puwede kaming gumawa ng mga pagbabago sa mga gamot na iniinom mo na hindi inilarawan sa itaas at hindi nakakaapekto sa iyo ngayon. Para sa mga nasabing pagbabago, kung umiinom ka ng gamot na sinaklaw namin sa **simula** ng taon, sa pangkalahatan, hindi namin aalisin o babaguhin ang saklaw ng gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon**.

Halimbawa, kung aalisin namin ang isang gamot na iniinom mo kung tataasan namin ang binabayaran mo para sa gamot, o kung lilimitahan namin ang paggamit nito, hindi makakaapekto ang pagbabago sa paggamit mo sa gamot o sa babayaran mo para sa gamot sa natitirang bahagi ng taon.

Kung mangyayari ang alinman sa mga pagbabagong ito sa isang gamot na iniinom mo (maliban kung para sa mga pagbabagong nakasaad sa seksyon sa itaas), hindi makakaapekto ang pagbabago sa iyong paggamit hanggang sa Enero 1 ng susunod na taon.

Hindi namin direktang sasabihin sa iyo ang mga uring ito ng mga pagbabago sa kasalukuyang taon. Kakailanganin mong tingnan ang *Listahan ng Gamot* para sa susunod na taon ng plano (kapag available na ang listahan sa panahon ng bukas na pagpapatala) para malaman kung may anumang pagbabago na makakaapekto sa iyo sa susunod na taon ng plano.

F. Saklaw sa gamot sa mga espesyal na sitwasyon

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

Kung maa-admist ka sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa isang pananatiling sinasaklaw ng aming plano, sa pangkalahatan, sasaklawin namin ang gastusin sa mga gamot mo sa panahon ng iyong pananatili. Hindi ka magbabayad ng copay. Sa oras na lumabas ka sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga, sasaklawin namin ang iyong mga gamot basta't nakakatugon ang mga gamot sa lahat ng aming panuntunan sa saklaw.

Para matuto pa tungkol sa saklaw sa gamot at binabayaran mo, sumangguni sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

F2. Sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga

Kadalasan, ang isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, gaya ng pasilidad ng pag-aalaga, ay may sariling parmasya o isang parmasyang nagsu-supply ng mga gamot para sa lahat ng kanilang residente. Kung nakatira ka sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, puwede mong kunin ang iyong mga gamot sa pamamagitan ng parmasya ng pasilidad kung bahagi ito ng aming network.

Tingnan ang iyong *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para malaman kung bahagi ng aming network ang parmasya ng iyong pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga. Kung hindi o kung kailangan mo pa ng impormasyon, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

F3. Sa isang programa sa hospisyo na sertipikado ng Medicare

Ang mga gamot ay hindi kailanman sabay na sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plano.

- Puwedeng ikaw ay nakatala sa isang hospisyo ng Medicare at nangangailangan ng ilang partikular na gamot (hal., gamot para sa pananakit, pagduruwal, pampadumi, o para sa pagkabagabag) na hindi sinasaklaw ng iyong hospisyo dahil wala itong kaugnayan sa iyong terminal na prognosis at mga kundisyon. Sa ganoong sitwasyon, dapat makatanggap ang aming plano ng abiso mula sa tagapagreseta o iyong provider ng hospisyo na hindi nauugnay ang gamot para masaklaw namin ang gamot.
- Para maiwasan ang mga pagkaantala sa pagtanggap ng anumang hindi nauugnay na gamot na dapat saklawin ng aming plano, puwede mong hilingin sa iyong provider ng hospisyo o tagapagreseta na naabisuhan kaming hindi nauugnay ang gamot bago mo hilingin sa isang parmasya na i-fill ang iyong reseta.

Kung aalis ka sa hospisyo, sasaklawin ng aming plano ang lahat ng iyong gamot. Para maiwasan ang anumang pagkaantala sa parmasya sa oras na matapos ang iyong benepisyo sa hospisyo ng Medicare, magdala ng dokumentasyon sa parmasya para kumpirmahing umalis ka na sa hospisyo.

Sumangguni sa mga unang bahagi ng kabanatang ito tungkol sa mga gamot na sinasaklaw namin. Sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyo sa hospisyo.

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

G1. Mga programang makakatulong sa iyong ligtas na paggamit ng mga gamot

Sa tuwing magfi-fill ka ng reseta, naghahanap kami ng mga posibleng problema, gaya ng mga error sa gamot o gamot na:

- posibleng hindi kinakailangan dahil may ginagamit ka nang ibang katulad na gamot na ganoon din ang epekto
- posibleng hindi ligtas para sa iyong edad o kasarian
- puwedeng magdulot sa iyo ng pinsala kung sabay mong iinumin
- may mga sangkap na puwedeng allergic para sa iy
- puwedeng may error sa bilang (dosis)
- may hindi ligtas na bilang ng mga opioid na gamot para sa pananakit

Kung may makikita kaming posibleng problema sa paggamit mo ng mga gamot, makikipagtulungan kami sa iyong provider para iwasto ang problema.

G2. Mga programang makakatulong sa pamamahala mo ng iyong mga gamot

Ang aming plano ay may programa para matulungan ang mga miyembrong may mga kumplikadong pangangailangan sa kalusugan. Sa mga ganoong sitwasyon, puwede kang maging kwalipikadong makatanggap ng mga libreng serbisyo sa pamamagitan ng isang programa sa pamamahala ng therapy sa pamamagitan ng gamot (medication therapy management, MTM). Boluntaryo at libre ang programang ito. Tumutulong ang programang ito sa iyo at sa provider mo na tiyaking umeepekto ang iyong mga gamot para pabutihin ang iyong kalusugan. Kung magiging kwalipikado ka sa programa, komprehensibong tatalakayin sa iyo ng isang pharmacist o iba pang propesyonal sa kalusugan ang lahat ng iyong gamot at kakausapin ka nila tungkol sa:

- kung paano masusulit ang mga gamot na iniinom mo
- anumang alalahanin na mayroon ka, kasama ang mga gastusin sa gamot at reaksyon sa gamot
- kung paano pinakamainam inumin ang iyong mga gamot

- anumang tanong o problema na mayroon ka tungkol sa iyong reseta at over-the-counter na gamot

Pagkatapos, bibigyan ka nila ng:

- Nakasulat na buod ng talakayang ito. Makakakita sa buod ng plano ng pagkilos sa gamot na nagrerekomenda ng puwede mong gawin para sa pinakamainam na paggamit ng iyong mga gamot.
- Personal na listahan ng gamot na nagsasaad sa lahat ng gamot na iniinom mo, kung gaano karami ang iniinom mo, at kung kailan at bakit mo iniinom ang mga ito.
- Impormasyon tungkol sa ligtas na pagtatapon ng mga inireresetang gamot na mga pinaghihigpitang substance.

Mainam na makipag-usap ka sa iyong tagapagreseta tungkol sa iyong plano ng pagkilos at listahan ng gamot.

- Dalhin ang iyong plano ng pagkilos at listahan ng gamot sa iyong pagpapatingin o sa tuwing makikipag-usap ka sa iyong mga doktor, pharmacists, at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan.
- Dalhin ang iyong listahan ng gamot kapag pumunta ka sa ospital o emergency room.

Ang mga programa sa MTM ay boluntaryo at libre sa mga kwalipikadong miyembro. Kung mayroon kaming programa na naaangkop sa iyong mga pangangailangan, itatala ka namin sa nasabing programa at papadalhan ka namin ng impormasyon. Kung ayaw mong mapabilang sa programa, ipaalam sa amin at aalisin ka namin dito.

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa mga programang ito, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro 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 na tiyaking ligtas na magagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang gamot na madalas abusuhin. Tinatawag ang programang ito na Programa sa Pamamahala ng Gamot (DMP).

Kung gumagamit ka ng mga opioid na gamot mula sa ilang tagapagreseta o parmasya o kung na-overdose ka sa opioid kamakailan, puwede kaming makipag-usap sa iyong mga tagapagreseta para matiyak na naaangkop at medikal na kinakailangan ang paggamit mo ng

mga opioid na gamot. Sa tulong ng iyong mga provider, kung mapagpapasyahan naming posibleng hindi ligtas ang paggamit mo ng mga inireresetang opioid o benzodiazepine, puwede naming limitahan kung paano mo puwedeng kunin ang mga gamot na iyon. Kung ilalagay ka namin sa aming DMP, puwedeng kasama sa mga limitasyon ang:

- Pag-aatas sa iyo na kunin ang lahat ng reseta para sa mga gamot na iyon sa isang/ilang partikular na parmasya
- Pag-aatas sa iyo na kunin ang lahat ng reseta mo para sa mga opioid o benzodiazepine na gamot sa isang/ilang partikular na tagapagreseta
- Paglimita sa bilang ng mga opioid o benzodiazepine na gamot na sinasaklaw namin para sa iyo

Kung may plano kaming limitahan ang pagkuha mo ng mga gamot na ito o ang bilang na puwede mong kunin, advance ka naming papadalhan ng liham. Sasabihin ng liham kung lilimitahan namin ang saklaw ng mga gamot na ito para sa iyo, o kung kakailanganin mong kunin sa isang partikular na provider o parmasya lang ang mga reseta para sa mga gamot na ito.

Magkakaroon ka ng pagkakataong sabihin sa amin ang mga tagapagreseta o parmasyang gusto mong gamitin at ang anumang impormasyong sa palagay mo ay mahalagang malaman namin. Kapag nabigyan ka na ng pagkakataong sumagot, kung magpapasya kaming limitahan ang iyong saklaw para sa mga gamot na ito, papadalhan ka namin ng isa pang liham na nagkukumpirma sa mga limitasyon.

Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, kung hindi ka sumasang-ayon sa aming pasya o sa limitasyon, ikaw o ang iyong tagapagreseta ay puwedeng mag-apela. Kung mag-aapela ka, susuriin namin ang iyong kaso at bibigyan ka namin ng bagong pasya. Kung patuloy naming tatanggihan ang anumang bahagi ng iyong apela na nauugnay sa mga limitasyong inilalapat sa iyong access sa mga gamot, awtomatiko naming ipapadala ang iyong kaso sa isang Hiwalay na Organisasyon para sa Pagsusuri (Independent Review Organization, IRO). (Para matuto pa tungkol sa mga apela at IRO, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.)

Puwedeng hindi naaangkop sa iyo ang DMP kung ikaw ay:

- may ilang partikular na medikal na kundisyon, gaya ng cancer o sickle cell disease,
- tumatanggap ng pangangalaga sa hospisyo, palliative na pangangalaga, o pangangalaga para sa pagwawakas ng buhay, **o**
- nakatira sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga.

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

Panimula

Sinasabi sa iyo ng kabanatang ito ang babayaran mo para sa iyong mga outpatient na gamot. Kapag sinabi naming “mga gamot,” ang tinutukoy namin ay ang:

- Mga Medicare Part D na gamot, **at**
- Mga gamot at item na sinasaklaw sa ilalim ng Medi-Cal Rx, **at**

Dahil kwalipikado ka para sa Medi-Cal, nakakatanggap ka ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare na makakatulong sa pagbabayad ng iyong mga Medicare Part D na gamot. Pinadalhan ka namin ng hiwalay na insert, na tinatawag na “Rider ng Ebidensya ng Saklaw para sa Mga Taong Nakakatanggap ng Karagdagang Tulong sa Pagbabayad ng Mga Inireresetang Gamot” (na tinatawag ding “Rider ng Subsidiya sa May Mababang Kita” o “Rider ng Low Income Subsidy (LIS)”), na nagsasaad sa iyong saklaw sa gamot. Kung wala kang ganitong insert, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro at hingin ang “Rider ng LIS.”

> **Ang Karagdagang Tulong** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at resource na paliitin ang mga gastusin sa Medicare Part D na gamot, gaya ng mga premium, naibabawas, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidiya sa May Mababang Kita,” o “LIS.”

Ang iba pang mahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa pagkakasunod-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Para matuto pa tungkol sa mga gamot, puwede mong tingnan ang mga ito:

- Aming *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot*.
    - Tinatawag namin itong “*Listahan ng Gamot*.” Makikita mo rito:
        - Ang mga gamot na binabayaran namin
        - Kung may anumang limitasyon sa mga gamot

- Kung kailangan mo ng kopya ng aming *Listahan ng Gamot*, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Makikita mo rin ang pinakabagong kopya ng aming *Listahan ng Gamot* sa aming website sa www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

- Sinasaklaw ng Alameda Alliance Wellness ang karamihan sa mga gamot na kinukuha mo sa parmasya. Puwedeng sinasaklaw ng Medi-Cal Rx ang ibang gamot, gaya ng ilang over-the-counter (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon. Puwede ka ring tumawag sa Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 1.800-977-2273. Dalhin ang iyong Card ng Pagkakakilanlan ng Benepisyaryo (Beneficiary Identification Card, BIC) sa Medi-Cal sa tuwing kumukuha ka ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

- **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
  - Ipinapaliwanag kung paano kumuha ng iyong mga outpatient na gamot sa pamamagitan ng aming plano.
  - Kasama rito ang mga panuntunang kailangan mong sundin. Sinasabi rin nito ang mga uri ng mga gamot na hindi sinasaklaw ng aming plano.
  - Kapag ginamit mo ang “Real Time na Tool sa Benepisyo” ng plano para maghanap ng saklaw sa gamot (sumangguni sa **Kabanata 5**, **Seksyon B2**), ipapakita ang halaga bilang pagtataya ng mga gastusin mula sa sariling bulsa na dapat mong bayaran. Puwede kang tumawag sa iyong coordinator ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.

- Ang aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.
  - Kadalasan, kailangan ay parmasyang nasa network ang gamitin mo sa pagkuha ng iyong mga sinasaklaw na gamot. Ang mga parmasyang nasa network ay mga parmasyang sumang-ayon na makipagtulungan sa amin.
  - Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang aming mga parmasyang nasa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tunkol sa mga parmasyang nasa network.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang *Paliwanag ng Mga Benepisyo* (Explanation of Benefits, EOB) 163

B. Paano subaybayan ang iyong mga gastusin sa gamot 164

C. Mga Yugto ng Pagbabayad ng Gamot para sa mga Medicare Part D na gamot 167

C1. Ang aming plano ay may (1) isang tier ng bahagi sa gastusin 167

C2. Ang iyong mga opsyon sa parmasya 167

C3. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot 168

C4. Ang babayaran mo 168

D. Yugto 1: Ang Yugto ng Paunang Saklaw 170

D1. Ang iyong mga opsyon sa parmasya 170

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot 170

D3. Ang babayaran mo 171

D4. Wakas ng Yugto ng Paunang Saklaw 172

E. Yugto 2: Ang Yugto ng Catastrophic na Saklaw 173

F. Ang iyong mga gastusin sa gamot kung mas kaunti sa isang buong buwang supply ang irereseta ng iyong doktor 173

G. Ang babayaran mo para sa mga Part D na bakuna 174

G1. Ang dapat mong malaman bago ka magpabakuna 174

G2. Ang babayaran mo para sa isang bakunang sinasaklaw ng Medicare Part D 175

A. Ang *Paliwanag ng Mga Benepisyo* (Explanation of Benefits, EOB)

Sinusubaybayan ng aming plano ang iyong mga gastusin sa gamot at ang mga ibinabayad mo sa tuwing kumukuha ka ng mga reseta sa parmasya. Dalawang uri ng mga gastusin ang sinusubaybayan namin:

- Ang iyong **mga gastusin mula sa sariling bulsa**. Ito ang halagang binabayaran mo, o ng ibang tao para sa iyo, para sa iyong mga reseta. Kasama rito ang ibinayad mo nang kumuha ka ng sinasaklaw na Part D na gamot, anumang pagbabayad ng iyong mga kapamilya o kaibigan para sa iyong mga gamot, anumang pagbabayad ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare para sa iyong mga gamot, planong pangkalusugan ng employer o unyon, Serbisyo sa Kalusugan ng Mga Indian, mga programa ng tulong sa gamot para sa acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), charity, at karamihan ng Mga Programa ng Tulong sa Gamot ng Estado (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs).
- Ang iyong **kabuuang gastusin sa gamot**. Ito ang kabuuan ng lahat ng ibinayad para sa iyong mga sinasaklaw na Part D na gamot. Kasama rito ang ibinayad ng aming plano, at ang ibinayad ng iba pang programa o organisasyon para sa iyong mga sinasaklaw na Part D na gamot.

Kapag kumuha ka ng mga gamot sa pamamagitan ng aming plano, papadalhan ka namin ng buod na tinatawag na *Paliwanag ng Mga Benepisyo (EOB)*. Tinatawag namin itong EOB sa simpleng salita. Hindi bill ang EOB. Makakakita sa EOB ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom mo. Ang EOB ay may:

- **Impormasyon para sa buwan**. Buod na nagsasaad sa mga gamot na kinuha mo sa nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang gastusin sa gamot, ang ibinayad namin, at ang ibinayad mo at ng ibang tao para sa iyo.
- **Kabuuan para sa taon mula noong Enero 1.** Ipinapakita nito ang kabuuang gastusin sa gamot at ang kabuuang ibinayad para sa iyong mga gamot mula sa umpisa ng taon.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot**. Ito ang kabuuang presyo ng gamot at ang mga pagbabago sa presyo ng gamot mula nang unang i-fill ang bawat claim sa reseta na may parehong bilang.

- **Mga mas murang alternatibo**. Kung naaangkop, impormasyon tungkol sa iba pang available na gamot na may mas mababang bahagi sa gastusin para sa bawat reseta.

Nag-aalok kami ng saklaw para sa mga gamot na hindi sinasaklaw sa ilalim ng Medicare.

- Ang mga pagbabayad sa mga gamot na ito ay hindi ibinabawas sa iyong kabuuang gastusin mula sa sariling bulsa.
- Sinasaklaw ng plano ang karamihan sa mga gamot na kinukuha mo sa parmasya. Puwedeng sinasaklaw ng Medi-Cal Rx ang ibang gamot, gaya ng ilang over-the-counter (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Puwede ka ring tumawag sa customer service center ng Medi-Cal sa 1.800-977-2273. Dalhin ang iyong card ng pagkakakilanlan ng benepisyaryo (beneficiary identification card, BIC) sa Medi-Cal sa tuwing kumukuha ka ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.
- Para malaman kung aling mga gamot ang sinasaklaw ng aming plano, sumangguni sa aming *Listahan ng Gamot*.

B. Paano subaybayan ang iyong mga gastusin sa gamot

Para masubaybayan ang iyong mga gastusin sa gamot at ang mga pagbabayad mo, ginagamit namin ang mga talaang nakukuha namin sa iyo at sa parmasya mo. Ganito mo kami matutulungan:

1. **Gamitin ang iyong Card ng Pagkakakilanlan (identification, ID) ng Miyembro.**

   Ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro sa tuwing kukuha ka ng reseta. Makakatulong ito sa amin na malaman kung anong mga reseta ang ifi-fill at kung magkano ang babayaran mo.

2. **Tiyaking mayroon kami ng impormasyong kailangan namin.**

   Puwede mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo para sa aming bahagi sa gastusin sa gamot. Puwede kang magsumite ng mga kopya ng iyong mga resibo sa papadalhang address na:

   Alameda Alliance Wellness
   Attn: Member Services

1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Narito ang mga halimbawa ng kung kailan mo kami dapat bigyan ng mga kopya ng iyong mga resibo:

- Kapag sa espesyal na presyo mo nabili ang isang sinasaklaw na gamot sa isang parmasyang nasa network o kapag gumamit ka ng card ng diskwento na hindi bahagi ng benepisyo ng aming plano
- Kapag nagbayad ka ng copay para sa mga gamot na nakukuha mo sa ilalim ng programa ng tulong sa pasyente ng gumagawa ng gamot
- Kapag bumili ka ng mga sinasaklaw na gamot sa isang parmasyang wala sa network
- Kapag buong presyo ang binayaran mo para sa isang sinasaklaw na gamot sa mga espesyal na sitwasyon

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghiling sa amin na ibalik ang ibinayad mo para sa aming bahagi sa gastusin sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

3. Padalhan kami ng impormasyon tungkol sa mga pagbabayad ng iba para sa iyo.

Ang mga pagbabayad ng ilang partikular na tao at organisasyon ay ibinabawas din sa iyong mga gastusin mula sa sariling bulsa. Halimbawa, ang isang programa ng tulong sa gamot sa AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP), ang Serbisyo sa Kalusugan ng Mga Indian, at ang karamihan ng mga charity ay ibinabawas sa iyong mga gastusin mula sa sariling bulsa. Makakatulong ito sa iyo na maging kwalipikado para sa catastrophic na saklaw. Kapag naabot mo ang Yugto ng Catastrophic na Saklaw, babayaran ng aming plano ang lahat ng gastusin sa iyong mga Medicare Part D na gamot para sa natitirang bahagi ng taon.

4. Tingnan ang mga EOB na ipinapadala namin sa iyo.

Kapag nakatanggap ka ng EOB sa koreo, tiyaking kumpleto at tama ito.

- **Pamilyar ba sa iyo ang pangalan ng bawat parmasya?** Suriin ang mga petsa. Nakakuha ka ba ng mga gamot sa araw na iyon?

- **Nakuha mo ba ang mga nakalistang gamot?** Tumutugma ba ang mga ito sa nakalista sa iyong mga resibo? Tumutugma ba ang mga gamot sa inireseta ng iyong doktor?

Paano kung may mga makita kang mali sa buod na ito?

Kung may anumang nakakalito o mistulang mali sa EOB na ito, tawagan kami sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness. Makakakita ka rin ng mga sagot sa maraming tanong sa aming website: www.alamedaalliance.org/alliancewellness**.**

Ano ang posibleng panloloko?

Kung nagpapakita ang buod na ito ng mga gamot na hindi mo iniinom o ng anumang kahina-hinala para sa iyo, makipag-ugnayan sa amin.

- Tawagan kami sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness.
- O tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Matatawagan mo ang mga numerong ito nang libre.
- Kung sa palagay mo ay may ginawang panloloko, pag-aaksaya, o pang-aabuso ang isang provider na nakakatanggap ng Medi-Cal, karapatan mong iulat ito sa pamamagitan ng pagtawag sa kumpidensyal na toll-free na numerong 1-800-822-6222. Makikita ang iba pang praaan ng pag-uulat ng panloloko sa Medi-Cal sa: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Kung sa palagay mo ay may mali o kulang, o kung mayroon kang anumang tanong, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Itabi ang mga EOB na ito. Ang mga ito ay mahalagang talaan ng iyong mga gastusin sa gamot.

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

May dalawang yugto ng pagbabayad para sa iyong saklaw sa Medicare Part D na gamot sa ilalim ng aming plano. Ang babayaran mo para sa bawat reseta ay nakadepende sa yugtong kinabibilangan mo kapag nag-fill o nag-refill ka ng reseta. May dalawang yugto:

Yugto 1: Yugto ng Paunang Saklaw	**Yugto 2: Yugto ng Catastrophic na Saklaw**
Sa yugtong ito, babayaran namin ang ilan sa mga gastusin sa iyong mga gamot, at babayaran mo ang iyong bahagi. Tinatawag ang iyong bahagi na copay. Sisimulan mo ang yugtong ito sa pagkuha mo sa iyong unang reseta ng taon.	Sa yugtong ito, babayaran namin ang lahat ng gastusin sa iyong mga gamot hanggang Disyembre 31, 2026. Sisimulan mo ang yugtong ito kapag nabayaran mo na ang isang partikular na halaga ng mga gastusin mula sa sariling bulsa.

C1. Ang aming plano ay may (1) isang tier ng bahagi sa gastusin

Ang mga tier ng bahagi sa gastusin ay mga grupo ng mga gamot na may parehong copay. Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ay nasa isa sa isang (1) tier ng bahagi sa gastusin. Para makita ang tier ng bahagi ng gastusin para sa iyong mga gamot, sumangguni sa aming *Listahan ng Gamot*.

C2. Ang iyong mga opsyon sa parmasya

Ang babayaran mo para sa isang gamot ay nakadepende sa pagkukunan mo ng gamot:

- sa isang parmasyang nasa network, **o**
- sa isang parmasyang wala sa network. Sa mga limitadong sitwasyon, sinasaklaw namin ang mga resetang kinukuha sa mga parmasyang wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para malaman kung kailan namin iyon ginagawa.
- Ang mail-order na parmasya ng aming plano.

Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para malaman kung paano maghain ng apela kapag sinabi sa iyo na hindi sasaklawin ang isang gamot. Para matuto pa tungkol sa mga opsyong ito sa parmasya, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito at sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.

C3. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot

Para sa ilang gamot, puwede kang kumuha ng pangmatagalang supply (na tinatawag ding “extended na supply”) kapag kumuha ka ng iyong reseta. Ang pangmatagalang supply ay hanggang 90 araw na supply. Kapresyo ito ng isang buwang supply.

Para sa mga detalye tungkol sa kung saan at paano kukuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito at sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*..

C4. Ang babayaran mo

Puwede kang magbayad ng copay kapag nag-fill ka ng reseta. Kung mas mura sa copay ang halaga ng iyong sinasaklaw na gamot, ang mas mababang presyo ang babayaran mo.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para malaman kung magkano ang iyong copay para sa anumang sinasaklaw na gamot.

Sinasaklaw ng plano ang karamihan sa mga gamot na kinukuha mo sa parmasya. Puwedeng sinasaklaw ng Medi-Cal Rx ang ibang gamot, gaya ng ilang over-the-counter (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon. Puwede ka ring tumawag sa customer service center ng Medi-Cal sa 800-977-2273. Dalhin ang iyong card ng pagkakakilanlan ng benepisyaryo (beneficiary identification card, BIC) sa Medi-Cal sa tuwing kumukuha ka ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Ang iyong bahagi sa gastusin kapag kumuha ka ng isang buwan o pangmatagalang supply ng isang sinasaklaw na gamot sa:

	Parmasyang nasa network Isang buwang supply o hanggang 30 araw na supply	**Ang mail-order na serbisyo ng aming plano** Isang buwang supply o hanggang 90 araw na supply	**Nasa network na parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga** Hanggang 31 araw na supply	**Parmasyang wala sa network** Hanggang 31 araw na supply. Limitado ang saklaw sa ilang partikular na sitwasyon. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga detalye.
Bahagi sa gastusin Tier 1 Lahat ng Sinasaklaw na Part D na Gamot	$0/$1.60/$5.10 (Generic) $0/$4.90/$12.65 (Branded/lahat ng iba pang gamot) Ang copay ng bawat reseta ay nakadepende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong. Kung hindi ka nakakatanggap ng ‘Karagdagang Tulong,’ 25% ng kabuuang halaga ng gamot ang babayaran mo.	$0/$1.60/$5.10 (Generic) $0/$4.90/$12.65 (Branded/lahat ng iba pang gamot) Ang copay ng bawat reseta ay nakadepende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong. Kung hindi ka nakakatanggap ng ‘Karagdagang Tulong,’ 25% ng kabuuang halaga ng gamot ang babayaran mo.	$0/$1.60/$5.10 (Generic) $0/$4.90/$12.65 (Branded/lahat ng iba pang gamot) Ang copay ng bawat reseta ay nakadepende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong. Kung hindi ka nakakatanggap ng ‘Karagdagang Tulong,’ 25% ng kabuuang halaga ng gamot ang babayaran mo.	$0/$1.60/$5.10 (Generic) $0/$4.90/$12.65 (Branded/lahat ng iba pang gamot) Ang copay ng bawat reseta ay nakadepende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong. Kung hindi ka nakakatanggap ng ‘Karagdagang Tulong,’ 25% ng kabuuang halaga ng gamot ang babayaran mo.

Para sa impormasyon tungkol sa mga parmasyang makakapagbigay sa iyo ng mga pangmatagalang supply, sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ng aming plano.

D. Yugto 1: Ang Yugto ng Paunang Saklaw

Sa Yugto ng Paunang Saklaw, babayaran namin ang ilan sa gastusin sa iyong mga gamot, at babayaran mo ang iyong bahagi. Tinatawag ang iyong bahagi na copay. Ang copay ay nakadepende sa tier ng bahagi sa gastusin na kinabibilangan ng gamot at sa pagkukunan mo nito.

Ang mga tier ng bahagi sa gastusin ay mga grupo ng mga gamot na may parehong copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano ay nasa isa sa isang (1) tier ng bahagi sa gastusin. Para makita ang tier ng bahagi ng gastusin para sa iyong mga gamot, sumangguni sa aming *Listahan ng Gamot*.

- Mga Tier 1 na gamot ang may pinakamababang copay. Ang copay para sa mga generic na gamot ay $0 hanggang $5.10, depende sa iyong kita. Ang copay para sa branded at iba pang gamot ay $0 hanggang $12.65, depende sa iyong kita.

D1. Ang iyong mga opsyon sa parmasya

Ang babayaran mo para sa isang gamot ay nakadepende sa pagkukunan mo ng gamot:

- Sa isang parmasyang nasa network **o**
- Sa isang parmasyang wala sa network. Sa mga limitadong sitwasyon, sinasaklaw namin ang mga resetang kinukuha sa mga parmasyang wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para malaman kung kailan namin iyon ginagawa.
- Ang mail-order na parmasya ng aming plano.

Para matuto pa tungkol sa mga opsyong ito, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito at sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot

Para sa ilang gamot, puwede kang kumuha ng pangmatagalang supply (na tinatawag ding “extended na supply”) kapag kumuha ka ng iyong reseta. Ang pangmatagalang supply ay hanggang 90 araw na supply. Kapresyo ito ng isang buwang supply.

Para sa mga detalye tungkol sa kung saan at paano kukuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito at sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ng aming plano.

D3. Ang babayaran mo

Sa Yugto ng Paunang Saklaw, puwede kang magbayad ng copay sa tuwing magfi-fill ka ng reseta. Kung mas mura sa copay ang halaga ng iyong sinasaklaw na gamot, ang mas mababang presyo ang babayaran mo.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para malaman kung magkano ang iyong copay para sa anumang sinasaklaw na gamot.

Ang iyong bahagi sa gastusin kapag kumuha ka ng isang buwan o pangmatagalang supply ng isang sinasaklaw na gamot sa:

	Parmasyang nasa network Isang buwang supply o hanggang 90 araw na supply	**Ang mail-order na serbisyo ng aming plano** Isang buwang supply o hanggang 90 araw na supply	**Nasa network na parmasya para sa pangmatagalan g pangangalaga** Hanggang 31 araw na supply	**Parmasyang wala sa network** Hanggang 31 araw na supply. Limitado ang saklaw sa ilang partikular na sitwasyon. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang detalye.
Bahagi sa gastusin Tier 1 (Lahat ng Part D na Gamot)	$0/$1.60/$5.10 (Generic) $0/$4.90/$12.65 (Branded/lahat ng iba pang gamot) Ang copay ng bawat reseta ay nakadepende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong	$0/$1.60/$5.10 (Generic) $0/$4.90/$12.65 (Branded/lahat ng iba pang gamot) Ang copay ng bawat reseta ay nakadepende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong	$0/$1.60/$5.10 (Generic) $0/$4.90/$12.65 (Branded/lahat ng iba pang gamot) Ang copay ng bawat reseta ay nakadepende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong	$0/$1.60/$5.10 (Generic) $0/$4.90/$12.65 (Branded/lahat ng iba pang gamot) Ang copay ng bawat reseta ay nakadepende sa iyong antas ng Karagdagang Tulong

Para sa impormasyon tungkol sa mga parmasyang makakapagbigay sa iyo ng mga pangmatagalang supply, sumangguni sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.

D4. Wakas ng Yugto ng Paunang Saklaw

Matatapos ang Yugto ng Paunang Saklaw kapag umabot na ang iyong kabuuang gastusin mula sa sariling bulsa sa $2,100. Sa puntong iyon, magsisimula na ang Yugto ng Catastrophic na Saklaw. Sasaklawin namin ang lahat ng iyong gastusin sa gamot hanggang sa matapos ang taon.

Nag-aalok kami ng mga karagdagang gamot na sinasaklaw ng Medi-Cal Rx na hindi karaniwang sinasaklaw sa isang Plano sa Gamot ng Medicare. Ang mga pagbabayad sa mga gamot na ito ay hindi ibinabawas sa iyong mga gastusin mula sa sariling bulsa.

Tumutulong sa iyo ang EOB mo na subaybayan kung magkano na ang iyong nabayaran para sa mga gamot mo para sa taon. Sasabihin namin sa iyo kapag naabot mo na ang limitasyong $2,100. Maraming hindi nakakaabot nito sa isang taon.

E. Yugto 2: Ang Yugto ng Catastrophic na Saklaw

Kapag umabot ka sa limitasyong $2,100 para sa gastusin mula sa sariling bulsa para sa iyong mga gamot, magsisimula ang Yugto ng Catastrophic na Saklaw. Mananatili ka sa Yugto ng Catastrophic na Saklaw hanggang sa matapos ang taon ng kalendaryo. Sa yugtong ito, wala kang babayaran para sa iyong mga Part D na sinasaklaw na gamot.

F. Ang iyong mga gastusin sa gamot kung mas kaunti sa isang buong buwang supply ang irereseta ng iyong doktor

Kadalasan, magbabayad ka ng copay para masagot ang isang buong buwang supply ng isang sinasaklaw na gamot. Gayunpaman, puwedeng mas kaunti sa isang buwang supply ng mga gamot ang ireseta ng iyong doktor.

- Puwedeng magkaroon ng pagkakataon na gustuhin mong hilingin sa iyong doktor na magreseta nang mas kaunti kaysa sa isang buwang supply ng gamot (halimbawa, kapag sinusubukan mo ang isang gamot sa unang pagkakataon).
- Kung sasang-ayon ang iyong doktor, hindi mo babayaran ang buong buwang supply para sa ilang partikular na gamot.

Kung mas kaunti sa isang buwang supply ng gamot ang makukuha mo, ang halagang babayaran mo ay dedepende sa bilang ng mga araw ng gamot na makukuha mo. Kakalkulahin namin ang halagang babayaran mo bawat araw para sa iyong gamot (ang “pang-araw-araw na rate ng bahagi sa gastusin”) at imu-multiply namin ito sa bilang ng mga araw ng gamot na makukuha mo.

- Narito ang isang halimbawa: Ipagpalagay nating $1.35 ang copay para sa iyong gamot para sa isang buong buwang supply (30 araw na supply). Ibig sabihin, wala pang $0.05 bawat araw ang halagang babayaran mo para sa iyong gamot. Kung kukuha ka ng 7 araw na supply ng gamot, ang babayaran mo ay wala pang

$.05 bawat araw, na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na wala pang $0.35.

- Sa pang-araw-araw na bahagi sa gastusin, matitiyak mong mabisa para sa iyo ang isang gamot bago ka magbayad ng isang buong buwang supply.
- Puwede mo ring hilingin sa iyong provider na magreseta nang mas kaunti kaysa sa isang buong buwang supply ng gamot para matulungan kang:
  - Mas maplano ang pag-refill mo ng iyong mga gamot,
  - Isaayos ang mga pag-refill kasabay ng iba pang gamot na iniinom mo, **at**
  - Bawasan ang mga pagpunta mo sa parmasya.

G. Ang babayaran mo para sa mga Part D na bakuna

Mahalagang mensahe tungkol sa babayaran mo para sa mga bakuna: May ilang bakuna na itinuturing na medikal na benepisyo at sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B. Itinuturing naman ang ibang bakuna na Medicare Part D na gamot. Makikita mo ang mga bakunang ito na nakalista sa aming *Listahan ng Gamot.* Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan ng mga pang-nasa hustong gulang na Medicare Part D na bakuna nang walang bayad. Sumangguni sa *Listahan ng Gamot* ng iyong plano o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para sa mga detalye ng saklaw at bahagi sa gastusin ng mga partikular na bakuna.

May dalawang bahagi ang aming saklaw sa mga Medicare Part D na bakuna:

1. Ang unang bahagi ay ang halaga ng **mismong bakuna**.
2. Ang ikalawang bahagi ay ang halaga ng **pagbibigay sa iyo ng bakuna**. Halimbawa, kung minsan, puwede mong matanggap ang bakuna bilang iniksyon mula sa iyong doktor.

G1. Ang dapat mong malaman bago ka magpabakuna

Inirerekomenda naming tumawag ka sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung may plano kang magpabakuna.

- Sasabihin namin sa iyo kung paano sinasaklaw ng aming plano ang iyong bakuna at ipapaliwanag namin ang iyong bahagi sa gastusin.
- Sasabihin namin sa iyo kung paano mo puwedeng mapababa ang iyong mga gastusin sa pamamagitan ng paggamit ng mga parmasya at provider na nasa

network. Ang mga parmasya at provider na nasa network ay sumasang-ayon na makipagtulungan sa aming plano. Sa isang provider na nasa network, matitiyak na wala kang upfront na babayaran para sa isang Medicare Part D na bakuna.

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 (kung para saan ang bakuna).

- May ilang bakuna na itinuturing na benepisyo sa kalusugan sa halip na gamot. Sinasaklaw ang mga bakunang ito para sa iyo nang walang bayad. Para matuto tungkol sa saklaw ng mga bakunang ito, sumangguni sa Tsart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- May iba namang bakuna na itinuturing na Medicare Part D na gamot. Makikita mo ang mga bakunang ito sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano. Posibleng kailanganin mong magbayad ng copay para sa mga Medicare Part D na bakuna. Kung ang bakuna ay inirerekomenda para sa mga nasa hustong gulang ng isang organisasyong tinatawag na **Komite ng Pagpapayo sa Mga Kasanayan sa Pagbabakuna (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP),** wala kang babayaran para sa bakuna.

Narito ang tatlong karaniwang paraan ng pagkuha ng Medicare Part D na bakuna.

1. Kukunin mo ang Medicare Part D na bakuna at ang iyong iniksyon sa isang parmasyang nasa network.
   - Para sa karamihan ng mga pang-nasa hustong gulang na Part D na bakuna, wala kang babayaran.
   - Para sa iba pang Part D na bakuna, magbabayad ka ng copay para sa bakuna.
2. Kukunin mo ang Medicare Part D na bakuna sa tanggapan ng iyong doktor, at ang doktor mo ang magtuturok sa iyo.
   - Magbabayad ka ng copay sa doktor para sa bakuna.
   - Ang aming plano ang magbabayad sa gastusin sa pagbibigay sa iyo ng bakuna.
   - Dapat tawagan ng tanggapan ng doktor ang aming plano sa ganitong sitwasyon para matiyak naming alam nila na copay lang ang kailangan mong bayaran para sa bakuna.

3. Kukunin mo ang Medicare Part D na bakuna sa isang parmasya, at dadalhin mo ito sa tanggapan ng iyong doktor na siyang magtuturok sa iyo.

    - Para sa karamihan ng mga pang-nasa hustong gulang na Part D na bakuna, wala kang babayaran para sa mismong bakuna.
    - Para sa iba pang Part D na bakuna, magbabayad ka ng copay para sa bakuna.
    - Ang aming plano ang magbabayad sa gastusin sa pagbibigay sa iyo ng bakuna.

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

Panimula

Ipapaliwanag sa iyo ng kabanatang ito kung paano at kung kailan ka dapat magpadala sa amin ng bill upang humingi ng bayad. Ipapaliwanag din nito sa iyo kung paano mag-apela kung hindi ka sumasang-ayon sa pagpapasya sa pagsaklaw. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa pagkakasunod-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Paghiling sa amin na bayaran ang iyong mga serbisyo o gamot 175

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad 180

C. Mga pagpapasya sa pagsaklaw 181

D. Mga Apela 182

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

Hindi ka dapat makatanggap ng bill para sa mga serbisyo o gamot na nasa network. Dapat singilin ng aming mga provider na nasa network 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 Alameda Alliance Wellness 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 singil.

Kung makakatanggap ka ng bill para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot, huwag bayaran ang bill at ipadala sa amin ang bill. Upang magpadala sa amin ng bill, sumangguni sa **Kabanata 7, Seksyon B**.

- Kung sinasaklaw namin ang mga serbisyo o gamot, direkta kaming magbabayad sa provider.
- Kung sinasaklaw namin ang mga serbisyo o gamot at nakapagbayad ka na, karapatan mong maibalik ang ibinayad mo.
    - Kung binayaran mo ang mga serbisyong saklaw ng Medicare, ibabalik namin ang ibinayad mo.
- Kung binayaran mo ang mga serbisyo ng Medi-Cal na natanggap mo na, maaaring kwalipikado kang ma-reimburse (maibalik ang ibinayad mo) kung matutugunan mo ang lahat ng sumusunod na kundisyon:
    - Ang serbisyong natanggap mo ay isang serbisyong saklaw ng Medi-Cal na responsibilidad naming bayaran. Hindi kami magre-reimburse sa iyo para sa isang serbisyong hindi sinasaklaw ng Alameda Alliance Wellness.
    - Natanggap mo ang saklaw na serbisyo pagkatapos mong maging kwalipikadong miyembro ng Alameda Alliance Wellness.
    - Hihilingin mong maibalik ang ibinayad mo sa loob ng isang taon mula sa petsa kung kailan mo natanggap ang saklaw na serbisyo.
    - Magbibigay ka ng patunay na binayaran mo ang saklaw na serbisyo, gaya ng detalyadong resibo mula sa provider.

- Natanggap mo ang saklaw na serbisyo mula sa isang provider na nakatala sa Medi-Cal sa network ng Alameda Alliance Wellness. Hindi mo kailangang matugunan ang kundisyong ito kung tumanggap ka ng pang-emergency na pangangalaga, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyo na pinapayagan ng Medi-Cal na gawin ng mga provider na wala sa network nang walang paunang pag-apruba (paunang pahintulot).

- Kung karaniwang nangangailangan ang saklaw na serbisyo ng paunang pag-apruba (paunang pahintulot), kailangan mong magbigay ng patunay mula sa provider na nagpapakita ng medikal na pangangailangan para sa saklaw na serbisyo.

- Ipapaalam sa iyo ng Alameda Alliance Wellness sa isang liham na tinatawag na Abiso sa Pagkilos (Notice of Action, NOA) kung magre-reimburse sila sa iyo. Kung matutugunan mo ang mga kundisyon sa itaas, dapat ibalik ng provider na nakatala sa Medi-Cal ang buong halaga na ibinayad mo. Kung tatanggi ang provider na ibalik ang ibinayad mo, ibabalik ng Alameda Alliance Wellness ang buong halaga na ibinayad mo. Magre-reimburse kami sa iyo sa loob ng 45 araw ng trabaho pagkatapos matanggap ang claim. Kung nakatala ang provider sa Medi-Cal ngunit wala ito sa aming network at tumatanggi siyang ibalik ang ibinayad mo, ibabalik ng Alameda Alliance Wellness ang ibinayad mo, ngunit hanggang sa halaga lang na babayaran ng FFS na Medi-Cal. Ibabalik ng Alameda Alliance Wellness ang buong halaga mula sa sariling bulsa na ibinayad mo para sa mga pang-emergency na serbisyo, serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyo na pinapayagan ng Medi-Cal na maibigay ng mga provider na wala sa network nang walang paunang pag-apruba. Kung hindi mo matutugunan ang isa sa mga kundisyon sa itaas, hindi namin ibabalik ang ibinayad mo.

- Hindi namin ibabalik ang ibinayad mo kung:

  - Humiling ka at nakatanggap ka ng mga serbisyo na hindi sinasaklaw ng Medi-Cal, gaya ng mga cosmetic na serbisyo.

  - Ang serbisyo ay isang hindi saklaw na serbisyo para sa Alameda Alliance Wellness.

  - Nagpunta ka sa isang doktor na hindi tumatanggap ng Medi-Cal at

lumagda ka sa isang form na nagsasabing gusto mo pa ring magpatingin at ikaw mismo ang magbabayad para sa mga serbisyo.

- Kung hindi namin sinasaklaw ang mga serbisyo o gamot, ipapaalam namin sa iyo.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga kung mayroon kang anumang tanong. Kung hindi mo alam kung ano ang dapat na mong bayaran, o kung makakatanggap ka ng bill at hindi mo alam kung ano ang dapat gawin dito, makakatulong kami. Maaari ka ring tumawag kung gusto mong magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa isang kahilingan para sa pagbabayad na ipinadala mo na sa amin.

Kasama sa mga halimbawa ng mga pagkakataong maaaring kailanganin mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo o bayaran ang isang bill na natanggap mo ang:

1. **Kapag nakatanggap ka ng pang-emergency o agarang kinakailangan na pangangalagang pangkalusugan mula sa isang provider na wala sa network**

   Hilingin sa provider na singilin kami.

   - Kung babayaran mo ang buong halaga kapag natanggap mo ang pangangalaga, hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo. Ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo.
   - Maaari kang makatanggap ng bill mula sa provider na humihingi ng bayad na 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 kaming magbabayad sa provider.
     - Kung nabayaran mo na ang serbisyo ng Medicare, ibabalik namin ang ibinayad mo.

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

   Kami ang palaging dapat singilin ng mga provider na nasa network. Mahalagang ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro kapag tumanggap ka ng anumang serbisyo o reseta; gayunpaman, kung minsan, nagkakamali ang mga provider na nasa network, at hihilingin nila sa iyo na magbayad para sa iyong mga serbisyo o mas malaki kaysa sa iyong bahagi sa

mga gastos. **Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro** o iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga sa numero sa ilalim ng page na ito **kung makatanggap ka ng anumang bill.**

- Dahil babayaran namin ang buong gastos para sa iyong mga serbisyo, wala kang responsibilidad para sa pagbabayad ng anumang gastos. Hindi ka dapat singilin ng mga provider ng kahit ano para sa mga serbisyong ito.
- Tuwing makakatanggap ka ng bill mula sa isang provider na nasa network, ipadala sa amin ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aayusin namin ang problema.
- Kung nakapagbayad ka na ng bill mula sa isang provider na nasa network para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare, ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo. Ibabalik namin ang ibinayad mo para sa iyong mga saklaw na serbisyo.

3. Kung retroactive kang nagpatala sa aming plano

Kung minsan, maaaring maging retroactive ang iyong pagpapatala sa plano. (Ibig sabihin, lumipas na ang unang araw ng iyong pagpapatala. Maaaring noong nakaraang taon pa ito.)

- Kung retroactive kang nagpatala at nagbayad ka ng bill pagkatapos ng petsa ng pagpapatala, maaari mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo.
- Ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo.

4. Kapag gumamit ka ng parmasyang wala sa network upang kumuha ng reseta

Kung gagamit ka ng parmasyang wala sa network, ikaw ang magbabayad ng buong gastos sa iyong reseta.

- Sa ilang kaso lang, sasaklawin namin ang mga resetang kinuha sa mga parmasyang wala sa network. Magpadala sa amin ng kopya ng iyong resibo kapag hiniling mo sa amin na ibalik ang ibinayad mo.
- Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman pa ang tungkol sa mga parmasyang wala sa network.
- Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang pagkakaiba ng halaga na binayaran mo para sa gamot sa parmasyang wala sa network at ng halaga na binabayaran namin sa isang parmasyang nasa network.

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, nang 8 am – 8 pm. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

5. Kapag binayaran mo ang buong gastos sa reseta sa Medicare Part D dahil hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro

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

- Kung hindi matatanggap kaagad ng parmasya ang impormasyon, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong gastos sa reseta o bumalik sa parmasya nang dala ang iyong ID Card ng Miyembro.
- Magpadala sa amin ng kopya ng iyong resibo kapag hiniling mo sa amin na ibalik ang ibinayad mo.
- Maaaring hindi namin ibalik ang buong halaga na binayaran mo kung mas malaki ang presyong cash na binayaran mo kaysa sa napagkasunduang presyo para sa reseta.

6. Kapag binayaran mo ang buong gastos sa reseta sa Medicare Part D para sa isang gamot na hindi saklaw

Maaari mong bayaran ang buong gastos sa reseta dahil hindi saklaw ang gamot.

- Maaaring wala ang gamot sa aming *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* (*Listahan ng Gamot*) sa aming website, o maaaring mayroon itong kinakailangan o paghihigpit na hindi mo alam o sa tingin mo ay hindi naaangkop sa iyo. Kung mapagpasyahan mong kunin ang gamot, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong gastos.
    - Kung hindi mo babayaran ang gamot ngunit sa tingin mo ay dapat namin itong saklawin, maaari kang humiling ng pagpapasya sa pagsaklaw (sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito).
    - Kung sa tingin mo o ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta ay kailangan mo kaagad ang gamot, (sa loob ng 24 na oras), maaari kang humiling ng mabilis na pagpapasya sa pagsaklaw (sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro*).
- Magpadala sa amin ng kopya ng iyong resibo kapag hiniling mo sa amin na ibalik ang ibinayad mo. Sa ilang kaso, maaaring kailanganin naming humingi ng higit pang impormasyon mula sa iyong doktor o iba pang tagapagreseta upang ibalik

ang ibinayad mo para sa gamot. Maaaring hindi namin ibalik ang buong halaga na binayaran mo kung mas malaki ang presyo na binayaran mo kaysa sa napagkasunduang presyo para sa reseta.

Kapag nagpadala ka sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad, susuriin namin ito at magpapasya kami kung dapat saklawin ang serbisyo o gamot. Tinatawag itong “pagpapasya sa pagsaklaw.” Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang serbisyo o gamot, kami ang magbabayad nito.

Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa pagbabayad, maaari kang mag-apela sa aming pagpapasya. Upang malaman kung paano mag-apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan 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 resibo mula sa provider. **Magandang ideya na gumawa ng kopya ng iyong bill at mga resibo para sa iyong mga talaan.** Maaari kang humingi ng tulong sa iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga. Maaari kaming mag-reimburse sa mga miyembro para sa mga gastos mula sa sariling bulsa para sa mga saklaw na reseta sa parmasya sa loob ng isang (1) taon mula sa petsa ng serbisyo. Magpadala ng liham na humihiling ng pag-reimburse kasama ng detalyadong resibo ng parmasya, na kinabibilangan ng mga sumusunod:

- Pangalan ng pasyente
- Petsa ng serbisyo
- Pangalan ng gamot
- Numero ng Pambansang Code ng Gamot (National Drug Code)
- Numero ng Reseta
- Dami
- Supply para sa bilang ng mga araw
- Halaga sa dolyar na hiniling

Tandaan: Huwag lang magsumite ng resibo mula sa cash register para sa pag-reimburse dahil wala itong sapat na impormasyon sa pagsusuri para sa pag-reimburse.

- Alinsunod sa batas, hindi kwalipikado ang mga inireresetang gamot sa labas ng United States para sa pag-reimburse sa ilalim ng programa ng Medicare Part D.

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, nang 8 am – 8 pm. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

Ipadala sa pamamagitan ng koreo ang iyong kahilingan para sa pagbabayad sa gamot kasama ng anumang bill o resibo sa address na ito:

PerformRx/Alameda Alliance Wellness
PO Box 516
Essington, PA 19029

Ipadala sa pamamagitan ng koreo ang iyong kahilingan para sa medikal na pagbabayad kasama ng anumang bill o resibo sa address na ito:

Alameda Alliance Wellness
Attn: Grievance and Appeals
1240 South Loop Road
Alameda, CA 94502

Maaari mo rin kaming tawagan upang humingi ng bayad. Maaari kang makipag-ugnayan sa Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, nang 8 am – 8 pm.

C. Mga pagpapasya sa pagsaklaw

Kapag natanggap namin ang iyong kahilingan para sa pagbabayad, gagawa kami ng pagpapasya sa pagsaklaw. Ibig sabihin, magpapasya kami kung sasaklawin ng aming plano ang iyong serbisyo, item, o gamot. Pagpapasyahan din namin ang halaga ng pera, kung mayroon man, na dapat mong bayaran.

- Ipapaalam namin sa iyo kung kailangan namin ng higit pang impormasyon mula sa iyo.
- Kung mapagpasyahan naming sasaklawin ng aming plano ang serbisyo, item, o gamot at sumunod ka sa lahat ng panuntunan sa pagkuha nito, kami ang magbabayad nito. Kung nabayaran mo na ang serbisyo o gamot, papadalhan ka namin ng tseke para sa binayaran mo sa pamamagitan ng koreo. Kung binayaran mo ang buong halaga ng gamot, maaaring hindi ma-reimburse sa iyo ang buong halaga na binayaran mo (halimbawa, kung nakatanggap ka ng gamot sa isang parmasyang wala sa network o kung mas malaki ang presyong cash na

Kung mayroon kang mga tanong, tawagan ang Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, nang 8 am – 8 pm. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang www.alamedaalliance.org/alliancewellness.

binayaran mo kaysa sa aming napagkasunduang presyo). Kung hindi ka pa nakakapagbayad, direkta kaming magbabayad sa provider.

Ipapaliwanag ng **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga panuntunan para sa pagsaklaw ng iyong mga serbisyo. Ipapaliwanag ng **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga panuntunan para sa pagsaklaw ng iyong mga Medicare Part D na gamot.

- Kung mapagpasyahan naming hindi bayaran ang serbisyo o gamot, magpapadala kami sa iyo ng liham na naglalaman ng mga dahilan. Ipapaliwanag din ng liham ang iyong mga karapatang mag-apela.
- Upang malaman pa ang tungkol sa mga pagpapasya sa pagsaklaw, sumangguni sa **Kabanata 9**.

D. Mga Apela

Kung sa tingin mo ay nagkamali kami sa pagtanggi sa iyong kahilingan para sa pagbabayad, maaari mong hilingin sa amin na baguhin ang aming pasya. Tinatawag itong “pag-apela.” Maaari ka ring mag-apela kung hindi ka sumasang-ayon sa halagang babayaran namin.

Ang pormal na proseso ng mga apela ay may mga detalyadong pamamaraan at deadline. Upang malaman pa ang tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handboo*k ng Miyembro na ito:

- Upang mag-apela tungkol sa pagbabalik ng bayad sa iyo para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Seksyon F**.
- Upang mag-apela tungkol sa pagbabalik ng bayad sa iyo para sa isang gamot, sumangguni sa **Seksyon G**.

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

Panimula

Makikita sa kabanatang ito ang iyong mga karapatan at responsibilidad bilang miyembro ng aming plano. Dapat naming kilalanin ang iyong mga karapatan. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa pagkakasunod-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang iyong karapatang makatanggap ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan....184

B. Ang aming responsibilidad sa iyong napapanahong access sa mga sinasaklaw na serbisyo at gamot....185

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang iyong personal na impormasyon sa kalusugan (personal health information, PHI)....187

C2. Ang iyong karapatang tingnan ang iyong mga medikal na talaan....189

D. Ang aming responsibilidad na bigyan ka ng impormasyon....189

E. Kawalan ng kakayahan ng mga provider na nasa network na direkta kang singilin....191

F. Ang iyong karapatang umalis sa aming plano....191

G. Ang iyong karapatang pagpasyahan ang iyong pangangalagang pangkalusugan....191

G1. Ang iyong karapatang malaman ang mga opsyon mo sa paggamot at magpasya....191

G2. Mayroon kang karapatang sabihin ang gusto mong mangyari kung wala kang kakayahang pagpasyahan ang iyong pangangalagang pangkalusugan....192

G3. Ang dapat gawin kung hindi masusunod ang iyong mga tagubilin....194

H. Ang iyong karapatang maghain ng reklamo at hilingin sa aming pag-isipan ulit ang aming mga pasya....194

H1. Ang dapat gawin sa hindi patas na pakikitungo o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan....194

I. Ang iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano 195

A. Ang iyong karapatang makatanggap ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal at hindi klinikal, ay maibibigay sa iyo sa paraang naaayon sa kultura at accessible, pati sa mga taong may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kasanayan sa pagbabasa, may problema sa pandinig, o may iba't ibang kultura at etnisidad. Dapat din naming ipaalam sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang mga karapatan mo sa bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.

- Para makatanggap ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tumawag sa iyong coordinator ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter para masagot ang mga tanong sa iba't ibang wika. Available ang mga serbisyong ito 24 na oras sa isang araw. Hindi mo kailangang magpa-interpret sa isang kapamilya o kaibigan. Hindi namin hinihikayat na magpa-interpret sa mga menor de edad, maliban na lang kung isa itong emergency. Para ma-access ang mga serbisyo ng interpreter, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929.
- Puwede ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyales sa mga wikang iba pa sa Ingles gaya ng Spanish, Chinese, Vietnamese, Tagalog, at Farsi at sa mga format gaya ng malaking print, braille, o audio. Para makuha ang mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sumulat sa:

  Alameda Alliance Wellness
  Attn: Member Services
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502

- Puwede mong hilingin na palagi naming ipadala ang impormasyon sa wika o format na kailangan mo. Ito ay tinatawag na isang tuluy-tuloy na kahilingan. Para makuha ang dokumentong ito sa wikang iba pa sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon o sa hinaharap, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, 8 am – 8 pm.

- Papanatilihing naka-file ng Mga Serbisyo sa Miyembro ang gusto mong wika at format para sa mga komunikasyon sa hinaharap.
- Para gumawa ng anumang update sa iyong kagustuhan, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga serbisyo sa gusto mong wika o format, tingnan ang **Kabanata 11** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Kung nagkakaproblema ka sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawa sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 1-916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

B. Ang aming responsibilidad sa iyong napapanahong access sa mga sinasaklaw na serbisyo at gamot

Mayroon kang mga karapatan bilang miyembro ng aming plano.

- Mayroon kang karapatang pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) sa aming network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Puwede kang makakita ng higit pang impormasyon tungkol sa mga uri ng mga provider na puwedeng kumilos bilang PCP at kung paano pumili ng PCP sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
    - Tumawag sa iyong coordinator ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo sa Miyembro o pumunta sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* para matuto pa tungkol sa mga provider na nasa network at mga doktor na tumatanggap ng mga bagong pasyente.

- Mayroon kang karapatan sa isang espesyalista sa kalusugan ng mga babae nang hindi kumukuha ng referral. Ang referral ay isang pag-apruba mula sa iyong PCP na gumamit ng provider na hindi mo PCP.
- Mayroon kang karapatang kumuha ng mga sinasaklaw na serbisyo sa mga provider na nasa network sa loob ng makatuwirang tagal ng panahon.
    - Kasama rito ang karapatang kumuha ng mga napapanahong serbisyo sa mga espesyalista.
    - Kung hindi ka makakakuha ng mga serbisyo sa loob ng makatuwirang tagal ng panahon, dapat kaming magbayad para sa pangangalagang wala sa network.
- Mayroon kang karapatang kumuha ng mga serbisyong pang-emergency o pangangalagang kinakailangan kaagad nang walang paunang pahintulot (prior approval, PA).
- Mayroon kang karapatang kunin ang iyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network nang walang matagal na pagkaantala.
- Mayroon kang karapatang malaman kung kailan ka puwedeng gumamit ng provider na nasa network. Para matuto tungkol sa mga provider na wala sa network, sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Sa unang beses na sumali ka sa aming plano, mayroon kang karapatang panatilihin ang iyong mga kasalukuyang provider at pahintulot sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang ilang partikular na kundisyon. Para matuto pa tungkol sa pagpapanatili ng iyong mga provider at pahintulot sa serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Mayroon kang karapatang gumawa ng mga sarili mong pasya sa pangangalagang pangkalusugan nang may tulong mula sa iyong team ng pangangalaga at coordinator ng pangangalaga.

Makikita mo sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang puwede mong gawin kung sa palagay mo ay hindi mo nakukuha ang iyong mga serbisyo o gamot sa makatuwirang tagal ng panahon. Makikita mo rin dito ang puwede mong gawin kung tumanggi kaming saklawin ang iyong mga serbisyo o gamot at hindi ka sumasang-ayon sa aming pasya.

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang iyong personal na impormasyon sa kalusugan (personal health information, PHI)

Pinoprotektahan namin ang iyong PHI ayon sa iniaatas ng mga batas ng estado at pederal.

Kasama sa iyong PHI ang personal na impormasyong ibinigay mo sa amin nang magpatala ka sa aming plano. Kasama rin dito ang iyong mga medikal na talaan at iba pang medikal na impormasyon at impormasyon sa kalusugan.

Mayroon kang mga karapatan pagdating sa iyong impormasyon at sa pagkontrol sa paggamit ng iyong PHI. Bibigyan ka namin ng nakasulat na abiso na nagpapabatid sa iyo ng mga karapatang ito at nagpapaliwanag sa kung paano namin pinoprotektahan ang privacy ng iyong PHI. Tinatawag ang abiso na “Abiso ng Kasanayan sa Privacy.”

Ang mga miyembrong puwedeng pumayag na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo ay hindi inaatasang hingin ang pahintulot ng iba pang miyembro para makatanggap ng mga sensitibong serbisyo o makapagsumite ng claim para sa mga sensitibong serbisyo. Ididirekta ng Alameda Alliance Wellness ang mga komunikasyon kaugnay ng mga sensitibong serbisyo sa alternatibong nakatalagang papadalhang address, email address, o numero ng telepono ng miyembro, o kung wala siyang itinalaga, sa naka-file na address o numero ng telepono na nakapangalan sa miyembro. Hindi maghahayag ang Alameda Alliance Wellness sa sinumang miyembro ng medikal na impormasyong nauugnay sa mga sensitibong serbisyo nang walang nakasulat na pahintulot mula sa miyembrong nakakatanggap ng pangangalaga. Pagbibigyan ng Alameda Alliance Wellness ang mga kahilingan para sa kumpidensyal na impormasyon sa anyo at format na hiniling, kung ito ay napo-produce sa hiniling na anyo at format, o sa mga alternatibong lokasyon. Ang kahilingan ng isang miyembro para sa kumpidensyal na komunikasyon na nauugnay sa mga sensitibong serbisyo ay mananatiling may bisa hanggang sa bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsumite siya ng bagong kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon.

Sa paghiling ng kumpidensyal (pribado) na medikal na komunikasyon, dapat mong kumpletuhin at isumite ang form na available sa aming website sa www://alamedaalliance.org/members/member-forms.Puwede mong isumite ang form sa pamamagitan ng koreo, fax, o e-mail sa:

Alameda Alliance Wellness
Attn: Member Services – Privacy Preferences
1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502

Fax: 1.877.747.4504
Email: AAWMemberSupport@alamedaalliance.org

Kung kailangan mo ng tulong sa paggawa ng kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero ng telepono sa iyong card ng pagkakakilanlan (identification, ID).

C1. Paano namin pinoprotektahan ang iyong PHI

May mga isinasagawa kaming hakbang para matiyak na hindi magagawa ng mga hindi awtorisadong indibidwal na i-access o baguhin ang iyong mga talaan.

Maliban sa mga sitwasyong nakasaad sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang iyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay o nagbabayad ng iyong pangangalaga. Kung gagawin man namin ito, kailangan muna naming humingi ng nakasulat na pahintulot mula sa iyo. Ikaw, o ang isang taong legal na awtorisadong magpasya para sa iyo, ay puwedeng magbigay ng nakasulat na pahintulot.

May ilang pagkakataon kung kailan hindi namin kailangang humingi ng nakasulat na pahintulot mula sa iyo. Ang mga pagbubukod na ito ay pinapayagan o iniaatas ng batas:

- Dapat naming i-release ang PHI sa mga ahensya ng pamahalaan na sumusuri sa kalidad ng pangangalaga ng aming plano.

- Puwede kaming mag-release ng PHI kung iniaatas ng hukuman, pero kapag lang pinapayagan ito ng batas ng California.

- Dapat naming ibigay sa Medicare ang iyong PHI. Kung ire-release ng Medicare ang iyong PHI para sa pananaliksik o iba pang layunin, gagawin nila ito ayon sa mga batas ng pederal. Kung mayroon kang saklaw ng Medicare at Medi-Cal, para mas mapaglingkuran ka at mapabuti ang iyong pangangalagang pangkalusugan, puwede naming ibigay sa Medi-Cal ang impormasyon ng iyong kalusugan. Kung ire-release o gagamitin ng Medi-Cal ang iyong impormasyon, gagawin ito ayon sa mga batas ng pederal. Kung iniaatas ng batas, kapag nakikipagtulungan sa amin ang aming mga kasosyo sa negosyo, dapat din nilang protektahan ang privacy ng anumang PHI na ibinabahagi namin sa kanila at hindi nila puwedeng ibigay ang nasabing PHI sa iba maliban na lang kung pinapayagan ng batas, at ng abisong ito.

Sa pagbabahagi ng impormasyon sa Medi-Cal para sa koordinasyon ng pangangalaga, pagsubaybay ng programa, o mga layunin sa pangangasiwa, may karapatan ka ring hilingin sa amin na hindi ibahagi ang ilang partikular na impormasyon, at humingi ng talaan ng kung kailan

at kanino namin ibinahagi ang iyong PHI. Para sa higit pang detalye tungkol sa iyong mga karapatan at aming mga responsibilidad, sumangguni sa iyong Abiso ng Mga Kasanayan sa Privacy.

C2. Ang iyong karapatang tingnan ang iyong mga medikal na talaan

- Mayroon kang karapatang tingnan ang iyong mga medikal na talaan at makakuha ng kopya ng iyong mga talaan. Hindi itinatabi ng Alameda Alliance Wellness ang mga medikal na talaan ng iyong provider. Kung gusto mong suriin ang o makakuha ng mga kopya ng iyong mga klinikal na talaan, direktang makipag-ugnayan sa iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan. Kung kailangan mo ng tulong sa pagsusuri o pagkuha ng iyong mga talaan, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929.
- Mayroon kang karapatang hilinging i-update o iwasto ang iyong mga medikal na talaan. Direktang makipag-ugnayan sa iyong provider para magawa ito. Kung hihilingin mo ito sa amin, makikipagtulungan kami sa iyong provider ng pangangalagang pangkalusugan para matukoy ang mga pagbabagong dapat gawin.
- Mayroon kang karapatang malaman kung ibinabahagi namin at kung paano namin ibinabahagi ang iyong PHI sa iba.

Kung mayroon kang mga tanong o alalahanin tungkol sa privacy ng iyong PHI, puwede kang tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para talakayin ito o humingi ng kopya ng Abiso ng Mga Kasanayan sa Privacy.

D. Ang aming responsibilidad na bigyan ka ng impormasyon

Bilang miyembro ng aming plano, mayroon kang karapatang humingi sa amin ng impormasyon tungkol sa aming plano, mga provider na nasa network, at iyong mga sinasaklaw 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, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Libre ang serbisyong ito sa iyo. Puwede mong libreng makuha ang mga materyales para sa miyembro sa iba pang wika, gaya ng Spanish, Chinese, Vietnamese, Tagalog, at Farsi. Puwede ka rin naming bigyan ng impormasyon sa malaking print, braille, audio.

Kung gusto mo ng impormasyon tungkol sa alinman sa mga sumusunod, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro:

- Paano pumili o magpalit ng plano
- Ang aming plano, kasama ang:
  - pinansyal na impormasyon
  - kung paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plano
  - bilang ng mga apelang ginawa ng mga miyembro
  - kung paano umalis sa aming plano
- Ang aming mga provider na nasa network at parmasyang nasa network, kasama ang:
  - kung paano pumili o magpalit ng provider ng pangunahing pangangalaga
  - mga kwalipikasyon ng aming mga provider at parmasyang nasa network
  - kung paano namin binabayaran ang mga provider sa aming network
- Mga sinasaklaw na serbisyo at gamot, kasama ang:
  - mga serbisyo (sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito) at gamot (sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito) na sinasaklaw ng aming plano
  - mga limitasyon sa iyong saklaw at mga gamot
  - mga panuntunang dapat mong sundin para makakuha ng mga sinasaklaw na serbisyo at gamot
- Kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay at ang puwede mong gawin (sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro*), kasama ang paghiling sa amin na:
  - isulat kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay
  - baguhin ang isang pasyang ginawa namin
  - bayaran ang isang bill na natanggap mo

E. Kawalan ng kakayahan ng mga provider na nasa network na direkta kang singilin

Hindi ka puwedeng pagbayarin ng mga doktor, ospital, at iba pang provider sa aming network para sa mga sinasaklaw na serbisyo. Hindi ka rin nila puwedeng singilin para sa balanse o singilin kung mas maliit ang ibabayad namin kaysa sa siningil ng provider. Para malaman ang dapat gawin kung susubukan ng isang provider na nasa network na singilin ka para sa mga sinasaklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

F. Ang iyong karapatang umalis sa aming plano

Walang makakapilit sa iyo na manatili sa aming plano kung ayaw mo.

- Mayroon kang karapatang kunin ang karamihan sa iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Original Medicare o iba pang Medicare Advantage (MA) plan.
- Puwede mong kunin ang iyong mga benepisyo sa Medicare Part D na gamot sa isang plano sa gamot o iba pang MA plan.
- Sumangguni sa **Kabanata 10** ng *Handbook ng Miyembro na ito:*
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan ka puwedeng sumali sa isang bagong MA plan o plano ng benepisyo sa gamot.
  - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano mo makukuha ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal kapag umalis ka sa aming plano.

G. Ang iyong karapatang pagpasyahan ang iyong pangangalagang pangkalusugan

Mayroon kang karapatan sa kumpletong impormasyon mula sa iyong mga doktor at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na makakatulong sa iyo na pagpasyahan ang pangangalagang pangkalusugan mo.

G1. Ang iyong karapatang malaman ang mga opsyon mo sa paggamot at magpasya

Dapat ipaliwanag ng iyong mga provider ang iyong kundisyon at mga opsyon sa paggamot sa paraang nauunawaan mo. Mayroon kang karapatan na:

- **Malaman ang iyong mga opsyon.** Mayroon kang karapatang malaman ang lahat ng opsyon sa paggamot.
- **Malaman ang mga panganib.** Mayroon kang karapatang malaman ang anumang kaakibat na panganib. Dapat ay advance naming sabihin sa iyo kung ang anumang serbisyo o paggamot ay bahagi ng isang pananaliksik na eksperimento. Mayroon kang karapatang tumanggi sa mga pang-eksperimentong paggamot.
- **Humingi ng ikalawang opinyon.** Mayroon kang karapatang gumamit ng iba pang doktor bago ka magpasya sa paggamot.
- **Humindi.** Mayroon kang karapatang tanggihan ang anumang paggamot. Kasama rito ang karapatang umalis sa ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit hindi ito ipinapayo ng iyong doktor. Mayroon kang karapatang ihinto ang isang iniresetang gamot. Kung tatanggi kang magpagamot o kung ihihinto mo ang isang iniresetang gamot, hindi ka namin aalisin sa aming plano. Gayunpaman, kung tatanggi kang magpagamot o kung ihihinto mo ang isang gamot, tinatanggap mo ang buong responsibilidad sa puwedeng mangyari sa iyo.
- **Hilingin sa aming ipaliwanag kung bakit tumanggi ang isang provider na magbigay ng pangangalaga.** Mayroon kang karapatang humingi ng paliwanag sa amin kung tumanggi ang isang provider na ibigay ang pangangalagang sa palagay mo ay dapat mong matanggap.
- **Hilingin sa aming saklawin ang isang serbisyo o gamot na hindi namin ibinigay o hindi namin karaniwang sinasaklaw.** Tinatawag itong pasya sa saklaw. Makikita sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano humiling sa amin ng pasya sa saklaw.

G2. Mayroon kang karapatang sabihin ang gusto mong mangyari kung wala kang kakayahang pagpasyahan ang iyong pangangalagang pangkalusugan

Kung minsan, walang kakayahan ang mga taong pagpasyahan ang kanilang pangangalagang pangkalusugan. Bago iyon mangyari, puwede mong gawin ang mga sumusunod:

- Sumagot ng nakasulat na form **na nagbibigay ng karapatan sa isang tao na pagpasyahan ang iyong pangangalagang pangkalusugan** kung sakaling mawalan ka ng kakayahang magpasya para sa iyong sarili.
- **Bigyan ang iyong mga doktor ng mga nakasulat na tagubilin** tungkol sa kung paano papangasiwaan ang iyong pangangalagang pangkalusugan kung sakaling

mawalan ka ng kakayahang magpasya para sa iyong sarili, pati tungkol sa pangangalagang **ayaw** mo.

Ang legal na dokumentong gagamitin mo para sa pagbibigay ng mga tagubilin ay tinatawag na “paunang direktiba.” May iba't ibang uri ng mga paunang direktiba at iba't ibang tawag para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay living will at power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi mo kailangan ng paunang direktiba, pero puwede kang gumawa nito. Ganito ang dapat gawin kung gusto mong gumamit ng paunang direktiba:

- **Kunin ang form.** Makukuha mo ang form sa iyong doktor, isang abugado, social worker, o ilang tindahan ng supply na pang-opisina. Madalas ay makukuha rin ang form sa mga parmasya at tanggapan ng provider. Makakakuha at makakapag-download ka ng libreng form online. Puwede ka ring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro para hingin ang form.
- **Punan at lagdaan ang form.** Ang form ay isang legal na dokumento. Pag-isipang magpatulong sa isang abugado o iba pang taong pinagkakatiwalaan mo, gaya ng isang kapamilya o iyong PCP, na kumpletuhin ito.
- **Bigyan ng kopya ng form ang mga taong dapat makaalam nito.** Bigyan ang iyong doktor ng kopya ng form. Dapat mo ring bigyan ng kopya ang taong itinalaga mong magpasya para sa iyo kung wala kang kakayahang gawin ito. Mainam na bigyan mo ng kopya ang iyong mga malapit na kaibigan o kapamilya. Magtabi ng kopya sa bahay.
- Kung maoospital ka at lumagda ka ng paunang direktiba, **magdala ng kopya nito sa ospital**.
  - Tatanungin ng ospital kung mayroon kang nilagdaang form ng paunang direktiba at kung dala mo ito.
  - Kung wala kang nilagdaang form ng paunang direktiba, may form ang ospital at tatanungin ka nila kung gusto mong lumagda ng isa.

Mayroon kang karapatan na:

- Ipalagay ang iyong paunang direktiba sa iyong mga medikal na talaan.
- Baguhin o kanselahin ang iyong paunang direktiba anumang oras.
- Malaman ang tungkol sa mga pagbabago sa mga batas sa paunang direktiba. Sasabihin sa iyo ng Alameda Alliance Wellness ang tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado hindi hihigit sa 90 araw pagkatapos ng pagbabago.

Sa ilalim ng batas, walang sinumang puwedeng tumanggi na bigyan ka ng pangangalaga o mandiskrimina sa iyo batay sa paglagda o hindi mo paglagda ng paunang direktiba. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.

G3. Ang dapat gawin kung hindi masusunod ang iyong mga tagubilin

Kung lumagda ka ng paunang direktiba at sa palagay mo ay hindi sinunod ng isang doktor o ospital ang mga tagubilin dito, puwede kang magreklamo sa Commence Health (Organisasyon sa Pagpapabuti ng Kalidad ng California) sa 1.877.588.1123 (TTY: 711).

H. Ang iyong karapatang maghain ng reklamo at hilingin sa aming pag-isipan ulit ang aming mga pasya

Makikita sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang puwede mong gawin kung mayroon kang anumang problema o alalahanin tungkol sa iyong mga sinasaklaw na serbisyo o pangangalaga. Halimbawa, puwede mong hilingin sa amin na gumawa ng pasya sa saklaw, mag-apela para mabago ang isang pasya sa saklaw, o maghain ng reklamo.

Mayroon kang karapatang makakuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamong inihain ng ibang miyembro ng plano laban sa amin. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro para makuha ang impormasyong ito.

H1. Ang dapat gawin sa hindi patas na pakikitungo o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan

Kung sa palagay mo ay hindi naging patas ang pakikitungo namin sa iyo – at **hindi** ito diskriminasyon ayon sa mga dahilang nakalista sa **Kabanata 11** ng *Handbook ng Miyembro* na ito – o gusto mo ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan, puwede kang tumawag sa:

- Mga Serbisyo sa Miyembro.

- Programa para sa Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1.800.434.0222 Para sa higit pang detalye tungkol sa HICAP, sumangguni sa **Kabanata 2** (Mahahalagang numero ng telepono at resource).
- Ombudsman ng Medi-Cal sa 1-888-452-8609. Para sa higit pang detalye tungkol sa programang ito, sumangguni sa **Kabanata 2** (Mahahalagang numero ng telepono at resource).

Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. (Puwede mo ring basahin o i-download ang “Mga Karapatan at Proteksyon sa Medicare,” na nasa website ng Medicare sa www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Ang iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano

Bilang miyembro ng plano, mayroon kang responsibilidad na gawin ang mga nakaslita sa ibaba. Kung mayroon kang anumang tanong, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro*** na ito para malaman ang mga sinasaklaw ng aming plano at ang mga panuntunang dapat sundin para makakuha ng mga sinasaklaw na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa iyong:
  - Mga sinasaklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Makikita mo sa mga kabanatang iyon kung ano ang sinasaklaw, hindi sinasaklaw, mga panuntunang kailangan mong sundin, at babayaran mo.
  - Mga sinasaklaw na gamot, sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- **Ipaalam sa amin ang iba mo pang saklaw sa kalusugan** o gamot. Kailangan naming tiyaking magagamit mo ang lahat ng iyong opsyon sa saklaw kapag kumuha ka ng pangangalagang pangkalusugan. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung may iba ka pang saklaw.
- **Sabihin sa iyong doktor at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan** na isa kang miyembro ng aming plano. Ipakita ang iyong ID card bilang Miyembro kapag kumuha ka ng mga serbisyo o gamot.

- **Tulungan ang iyong mga doktor** at iba pang 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 ang lahat ng puwedeng malaman tungkol sa iyong mga problema sa kalusugan. Sundin ang mga plano sa paggamot at tagubilin na mapag-uusapan ninyo ng iyong mga provider.
  - Tiyaking alam ng iyong mga doktor at iba pang provider ang lahat ng gamot na iniinom mo. Kasama rito ang mga gamot, over-the-counter na gamot, bitamina, at supplement.
  - Magtanong. Dapat ay ipaliwanag ng iyong doktor at iba pang provider ang mga bagay-bagay sa paraang nauunawaan mo. Kung magtatanong ka at hindi mo mauunawaan ang sagot, magtanong ulit.
- **Makipagtulungan sa iyong coordinator ng pangangalaga** pati sa pagsagot ng taunang pagtatasa ng panganib sa kalusugan**.**
- **Maging mapang-unawa.** Umaasa kaming igagalang ng lahat ng miyembro ng plano ang mga karapatan ng iba. Umaasa rin kaming magiging magalang ka sa tanggapan ng iyong doktor, mga ospital, at tanggapan ng iba pang provider.
- **Bayaran ang dapat mong bayaran.** Bilang miyembro ng plano, responsibilidad mong bayaran ang mga ito:
  - Premium sa Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng mga miyembro ng Alameda Alliance Wellness, Medi-Cal ang magbabayad ng iyong premium sa Medicare Part A at ng iyong premium sa Medicare Part B.
  - Para sa ilan sa iyong mga gamot na sinasaklaw ng aming plano, dapat mong bayaran ang iyong bahagi sa gastusin kapag kinuha mo ang gamot. Magiging copay (fixed na halaga) ito. Makikita sa **Kabanata 6** ang dapat mong bayaran para sa iyong mga gamot.
  - **Kung kukuha ka ng anumang serbisyo o gamot na hindi sinasaklaw ng aming plano, dapat ay bayaran mo ang buong halaga.** (**Tandaan:** Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming pasya na hindi saklawin ang isang serbisyo o gamot, puwede kang mag-apela. Sumangguni sa **Kabanata 9** para malaman kung paano mag-apela.)

- **Sabihin sa amin kung lilipat ka ng tirahan.** Kung may plano kang lumipat, sabihin ito kaagad sa amin. Tumawag sa iyong coordinator ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo sa Miyembro.
  - **Kung lilipat ka sa labas ng aming pinagseserbisyuhang lugar, hindi ka puwedeng manatili sa aming plano.** Mga tao lang na nakatira sa aming pinagseserbisyuhang lugar ang puwedeng maging miyembro ng planong ito. Makikita sa **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang tungkol sa aming pinagseserbisyuhang lugar.
  - Matutulungan ka naming alamin kung nasa labas ng aming pinagseserbisyuhang lugar ang lilipatan mo.
  - Ipaalam sa Medicare at Medi-Cal ang bago mong address kapag lumipat ka. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga numero ng telepono ng Medicare at Medi-Cal.
  - **Kung lilipat ka ng tirahan at nasa pinagseserbisyuhang lugar namin ito, kailangan pa rin naming malaman.** Kailangan naming panatilihing updated ang iyong talaan ng miyembro at malaman kung paano ka makakaugnayan.
  - **Kung lilipat ka ng tirahan, ipaalam ito sa Social Security (o sa Railroad Retirement Board).**
- **Sabihin sa amin kung may bago kang numero ng telepono** o kung may mas mainam na paraan para makaugnayan ka.
- **Tumawag sa iyong coordinator ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung mayroon kang mga tanong o alalahanin.**

Kabanata 9: Ang dapat gawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga pasya sa saklaw, apela, reklamo)

Panimula

Naglalaman ang kabanatang ito ng impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. Basahin ang kabanatang ito para malaman ang dapat gawin kapag:

- Mayroon kang problema o reklamo sa iyong plano.
- Kailangan mo ng serbisyo, item, o gamot na sinabi ng iyong plano na hindi nito babayaran.
- Hindi ka sumasang-ayon sa isang pasyang ginawa ng iyong plano tungkol sa iyong pangangalaga.
- Sa palagay mo ay masyadong maaga matatapos ang iyong mga sinasaklaw na serbisyo.
- Mayroon kang problema o reklamo sa iyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta, na kinabibilangan ng Mga Serbisyong Pang-nasa Hustong Gulang sa Komunidad (Community-Based Adult Services, CBAS) at mga serbisyo sa Pasilidad ng Pag-aalaga (Nursing Facility, NF).

Nasa iba't ibang seksyon ang kabanatang ito para matulungan kang madaling makita ang hinahanap mo. **Kung mayroon kang problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa iyong sitwasyon.**

Dapat mong kunin ang pangangalagang pangkalusugan, mga gamot, at pangmatagalang serbisyo at suporta na matutukoy ng iyong doktor at iba pang provider bilang medikal na kinakailangan para sa iyong pangangalaga, bilang bahagi ng iyong plano ng pangangalaga. **Kung mayroon kang problema sa iyong pangangalaga, puwede kang tumawag sa Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa 1-888-452-8609 para sa tulong.** Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang iba't ibang opsyon na mayroon ka para sa iba't ibang problema at reklamo, pero puwede kang tumawag sa Programa ng Ombudsman anumang oras para gabayan ka sa iyong problema. Para sa mga karagdagang resource para matugunan ang iyong mga alalahanin at mga paraan para makaugnayan sila, sumangguni sa **Kabanata 2** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang dapat gawin kung mayroon kang problema o alalahanin 197

A1. Tungkol sa mga legal na termino 197

B. Saan makakahingi ng tulong 197

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong 197

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela sa Medicare at Medi-Cal sa aming plano 199

D. Mga problema sa iyong mga benepisyo 200

E. Mga pasya sa saklaw at apela....200

E1. Mga pasya sa saklaw....201

E2. Mga Apela....201

E3. Tulong sa mga pasya sa saklaw at apela....202

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa iyo....203

F. Medikal na pangangalaga 204

F1. Paggamit sa seksyong ito....204

F2. Paghiling ng pasya sa saklaw 205

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela 207

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela 212

F5. Mga problema sa pagbabayad 219

G. Mga Medicare Part D na gamot....221

G1. Mga pasya sa saklaw at apela sa Medicare Part D....221

G2. Mga pagbubukod sa Medicare Part D....223

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman sa paghiling ng pagbubukod 224

G4. Paghiling ng pasya sa saklaw, pati ng pagbubukod 225

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela....228

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela....231

H. Paghiling sa amin na saklawin ang isang mas mahabang pananatili sa ospital....233

H1. Pagkatuto tungkol sa iyong mga karapatan sa Medicar....234

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela....235

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela....238

I. Paghiling sa amin na patuloy na saklawin ang ilang partikular na medikal na serbisyo....239

I1. Advance na abiso bago matapos ang iyong saklaw....239

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela....240

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela....242

J. Pagpapatuloy ng iyong apela nang higit sa Antas 2....243

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare....243

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal....245

J3. Antas 3, 4, at 5 ng Apela para sa Mga Kahilingan sa Medicare Part D na Gamot....245

K. Paano maghain ng reklamo....247

K1. Ang mga uri ng mga problemang dapat ireklamo....247

K2. Mga internal na reklamo....249

K3. Mga external na reklamo....250

A. Ang dapat gawin kung mayroon kang problema o alalahanin

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano pangasiwaan ang mga problema at alalahanin. Ang prosesong gagamitin mo ay nakadepende sa uri ng problemang mayroon ka. Gumamit ng isang proseso para sa **mga pasya sa saklaw at apela** at ng iba pa para sa **paghahain ng reklamo** (na tinatawag ding karaingan).

Para matiyak ang pagiging patas at agarang pagtugon, ang bawat proseso ay may hanay ng mga panuntunan, pamamaraan, at deadline na dapat mo at naming sundin.

A1. Tungkol sa mga legal na termino

May mga legal na termino sa kabanatang ito para sa ilang panuntunan at deadline. Puwedeng hindi madaling maunawaan ang marami sa mga terminong ito, kaya mga simpleng salita ang ginagamit namin kapalit ng ilang partikular na legal na termino kung posible. Hindi kami masyadong gumagamit ng mga pagdadaglat.

Halimbawa, ang sasabihin namin ay:

- “Paghahain ng reklamo” sa halip na “paghahain ng karaingan”
- “Pasya sa saklaw” sa halip na “pasya ng organisasyon,” “pasya sa benepisyo,” “pagtukoy ng panganib,” o “pasya sa saklaw”
- “Mabilis na pasya sa saklaw” sa halip na “pinabilis na pasya”
- “Hiwalay na Organisasyon para sa Pagsusuri” (Independent Review Organization, IRO) sa halip na “Hiwalay na Entity para sa Pagsusuri” (Independent Review Entity, IRE)

Magagawa mong mas malinaw na makipag-ugnayan kapag alam mo ang mga tamang legal na termino, kapag ibinibigay rin namin ang mga iyon.

B. Saan makakahingi ng tulong

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong

Kung minsan, nakakalitong simulan o sundin ang proseso ng pagtugon sa isang problema. Totoo ito lalo na kung hindi mabuti ang iyong pakiramdam o kung limitado ang lakas mo. Sa ibang pagkakataon, puwedeng wala ka ng impormasyong kailangan mo para sa susunod na hakbang.

Tulong mula sa Programa para sa Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan

Puwede kang tumawag sa Programa para sa Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Magagawa ng mga tagapayo ng HICAP na sagutin ang iyong mga tanong at tulungan kang maunawaan ang dapat gawin sa iyong problema. Ang HICAP ay walang kaugnayan sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. May mga nagsanay 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 Ombudsman ng Medicare Medi-Cal

Puwede kang tumawag sa Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal at makipag-usap sa isang tagapagsulong tungkol sa iyong mga tanong sa saklaw sa kalusugan. Puwede silang makapag-alok ng libreng legal na tulong. Ang Programa ng Ombudsman ay walang kaugnayan sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang kanilang numero ng telepono ay 1-888-452-8609, at ang kanilang website ay www.healthconsumer.org.

Tulong at impormasyon mula sa Medicare

Para sa higit pang impormasyon at tulong, puwede kang makipag-ugnayan sa Medicare. Narito ang dalawang paraan para makahingi ng tulong sa Medicare:

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang website ng Medicare sa (www.medicare.gov).

Tulong mula sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makakatulong ang Ombudsman ng Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS) ng California. Makakatulong sila kung mayroon kang mga problema sa pagsali sa, pagpapalit ng, o pag-alis sa isang planong pangkalusugan. Makakatulong din sila kung lumipat ka ng tirahan at nagkakaproblema ka sa pagpapalipat ng iyong Medi-Cal sa bago mong county. Puwede mong tawagan ang Ombudsman, Lunes hanggang Biyernes, mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. sa 1-888-452-8609.

Tulong mula sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makipag-ugnayan sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California para sa libreng tulong. Responsibilidad ng DMHC na subaybayan ang mga planong pangkalusugan. Tumutulong ang DMHC sa mga tao sa mga mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Magagawa ng mga indibidwal na hindi nakakarinig, nahihirapang makarinig, o may problema sa pagsasalita na gamitin ang toll-free na numero ng TDD na 1-877-688-9891. Puwede mo ring 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 **1.888-88A.DSNP (1.888.882.3767)** at gamitin ang proseso ng karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago ka makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit ng pamamaraang ito para sa karaingan ay hindi makakapigil sa anumang potensyal na legal na karapatan o remedyong posibleng available sa iyo. Kung kailangan mo ng tulong sa isang karaingang nauugnay sa emergency, karaingang hindi kasiya-siyang nalutas ng iyong planong pangkalusugan, o karaingang mahigit 30 araw nang hindi nalulutas, puwede mong tawagan ang departamento para sa tulong. Posible ring kwalipikado ka para sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR). Kung kwalipikado ka sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng walang kinikilingang pagsusuri ng mga medikal na pasyang ginawa ng planong pangkalusugan na nauugnay sa medikal na pangangailangan ng isang iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga pasya sa saklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o sinisiyasat pa lang, at di-pagkakasundo sa bayad para sa mga medikal na serbisyong pang-emergency o kinakailangan kaagad. Ang departamento ay mayroon ding toll-free na numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) para sa mga may problema sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng departamento na www.dmhc.ca.gov ay may mga form para sa reklamo, form ng aplikasyon sa IMR, at mga tagubilin online.

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

Mayroon kang Medicare at Medi-Cal. Naaangkop ang impormasyon sa kabanatang ito sa lahat ng iyong benepisyo sa pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Tinatawag

itong “naka-integrate na proseso” kung minsan, dahil pinagsasama-sama o ini-integrate nito ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Kung minsan, hindi puwedeng pagsama-samahin ang mga proseso ng Medicare at Medi-Ca. Sa mga ganoong sitwasyon, gagamitin mo ang isang proseso para sa benepisyo sa Medicare, at gagamit ka ng ibang proseso para sa benepisyo sa 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 naaangkop sa iyong sitwasyon. Tutulungan ka ng sumusunod na chart na mahanap ang tamang seksyon ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Tungkol ba ang iyong problema o alalahanin sa mga benepisyo o saklaw mo? Kasama rito ang mga problema tungkol sa kung sinasaklaw ba o hindi ang ilang medikal na pangangalaga (mga medikal na item, serbisyo, at/o Part B na gamot), ang paraan ng pagsaklaw sa mga ito, at mga problema tungkol sa pagbabayad ng medikal na pangangalaga.	
Oo. Ang problema ko ay tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Sumangguni sa **Seksyon E,** “Mga pasya sa saklaw at apela.”	**Hindi.** Ang problema ko ay hindi tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Sumangguni sa **Seksyon K**, “Paano maghain ng reklamo.”

E. Mga pasya sa saklaw at apela

Ang proseso para sa paghiling ng pasya sa saklaw at paghahain ng apela ay para sa mga programang nauugnay sa iyong mga benepisyo at sa saklaw para sa iyong medikal na pangangalaga (mga serbisyo, item, at Part B na gamot, kasama ang pagbabayad). Para mapadali ang mga bagay-bagay, sa pangkalahatan, tinutukoy namin ang mga medikal na item, serbisyo, at Part B na gamot bilang medikal na pangangalaga**.**

E1. Mga pasya sa saklaw

Ang pasya sa saklaw ay isang pasyang ginagawa namin tungkol sa iyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halagang ibinabayad namin para sa iyong mga medikal na serbisyo o gamot. Ikaw o ang iyong doktor ay puwede ring makipag-ugnayan sa amin at humiling ng pasya sa saklaw. Puwedeng ikaw o ang iyong doktor ay hindi sigurado kung sinasaklaw namin ang isang partikular na medikal na serbisyo o kung puwede naming hindi ibigay ang medikal na pangangalagang sa palagay mo ay kailangan mo. **Kung gusto mong malaman kung sasaklawin namin ang isang medikal na serbisyo bago mo ito kunin, puwede mong hilingin sa amin na gumawa ng pasya sa saklaw para sa iyo.**

Gumagawa kami ng pasya sa saklaw sa tuwing may sinusuri kaming kahilingan para sa isang serbisyo o claim. Sa ilang sitwasyon, puwede naming mapagpasyahan na hindi sinasaklaw o hindi na sinasaklaw ng Medicare o Medi-Cal para sa iyo ang isang serbisyo o gamot. Kung hindi ka sumasang-ayon sa pasyang ito sa saklaw, puwede kang mag-apela.

E2. Mga Apela

Kung may gagawin kaming pasya sa saklaw at hindi ka masisiyahan sa pasyang ito, puwede mong “iapela” ang pasya. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang isang pasya sa saklaw na ginawa namin.

Kapag inapela mo ang isang pasya sa unang pagkakataon, tinatawag itong Antas 1 na Apela. Sa apelang ito, susuriin namin ang pasya sa saklaw na ginawa namin para matiyak na nasunod namin ang lahat ng panuntunan. Ang mga tagasuring mangangasiwa sa iyong apela ay iba sa mga gumawa sa orihinal na pasyang hindi pabor sa iyo.

Kadalasan, dapat mong simulan ang iyong apela sa Antas 1. Kung ang iyong problema sa kalusugan ay nangangailangan ng agarang atensyon o nauugnay sa isang nakaambang at seryosong banta sa kalusugan mo, o kung nakakaranas ka ng matinding pananakit at kailangan mo ng mas mabilis na pasya, puwede kang humiling ng Medikal na Pagsusuri ng IMR sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dmhc.ca.gov. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon.

Kapag natapos na namin ang pagsusuri, sasabihin namin sa iyo ang aming pasya. Sa ilang partikular na sitwasyon, na ipinaliwanag sa ibang bahagi ng kabanatang ito (Sumangguni sa **Seksyon F2**), puwede kang humiling ng pinabilis o “mabilis na pasya sa saklaw” o “mabilis na apela” ng isang pasya sa saklaw.

Kung **Hindi** ang isasagot namin sa ilan sa o lahat ng iyong hiniling, papadalhan ka namin ng liham. Kung tungkol ang iyong problema sa saklaw ng medikal na pangangalaga ng Medicare, sasabihin sa iyo ng liham na ipinadala namin ang kaso mo sa Hiwalay na Organisasyon para sa

Pagsusuri (IRO) para sa Antas 2 na Apela. Kung tungkol ang iyong problema sa saklaw ng isang Medicare Part D o Medicaid na serbisyo o item, makikita mo sa liham kung paano maghain ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Mga Antas 2 na Apela.

Kung hindi ka masisiyahan sa pasya sa Antas 2 na Apela, posibleng magawa mong magpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela.

E3. Tulong sa mga pasya sa saklaw at apela

Puwede kang humingi ng tulong sa alinman sa mga sumusunod:

- **Mga Serbisyo sa Miyembro** sa mga numerong nasa ibaba ng pahina.
- **Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077.**
- **Programa para sa Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (HICAP)** sa 1-800-434-0222.
- **Help Center sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC)** para sa libreng tulong. Tumutulong ang DMHC sa mga tao sa mga apela kaugnay ng mga serbisyo ng Medi-Cal o problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Magagawa ng mga indibidwal na hindi nakakarinig, nahihirapang makarinig, o may problema sa pagsasalita na gamitin ang toll-free na numero ng TDD na 1-877-688-9891. Puwede mo ring bisitahin ang website ng DMHC sa www.dmhc.ca.gov. Bagama't puwedeng tumulong ang DMHC sa mga taong nasa mga pinapamahalaang plano ng Medi-Cal, hindi nito matutulungan ang mga taong nasa mga plano ng Medicare lang at nasa mga sumusunod na Sistema ng Kalusugan na Na-organize ng County (County Organized Health Systems, COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health, at CalOptima. Pinapangasiwaan ng pederal na pamahalaan ang mga plano ng Medicare, at pinapangasiwaan naman ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang pangkalusugan ang mga plano ng COHS.
- **Iyong doktor o iba pang provider**. Puwedeng iyong doktor o iba pang provider ang humiling ng pasya sa saklaw o apela para sa iyo.
- **Kaibigan o kapamilya**. Puwede kang magtalaga ng ibang tao na kikilos bilang “kinatawan” mo at hihiling ng pasya sa saklaw o gagawa ng apela para sa iyo.

- **Isang abugado**. May karapatan ka sa isang abugado, pero **hindi mo kailangan ng abugado** para makahiling ng pasya sa saklaw o makagawa ng apela.
    - Tawagan ang sarili mong abugado, o kunin ang pangalan ng isang abugado mula sa lokal na bar association o iba pang serbisyo sa referral. May ilang legal na grupo na magbibigay sa iyo ng mga legal na serbisyo kung kwalipikado ka.
    - Humiling ng abugado para sa legal na tulong sa Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077.

Punan ang form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan kung gusto mong abugado o ibang tao ang kumilos bilang iyong kinatawan. Bibigyan ng form ang isang tao ng pahintulot na kumilos para sa iyo.

Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina at hingin ang form na “Pagtatalaga ng Kinatawan.” Makukuha mo rin ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Dapat mo kaming bigyan ng kopya ng nilagdaang form.**

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa iyo

May apat na sitwasyon kung saan may mga pasya sa saklaw at apela. Ang bawat sitwasyon ay may iba't ibang panuntunan at deadline. Idinedetalye namin ang bawat isa sa isang hiwalay na seksyon ng kabanatang ito. Sumangguni sa naaangkop na seksyon:

- **Seksyon F**, “Medikal na pangangalaga”
- **Seksyon G**, “Mga Medicare Part D na gamot”
- **Seksyon H**, “Paghiling sa amin na saklawin ang isang mas mahabang pananatili sa ospital”
- **Seksyon I**, “Paghiling sa amin na patuloy na saklawin ang ilang partikular na medikal na serbisyo” (Naaangkop lang ang seksyong ito sa mga serbisyong ito: pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, at mga serbisyo ng Pasilidad para sa Komprehensibong Oupatient na Rehabilitasyon [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF].)

Kung hindi ka sigurado sa seksyon na gagamitin, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina. Sumangguni sa Kabanata 2, Seksyon C para sa higit pang impormasyon.

F. Medikal na pangangalaga

Ipinapaliwanag ng seksyong ito ang dapat gawin kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng saklaw para sa medikal na pangangaalga o kung gusto mong ibalik namin ang ibinayad mo para sa aming bahagi sa gastusin sa iyong pangangalaga. Para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng mas mahabang pananatili sa ospital, sumangguni sa **Seksyon H**.

Ang seksyong ito ay tungkol sa iyong mga benepisyo para sa medikal na pangangalaga na inilalarawan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito sa tsart ng mga benepisyo. Sa ilang sitwasyon, puwedeng may iba't ibang panuntunang inilalapat sa isang Medicare Part B na gamot. Kapag mayroon, ipinapaliwanag 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. Paggamit sa seksyong ito

Ipinapaliwanag ng seksyong ito ang puwede mong gawin sa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa palagay mo ay sinasaklaw namin ang medikal na pangangalagang kailangan mo pero hindi mo natatanggap.

   Ang puwede mong gawin: Puwede mong hilingin sa amin na gumawa ng pasya sa saklaw. Sumangguni sa **Seksyon F2**.

2. Hindi namin inaprubahan ang medikal na pangangalagang gusto ng iyong doktor o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na ibigay sa iyo, at sa palagay mo ay dapat namin itong aprubahan.

   Ang puwede mong gawin: Puwede mong iapela ang aming pasya. Sumangguni sa **Seksyon F3**.

3. Nakatanggap ka ng medikal na pangangalagang sa palagay mo ay sinasaklaw namin, pero ayaw naming bayaran.

   Ang puwede mong gawin: Puwede mong iapela ang aming pasya na hindi magbayad. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

4. Nakakuha at nagbayad ka ng medikal na pangangalagang sa palagay mo ay sinasaklaw namin, at gusto mong ibalik namin ang ibinayad mo.

   Ang puwede mong gawin: Puwede mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

5. Binawasan o inihinto namin ang iyong saklaw para sa ilang partikular na medikal na pangangalaga, at sa palagay mo ay puwedeng makasama ang aming pasya sa iyong kalusugan.

   Ang puwede mong gawin: Puwede mong iapela ang aming pasya na bawasan o ihinto ang medikal na pangangalaga. Sumangguni sa **Seksyon F4**.

   - Kung ang saklaw ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, o mga serbisyo ng CORF, may mga naaangkop na espesyal na panuntunan. Sumangguni sa **Seksyon H** o **Seksyon I** para matuto pa.
   - Para sa lahat ng iba pang sitwasyong nauugnay sa pagbabawas o pagpapahinto ng iyong saklaw para sa ilang partikular na medikal na pangangalaga, gamitin ang seksyong ito (**Seksyon F**) bilang iyong gabay.

6. Naaantala ang iyong pangangalaga o wala kang mahanap na doktor.

   Ang puwede mong gawin: Puwede kang maghain ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K2**.

F2. Paghiling ng pasya sa saklaw

> Kapag nauugnay ang isang pasya sa saklaw sa iyong medikal na pangangalaga, tinatawag itong **pasya ng naka-integrate na organisasyon**.

Magagawa mo, ng iyong doktor, o ng iyong kinatawan na humiling sa amin ng pasya sa saklaw sa pamamagitan ng:

- pagtawag: 1.855.891.9161, TTY: 1.800.735.2929.
- pag-fax: 1.855.891.7174.
- pagsulat: Alameda Alliance Wellness
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502.

Karaniwang pasya sa saklaw

Sa pagbibigay namin ng aming pasya, ang gagamitin namin ay mga “karaniwang” deadline maliban na lang kung sasang-ayon kami na mga “mabilis” na deadline ang gamitin.
Sa karaniwang pasya sa saklaw, bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng**:**

- **5 araw ng negosyo** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan **para sa isang medikal na serbisyo o item na napapailalim sa aming mga panuntunan sa paunang pahintulot.**

- **5 araw ng negosyo**, at hindi hihigit sa **14 na araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan **para sa lahat ng iba pang medikal na serbisyo o item.**

- **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan para sa **Medicare Part B na gamot**.

Mabilis na pasya sa saklaw

> Ang legal na termino para sa mabilis na pasya sa saklaw ay **pinabilis na pasya**.

Kapag hiniling mo sa aming gumawa ng pasya sa saklaw tungkol sa iyong medikal na pangangalaga na nangangailangan ng mabilis na sagot, hilingin sa aming gumawa ng “mabilis na pasya sa saklaw.” Sa mabilis na pasya sa saklaw, bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng humigit-kumulang:

- **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan **para sa isang medikal na serbisyo o item.**

- **24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan **para sa isang Medicare Part B na gamot.**

Para makakuha ng mabilis na pasya sa saklaw, dapat ay makatugon ka sa dalawang kinakailangan:

- Humihiling ka ng saklaw para sa mga medikal na item at/o serbisyo na **hindi mo natanggap**. Hindi ka puwedeng humiling ng pasya sa saklaw tungkol sa pagbabayad ng mga item o serbisyong natanggap mo na.

- Ang paggamit sa mga karaniwang deadline **ay puwedeng magdulot ng seryosong pinsala sa iyong kalusugan** o makasama sa kakayahan mong mag-function.

Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilis na pasya sa saklaw kung sasabihin sa amin ng iyong doktor na kailangan ito ng kalusugan mo. Kung hihiling ka ng ganito nang walang suporta ng iyong doktor, kami ang magpapasya kung makakakuha ka ng mabilis na pasya sa saklaw.

- Kung mapagpapasyahan namin na hindi nakakatugon ang iyong kalusugan sa mga kinakailangan para sa mabilis na pasya sa saklaw, papadalhan ka namin ng liham na nagsasaad nito, at mga karaniwang deadline ang gagamitin namin. Makikita sa liham ang mga sumusunod:
    - Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilis na pasya sa saklaw kung hihilingin ito ng iyong doktor.
    - Paano mo magagawang maghain ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming pasya na bigyan ka ng karaniwang pasya sa saklaw sa halip na mabilis na pasya sa saklaw. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, pati ng mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Kung Hindi ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng liham na nagsasaad sa mga dahilan.

- Kung **Hindi** ang isasagot namin, mayroon kang karapatang mag-apela. Kung sa palagay mo ay nagkamali kami, ang pag-apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang aming pasya.
- Kung magpapasya kang mag-apela, magpapatuloy ka sa Antas 1 ng proseso ng mga apela (sumangguni sa **Seksyon F3**).

Sa ilang sitwasyon, puwede naming i-dismiss ang iyong kahilingan para sa pasya sa saklaw, ibig sabihin, hindi namin susuriin ang kahilingan. Mga halimbawa ng kung kailan idi-dismiss ang isang kahilingan:

- kung hindi kumpleto ang kahilingan,
- kung may hihiling para sa iyo pero hindi siya legal na awtorisado, **o**
- kung hinihiling mo na bawiin ang iyong kahilingan.

Kung idi-dismiss namin ang isang kahilingan para sa pasya sa saklaw, papadalhan ka namin ng abiso na nagpapaliwanag sa kung bakit na-dismiss ang kahilingan at kung paano mahihiling na suriin ang pag-dismiss. Tinatawag ang pagsusuring ito na apela. Tinatalakay ang mga apela sa susunod na seksyon.

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Para magsimula ng apela, ikaw, ang iyong doktor, o ang iyong awtorisadong kinatawan ay dapat makipag-ugnayan sa amin. Tawagan kami sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929 at sa California Relay Line sa 711.

Humiling ng karaniwang apela o mabilis na apela sa pamamagitan ng pagsulat o pagtawag sa amin sa 1.888-88A.DSNP (1.888.882.3767) Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929 at sa California Relay Line sa 711.

- Kung hihilingin ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta na ipagpatuloy ang isang serbisyo o item na natatanggap mo na sa panahon ng iyong apela, posibleng kailanganin mo silang italaga bilang kinatawan mo, na siyang kikilos para sa iyo.
- Kung may taong iba pa sa iyong doktor na mag-aapela para sa iyo, magsama ng form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan na nagpapahintulot sa taong ito na ikatawan ka. Makukuha mo ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- Puwede naming tanggapin ang isan kahilingan para sa apela nang wala ang form, pero hindi namin masisimulan o makukumpleto ang pagsusuri hangga't hindi namin ito natatanggap. Kung hindi namin makukuha ang form bago ang aming deadline para sa pagpapasya sa iyong apela:
  - Idi-dismiss namin ang iyong kahilingan, at
  - Papadalhan ka namin ng nakasulat na abisong nagpapaliwanag sa iyong karapatan na hilingin sa IRO na suriin ang aming pasya na i-dismiss ang iyong apela.
- Dapat kang mag-apela sa loob ng 65 araw ng kalendaryo mula sa petsa sa liham na ipinadala namin para sabihin sa iyo ang aming pasya.
- Kung mapapalampas mo ang deadline at makatuwiran ang dahilan nito, puwede ka naming bigyan ng higit pang panahon para mag-apela. Kasama sa mga makatuwirang dahilan ang pagkakaroon ng matinding sakit o kapag mali ang impormasyong naibigay namin tungkol sa deadline. Ipaliwanag sa iyong apela kung bakit na-late ang apela mo.
- Mayroon kang karapatang humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa iyong apela. Ikaw at ang iyong doktor ay puwede ring magbigay sa amin ng higit pang impormasyon para suportahan ang iyong apela.

Kung kinakailangan ng iyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela.

> Ang legal na termino para sa “mabilis na apela” ay **“pinabilis na muling pagsasaalang-alang.”**

- Kung iaapela mo ang isang pasya na ginawa namin tungkol sa saklaw ng pangangalaga, ikaw at/o ang iyong doktor ay puwedeng humiling ng mabilis na apela.

Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilis na apela kung sasabihin sa amin ng iyong doktor na kailangan ito ng kalusugan mo. Kung hihiling ka ng ganito nang walang suporta ng iyong doktor, kami ang magpapasya kung makakakuha ka ng mabilis na apela.

- Kung mapagpapasyahan namin na hindi nakakatugon ang iyong kalusugan sa mga kinakailangan para sa mabilis na apela, papadalhan ka namin ng liham na nagsasaad nito, at mga karaniwang deadline ang gagamitin namin. Makikita sa liham ang mga sumusunod:
    - Awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilis na apela kung hihilingin ito ng iyong doktor.
    - Paano mo magagawang maghain ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming pasya na bigyan ka ng karaniwang apela sa halip na mabilis na apela. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, pati ng mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Kung sasabihin namin sa iyo na ihihinto o babawasan namin ang mga serbisyo o item na natatanggap mo na, posibleng maipagpatuloy mo ang mga serbisyo o item na ito sa iyong apela.

- Kung magpapasya kaming baguhin o ihinto ang saklaw para sa isang serbisyo o item na nakukuha mo, papadalhan ka namin ng abiso bago kami umaksyon.
- Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming pasya, puwede kang maghain ng Antas 1 na Apela.
- Patuloy naming sasaklawin ang serbisyo o item kung hihiling ka ng Antas 1 na Apela sa loob ng 10 araw ng kalendaryo mula sa petsa ng aming liham o bago lumipas ang nilalayong petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pagkilos, alinman doon ang mas huli.
    - Kung aabot ka sa deadline na ito, makukuha mo ang serbisyo o item nang walang pagbabago habang nakabinbin ang iyong Antas 1 na apela.
    - Makukuha mo rin ang lahat ng iba pang serbisyo o item (na hindi napapailalim sa iyong apela) nang walang pagbabago.

- Kung hindi ka mag-aapela bago ang mga petsang ito, hindi ipagpapatuloy ang iyong serbisyo o item habang hinihintay mo ang pasya sa iyong apela.

Isasaalang-alang namin ang iyong apela at bibigyan ka namin ng sagot.

- Kapag sinuri namin ang iyong apela, mabusisi ulit namin na susuriin ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan para sa saklaw sa medikal na pangangalaga.
- Susuriin namin kung nasunod namin ang lahat ng panuntunan nang sumagot kami ng **Hindi** sa iyong kahilingan.
- Mangangalap kami ng higit pang impormasyon kung kinakailangan. Puwede kaming makipag-ugnayan sa iyo o sa doktor mo para makakuha ng higit pang impormasyon.

May mga deadline ang mabilis na apela.

- Kapag ginamit namin ang mabibilis na deadline, dapat ka naming bigyan ng sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela, o nang mas maaga kung kinakailangan ng iyong kalusugan ng mas mabilis na sago**. Mas mabilis ka naming bibigyan ng sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
  - Kung hindi ka namin mabibigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Susuriin ito ng isang IRO. Mamaya sa kabanatang ito, idedetalye namin sa iyo ang organisasyong ito at ipapaliwanag namin ang Antas 2 na proseso ng mga apela. Kung tungkol ang iyong problema sa pagsaklaw ng isang serbisyo o item ng Medicaid, puwede kang maghain ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado kapag ubos na ang oras. Sa California, ang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa seksyong Pagdinig ng Estado ng Handbook ng Miyembro na ito, kung naaangkop.
- **Kung Oo ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela, o nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- **Kung Hindi ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan,** ipapadala namin ang iyong apela sa IRO para sa Antas 2 na Apela.

May mga deadline ang karaniwang apela.

- Kapag ginamit ang mga karaniwang deadline, kailangan ka naming bigyan ng sagot **sa loob ng 30 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela para sa saklaw sa mga serbisyong hindi mo natanggap.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang Medicare Part B na gamot na hindi mo natanggap, bibigyan ka namin ng sagot **sa loob ng 7 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela o nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
    - Kung hindi ka namin mabibigyan ng sagot bago lumipas ang deadline, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Susuriin ito ng isang IRO. Mamaya sa kabanatang ito, idedetalye namin sa iyo ang organisasyong ito at ipapaliwanag namin ang Antas 2 na proseso ng mga apela. Kung tungkol ang iyong problema sa pagsaklaw ng isang serbisyo o item ng Medicaid, puwede kang maghain ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado kapag ubos na ang oras. Sa California, ang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa seksyong Pagdinig ng Estado ng Handbook ng Miyembro na ito, kung naaangkop.

Kung Oo ang isasagot namin sa ilan sa o sa 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 kung kailan namin natanggap ang iyong kahilingan para sa saklaw, o nang mas maaga ayon sa iyong kundisyon sa kalusugan at sa loob ng 72 oras mula sa petsa ng pagbago namin sa aming pasya, o sa loob ng 7 araw ng kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang iyong kahilingan para sa isang Medicare Part B na gamot.

Kung **Hindi** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, **mayroon kang mga karagdagang karapatan sa pag-apela:**

- Kung **Hindi** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng liham.
- Kung tungkol ang iyong problema sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medicare, sasabihin sa iyo ng liham na ipinadala namin ang iyong kaso sa IRO para sa Antas 2 na Apela.
- Kung tungkol ang iyong problema sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medi-Cal, makikita mo sa liham kung paano maghain ng Antas 2 na Apela.

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung **Hindi** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong Antas 1 na Apela, papadalhan ka namin ng liham. Sasabihin sa iyo ng liham na ito kung karaniwang sinasaklaw ng Medicare, Medi-Cal, o ng parehong programa ang serbisyo o item.

- Kung tungkol ang iyong problema sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medicare**, awtomatiko naming ipapadala ang iyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng mga apela sa oras na makumpleto ang Antas 1 na Apela.
- Kung tungkol ang iyong problema sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medi-Cal** , puwedeng ikaw mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Sasabihin sa iyo ng liham kung paano ito gawin. Nagsama rin kami ng higit pang impormasyon sa ibang bahagi ng kabanatang ito.
- Kung tungkol ang iyong problema sa isang serbisyo o item na puwedeng saklawin ng **parehong Medicare at Medi-Cal**, awtomatiko kang makakakuha ng Antas 2 na Apela sa IRO. Bukod sa awtomatikong Antas 2 na Apela, puwede ka ring humiling ng Patas na Pagdinig at Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa estado. Gayunpaman, hindi puwede ang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri kung nagpresenta ka na ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado.

Kung nagkwalipika ka para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo nang ihain mo ang iyong Antas 1 na Apela, ang iyong mga benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot sa ilalim ng apela ay puwede ring magpatuloy sa Antas 2. Sumangguni sa **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng iyong mga benepisyo sa Antas 1 na Apela.

- Kung tungkol ang iyong problema sa isang serbisyong karaniwang sinasaklaw ng Medicare lang, hindi magpapatuloy ang iyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon sa Antas 2 na proseso ng mga apela sa IRO.
- Kung tungkol ang iyong problema sa isang serbisyong karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal lang, magpapatuloy ang iyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon kung magsusumite ka ng Antas 2 na Apela sa loob ng 10 araw ng kalendaryo pagkatapos mong matanggap ang aming liham ng pasya.

Kung tungkol ang iyong problema sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medicare

Susuriin ng IRO ang iyong apela. Isa itong hiwalay na organisasyong hina-hire ng Medicare.

Ang pormal na pangalan ng Hiwalay na Organisasyon para sa Pagsusuri (IRO) ay **Hiwalay na Entity para sa Pagsusuri**, na kung minsan ay tinatawag na **IRE**.

- Ang organisasyong ito ay walang koneksyon sa amin at hindi isang ahensya ng pamahalaan. Medicare ang pumili sa kumpanya para maging IRO, at Medicare ang sumusubaybay sa kanilang ginagawa.
- Ipapadala namin ang impormasyon ng iyong apela (iyong "file ng kaso") sa organisasyong ito. Mayroon kang karapatang makakuha ng libreng kopya ng iyong file ng kaso.
- Mayroon kang karapatang bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyon para suportahan ang iyong apela.
- Mabusising susuriin ng mga tagasuri sa IRO ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.

Kung mabilis na apela ang nakuha mo sa Antas 1, mabilis na apela rin ang makukuha mo sa Antas 2.

- Kung mabilis na apela ang nakuha mo sa amin sa Antas 1, awtomatiko kang makakakuha ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat ay sagutin ng IRO ang iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang iyong apela.

Kung karaniwang apela ang nakuha mo sa Antas 1, karaniwang apela rin ang makukuha mo sa Antas 2.

- Kung karaniwang apela ang nakuha mo 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, dapat ay sagutin ng IRO ang iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 30 araw ng kalendaryo** pagkatapos matanggap ang iyong apela.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang Medicare Part B na gamot, dapat ay sagutin ng IRO ang iyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 7 araw ng kalendaryo** pagkatapos matanggap ang iyong apela.

Kung ibibigay sa iyo ng IRO ang kanilang sagot sa pamamagitan ng pagsulat at ipapaliwanag nila ang mga dahilan.

- **Kung Oo ang isasagot ng IRO sa ilan sa o sa lahat ng kahilingan para sa isang medikal na item o serbisyo,** dapat ay agaran naming ipatupad ang pasya:
    - Pahintulutan ang saklaw sa medikal na pangangalaga **sa loob ng 72 oras, o**
    - Ibigay ang serbisyo sa loob ng **5 araw ng trabaho** pagkatapos naming matanggap ang pasya ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
    - Ibigay ang serbisyo **sa loob ng 72 oras** mula sa petsa ng pagtanggap namin sa pasya ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan**.
- **Kung Oo ang isasagot ng IRO sa ilan sa o sa lahat ng kahilingan para sa isang Medicare Part B na gamot, dapat naming pahintulutan o ibigay ang dini-dispute na Medicare Part B na gamot:**
    - **Sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang pasya ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
    - **Sa loob ng 24 na oras** mula sa petsa ng pagtanggap namin sa pasya ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan.**
- **Kung Hindi ang isasagot ng IRO sa ilan sa o sa lahat ng iyong apela,** ibig sabihin, sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o ang ilang bahagi ng iyong kahilingan) para sa saklaw sa medikal na pangangalaga. Tinatawag itong “pagpapanatili sa pasya” o “pagtanggi sa iyong apela.”
    - Kung nakakatugon ang iyong kaso sa mga kinakailangan, pipiliin mo kung gusto mo pang ipagpatuloy ang iyong apela.
    - May tatlong karagdagang antas sa mga proseso ng apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuang limang antas.
    - Kung tatanggihan ang iyong Antas 2 na Apela at nakakatugon ka sa mga kinakailangan para maipagpatuloy ang proseso ng mga apela, dapat mong pagpasyahan kung magpapatuloy ka sa Antas 3 at kung gagawa ka ng ikatlong apela. Makikita ang mga detalye ng pagsasagawa nito sa nakasulat na abisong matatanggap mo pagkatapos ng iyong Antas 2 na Apela.
    - Isang Administrative Law Judge (ALJ) o attorney adjudicator ang nangangasiwa ng Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

Kung tungkol ang iyong problema sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal

May dalawang paraan ng paghahain ng Antas 2 na apela para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal: (1) Paghahain ng reklamo o Hiwalay na Medikal na Pagsusuri o (2) Pagdinig ng Estado.

(1) Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC)

Puwede kang maghain ng reklamo o mag-apply para sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (IMR) sa Help Center sa DMHC. Sa paghahain ng reklamo, susuriin ng DMHC ang aming pasya. Magsasagawa ang DMHC ng sarili nilang imbestigasyon sa iyong reklamo o pagpapasyahan nila kung kwalipikado ang kaso para sa IMR. Puwedeng magsagawa ng IMR para sa anumang serbisyo o item na sinasaklaw ng Medi-Cal na medikal ang uri. Ang IMR ay ang pagsusuri sa iyong kaso ng mga ekspertong hindi bahagi ng aming plano o ng DMHC. Kung pabor sa iyo ang magiging pasya ng IMR, dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyo o item na hiniling mo. Wala kang babayaran sa isang IMR.

Puwede kang maghain ng reklamo o mag-apply para sa isang IMR kung gagawin ng aming plano ang mga sumusunod:

- Tatanggihan, babaguhin, o iaantala ang isang serbisyo o paggamot ng Medi-Cal dahil natukoy ng aming plano na hindi ito medikal na kinakailangan.
- Hindi sasaklawin ang isang pang-eksperimento o sinisiyasat pa lang na paggamot ng Medi-Cal para sa isang seryosong medikal na kundisyon.
- Idi-dispute kung cosmetic o reconstructive ang isang pang-operasyong serbisyo o procedure.
- Hindi babayaran ang mga pang-emergency na serbisyo o serbisyo ng Medi-Cal na kinakailangan kaagad 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 karaniwang apela o 72 oras, o nang mas maaga, kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan, para sa mabilis na apela.

Kadalasan, kailangan mong maghain ng apela sa amin bago ka makahiling ng IMR. Sumangguni sa **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa aming Antas 1 na proseso ng apela. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming pasya, puwede kang maghain ng reklamo sa DMHC o humiling ng IMR sa Help Center ng DMHC.

TANDAAN: Kung naghain ang iyong provider ng apela para sa iyo, pero hindi namin matatanggap ang iyong form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan, kakailanganin mong ihain ulit ang iyong apela sa amin para magawa mong maghain para sa Antas 2 na IMR sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan, maliban na lang kung nauugnay ang iyong apela sa isang nakaambang at seryosong banta sa iyong kalusugan, na kinabibilangan ng, pero hindi limitado sa, matinding pananakit, posibleng pagkawala ng buhay, braso o binti, o pangunahing function ng katawan.

Puwede kang humiling ng IMR at Pagdinig ng Estado, pero hindi ka puwedeng magpatuloy sa IMR kung nagpresenta ka na ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado o nagkaroon ka ng Pagdinig ng Estado sa parehong isyu.

Kung tinanggihan ang iyong paggamot dahil pang-eksperimento o sinisiyasat pa lang ito, hindi mo kailangang makibahagi sa aming proseso ng apela bago ka mag-apply para sa IMR.

Kung ang iyong problema ay nangangailangan ng agarang atensyon o may nakaambang at seryosong panganib sa iyong kalusugan o kung nakakaranas ka ng matinding pananakit, puwede mo itong idulog kaagad sa DMHC nang hindi dumaraan muna sa aming proseso ng apela.

Dapat kang **mag-apply para sa IMR sa loob ng 6 na buwan** pagkatapos ka naming padalhan ng nakasulat na pasya tungkol sa iyong apela. Puwedeng tanggapin ng DMHC ang iyong aplikasyon pagkalipas ng 6 na buwan kung may makatuwirang dahilan, gaya ng kung nagkaroon ka ng medikal na kundisyong nakahadlang sa iyo na humiling ng IMR sa loob ng 6 na buwan, o kung hindi sapat ang nakuha mong abiso sa amin tungkol sa proseso ng IMR.

Para maghain ng reklamo o humiling ng IMR:

- Punan ang Form para sa IMR/Reklamo na available sa: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tumawag sa Help Center ng DMHC sa 1-888-466-2219. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-688-9891.
- Kung mayroon ka ng mga ito, maglakip ng mga kopya ng mga liham o ng iba pang dokumento tungkol sa serbisyo o item na tinanggihan namin. Puwede nitong mapabilis ang proseso ng IMR. Mga kopya ng mga dokumento, hindi mga orihinal, ang ipadala. Hindi maisasauli ng Help Center ang anumang dokumento.
- Punan ang Form para sa Awtorisadong Assistant kung may tumutulong sa iyo sa IMR mo. Makukuha mo ang form sa www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx

o puwede kang tumawag sa Help Center ng Departamento sa 1-888-466-2219. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-688-9891.

- Isumite ang Form para sa IMR/Reklamo at ang anumang kalakip sa DMHC:
  Magsumite online: https://wpso.dmhc.ca.gov/imrcomplaint/?c=1&lang=en

  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 7 araw, susuriin ng DMHC ang iyong aplikasyon at papadalhan ka nito ng liham ng kumpirmasyon sa pagtanggap. Kung matutukoy ng DMHC na kwalipikado ang kaso para sa IMR, gagawa ng pasya sa IMR sa loob ng 30 araw pagkatapos matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

Kung kinakailangan ng iyong kaso ng agarang atensyon at kwalipikado ka para sa IMR, kadalasan, nagagawa ang pasya sa IMR sa loob ng 7 araw pagkatapos matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

Kung hindi ka masisiyahan sa resulta ng IMR, puwede kang humiling ng Pagdinig ng Estado.

Puwedeng mas matagalan ang IMR kung hindi matatanggap ng DMHC ang lahat ng medikal na talaang kinakailangan mula sa iyo o sa doktor na gumagamot sa iyo. Kung gumagamit ka ng doktor na wala sa network ng iyong planong pangkalusugan, mahalagang kunin mo at ipadala mo sa amin ang iyong mga medikal na talaan mula sa doktor na iyon. Inaatasan ang iyong planong pangkalusugan na kumuha ng mga kopya ng iyong mga medikal na talaan sa mga doktor na nasa network.

Kung magpapasya ang DMHC na hindi kwalipikado ang iyong kaso para sa IMR, susuriin ng DMHC ang iyong kaso sa pamamagitan ng regular nitong proseso para sa reklamo ng consumer. Malulutas ang iyong reklamo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo mula nang isumite ang nakumpletong aplikasyon. Kung nangangailangan ang iyong reklamo ng agarang atensyon, mas mabilis itong lulutasin.

(2) Pagdinig ng Estado

Puwede kang humiling ng Pagdinig ng Estado para sa mga serbisyo at item na sinasaklaw ng Medi-Cal. Kung humihiling ang iyong doktor o iba pang provider ng serbisyo o item na hindi namin inaaprubahan, o kung ayaw naming patuloy na bayaran ang isang serbisyo o item na

mayroon ka na at hindi ang isinagot namin sa iyong Antas 1 na apela, mayroon kang karapatang humiling ng Pagdinig ng Estado.

Kadalasan, **mayroon kang 120 araw para humiling ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos maipadala sa iyo ang abisong “Liham ng Pasya sa Apela.”

TANDAAN: Kung hihiling ka ng Pagdinig ng Estado dahil sinabi namin sa iyo na babaguhin o ihihinto ang isang serbisyong natatanggap mo sa kasalukuyan, **mas kaunti ang mga araw mo para magsumite ng iyong kahilingan** kung gusto mong patuloy na matanggap ang serbisyong iyon habang nakabinbin ang iyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa Antas 2 na apela” sa pahina 209 para sa higit pang impormasyon.

May dalawang paraan ng paghiling ng Pagdinig ng Estado:

1. Puwede mong kumpletuhin ang "Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado" na nasa likod ng abiso ng pagkilos. Dapat mong ibigay ang lahat ng hinihinging impormasyon gaya ng iyong buong pangalan, address, numero ng telepono, pangalan ng bansa o county na umaksyon laban sa iyo, (mga) nauugnay na programa ng tulong, at detalyadong dahilan ng kung bakit gusto mo ng pagdinig. Pagkatapos ay puwede mong isumite ang iyong kahilingan sa pamamagitan ng isa sa mga paraang ito:

    - Sa departamento para sa kapakanan ng county sa address na nasa abiso.
    - Sa California Department of Social Services:

        State Hearings Division
        P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
        Sacramento, California 94244-2430

    - Sa Dibisyon para sa Mga Pagdinig ng Estado sa numero ng fax na 916-309-3487 o nang toll-free sa 1-833-281-0903.

2. Puwede kang tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyong Panlipunan ng California sa 1-800-743-8525. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349. Kung magpapasya kang humiling ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng telepono, tandaang puwedeng hindi masagot kaagad ang iyong tawag.

Ibibigay sa iyo ng Dibisyon para sa Mga Pagdinig ng Estado ang kanilang pasya sa pamamagitan ng pagsulat at ipapaliwanag nila ang mga dahilan.

- Kung **Oo** ang isasagot ng Dibisyon para sa Mga Pagdinig ng Estado sa ilan sa o sa lahat ng kahilingan para sa isang medikal na item o serbisyo**,** dapat naming

pahintulutan o ibigay ang serbisyo o item **sa loob ng 72 araw** pagkatapos naming matanggap ang kanilang pasya.

- Kung **Hindi** ang isasagot ng Dibisyon para sa Mga Pagdinig ng Estado sa ilan sa o sa lahat ng iyong apela, ibig sabihin, sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o ang ilang bahagi ng iyong kahilingan) para sa saklaw sa medikal na pangangalaga. Tinatawag itong “pagpapanatili sa pasya” o “pagtanggi sa iyong apela.”

Kung **Hindi** ang magiging pasya ng IRO o ng Pagdinig ng Estado sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, mayroon kang mga karagdagang karapatan sa pag-apela.

Kung napunta sa **IRO** ang iyong Antas 2 na Apela, puwede ka lang mag-apela ulit kung nakakatugon ang halaga sa dolyar ng serbisyo o item na gusto mo sa isang partikular na minimum na halaga. Isang ALJ o attorney adjudicator ang nangangasiwa ng Antas 3 na Apela. **Ipapaliwanag ng liham na matatanggap mo mula sa IRO ang mga karagdagang karapatan sa pag-apela na posibleng mayroon ka.**

Ilalarawan ng liham na matatanggap mo mula sa Dibisyon para sa Mga Pagdinig ng Estado ang susunod na opsyon sa apela.

Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa pag-apela pagkatapos ng Antas 2.

F5. Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapayagan ang aming mga provider na nasa network na singilin ka para sa mga sinasaklaw na serbisyo at item. Totoo ito kahit ang ibayad namin sa provider ay mas mababa kaysa sa sinisingil ng provider para sa isang sinasaklaw na serbisyo o item. Hindi mo kailanman kailangang bayaran ang balanse ng anumang bill. Ang halaga lang na papabayaran sa iyo ay ang copay para sa *mga kateorya ng gamot na nangangailangan ng copay*.

Kung makakatanggap ka ng bill na mas malaki sa iyong copay para sa mga sinasaklaw na serbisyo at item, ipadala sa amin ang bill. Huwag bayaran ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aayusin namin ang problema. Kung babayaran mo ang bill, puwede kang makatanggap ng refund mula sa aming plano kung sinunod mo ang mga panuntunan sa pagkuha ng mga serbisyo o item.

Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Inilalarawan nito ang mga sitwasyon kung kailan posibleng hilingin mo sa amin na ibalik ang ibinayad mo o bayaran ang isang bill na natanggap mo mula sa isang provider. Sinasabi rin nito kung paano ipadala sa amin ang mga dokumento na humihiling sa amin ng bayad.

Kung humihiling ka na ibalik ang ibinayad mo, pasya sa saklaw ang hinihiling mo. Aalamin namin kung sinasaklaw ang serbisyo o item na binayaran mo at kung sinunod mo ang lahat ng panuntunan para sa paggamit ng iyong saklaw.

- Kung sinasaklaw ang serbisyo o item na binayaran mo at sinunod mo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa iyong provider ang bayad para sa serbisyo o item sa loob ng 30 araw ng kalendaryo, pero nang hindi hihigit sa 60 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Pagkatapos ay ipapadala sa iyo ng provider ang nasabing bayad.

- Kung hindi mo pa nababayaran ang nasabing serbisyo o item, direkta naming ipapadala ang bayad sa provider. Kapag ipinadala namin ang bayad, para na rin naming sinagot ng **Oo** ang iyong kahilingan para sa pasya sa saklaw.

- Kung hindi sinasaklaw ang serbisyo o item o hindi mo sinunod ang lahat ng panuntunan, papadalhan ka namin ng liham na nagsasabing hindi namin babayaran ang serbisyo o item at kung bakit.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming pasya na hindi magbayad, **puwede kang maghain ng apela**. Sundin ang proseso ng mga apela na inilalarawan sa **Seksyon F3**. Kapag sinunod mo ang mga tagubiling ito, tandaan na:

- Kung maghahain ka ng apela para ibalik namin ang ibinayad mo, dapat ka naming bigyan ng sagot sa loob ng 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.

Kung **Hindi** ang isasagot namin sa iyong apela at karaniwang sinasaklaw ng **Medicare** ang serbisyo o item, ipapadala namin ang iyong kaso sa IRO. Papadalhan ka namin ng liham kapag nangyari ito.

- Kung ire-reverse ng IRO ang aming pasya at sasabihin nila na dapat ka naming bayaran, ipapadala namin ang bayad sa iyo o sa provider sa loob ng 30 araw ng kalendaryo. Kung **Oo** ang isasagot sa iyong apela sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, ipapadala namin ang bayad sa iyo o sa provider ng pangangalagang pangkalusugan sa loob ng 60 araw ng kalendaryo.

- Kung **Hindi** ang isasagot ng IRO sa iyong apela, ibig sabihin, sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan. Tinatawag itong “pagpapanatili sa pasya” o “pagtanggi sa iyong apela.” Makakatanggap ka ng liham na nagpapaliwanag sa mga karagdagang karapatan sa apela na posibleng mayroon ka. Sumangguni sa

Seksyon J para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung **Hindi** ang isasagot namin sa iyong apela at karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal ang serbisyo o item, puwede kang maghain ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon.

G. Mga Medicare Part D na gamot

Kasama sa iyong mga benepisyo bilang miyembro ng aming plano ang saklaw para sa maraming gamot. Mga Medicare Part D na gamot ang karamihan sa mga ito. May ilang gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare Part D na puwedeng saklawin ng Medi-Cal. **Ang seksyong ito ay naaangkop lang sa mga apela sa Medicare Part D na gamot.** "Gamot" ang sasabihin namin sa natitirang bahagi ng seksyong ito sa halip na "Medicare Part D na gamot" sa bawat pagkakataon. Para sa mga gamot na sinasaklaw lang ng Medi-Cal, sundin ang proseso sa **Seksyon E**.

Para masaklaw, gagamitin dapat ang isang gamot para sa isang medikal na tinatanggap na indikasyon. Ibig sabihin, naaprubahan ng Pangasiwaan ng Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration, FDA) ang nasabing gamot o sinusuportahan ito ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa isang medikal na tinatanggap na indikasyon.

G1. Mga pasya sa saklaw at apela sa Medicare Part D

Narito ang mga halimbawa ng mga pasya sa saklaw na hinihiling mong gawin namin para sa iyong mga Medicare Part D na gamot:

- Hinihiling mo sa amin na gumawa ng pagbubukod, at:
    - Saklawin ang isang Medicare Part D na gamot na wala sa Listahan ng Gamot ng aming plano o
    - Isantabi ang isang paghihigpit sa aming saklaw sa isang gamot (gaya ng mga limitasyon sa bilang na puwede mong kunin)
- Tinatanong mo kami kung sinasaklaw ang isang gamot para sa iyo (gaya ng kapag nasa Listahan ng Gamot ng aming plano ang iyong gamot, pero dapat namin itong aprubahan para sa iyo para masaklaw namin ito)

TANDAAN: Kung sasabihin sa iyo ng parmasya na hindi puwedeng i-fill ang iyong reseta ayon sa pagkakasulat nito, bibigyan ka ng parmasya ng nakasulat na abisong nagpapaliwanag sa kung paano kami makakaugnayan para humiling ng pasya sa saklaw.

> Ang paunang pasya sa saklaw tungkol sa iyong mga Medicare Part D na gamot ay tinatawag na "**pagpapasya sa saklaw."**

- Hinihiling mo sa amin na bayaran ang isang gamot na nabili mo na. Ito ay paghiling sa amin ng pasya sa saklaw tungkol sa pagbabayad.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa isang pasya sa saklaw na ginawa namin, puwede mong iapela ang aming pasya. Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung paano humiling ng mga pasya sa saklaw at kung paano mag-apela. Makakatulong na gamitin ang tsart sa iba.

Alin sa mga sitwasyong ito ang kinabibilangan mo?

Kailangan mo ng gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o kailangan mong isantabi namin ang isang panuntunan o paghihigpit sa isang gamot na sinasaklaw namin.	Gusto mong saklawin namin ang isang gamot na nasa aming Listahan ng Gamot, at sa palagay mo ay nakakatugon ka sa mga panuntunan o paghihigpit ng plano (gaya ng advance na paghingi ng pag-apruba) para sa gamot na kailangan mo.	Gusto mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo para sa isang gamot na natanggap at nabayaran mo na.	Sinabi namin sa iyo na hindi namin sasaklawin o babayaran ang isang gamot sa paraang gusto mo.

Alin sa mga sitwasyong ito ang kinabibilangan mo?			
Puwede mong hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod. (Isa itong uri ng pasya sa saklaw.) Magsimula sa **Seksyon G2**, pagkatapos ay sumangguni sa **Seksyon G3 at G4**.	**Puwede kang humiling sa amin ng pasya sa saklaw.** Sumangguni sa **Seksyon G4**.	**Puwede mong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo.** (Isa itong uri ng pasya sa saklaw.) Sumangguni sa **Seksyon G4**.	**Puwede kang mag-apela.** (Ibig sabihin, hihilingin mo sa amin na muling isaalang-alang ang aming pasya.) Sumangguni sa **Seksyon G5**.

G2. Mga pagbubukod sa Medicare Part D

Kung hindi namin sinasaklaw ang isang gamot sa paraang gusto mo, puwede mong hilingin sa amin na gumawa ng "pagbubukod." Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa pagbubukod, puwede mong iapela ang aming pasya.

Kapag humiling ka ng pagbubukod, kailangan ay ipaliwanag ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan mo ang pagbubukod.

> Ang paghiling ng saklaw para sa isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o ang pag-aalis ng paghihigpit sa isang gamot ay tinatawag, kung minsan, na paghiling ng **"pagbubukod sa pormularyo."**

Narito ang ilang halimbawa ng mga pagbubukod na magagawa mo o ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta na hilingin sa amin:

1. **Pagsaklaw ng gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot***

   - Kung sasang-ayon kaming gumawa ng pagbubukod at saklawin ang isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot, babayaran mo ang copay na naaangkop sa mga branded na gamot **o** generic na gamot.

- Hindi ka makakakuha ng pagbubukod sa kinakailangang halaga ng copay ng gamot.

2. Pag-aalis ng paghihigpit sa isang sinasaklaw na gamot

- May mga karagdagang panuntunan o paghihigpit na naaangkop sa ilang partikular na gamot sa aming *Listahan ng Gamot* (sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon).
- Kasama sa mga karagdagang panuntunan at paghihigpit para sa ilang partikular na gamot ang:
  - Pangangailangan na gamitin ang generic na bersyon ng isang gamot sa halip na ang branded na gamot.
  - Advance na paghingi ng aming pag-apruba bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot para sa iyo. Kung minsan ay tinatawag itong “paunang pahintulot (prior authorization, PA).”
  - Mga limitasyon sa bilang. Para sa ilang gamot, may mga paghihigpit sa bilang ng gamot na puwede mong kunin.
- Kung sasang-ayon kami sa isang pagbubukod para sa iyo at isasantabi namin ang isang paghihigpit, puwede kang humiling ng pagbubukod sa halaga ng copay na kailangan mong bayaran.

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman sa paghiling ng pagbubukod

Dapat ay sabihin sa amin ng iyong doktor o iba pang tagaparegseta ang mga medikal na dahilan.

Ang iyong doktor o iba pang tagapagreseta ay dapat magbigay sa amin ng pahayag na nagpapaliwanag sa mga medikal na dahilan ng paghiling ng pagbubukod. Para sa mas mabilis na apela, isama ang medikal na impormasyong ito mula sa iyong doktor o iba pang tagapagreseta kapag humiling ka ng pagbubukod.

Kadalasan, makakakita sa *Listahan ng Gamot* ng mahigit sa isang gamot para sa isang partikular na kundisyon. Tinatawag ang mga ito na mga “alternatibong” gamot. Kung ang isang alternatibong gamot ay kasimbisa ng gamot na hinihiling mo at hindi magdudulot ng mas maraming side effect o iba pang problema sa kalusugan, sa pangkalahatan, **hindi** namin aaprubahan ang iyong kahilingan sa pagbubukod. Kung hihiling ka sa amin ng pagbubukod sa tier, sa pangkalahatan, **hindi** namin aaprubahan ang iyong kahilingan sa pagbubukod maliban na lang kung ang lahat ng alternatibong gamot sa (mga) mas mababang tier ng gastusin ay

hindi magiging mabisa para sa iyo o malamang ay magdulot ng hindi kanais-nais na reaksyon o iba pang pinsala.

Puwede kaming sumagot ng Oo o Hindi sa iyong kahilingan.

- Kung **Oo** ang isasagot namin sa iyong kahilingan sa pagbubukod, kadalasan, tatagal ang pagbubukod hanggang sa matapos ang taon ng kalendaryo. Totoo ito basta't patuloy na irereseta ng iyong doktor ang nasabing gamot para sa iyo at mananatiling ligtas at mabisa ang gamot para sa paggamot ng iyong kundisyon.
- Kung **Hindi** ang isasagot namin sa iyong kahilingan sa pagbubukod, puwede kang mag-apela. Sumangguni sa **Seksyon G5** para sa impormasyon tungkol sa pag-apela kung **Hindi** ang isasagot namin.

Sasabihin sa iyo ng susunod na seksyon kung paano humiling ng pasya sa saklaw, pati ng pagbubukod.

G4. Paghiling ng pasya sa saklaw, pati ng pagbubukod

- Hilingin ang uri ng pasya sa saklaw na gusto mo sa pamamagitan ng pagtawag sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Ang mga gumagamit ng TTY ay puwedeng tumawag sa 1.800.735.2929, o sumulat o mag-fax sa amin. Ito ay puwedeng gawin mo, ng iyong kinatawan, o ng iyong doktor (o iba pang tagapagreseta). Isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at ang impormasyon tungkol sa claim.
- Magagawa mo o ng iyong doktor (o iba pang tagapagreseta) o ng iba pang tao na kumikilos para sa iyo na humiling ng pasya sa saklaw. Puwede ka ring magtalaga ng abugado na kikilos para sa iyo.
- Sumangguni sa **Seksyon E3** para malaman kung paano maitatalaga ang isang tao bilang iyong kinatawan.
- Hindi mo kailangang magbigay ng nakasulat na pahintulot sa iyong doktor o iba pang tagapagreseta para magawa nilang humiling ng pasya sa saklaw para sa iyo.
- Kung gusto mong pabayaran sa amin ang isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- Kung hihiling ka ng pagbubukod, bigyan kami ng “pansuportang pahayag.” Kasama dapat sa pansuportang pahayag ang mga medikal na dahilan ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta para sa kahilingan sa pagbubukod.
- Puwedeng i-fax o ipadala sa amin, sa pamamagitan ng koreo, ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta ang nasabing pansuportang pahayag. Puwede rin nila itong sabihin sa amin sa pamamagitan ng telepono, at pagkatapos ay puwede nilang i-fax o ipadala, sa pamamagitan ng koreo, ang pahayag.

Kung kinakailangan ng iyong kalusugan, “mabilis na pasya sa saklaw” ang hilingin sa amin.

Ang gagamitin namin ay “mga karaniwang deadline,” maliban na lang kung sasang-ayon kami na “mabibilis na deadline” ang gamitin.

- Sa **karaniwang pasya sa saklaw**, dapat ka naming bigyan ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor.
- Sa **mabilis na pasya sa saklaw**, dapat ka naming bigyan ng sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor.

> Tinatawag ang “mabilis na pasya sa saklaw” na **“pinabilis na pagpapasya sa saklaw.”**

Makakakuha ka ng mabilis na pasya sa saklaw kung:

- Para ito sa isang gamot na hindi mo natanggap. Hindi ka makakatanggap ng mabilis na pasya sa saklaw kung hinihiling mo sa amin na ibalik ang ibinayad mo para sa isang gamot na nabili mo na.
- Lubos na makakasama sa iyong kalusugan o kakayahang mag-function kapag mga karaniwang deadline ang ginamit namin.

Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta na mabilis na pasya sa saklaw ang kinakailangan ng iyong kalusugan, susuriin namin ang kahilingan mo sa ilalim ng timeline ng mabilis na pasya sa saklaw. Papadalhan ka namin ng liham na nagsasaad sa impormasyong ito.

- Kung hihiling ka ng mabilis na pasya sa saklaw nang walang suporta mula sa iyong doktor o iba pang tagapagreseta, kami ang magpapasya kung kailangan mo ng mabilis na pasya sa saklaw.

- Kung mapagpapasyahan namin na hindi nakakatugon ang iyong medikal na kundisyon sa mga kinakailangan para sa mabilis na pasya sa saklaw, mga karaniwang deadline ang gagamitin namin.
    - Papadalhan ka namin ng liham na nagsasabi sa iyo na karaniwang deadline ang gagamitin namin. Sinasabi rin sa iyo ng liham kung paano makakapaghain ng apela tungkol sa aming pasya.
    - Puwede kang maghain ng mabilis na reklamo at makakuha ng sagot sa loob ng 24 na oras. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng mga reklamo, pati ng mabibilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Mga deadline para sa mabilis na pasya sa saklaw

- Kung mabibilis na deadline ang gagamitin namin, dapat ka naming bigyan ng sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Kung hihiling ka ng pagbubukod, bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng iyong doktor. Mas mabilis ka naming bibigyan ng sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi ka aabot sa deadline na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa higit pang impormasyon tungkol sa isang Antas 2 na Apela.
- Kung **Oo** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, ibibigay namin sa iyo ang saklaw sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang pansuportang pahayag ng doktor mo.
- Kung **Hindi** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng liham na nagsasaad sa mga dahilan. Sinasabi rin sa iyo ng liham kung paano ka puwedeng mag-apela.

Mga deadline para sa karaniwang pasya sa saklaw sa isang gamot na hindi mo natanggap

- Kung mga karaniwang deadline ang gagamitin namin, dapat ka naming bigyan ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Kung hihiling ka ng pagbubukod, bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng iyong

doktor. Mas mabilis ka naming bibigyan ng sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.

- Kung hindi ka aabot sa deadline na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, ibibigay namin sa iyo ang saklaw sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang pansuportang pahayag ng doktor mo para sa isang pagbubukod.
- Kung **Hindi** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng liham na nagsasaad sa mga dahilan. Sinasabi rin sa iyo ng liham kung paano mag-apela.

Mga deadline para sa karaniwang pasya sa saklaw sa isang gamot na nabili mo na

- Dapat ka naming bigyan ng sagot sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- Kung hindi ka aabot sa deadline na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, babayaran ka namin sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo.
- **Kung Hindi** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng liham na nagsasaad sa mga dahilan. Sinasabi rin sa iyo ng liham kung paano mag-apela.

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela

> Ang apela sa aming plano tungkol sa isang pasya sa saklaw sa Medicare Part D na gamot ay tinatawag na **"muling pagpapasya"** ng plano.

- Simulan ang iyong **karaniwan** o **mabilis na apela** sa pamamagitan ng pagtawag sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Ang mga gumagamit ng TTY ay puwedeng tumawag sa 1.800.735.2929, o sumulat o mag-fax sa amin. Ito ay puwedeng gawin mo, ng iyong kinatawan, o ng iyong doktor (o iba pang tagapagreseta). Isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at ang impormasyon kaugnay ng iyong apela.

- Dapat kang mag-apela **sa loob ng 65 araw ng kalendaryo** mula sa petsa sa liham na ipinadala namin para sabihin sa iyo ang aming pasya.
- Kung mapapalampas mo ang deadline at makatuwiran ang dahilan nito, puwede ka naming bigyan ng higit pang panahon para mag-apela. Kasama sa mga makatuwirang dahilan ang pagkakaroon ng matinding sakit, o kapag mali ang impormasyong naibigay namin tungkol sa deadline. Ipaliwanag sa iyong apela kung bakit na-late ang apela mo.
- Mayroon kang karapatang humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa iyong apela. Ikaw at ang iyong doktor ay puwede ring magbigay sa amin ng higit pang impormasyon para suportahan ang iyong apela.

Kung kinakailangan ng iyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela.

> Ang mabilis na apela ay tinatawag ding **"pinabilis na muling pagpapasya."**

- Kung iaapela mo ang isang pasyang ginawa namin tungkol sa isang gamot na hindi mo natanggap, pagpapasyahan mo at ng iyong doktor o iba pang tagapagareseta kung kailangan mo ng mabilis na apela.
- Ang mga kinakailangan para sa mabilis na apela ay pareho sa mga kinakailangan para sa mabilis na pasya sa saklaw. Sumangguni sa **Seksyon G4** para sa higit pang impormasyon.

Isasaalang-alang namin ang iyong apela at bibigyan ka namin ng sagot.

- Sisiyasatin namin ang iyong apela at mabusisi naming susuriin ulit ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan para sa saklaw.
- Susuriin namin kung nasunod namin ang mga panuntunan nang sumagot kami ng **Hindi** sa iyong kahilingan.
- Puwede kaming makipag-ugnayan sa iyo o sa doktor o iba mo pang tagapagreseta para makakuha ng higit pang impormasyon.

Mga deadline para sa mabilis na apela sa Antas 1

- Kung mabibilis na deadline ang gagamitin namin, dapat ka naming bigyan ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.

- Mas mabilis ka naming bibigyan ng sagot kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi ka namin mabibigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon para sa pagsusuri at Antas 2 na proseso ng mga apela.

- Kung **Oo** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, dapat naming ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- Kung **Hindi** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng liham na nagsasaad sa mga dahilan at kung paano ka puwedeng mag-apela.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 1

- Kung mga karaniwang deadline ang gagamitin namin, dapat ka naming bigyan ng sagot **sa loob ng 7 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela para sa isang gamot na hindi mo natanggap.
- Mas maaga naming ibibigay ang aming pasya kung hindi mo natanggap ang gamot at kinakailangan ito ng iyong kundisyon sa kalusugan. Kung sa palagay mo ay kinakailangan ng iyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela.
  - Kung hindi ka namin mabibigyan ng pasya sa loob ng 7 araw ng kalendaryo, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon para sa pagsusuri at Antas 2 na proseso ng mga apela.

Kung **Oo** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan:

- Dapat naming **ibigay ang saklaw** na sinang-ayunan naming ibigay sa lalong madaling panahon ayon sa iyong kalusugan, pero nang **hindi hihigit sa 7 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- Dapat naming **ipadala sa iyo ang bayad** para sa isang gamot na binili mo **sa loob ng 30 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.

Kung **Hindi** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan:

- Papadalhan ka namin ng liham na nagsasaad sa mga dahilan at kung paano ka puwedeng mag-apela.
- Dapat ay ibigay namin sa iyo ang aming sagot tungkol sa pagbabalik sa ibinayad mo para sa isang gamot na binili mo **sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
    - Kung hindi ka namin mabibigyan ng pasya sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon para sa pagsusuri at Antas 2 na proseso ng mga apela.
- Kung **Oo** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, babayaran ka namin sa loob ng 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- Kung **Hindi** ang isasagot namin sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, papadalhan ka namin ng liham na nagsasaad sa mga dahilan at kung paano ka puwedeng mag-apela.

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung **Hindi** ang isasagot namin sa iyong Antas 1 na Apela, puwede mong tanggapin ang aming pasya o puwede kang mag-apela pa. Kung magpapasya kang mag-apela pa, ang gagamitin mo ay ang Antas 2 na proseso ng mga apela. Susuriin ng **IRO** ang pagsagot namin ng **Hindi** sa iyong unang apela. Pagpapasyahan ng organisasyong ito kung dapat naming baguhin ang aming pasya.

> Ang pormal na pangalan ng “Hiwalay na Organisasyon para sa Pagsusuri” (IRO) ay **“Hiwalay na Entity para sa Pagsusuri,”** na kung minsan ay tinatawag na **“IRE”.**

Para makagawa ng Antas 2 na Apela, ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong doktor o iba pang tagapagreseta ay dapat makipag-ugnayan sa IRO **sa pamamagitan ng pagsulat** at humiling na suriin ang iyong kaso.

- Kung **Hindi** ang isasagot namin sa iyong Antas 1 na Apela, makakakita sa liham na ipapadala namin sa iyo ng **mga tagubilin sa paghahain ng Antas 2 na Apela** sa IRO. Sasabihin ng mga tagubilin kung sino ang puwedeng maghain ng

Antas 2 na Apela, ang mga deadline na dapat mong sundin, at kung paano makaugnayan ang organisasyon.

- Kapag naghain ka ng apela sa IRO, ipapadala namin sa organisasyon ang impormasyong mayroon kami tungkol sa iyong apela. Tinatawag ang impormasyong ito na iyong "file ng kaso." **Mayroon kang karapatang makakuha ng libreng kopya ng iyong file ng kaso**. Kung kailangan mo ng tulong sa paghingi ng libreng kopya ng iyong file ng kaso, tumawag sa 1.888.466.2219.
- Mayroon kang karapatang 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 magbibigay ito ng sagot sa pamamagitan ng pagsulat. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa IRO.

Mga deadline para sa mabilis na apela sa Antas 2

Kung kinakailangan ng iyong kalusugan, humiling sa IRO ng mabilis na apela.

- Kung sasang-ayon sila sa mabilis na apela, dapat ka nilang bigyan ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos nilang matanggap ang iyong kahilingan sa apel.
- Kung **Oo** ang isasagot nila sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan, ibibigay namin ang naaprubahang saklaw sa gamot **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos matanggap ang pasya ng IRO.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 2

Kung mayroon kang karaniwang apela sa Antas 2, dapat kang bigyan ng IRO ng sagot:

- **sa loob ng 7 araw ng kalendaryo** pagkatapos nilang matanggap ang iyong apela para sa isang gamot na hindi mo natanggap.
- **sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo** pagkatapos matanggap ang iyong apela para sa pagbabalik ng ibinayad para sa isang gamot na binili mo.

Kung **Oo** ang isasagot ng IRO sa ilan sa o sa lahat ng iyong kahilingan:

- Dapat naming ibigay ang naaprubahang saklaw sa gamot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang pasya ng IRO.

- Dapat namin ibalik ang ibinayad mo para sa isang gamot na binili mo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang pasya ng IRO.
- Kung **Hindi** ang isasagot ng IRO sa iyong apela, ibig sabihin, sumasang-ayon sila sa aming pasya na hindi aprubahan ang iyong kahilingan. Tinatawag itong "pagpapanatili sa pasya" o "pagtanggi sa iyong apela."

Kung **Hindi** ang isasagot ng IRO sa iyong Antas 2 na Apela, mayroon kang karapatan sa isang Antas 3 na apela kung nakakatugon ang halaga sa dolyar ng saklaw sa gamot sa isang minimum na halaga sa dolyar. Kung ang halaga sa dolyar ng saklaw sa gamot na hinihiling mo ay mas mababa kaysa sa kinakailangang minimum, hindi ka makakapaghain ng iba pang apela. Sa ganoong sitwasyon, pinal na ang pasya sa Antas 2 na Apela. Papadalhan ka ng IRO ng liham na nagsasabi sa iyo ng minimum na halaga sa dolyar na kinakailangan para magawang magpatuloy sa Antas 3 na Apela.

Kung nakakatugon ang halaga sa dolyar ng kahilingan mo sa kinakailangan, pipiliin mo kung gusto mo pang ipagpatuloy ang iyong apela.

- May tatlong karagdagang antas sa mga proseso ng apela pagkatapos ng Antas 2.
- Kung **Hindi** ang isasagot ng IRO sa iyong Antas 2 na Apela at nakakatugon ka sa kinakailangan para maipagpatuloy ang proseso ng mga apela, gagawin mo ang mga sumusunod:
  - Magpasya kung gusto mong maghain ng Antas 3 na Apela.
  - Suriin ang liham na ipinadala sa iyo ng IRO pagkatapos ng iyong Antas 2 na Apela para sa mga detalye tungkol sa kung paano maghain ng Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o attorney adjudicator ang nangangasiwa ng mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

H. Paghiling sa amin na saklawin ang isang mas mahabang pananatili sa ospital

Kapag na-admit ka sa isang ospital, mayroon kang karapatang matanggap ang lahat ng serbisyo ng ospital na sinasaklaw namin, na medikal na kinakailangan para ma-diagnose at magamot ang iyong sakit o natamong pinsala. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa saklaw sa ospital ng aming plano, sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sa iyong sinasaklaw na pananatili sa ospital, tutulungan ka ng iyong doktor at ng mga staff ng ospital na maghanda para sa araw ng paglabas mo sa ospital. Puwede rin silang tumulong na isaayos ang pangangalagang posible mong kailanganin paglabas mo.

- Ang araw ng paglabas mo sa ospital ay tinatawag na iyong “petsa ng pag-discharge.”
- Sasabihin sa iyo ng doktor mo o ng mga staff ng ospital kung kailan ang iyong petsa ng pag-discharge.

Kung sa palagay mo ay masyadong maaga ang pagpapalabas sa iyo sa ospital o kung nababahala ka sa iyong magiging pangangalaga pagkalabas mo, puwede kang humiling ng mas mahabang pananatili sa ospital. Sinasabi ng seksyong ito kung paano ito hilingin.

Sa kabila ng mga apelang tinalakay sa **Seksyon H** na ito, puwede ka ring maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri para maipagpatuloy ang iyong pananatili sa ospital. Sumangguni sa **Seksyon F4** para malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa DMHC. Puwede kang humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.

H1. Pagkatuto tungkol sa iyong mga karapatan sa Medicar

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos mong ma-admit sa ospital, may isang tao sa ospital, gaya ng nurse o caseworker, na magbibigay sa iyo ng nakasulat na abisong tinatawag na “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare Tungkol sa Iyong Mga Karapatan.” Ang lahat ng may Medicare ay makakakuha ng kopya ng abisong ito sa tuwing maa-admit sila sa ospita.

Kung hindi mo matatanggap ang abiso, hingin ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan mo ng tulong, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina. Puwede ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

- **Basahin ang abiso** nang mabuti at magtanong kung mayroon kang hindi nauunawaan. Sinasabi sa iyo ng abiso ang mga karapatan mo bilang pasyente ng ospital, pati ang mga karapatan mo na:
    - Makatanggap ng mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare sa panahon ng at pagkatapos ng iyong pananatili sa ospital. Mayroon kang karapatang malaman kung ano ang mga serbisyong ito, kung sino ang magbabayad ng mga ito, at kung saan mo makukuha ang mga ito.

- Maging bahagi ng anumang pasya tungkol sa haba ng iyong pananatili sa ospital.
- Malaman kung saan iuulat ang anumang alalahanin mo tungkol sa kalidad ng iyong pangangalaga sa ospital.
- Mag-apela kung sa palagay mo ay masyadong maaga kang dini-discharge sa ospital.

- **Lumagda sa abiso** para ipakitang natanggap mo ito at nauunawaan mo ang iyong mga karapatan.
  - Ikaw o ang isang taong kumikilos para sa iyo ay puwedeng lumagda sa abiso.
  - Ang ipinapakita **lang** ng paglagda sa abiso ay natanggap mo ang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. **Hindi** ito nangangahulugan na sumasang-ayon ka sa petsa ng pag-discharge na posibleng sinabi sa iyo ng doktor mo o ng mga staff ng ospital.
- **Itabi ang iyong kopya** ng nilagdaang abiso para mayroon ka ng impormasyon kung sakaling kailanganin mo ito.

Kung lalagdaan mo ang abiso mahigit dalawang araw bago ang araw ng paglabas mo sa ospital, makakatanggap ka ng isa pang kopya bago ka i-discharge.

Puwede kang advance na tumingin ng kopya ng abiso kung gagawin mo ang mga sumusunod:

- Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina
- Tumawag sa Medicare sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Bumisita sa www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Para magawang hilingin sa amin na saklawin ang iyong mga inpatient na serbisyo sa ospital nang mas matagal, maghain ng apela. Sinusuri ng Organisasyon sa Pagpapabuti ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) ang Antas 1 na Apela para malaman kung medikal na naaangkop sa iyo ang nakaplanong petsa ng pag-discharge mo.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Sinusuri ng mga ekspertong ito ang kalidad para sa mga taong may Medicare at tumutulong sila na pabutihin ito. Hindi sila bahagi ng aming plano.

Sa California, ang QIO ay Commence Health. Tawagan sila sa 1.877.588.1123 (TTY: 711). Mayroon ding impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa abisong "Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare Tungkol sa Iyong Mga Karapatan," at sa **Kabanata 2**.

Tumawag sa QIO bago ka lumabas ng ospital at bago lumipas ang nakaplanong petsa ng pag-discharge mo.

- **Kung tatawag ka bago ka lumabas**, puwede kang manatili sa ospital pagkalipas ng nakaplanong petsa ng pag-discharge mo nang hindi ito binabayaran habang hinihintay mo ang pasya ng QIO tungkol sa iyong apela.
- **Kung hindi ka tatawag para mag-apela**, at magpapasya kang manatili sa ospital pagkalipas ng nakaplanong petsa ng pag-discharge mo, puwedeng pabayaran sa iyo ang lahat ng gastusin para sa pangangalaga sa ospital na kukunin mo pagkalipas ng nakaplanong petsa ng pag-discharge mo..
- Dahil sinasaklaw ng parehong Medicare at Medi-Cal ang mga pananatili sa ospital, kung hindi didinigin ng Organisasyon sa Pagpapabuti ng Kalidad ang kahilingan mong ipagpatuloy ang iyong pananatili sa ospital, o kung sa palagay mo ay nangangailangan ang iyong sitwasyon ng agarang atensyon, may nakaambang at seryosong banta sa iyong kalusugan, o kung nakakaranas ka ng matinding pananakit, puwede ka ring maghain ng reklamo o humiling sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC) ng California ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Sumangguni sa **Seksyon F4** para malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa DMHC.

Humingi ng tulong kung kinakailangan. Kung mayroon kang mga tanong o kung kailangan mo ng tulong anumang oras:

- Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina.
- Tumawag sa Programa para sa Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222.

Humiling ng mabilis na pagsusuri. Kumilos kaagad at makipag-ugnayan sa QIO para humiling ng mabilis na pagsusuri ng pag-discharge mo sa ospital.

> Ang legal na termino para sa **"mabilis na pagsusuri"** ay **"agarang pagsusuri"** o **"mabilis na pagsusuri."**

Ang nangyayari sa mabilis na pagsusuri

- Ikaw o ang iyong kinatawan ay tatanungin ng mga tagasuri sa QIO kung bakit sa palagay ninyo ay dapat magpatuloy ang saklaw pagkatapos ng nakaplanong petsa ng pag-discharge. Hindi mo kinakailangang magsulat ng pahayag, pero puwede mo itong gawin.
- Susuriin ng mga tagasuri ang iyong medikal na impormasyon, kakausapin nila ang iyong doktor, at susuriin nila ang impormasyon na ibinibigay sa kanila ng ospital at ng aming plano.
- Pagsapit ng tanghali ng araw pagkatapos sabihin ng mga tagasuri sa aming plano ang tungkol sa iyong apela, makakakuha ka ng liham na nagsasaad sa nakaplanong petsa ng pag-discharge mo. Isasaad rin ng liham kung bakit sa palagay ng iyong doktor, ng ospital, at namin ay iyon ang tamang petsa ng pag-discharge na medikal na naaangkop sa iyo.

> Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay **"Detalyadong Abiso ng Pag-discharge."** Puwede kang makakuha ng sample sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina o sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.) Puwede ka ring sumangguni sa isang halimbawang notice online sa www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos matanggap ang lahat ng impormasyong kailangan nila, sasagutin ng QIO ang iyong apela.

Kung **Oo** ang isasagot ng QIO sa iyong apela:

- Ibibigay namin ang iyong mga sinasaklaw na inpatient na serbisyo sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung **Hindi** ang isasagot ng QIO sa iyong apela:

- Sa palagay nila ay medikal na naaangkop ang nakaplanong petsa ng pag-discharge mo.

- Ang aming saklaw para sa iyong mga inpatient na serbisyo sa ospital ay matatapos nang tanghali sa araw pagkatapos sagutin ng QIO ang iyong apela.
- Posibleng kailanganin mong bayaran ang buong halaga ng pangangalaga sa ospital na matatanggap mo pagkalipas ng tanghali sa araw pagkatapos sagutin ng QIO ang iyong apela.
- Puwede kang maghain ng Antas 2 na Apela kung tatanggihan ng QIO ang iyong Antas 1 na Apela **at** mananatili ka sa ospital pagkalipas ng nakaplanong petsa ng pag-discharge mo.

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin mo sa QIO na suriin ulit ang pasyang ginawa nila sa iyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa 1.877.588.1123 (TTY: 711).

Dapat mong suriin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng QIO na sumagot ng **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Puwede mong hilingin ang pagsusuring ito kapag **lang** mananatili ka sa ospital pagkalipas ng petsa ng pagtatapos ng saklaw mo para sa pangangalaga.

Gagawin ng mga tagasuri ng QIO ang mga sumusunod:

- Mabusising susuriin ulit ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.
- Sasabihin sa iyo ang kanilang pasya tungkol sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang iyong kahilingan para sa ikalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang isasagot ng QIO sa iyong apela:

- Dapat naming ibalik ang ibinayad mo para sa aming bahagi sa mga gastusin sa pangangalaga sa ospital mula sa tanghali ng araw pagkalipas ng petsa ng pagtanggi ng QIO sa iyong Antas 1 na Apela.
- Ibibigay namin ang iyong mga sinasaklaw na inpatient na serbisyo sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung **Hindi** ang isasagot ng QIO sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa kanilang pasya tungkol sa iyong Antas 1 na Apela at hindi nila ito babaguhin.

- Bibigyan ka nila ng liham na nagsasaad sa puwede mong gawin kung gusto mong ituloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Puwede ka ring maghain ng reklamo o humiling sa DMHC ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri para maipagpatuloy ang iyong pananatili sa ospital. Sumangguni sa **Seksyon E4** para malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa DMHC.

Isang ALJ o attorney adjudicator ang nangangasiwa ng mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

I. Paghiling sa amin na patuloy na saklawin ang ilang partikular na medikal na serbisyo

Ang seksyong ito ay tungkol lang sa tatlong uri ng mga serbisyong posibleng natatanggap mo:

- mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan
- sanay na pag-aalaga sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga, **at**
- pangangalaga para sa rehabilitasyon bilang oupatient sa isang CORF na naaprubahan ng Medicare. Kadalasan, ang ibig sabihin nito ay nagpapagamot ka para sa isang sakit o aksidente o nagpapagaling ka mula sa isang major na operasyon.

Sa alinman sa tatlong uri na ito ng mga serbisyo, mayroon kang karapatang makatanggap ng mga sinasaklaw na serbisyo basta't kinakailangan ang mga ito ayon sa iyong doktor.

Kapag nagpasya kaming hindi na saklawin ang alinman sa mga ito, dapat ka naming sabihan **bago** matapos ang iyong mga serbisyo. Sa oras na matapos ang iyong saklaw para sa serbisyong iyon, hindi na namin ito babayaran.

Kung sa palagay mo ay masyadong maaga naming tinatapos ang saklaw sa iyong pangangalaga, **puwede mong iapela ang aming pasya**. Sinasabi ng seksyong ito kung paano humiling ng apela.

I1. Advance na abiso bago matapos ang iyong saklaw

Papadalhan ka namin ng nakasulat na abisong matatanggap mo hindi bababa sa dalawang araw bago namin ihinto ang pagbabayad sa iyong pangangalaga. Tinatawag itong “Abiso sa Hindi Pagsaklaw ng Medicare.” Sasabihin sa iyo ng abiso ang petsa kung kailan namin ihihinto ang saklaw sa iyong pangangalaga at kung paano iapela ang aming pasya.

Ikaw o ang iyong kinatawan ay dapat lumagda sa abiso para ipakitang natanggap mo ito. Ang ipinapakita **lang** ng paglagda sa abiso ay natanggap mo ang impormasyon. Ang paglagda ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon ka sa aming pasya.

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung sa palagay mo ay masyadong maaga naming tinatapos ang saklaw sa iyong pangangalaga, puwede mong iapela ang aming pasya. Sinasabi sa iyo ng seksyong ito ang tungkol sa Antas 1 na proseso ng apela at ang dapat gawin.

- **Sumunod sa mga deadline.** Mahalaga ang mga deadline. Unawain at sundin ang mga deadline na naaangkop sa mga dapat mong gawin. Dapat ding sumunod ang aming plano sa mga deadline. Kung sa palagay mo ay hindi kami nakakasunod sa aming mga deadline, puwede kang maghain ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K** para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga reklamo.
- **Humingi ng tulong kung kinakailangan.** Kung mayroon kang mga tanong o kung kailangan mo ng tulong anumang oras:
    - Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina.
    - Tumawag sa HICAP sa 1-800-434-0222.
- **Makipag-ugnayan sa QIO.**
    - Sumangguni sa **Seksyon H2** o sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa QIO at kung paano makipag-ugnayan sa kanila.
    - Hilingin sa kanila na suriin ang iyong apela at pagpasyahan kung babaguhin ba ang pasya ng aming plano.
- **Kumilos kaagad at humiling ng "mabilis na apela."** Tanungin sa QIO kung medikal na naaangkop para sa amin na tapusin ang saklaw ng iyong mga medikal na serbisyo.

Ang iyong deadline para sa pakikipag-ugnayan sa organisasyong ito

- Dapat kang makipag-ugnayan sa QIO para masimulan ang iyong apela bago lumipas ang tanghali sa araw bago ang petsa ng pagkakaroon ng bisa ng "Abiso sa Hindi Pagsaklaw ng Medicare" na ipinadala namin sa iyo.

- Kung hindi didinigin ng Organisasyon sa Pagpapabuti ng Kalidad ang kahilingan mong ipagpatuloy ang saklaw sa iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o kung sa palagay mo ay nangangailangan ang iyong sitwasyon ng agarang atensyon, may nakaambang at seryosong banta sa iyong kalusugan, o kung nakakaranas ka ng matinding pananakit, puwede kang maghain ng reklamo o humiling sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC) ng California ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Sumangguni sa **Seksyon F4** para malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa DMHC.

> Ang legal na termino para sa nakasulat na abiso ay **"Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare."** Para makakuha ng halimbawang kopya, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina o tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. O kumuha ng kopya online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Ang nangyayari sa mabilis na apela

- Ikaw o ang iyong kinatawan ay tatanungin ng mga tagasuri sa QIO kung bakit sa palagay ninyo ay dapat magpatuloy ang saklaw. Hindi mo kinakailangang magsulat ng pahayag, pero puwede mo itong gawin.
- Susuriin ng mga tagasuri ang iyong medikal na impormasyon, kakausapin nila ang iyong doktor, at susuriin nila ang impormasyon na ibinibigay sa kanila ng aming plano.
- Papadalhan ka rin ng aming plano ng nakasulat na abisong nagpapaliwanag sa mga dahilan ng pagtapos namin sa saklaw ng iyong mga serbisyo. Matatanggap mo ang abiso sa pagtatapos ng araw kung kailan sinabi sa amin ng mga tagasuri ang tungkol sa iyong apela.

> Ang legal na termino para sa paliwanag ng abiso ay **"Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw."**

- Ibibigay ng mga tagasuri ang kanilang pasya sa loob ng isang buong araw pagkatapos matanggap ang lahat ng impormasyong kailangan nila.

Kung **Oo** ang isasagot ng QIO sa iyong apela:

- Ibibigay namin ang iyong mga sinasaklaw na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.

Kung **Hindi** ang isasagot ng QIO sa iyong apela:

- Matatapos ang iyong saklaw sa petsang sinabi namin sa iyo.
- Hindi na namin babayaran ang aming bahagi sa mga gastusin sa pangangalagang ito sa petsang nasa abiso.
- Ikaw ang magbabayad sa buong halaga ng pangangalagang ito kung magpapasya kang ipagpatuloy ang pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, o mga serbisyo ng CORF pagkalipas ng petsa ng pagtatapos ng iyong saklaw.
- Ikaw ang magpapasya kung gusto mong ipagpatuloy ang mga serbisyong ito at maghain ng Antas 2 na Apela.

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin mo sa QIO na suriin ulit ang pasyang ginawa nila sa iyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa 1.877.588-1123 (TTY: 1.855.887.6668).

Dapat mong suriin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng QIO na sumagot ng **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Puwede mong hilingin ang pagsusuring ito kapag **lang** ipagpapatuloy mo ang pangangalaga pagkalipas ng petsa ng pagtatapos ng saklaw mo para sa pangangalaga.

Gagawin ng mga tagasuri ng QIO ang mga sumusunod:

- Mabusising susuriin ulit ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.
- Sasabihin sa iyo ang kanilang pasya tungkol sa iyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang iyong kahilingan para sa ikalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang isasagot ng QIO sa iyong apela:

- Ibabalik namin ang ibinayad mo para sa aming bahagi sa mga gastusin sa pangangalagang natanggap mo mula sa petsa kung kailan namin sinabing matatapos ang iyong saklaw.

- Sasaklawin namin ang pangangalaga hangga't ito ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang isasagot ng QIO sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming pasya na tapusin ang iyong pangangalaga at hindi nila ito babaguhin.
- Bibigyan ka nila ng liham na nagsasaad sa puwede mong gawin kung gusto mong ituloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Puwede kang maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri para maipagpatuloy ang saklaw sa iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Sumangguni sa **Seksyon F4** para malaman kung paano humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa DMHC. Puwede kang maghain ng reklamo at humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa DMHC bilang karagdagan sa o sa halip na Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o attorney adjudicator ang nangangasiwa ng mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

J. Pagpapatuloy ng iyong apela nang higit sa Antas 2

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

Kung naghain ka ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo o item ng Medicare, at tinanggihan ang parehong apela mo, posibleng may karapatan ka sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung ang halaga sa dolyar ng serbisyo o item ng Medicare na inapela mo ay hindi nakakatugon sa isang partikular na minimum na halaga sa dolyar, hindi ka na makakapaghain ng apela. Kung mataas ang halaga sa dolyar, puwede mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela. Ipinapaliwanag ng liham na matatanggap mo mula sa IRO para sa iyong Antas 2 na Apela kung sino ang dapat makaugnayan at ang dapat gawin para makahiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang Antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng ALJ. Ang taong magpapasya ay isang ALJ o attorney adjudicator na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang isasagot ng ALJ o attorney adjudicator sa iyong apela**,** mayroon kaming karapatang iapela ang isang Antas 3 na pasyang pabor sa iyo.

- Kung magpapasya kaming **iapela** ang pasya, papadalhan ka namin ng kopya ng kahilingan sa Antas 4 na Apela na may anumang kalakip na dokumento. Puwede naming hintayin ang pasya sa Antas 4 na Apela bago namin pahintulutan o ibigay ang dini-dispute na serbisyo.
- Kung magpapasya kaming **hindi iapela** ang pasya, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang pasya ng ALJ o attorney adjudicator.
    - Kung **Hindi** ang isasagot ng ALJ o attorney adjudicator sa iyong apela, puwedeng hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.
- Kung magpapasya kang **tanggapin** ang pasyang ito na tumatanggi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpapasya kang **hindi tanggapin** ang pasyang ito na tumatanggi sa iyong apela, puwede kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo ang dapat mong gawin para sa isang Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Susuriin ng Konseho ng Mga Apela sa Medicare (Konseho) ang iyong apela at bibigyan ka nila ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang isasagot ng Konseho sa iyong Antas 4 na Apela o tatanggihan nila ang aming kahilingan na suriin ang isang pasya sa Antas 3 na Apela na pabor sa iyo, mayroon kaming karapatang magpatuloy sa Antas 5.

- Kung magpapasya kaming **iapela** ang pasya, sasabihan ka namin sa pamamagitan ng pagsulat.
- Kung magpapasya kaming **hindi iapela** ang pasya, dapat naming pahintulutan o ibigay sa iyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang pasya ng Konseho.

Kung **Hindi** ang isasagot ng Konseho o kung tatanggihan nila ang aming kahilingan sa pagsusuri, puwedeng hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpapasya kang **tanggapin** ang pasyang ito na tumatanggi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.

- Kung magpapasya kang **hindi tanggapin** ang pasyang ito na tumatanggi sa iyong apela, posibleng magawa mong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo kung puwede kang magpatuloy sa Antas 5 na Apela, at ang dapat gawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng isang hukom ng Federal District Court ang iyong apela at ang lahat ng impormasyon at sasagot siya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang pinal na pasya. Wala nang iba pang antas ng apela na higit sa Federal District Court.

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal

Mayroon ka ring iba pang karapatan sa pag-apela kung tungkol ang iyong apela sa mga serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal. Sasabihin sa iyo ng liham na matatanggap mo mula sa Dibisyon para sa Mga Pagdinig ng Estado ang dapat mong gawin kung gusto mong maipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

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

Puwedeng naaangkop sa iyo ang seksyong ito kung naghain ka ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela, at tinanggihan ang iyong parehong apela.

Kung ang halaga ng gamot na inapela mo ay nakakatugon sa isang partikular na halaga sa dolyar, puwedeng magawa mong magpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela. Ipinapaliwanag ng nakasulat na sagot na matatanggap mo mula sa IRO para sa iyong Antas 2 na Apela kung sino ang dapat makaugnayan at ang dapat gawin para makahiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang Antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng ALJ. Ang taong magpapasya ay isang ALJ o attorney adjudicator na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang isasagot ng ALJ o attorney adjudicator sa iyong apela**:**

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat ay pahintulutan o ibigay namin ang naaprubahang saklaw sa gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa isang pinabilis na apela) o magbayad kami hindi hihigit sa 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang pasya.

Kung **Hindi** ang isasagot ng ALJ o attorney adjudicator sa iyong apela, puwedeng hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpapasya kang **tanggapin** ang pasyang ito na tumatanggi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpapasya kang **hindi tanggapin** ang pasyang ito na tumatanggi sa iyong apela, puwede kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo ang dapat mong gawin para sa isang Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Susuriin ng Konseho ang iyong apela at bibigyan ka nila ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang isasagot ng Konseho sa iyong apela:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat ay pahintulutan o ibigay namin ang naaprubahang saklaw sa gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa isang pinabilis na apela) o magbayad kami hindi hihigit sa 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang pasya.

Kung **Hindi** ang isasagot ng Konseho sa iyong apela o kung tatanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, puwedeng hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpapasya kang **tanggapin** ang pasyang tumatanggi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpapasya kang **hindi tanggapin** ang pasyang ito na tumatanggi sa iyong apela, posibleng magawa mong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo kung puwede kang magpatuloy sa Antas 5 na Apela, at ang dapat gawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng isang hukom ng Federal District Court ang iyong apela at ang lahat ng impormasyon at sasagot siya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang pinal na pasya. Wala nang iba pang antas ng apela na higit sa Federal District Court.

K. Paano maghain ng reklamo

K1. Ang mga uri ng mga problemang dapat ireklamo

Ang proseso ng pagrereklamo ay ginagamit lang para sa ilang partikular na uri ng mga problema, gaya ng mga problema tungkol sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, koordinasyon ng pangangalaga, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng mga problema na pinapangasiwaan sa proseso ng pagrereklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng iyong medikal na pangangalaga	• Hindi ka nasisiyahan sa kalidad ng pangangalaga, gaya ng pangangalagang natanggap mo sa ospital.
Paggalang sa iyong privacy	• Sa palagay mo ay hindi iginalang ng isang tao ang karapatan mo sa privacy o may nagbahagi ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa iyo.
Kawalan ng paggalang, hindi magandang serbisyo sa customer, o iba pang negatibong gawi	• Nabastusan ka sa isang provider ng pangangalagang pangkalusugan o staff. • Hindi naging maganda ang pakikitungo sa iyo ng aming staff. • Sa palagay mo ay pinapaalis ka sa aming plano.
Accessibility at tulong sa wika	• Hindi mo pisikal na ma-access ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan at pasilidad sa tanggapan ng isang doktor o provider. • Hindi nagbibigay ang iyong doktor o provider ng interpreter para sa wikang hindi Ingles na ginagamit mo (gaya ng American Sign Language o Spanish). • Hindi ibinibigay sa iyo ng provider mo ang iba pang makatuwirang accommodation na kailangan at hinihingi mo.

Reklamo	Halimbawa
Tagal ng paghihintay	• Nagkakaproblema ka sa pagkuha ng appointment o masyadong matagal na makakuha nito. • Masyadong matagal kang pinaghihintay ng mga doktor, pharmacist, o iba pang propesyonal sa kalusugan, Mga Serbisyo sa Miyembro, o iba pang staff ng plano.
Kalinisan	• Sa palagay mo ay hindi malinis ang klinika, ospital, o ang tanggapan ng doktor.
Impormasyong nakukuha mo sa amin	• Sa palagay mo ay may hindi kami naibigay sa iyo na abiso o liham na dapat ay natanggap mo. • Sa palagay mo ay masyadong mahirap maunawaan ang nakasulat na impormasyong ipinadala namin sa iyo.
Timeliness na nauugnay sa mga pasya sa saklaw o apela	• Sa palagay mo ay hindi kami nakakasunod sa aming mga deadline sa paggawa ng pasya sa saklaw o pagsagot sa iyong apela. • Sa palagay mo, pagkatapos mong makatanggap ng pasya sa saklaw o apela na pabor sa iyo, ay hindi kami nakakasunod sa mga deadline para sa pag-apruba o pagbibigay sa iyo ng serbisyo o sa pagbabalik sa ibinayad mo para sa ilang partikular na medikal na serbisyo. • Sa palagay mo ay hindi namin naipadala ang iyong kaso sa IRO nang nasa oras.

May iba't ibang uri ng mga reklamo. Puwede kang maghain ng internal at/o external na reklamo. Ang internal na reklamo ay inihahain sa at sinusuri ng aming plano. Ang external na reklamo ay inihahain sa at sinusuri ng isang organisasyong walang kaugnayan sa aming plano. Kung kailangan mo ng tulong sa paghahain ng internal at/o external na reklamo, puwede kang tumawag sa Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Puwedeng

tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, 8 am – 8 pm.

> Ang legal na termino para sa isang "reklamo" ay **"karaingan."**
>
> Ang legal na termino para sa "paghahain ng reklamo" ay **"paghahain ng karaingan."**

K2. Mga internal na reklamo

Para makapaghain ng internal na reklamo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, 8 am – 8 pm. Puwede mong ihain ang reklamo anumang oras maliban na lang kung tungkol ito sa isang Medicare Part D na gamot. Kung tungkol ang reklamo sa isang Medicare Part D na gamot, dapat mo itong ihain **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos mong maranasan ang problemang gusto mong ireklamo.

- Kung may kailangan ka pang gawin, sasabihin ito sa iyo ng Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Puwede mo ring isulat ang iyong reklamo at ipadala ito sa amin. Kung isusulat mo ang iyong reklamo, sasagutin namin ito sa pamamagitan ng pagsulat.
- Puwede mong gamitin ang aming "Form para sa Karaingan ng Miyembro" na available sa aming website sa www.alamedalliance.org/alliancewellness. Mayroon ng form ang lahat ng aming provider o puwede ka naming padalhan ng form sa pamamagitan ng koreo. Puwede ka ring maghain ng karaingan online. Puwede kang magbigay ng nakumpleto nang form sa isang provider ng Alameda Alliance Wellness o puwede mo itong ipadala sa amin sa address na nakalista sa ibab:

  Alameda Alliance Wellness
  Attn: Grievance and Appeals
  1240 South Loop Road Alameda, CA 94502

- Para sa detalyadong paglalarawan ng aming proseso, kasama ang mga timeframe, bisitahin ang aming website sa www.alamedallainace.org/alliancewellness o makipag-ugnayan sa Alameda Alliance Wellness sa 1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767). Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1.800.735.2929. Bukas kami nang pitong (7) araw sa isang linggo, 8 am – 8 pm.

> **Ang legal na termino** para sa “mabilis na reklamo” ay **“pinabilis na karaingan.”**

Kung posible, sasagutin ka namin kaagad. Kung itatawag mo sa amin ang iyong reklamo, puwede ka naming masagot sa parehong tawag. Kung kinakailangan naming sumagot kaagad ayon sa iyong kundisyon sa kalusugan, gagawin namin iyon.

- Nasasagot namin ang karamihan ng mga reklamo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo. Kung hindi kami makakapagpasya sa loob ng 30 araw ng kalendaryo dahil kailangan pa namin ng impormasyon, aabisuhan ka namin sa pamamagitan ng pagsulat. Magbibigay rin kami ng update sa status at tinatayang tagal bago ka makatanggap ng sagot.
- Kung maghahain ka ng reklamo dahil tinanggihan namin ang iyong kahilingan para sa “mabilis na pasya sa saklaw” o “mabilis na apela,” awtomatiko ka naming bibigyan ng “mabilis na reklamo” at sasagutin namin ang iyong reklamo sa loob ng 24 na oras.
- Kung maghahain ka ng reklamo dahil natagalan kami na gumawa ng pasya sa saklaw o apela, awtomatiko ka naming bibigyan ng “mabilis na reklamo” at sasagutin namin ang iyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

Kung hindi kami sasang-ayon sa ilan sa o sa lahat ng iyong reklamo, sasabihin namin sa iyo ang aming mga dahilan. Sasagot kami sumasang-ayon man kami sa reklamo o hindi.

K3. Mga external na reklamo

Medicare

Puwede mong sabihin sa Medicare ang iyong reklamo o puwede mo itong ipadala sa Medicare. Makikita ang Form para sa Reklamo ng Medicare sa: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hindi mo kailangang maghain ng reklamo sa Alameda Alliance Wellness bago ka maghain ng reklamo sa Medicare.

Sineseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at ginagamit nito ang impormasyong ito para makatulong na pabutihin ang kalidad ng programa ng Medicare.

Kung mayroon kang iba pang feedback o alalahanin, o kung sa palagay mo ay hindi tinutugunan ng planong pangkalusugan ang iyong problema, puwede ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Medi-Cal

Puwede kang maghain ng reklamo sa Ombudsman ng Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (DHCS) ng California. Puwedeng tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tumawag Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

Puwede kang maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC) ng California. Responsibilidad ng DMHC na pangasiwaan ang mga planong pangkalusugan. Puwede kang tumawag sa Help Center ng DMHC para sa tulong sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Para sa mga usaping hindi nangangailangan ng agarang atensyon, puwede kang maghain ng reklamo sa DMHC kung hindi ka sumasang-ayon sa pasya sa Antas 1 na apela o kung hindi nalutas ng plano ang iyong reklamo pagkalipas ng 30 araw ng kalendaryo. Gayunpaman, puwede kang makipag-ugnayan sa DMHC nang hindi naghahain ng Antas 1 na apela kung kailangan mo ng tulong sa isang reklamong nauugnay sa isang isyung nangangailangan ng agarang atensyon o kung saan may nakaambang at seryosong banta sa iyong kalusugan, kung nakakaranas ka ng matinding pananakit, kung hindi ka sumasang-ayon sa pasya ng aming plano sa iyong reklamo, o kung hindi nalutas ng aming plano ang iyong reklamo pagkalipas ng 30 araw ng kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan para makahingi ng tulong sa Help Center:

- Tumawag sa 1-888-466-2219. Magagawa ng mga indibidwal na hindi nakakarinig, nahihirapang makarinig, o may problema sa pagsasalita na gamitin ang toll-free na numero ng TTY na 1-877-688-9891. Libre ang tawag.
- Bisitahin ang website ng Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan sa (www.dmhc.ca.gov).

Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil (OCR)

Puwede kang maghain ng reklamo sa OCR ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao (Health and Human Services, HHS) kung sa palagay mo ay hindi naging patas ang pakikitungo sa iyo. Halimbawa, puwede kang maghain ng reklamo tungkol sa access sa kapansanan o tulong sa wika. Ang numero ng telepono ng OCR ay 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697. Puwede mong bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa higit pang impormasyon.

Puwede ka ring makipag-ugnayan sa lokal na tanggapan ng OCR sa:

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
PO Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
(916) 440-7370, 711 (California State Relay)
Email: CivilRights@dhcs.ca.gov

Posible ring mayroon kang mga karapatan sa ilalim ng Batas sa Mga Amerikanong May Kapansanan (Americans with Disability Act, ADA) at sa ilalim ng anumang naaangkop na batas ng estado. Puwede kang makipag-ugnayan sa Programa ng Ombudsman ng Medi-Cal para sa tulong. Ang numero ng telepono ay 1-888-452-8609.

QIO

Kapag tungkol ang iyong reklamo sa kalidad ng pangangalaga, mayroon kang dalawang opsyon:

- Puwede mong direktang ihain sa QIO ang iyong reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga.
- Puwede mong ihain ang iyong reklamo sa QIO at sa aming plano. Kung maghahain ka ng reklamo sa QIO, makikipagtulungan kami sa kanila na lutasin ang iyong reklamo.

Ang QIO ay isang grupo ng mga nagpa-practice na doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan para suriin at pabutihin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. Para matuto pa tungkol sa QIO, sumangguni sa **Seksyon H2** o sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sa California, ang QIO ay tinatawag na Commence Health. Ang numero ng telepono ng Commence Health ay 1.877.588.1123 (TTY: 711).

Kabanata 10: Pagwawakas ng iyong membership sa aming plano

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano mo mawawakasan ang iyong membership sa aming plano at ang iyong mga opsyon sa saklaw sa kalusugan pagkatapos mong umalis sa aming plano. Kung aalis ka sa aming plano, kasali ka pa rin sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't kwalipikado ka. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa pagkakasunod-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Kailan mo maaaring wakasan ang iyong membership sa aming plano 243

B. Paano wakasan ang iyong membership sa aming plano 244

C. Paano kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay.....245

C1. Iyong mga serbisyo ng Medicare 245

C2. Ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal.....250

D. Ang iyong mga medikal na item, serbisyo. at gamot hanggang sa matapos ang iyong membership sa aming plano.....250

E. Iba pang sitwasyon kung kailan magwawakas ang iyong membership sa aming plano 250

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa iyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa kalusugan.....252

G. Ang iyong karapatang magreklamo kung wawakasan namin ang iyong membership sa aming plano 252

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng iyong membership sa plano 253

A. Kailan mo maaaring wakasan ang iyong membership sa aming plano

Puwedeng wakasan ng karamihan ng mga taong may Medicare ang kanilang membership sa ilang partikular na panahon ng taon. Dahil mayroon kang Medi-Cal,

- mayroon kang ilang pagpipilian para wakasan ang iyong membership sa aming plano anumang buwan ng taon.

Bilang karagdagan, puwede mong wakasan ang iyong membership sa aming plano sa mga sumusunod na panahon bawat taon:

- Ang **Taunang Panahon ng Pagpapatala**, na mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipili ka ng bagong plano sa panahong ito, magwawakas ang iyong membership sa aming plano sa Disyembre 31 at magsisimula ang iyong membership sa bagong plano sa Enero 1.
- Ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medicare Advantage (MA)**, na mula Enero 1 hanggang Marso 31 at para din sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na nakatala sa isang plano, mula sa buwan ng karapatan sa Part A at Part B hanggang sa huling araw ng ika-3 buwan ng karapatan. Kung pipili ka ng bagong plano sa panahong ito, magsisimula ang iyong membership sa bagong plano sa unang araw ng susunod na buwan.

Posibleng may iba pang sitwasyon kung kailan kwalipikado kang gumawa ng pagbabago sa iyong pagpapatala. Halimbawa, kapag:

- umalis ka sa pinagseserbisyuhang lugar,
- nagbago ang iyong pagiging kwalipikado para sa Medi-Cal o Karagdagang Tulong, **o**
- kung kakalipat mo lang sa, kasalukuyang kumukuha ng pangangalaga sa, o kakaalis lang sa pasilidad ng pangangalaga o ospital ng pangmatagalang pangangalaga.

Magwawakas ang iyong membership sa huling araw ng buwan kung kailan nakuha namin ang kahilingan mong palitan ang iyong plano. Halimbawa, kung makukuha namin ang iyong kahilingan sa Enero 18, matatapos ang iyong saklaw sa aming plano sa Enero 31. Magsisimula ang iyong 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 talahanayan sa **Seksyon C1**.

- Mga opsyon at serbisyo sa Medi-Cal sa **Seksyon C2**.

Makakakuha ka ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano mo mawawakasan ang iyong membership sa pamamagitan ng pagtawag sa:

- Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito. Nakalista rin ang numero para sa mga gumagamit ng TTY.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Programa sa Pagpapayo sa at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California, sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/HICAP. Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077.
- Ombudsman ng Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal sa 1-888-452-8609, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. o magpadala ng e-mail sa MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

TANDAAN: Kung kasali ka sa isang programa ng pamamahala ng gamot (drug management program, DMP), hindi ka puwedeng lumipat ng plano. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa mga programa ng pamamahala ng gamot.

B. Paano wakasan ang iyong membership sa aming plano

Kung magpasya kang wakasan ang iyong membership, puwede kang magpatala sa ibang plano ng Medicare o lumipat sa Original Medicare. Gayunpaman, kung gusto mong lumipat mula sa aming plano papunta sa Original Medicare pero hindi ka pumili ng hiwalay na plano ng gamot ng Medicare, dapat mong hilingin na maalis sa pagkakatala sa aming plano. May dalawang paraan na puwede mong hilinging maalis sa pagkakatala:

- Puwede kang gumawa ng kahilingan sa pamamagitan ng pagsulat sa amin. Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung kailangan mo ng higit pang impormasyon kung paano ito gagawin.
- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY (mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita)

sa 1-877-486-2048. Kapag tumawag ka sa 1-800-MEDICARE, puwede ka ring magpatala sa isa pang planong pangkalusugan o plano ng gamot ng Medicare. Nasa chart sa pahina 246 ang higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng iyong mga serbisyo ng Medicare kapag umalis ka sa aming plano.

- **Kasama sa Seksyon C** sa ibaba ang mga hakbang na puwede mong gawin para magpatala sa ibang plano, na magwawakas rin sa iyong membership sa aming plano.

C. Paano kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay

Mayroon kang mga mapagpipilian tungkol sa pagkuha ng iyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal kung pipiliin mong umalis sa aming plano.

C1. Iyong mga serbisyo ng Medicare

Mayroon kang tatlong opsyon para sa pagkuha ng iyong mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba sa anumang buwan ng taon. Mayroon kang karagdagang opsyong nakalista sa ibaba sa ilang partikular na panahon ng taon kasama ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala** at ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksyon A**. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko mong winawakasan ang iyong membership sa aming plano.

1. Puwede kang lumipat sa: **Ang isang Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) ay isang uri ng plano ng Medicare Advantage. Para ito sa mga taong parehong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa iisang plano. Pinapamahalaan ng Medi-Medi Plans ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa kabuuan ngparehong programa, kasama ang lahat ng sinasaklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal o isang Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) plan, kung magiging kwalipikado ka.** **Tandaan**: Ang terminong Medi-Medi Plan ay ang pangalan para sa mga integrated na plano sa espesyal na pangangailangan para sa dual eligible (dual eligible special needs plan, mga D-SNP) sa California.	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong sa 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 sa Pagpapayo sa at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California, sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa bagong Medi-Medi Plan. Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala mula sa aming plano ng Medicare kapag nagsimula ang saklaw ng iyong bagong plano. Magbabago ang iyong plano ng Medi-Cal upang tumugma sa iyong Medi-Medi Plan.

2. Puwede kang lumipat sa: **Original Medicare na may hiwalay na plano ng gamot ng Medicare, at Medi-Cal Plan.**	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo sa at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California, sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa bagong plano ng gamot ng Medicare. Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala mula sa aming plano kapag nagsimula ang saklaw ng iyong Original Medicare. Mananatili kang nakatala sa iyong Medi-Cal Plan maliban kung pipili ka ng ibang plano.

3. Puwede kang lumipat sa: **Original Medicare na walang hiwalay na plano ng gamot ng Medicare** **TANDAAN:** Kung lilipat ka sa Original Medicare at hindi magpapatala sa hiwalay na plano ng gamot ng Medicare, maaari kang ipatala ng Medicare sa isang plano ng gamot, maliban kung sasabihin mo sa Medicare na ayaw mong sumali. Dapat mo lang iwan ang saklaw ng gamot kung mayroon kang saklaw ng gamot mula sa isa pang pinagmumulan, gaya ng isang employer o unyon. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa kung kailangan mo ng saklaw ng gamot, tumawag sa Programa sa Pagpapayo sa at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California, sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Kung kailangan mo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa sa Pagpapayo sa at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California, sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala mula sa aming plano kapag nagsimula ang saklaw ng iyong Original Medicare. Mananatili kang nakatala sa iyong Medi-Cal Plan maliban kung pipili ka ng ibang plano.

4. Puwede kang lumipat sa: **Anumang planong pangkalusugan ng Medicare** sa ilang partikular na panahon ng taon kasama ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala** at ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksyon A**.	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong sa 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 sa Pagpapayo sa at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California, sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa iyong lugar, bumisita sa www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa bagong plano ng Medicare. Awtomatiko kang maaalis sa pagkakatala mula sa aming plano ng Medicare kapag nagsimula ang saklaw ng iyong bagong plano. Maaaring magbago ang iyong Medi-Cal Plan.

C2. Ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano kukunin ang iyong mga serbisyo ng Medi-Cal pagkatapos mong umalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077. O bumisita sa www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Magtanong kung paano nakakaapekto sa kung paano mo makukuha ang iyong saklaw sa Medi-Cal ang pagsali sa ibang plano o pagbalik sa Original Medicare.

D. Ang iyong mga medikal na item, serbisyo. at gamot hanggang sa matapos ang iyong membership sa aming plano

Kung aalis ka sa aming plano, posibleng matagalan bago magwakas ang iyong membership 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 upang makatanggap ng pangangalagang medikal.
- Gamitin ang aming mga parmasyang nasa network kasama na sa pamamagitan ng aming mga serbisyo ng mail-order na parmasya upang punan ang iyong mga reseta.
- Kung maoospital ka sa araw na matatapos ang iyong membership sa Alameda Alliance Wellness, sasaklawin ng aming plano ang iyong pananatili sa ospital hanggang sa ma-discharge ka. Mangyayari ito kahit nagsimula na ang iyong bagong saklaw sa kalusugan bago ka ma-discharge.

E. Iba pang sitwasyon kung kailan magwawakas ang iyong membership sa aming plano

Ito ang mga kaso kung kailan dapat naming wakasan ang iyong membership sa aming plano:

- Kung mayroong puwang sa iyong saklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B.
- Kung hindi 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 kwalipikado para sa Medi-Cal maaari kang pansamantalang magpatuloy sa aming plano sa mga benepisyo ng Medicare, pakitingnan ang impormasyon sa ibaba sa panahon ng deeming. Maaari kang alisin sa pagkakatala sa Medi-Cal ng

Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS) ng California o ng Mga Sentro ng Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers of Medicare and Medicaid Services, CMS) kung matutukoy na hindi ka na kwalipikado para sa programa.

- Kung aalis ka sa aming pinagseserbisyuhang lugar.
- Kung mawawala ka nang mahigit anim na buwan sa aming pinagseserbisyuhang lugar.
    - Kung ikaw ay aalis o magbibiyahe nang matagal, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman kung ang lugar kung saan ka lilipat o magbibiyahe ay kasama sa pinagseserbisyuhang lugar ng aming plano.
- Kung makukulong o mabibilanggo ka para sa isang kriminal na pagkakasala.
- Kung magsisinungaling ka o magtatago ng impormasyon tungkol sa iba pang insurance na mayroon ka para sa mga gamot.
- Kung hindi ka mamamayan ng United States o labag sa batas ang presensya mo sa United States.
    - Dapat ay mamamayan ka ng United States o naaayon sa batas ang presensya mo sa United States upang maging miyembro ng aming plano.
    - Aabisuhan kami ng Mga Sentro ng Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS) kung hindi ka kwalipikadong manatili bilang isang miyembro sa batayang ito.
    - Dapat ka naming alisin sa pagkakatala kung hindi mo natutugunan ang kinakailangang ito.

Kung saklaw ka ng 3 buwang panahon ng itinuturing na patuloy na pagiging kwalipikado ng aming plano, ipagpapatuloy namin ang pagbibigay ng lahat ng benepisyong sinasaklaw ng plano ng Medicare Advantage at Part D. Gayunpaman, sa panahong ito, hindi namin ipagpapatuloy ang pagsaklaw sa mga benepisyo ng Medicaid na kasama sa ilalim ng naaangkop na Plano ng Estado ng Medicaid, o hindi namin babayaran ang mga premium o bahagi sa gastos sa Medicare kung saan pananagutan sana ito ng estado kung hindi nawala ang iyong pagiging kwalipikado sa Medicaid. Maaaring tumaas ang halagang babayaran mo para sa mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare sa panahong ito.

Kung sa pagtatapos ng tatlong (3) buwang panahon ng itinuturing na patuloy na pagiging kwalipikado, ay hindi ka pa rin kwalipikado para sa Medi-Cal, aalisin ka sa pagkakatala sa aming plano.

Maaari ka lang naming paalisin sa aming plano sa mga sumusunod na dahilan kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare at Medi-Cal:

- Kung sinadya mong bigyan kami ng maling impormasyon noong nagpapatala ka sa aming plano at nakaapekto ang impormasyong iyon sa pagiging kwalipikado mo sa aming plano.
- Kung patuloy kang kikilos sa paraang nakakaabala at ginagawa nitong mahirap para sa amin na ibigay ang medikal na pangangalaga para sa iyo at sa iba pang miyembro ng aming plano.
- Kung papayagan mo ang ibang tao na gamitin ang iyong ID Card ng Miyembro upang kumuha ng medikal na pangangalaga. (Maaaring hilingin ng Medicare sa Inspector General sa imbestigahan ang iyong kaso kung wawakasan namin ang iyong membership dahil dito.)

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa iyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa kalusugan

Hindi namin maaaring hilingin sa iyong umalis sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa iyong kalusugan. Kung sa tingin mo ay hinihiling namin sa iyong umalis sa aming plano para sa dahilang nauugnay sa kalusugan, **tumawag sa Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

G. Ang iyong karapatang magreklamo kung wawakasan namin ang iyong membership sa aming plano

Kung wawakasan namin ang iyong membership sa aming plano, dapat naming sabihin sa iyo ang aming mga dahilan sa pamamagitan ng pagsulat para sa pagwawakas sa membership mo. Dapat din naming ipaliwanag kung paano ka makakapaghain ng karaingan o makakapagreklamo tungkol sa aming pasyang wakasan ang iyong membership. Maaari ka ring sumangguni 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 pagwawakas ng iyong membership sa plano

Kung mayroon kang mga tanong o gusto mo ng higit pang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng iyong membership, maaari kang tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Ang kabanatang ito ay naglalaman ng mga legal na abisong nalalapat sa iyong membership sa aming plano. Ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa pagkakasunod-sunod ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Notice about laws 254

B. Federal notice about nondiscrimination 254

C. Notice about nondiscrimination for Medi-Cal 254

D. Notice about Medicare as a second payer and Medi-Cal as a payer of last resort 257

E. Notice about Medi-Cal estate recovery 257

A. Abiso tungkol sa mga batas

Maraming nalalapat na batas sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Maaaring makaapekto ang mga batas na ito sa iyong mga karapatan at responsibilidad kahit na hindi kasama o ipinaliwanag sa *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga nasabing batas. Ang mga pangunahing batas na nalalapat ay mga batas ng pederal at estado tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Maaaring may nalalapat ding iba pang batas ng pederal at estado.

B. Pederal na abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina

Hindi kami nandidiskrimina batay sa lahi, etnisidad, pinagmulang bansa, kulay, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa pag-iisip o pisikal na kapansanan, lagay ng kalusugan, karanasan sa mga claim, medikal na kasaysayan, genetic na impormasyon, katibayan ng insurability, o geographic na lokasyon sa pinagseserbisyuhang lugar. Ang lahat ng organisasyong nagbibigay ng mga plano sa Medicare Advantage, tulad ng aming plano, ay dapat sumunod sa mga pederal na batas laban sa diskriminasyon, kasama ang Titulo VI ng Batas sa Mga Karapatang Sibil ng 1964, Batas sa Rehabilitasyon ng 1973, Batas sa Diskriminasyon Batay sa Edad ng 1975, Batas sa Mga Taga-America na May Mga Kapansanan, Seksyon 1557 ng Batas sa Abot-Kayang Pangangalaga, lahat ng iba pang batas na nalalapat sa mga organisasyong nakakatanggap ng pondo mula sa pederal, at anupamang batas at panuntunan na nalalapat sa anupamang dahilan.

Kung gusto mo ng karagdagang impormasyon o mayroon kang mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi makatarungang pagtrato:

- Tawagan ang Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697. Maaari mo ring bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa higit pang impormasyon.

C. Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina para sa Medi-Cal

Labag sa batas ang diskriminasyon. Sumusunod ang Alliance sa mga batas sa mga karapatang sibil ng estado at pederal. Ang Alliance ay walang dinidiskrimina, ibinubukod, o pinapakitunguhan nang iba sa karaniwang pagtrato nito, nang labag sa batas, batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, pinagmulang bansa, kinikilalang pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, pisikal na kapansanan, medikal na kundisyon, genetic na impormasyon, status sa pag-aasawa, kasarian, kinikilalang kasarian, o sekswal na oryentasyon.

Ang Alliance ay nagbibigay ng:

- Mga libreng tulong at serbisyo sa mga taong may kapansanan upang tulungan silang makipag-ugnayan nang mas maayos, gaya ng:
    - Mga kwalipikadong interpreter ng sign language
    - Nakasulat na impormasyon sa iba pang format (malaking print, audio, mga accessible na electronic na format, at iba pang format)
- Mga libreng serbisyo sa wika sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing wika, gaya ng:
    - Mga kwalipikadong interpreter
    - Impormasyong nakasulat sa iba pang wika

Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito, makipag-ugnayan sa Alliance mula Lunes hanggang Biyernes, nang 8 am hanggang 5 pm sa pamamagitan ng pagtawag sa 1.510.747.4567 o nang toll-free sa 1.877.932.2738. O, kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, tumawag sa 1.800.735.2929 o 711 upang magamit ang California Relay Service.

Paano maghain ng karaingan

Kung sa palagay mo ay hindi naibigay ng Alliance ang mga serbisyong ito, o nandiskrimina ito, nang labag sa batas, sa ibang paraan batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, pinagmulang bansa, kinikilalang pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, pisikal na kapansanan, medikal na kundisyon, genetic na impormasyon, status sa pag-aasawa, kasarian, kinikilalang kasarian, o sekswal na oryentasyon, maaari kang maghain ng karaingan sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alliance.

Maaari kang maghain ng karaingan sa pamamagitan ng telepono, koreo, nang personal, o online:

- Sa pamamagitan ng telepono: Makipag-ugnayan sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alliance mula Lunes hanggang Biyernes, nang 8 am hanggang 5 pm sa pamamagitan ng pagtawag sa 1.510.747.4567 o nang toll-free sa 1.877.932.2738. O, kung hindi ka nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, tumawag sa 1.800.735.2929 o 711 upang magamit ang California Relay Service.
- Sa pamamagitan ng koreo: Punan ang form para sa reklamo o magsulat ng liham at ipadala ito sa:
  Alameda Alliance for Health
  Attn: Grievance and Appeals Department
  1240 South Loop Road
  Alameda, CA 94502

- Sa personal: Bisitahin ang tanggapan ng iyong doktor o ang Alliance at sabihing gusto mong maghain ng karaingan.
- Online: Bisitahin ang website ng Alliance sa www.alamedalliance.org/alliancewellness.

Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa diskriminasyon sa programa ng Medi-Cal, maaari ka ring maghain ng reklamo sa mga karapatang sibil sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil, sa pamamagitan ng telepono, pagsulat, o electronic na paraan:

- Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi ka nakakapagsalita o nakakarinig nang maayos, tumawag sa 711 (Telecommunications Relay Service).
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng liham 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

  Makakakuha ng mga form para sa reklamo sa www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Sa electronic na paraan: Mag-email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

Kung mayroon kang kapansanan at kailangan mo ng tulong sa pag-access ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o provider, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Kung mayroon kang reklamo, gaya ng problema sa pag-access ng wheelchair, makakatulong ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil – Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Maaari ka ring maghain ng mga reklamo sa mga karapatang sibil sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS) ng California, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa pamamagitan ng telepono, koreo, o online:

• Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa 1.916.440.7370. Kung hindi ka nakakapagsalita o nakakarinig nang maayos, tumawag sa 711 (Telecommunications Relay Service).

• Sa pamamagitan ng koreo: Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng liham 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

Makakakuha ng mga form para sa reklamo sa https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
•Online: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

D. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang tagapagbayad at Medi-Cal bilang huling tagapagbayad

Kung minsan, kailangan ay may mauna munang magbayad para sa mga serbisyong ibinibigay namin sa iyo. Halimbawa, kung maaaksidente ka sa daan o kung magtatamo ka ng pinsala sa trabaho, insurance o Bayad-Pinsala sa Mga Manggagawa muna ang dapat magbayad.

May karapatan at responsibilidad kaming maningil para sa mga sinasaklaw na serbisyo ng Medicare kung saan hindi Medicare ang unang tagapagbayad.

Sumusunod kami sa mga batas at regulasyon ng pederal at estado na nauugnay sa legal na pananagutan ng mga third party para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga miyembro. Ginagawa namin ang lahat ng makatuwirang hakbang upang matiyak na Medi-Cal ang huling tagapagbayad.

Dapat gamitin ng mga miyembro ng Medi-Cal ang lahat ng iba pang pagsaklaw sa kalusugan (other health coverage, OHC) bago ang Medi-Cal kapag available ang parehong serbisyo sa ilalim ng iyong pagsaklaw sa kalusugan dahil Medi-Cal ang huling tagapagbayad. Ibig sabihin, sa karamihan ng mga kaso, Medi-Cal ang magiging pangalawang tagapagbayad sa OHC ng Medicare, na sasagot sa mga pinapayagang gastos na hindi binayaran ng aming plano o iba pang OHC hanggang sa rate ng Medi-Cal.

E. Abiso tungkol sa pagbawi ng ari-arian ng Medi-Cal

Ang programa ng Medi-Cal ay dapat humiling ng pagbabayad mula sa mga probated na ari-arian ng ilang namatay na miyembro para sa mga benepisyo sa Medi-Cal na natanggap sa o pagkatapos ng kanilang ika-55 kaarawan. Kasama sa pagbabayad ang Bayad para sa Serbisyo (Fee-For-Service) at mga premium ng pinamamahalaang pangangalaga/mga pagbabayad ng

capitation para sa mga serbisyo sa pasilidad ng pag-aalaga, mga serbisyong nakabase sa tahanan at komunidad, at mga nauugnay na serbisyo sa ospital at inireresetang gamot na natanggap noong ang miyembro ay inpatient sa isang pasilidad ng pag-aalaga o tumatanggap ng mga serbisyong nakabase sa tahanan at komunidad. Ang pagbabayad ay hindi maaaring lumampas sa halaga ng probated na ari-arian ng isang miyembro.

Upang malaman pa, pumunta sa website sa pagbawi ng ari-arian ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dhcs.ca.gov/er o tumawag sa 1-916-650-0590.

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga pangunahing terminong ginamit sa buong *Handbook ng Miyembro* kasama ang mga kahulugan ng mga ito. Nakalista ang mga termino ayon sa pagkakasunod-sunod sa alpabeto. Kung hindi mo makita ang isang terminong hinahanap mo o kung kailangan mo ng higit pang impormasyon kaysa sa kasama sa isang kahulugan, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (activities of daily living, ADL): Ang mga bagay na ginagawa ng mga tao sa normal na araw, gaya ng pagkain, paggamit ng banyo, pagbibihis, paliligo, o pagsisipilyo.

Hukom ng administratibong batas: Ang isang Hukom ng Administratibong Batas (Administrative Law Judge, ALJ) ay isang hukom na dumidinig at nagpapasya sa mga kaso kaugnay ng mga ahensya ng pamahalaan. Isang hukom na nagsusuri sa isang antas 3 na apela.

Programa sa tulong sa gamot sa AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP): Isang programang tumutulong sa mga kwalipikadong indibidwal na may HIV/AIDS para magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakapagligtas ng buhay.

Ambulatory surgical center: Isang pasilidad na nagbibigay ng outpatient na operasyon para sa mga pasyenteng hindi nangangailangan ng pangangalaga sa ospital at hindi inaasahang mangailangan ng higit sa 24 na oras ng pangangalaga.

Apela: Isang paraan para hamunin mo ang aming pagkilos kung sa palagay mo ay nagkamali kami. Puwede mong hilingin sa amin na baguhin ang isang pasya sa saklaw sa pamamagitan ng paghahain ng apela. Inilalarawan ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga apela, kasama ang kung paano maghain ng apela.

Kalusugan ng Pag-uugali: Tumutukoy sa ating emosyonal, psychological, at panlipunang well-being. Sa mas simpleng termino: Tungkol ito sa kung paano tayo mag-isip, makaramdam, at makipagkapwa-tao. Isa itong inklusibo sa lahat na termino na tumutukoy sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip at programa sa paggamit ng substance.

Biological na Produkto: Isang gamot na gawa sa mga natural at living source tulad ng mga cell ng hayop, mga cell ng halaman, bacteria, o yeast. Mas kumplikado ang mga biological na produkto kumpara sa ibang gamot at hindi eksaktong makokopya, kaya ang mga alternatibong anyo nito ay tinatawag na mga biosimilar. (Tingnan din ang “Orihinal na Biological na Produkto” at “Biosimilar”).

Biosimilar: Isang biological na gamot na katulad, pero hindi eksaktong katulad, ng orihinal na biological na produkto. Kasingligtas at kasing-epektibo ng mga biosimilar ang orihinal na biological na produkto. Puwedeng i-substitute ang ilang biosimilar para sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta. (Pumunta sa “Interchangeable Biosimilar”).

Gamot na may brand: Isang gamot na ginawa at binebenta ng kumpanyang orihinal na gumawa sa gamot. Pareho ang mga sangkap ng mga gamot na may brand sa mga generic na bersyon ng mga gamot. Ang mga generic na gamot ay karaniwang gawa at ibinebenta ng ibang kumpanya ng gamot at karaniwang hindi available hangga't hindi natatapos ang patent ng may brand na gamot.

Coordinator ng pangangalaga: Isang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa iyo, sa planong pangkalusugan, at sa iyong mga provider ng pangangalaga para matiyak na natatanggap mo ang pangangalagang kailangan mo.

Plano ng pangangalaga: Sumangguni sa “Indibidwal na Plano ng Pangangalaga.”

Team ng pangangalaga: Sumangguni sa “Interdisciplinary na Team ng Pangangalaga.”

Yugto ng catastrophic na saklaw: Isang yugto sa benepisyo sa gamot ng Medicare Part D kung saan binabayaran ng aming plano ang lahat ng gastusin sa iyong gamot hanggang sa matapos ang taon. Sisimulan mo ang yugtong ito kapag ikaw (o ang iba pang kwalipikadong panig sa iyong ngalan) ay nakagastos na ng $2,100 para sa sinasaklaw na gamot ng Part D sa buong taon. Wala kang babayaran.

Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Ang pederal na ahensyang nangangasiwa sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano makikipag-ugnayan sa CMS.

Mga Serbisyo sa Nasa Hustong Gulang sa Komunidad (Community-Based Adult Services, CBAS): Outpatient at nasa pasilidad na programa ng serbisyo na nagbibigay ng sanay na pangangalaga, panlipunang serbisyo, mga occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/tagapag-alaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang serbisyo sa mga kwalipikadong miyembrong nakakatugon sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado.

Reklamo: Isang nakasulat o sinabing pahayag na nagsasaad na mayroon kang problema o alalahanin tungkol sa iyong mga sinasaklaw na serbisyo o pangangalaga. Kasama rito ang anumang alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, kalidad ng iyong pangangalaga, ang aming mga provider sa network, o ang aming parmasya sa network. Ang pormal na pangalan ng “paghahain ng reklamo” ay “paghahain ng karaingan”.

Pasilidad sa komprehensibong rehebilistasyon ng outpatient (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo sa rehabilitasyon pagkatapos ng karamdaman, aksidente, o pangunahing operasyon. Nagbibigay ito ng iba't ibang serbisyo, kasama ang mga serbisyo sa physical therapy, panlipunan o psychological na serbisyo, respiratory therapy, occupational therapy, speech therapy, at pagsusuri sa kapaligiran ng bahay.

Bahagi sa bayad (Copay): Isang nakapirming halagang binabayaran mo bilang ang iyong bahagi sa gastos sa tuwing kukuha ka ng mga partikular na gamot. Halimbawa, posible kang magbayad ng $2 o $5 para sa isang gamot.

Tier ng bahagi sa gastos: Isang grupo ng mga gamot na may parehong bahagi sa bayad. Ang lahat ng gamot sa *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* (na tinatawag ding *Listahan ng Gamot*) ay nasa isang (1) tier ng bahagi sa gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier ng bahagi sa gastos, mas mataas ang babayaran mo para sa gamot.

Pasya sa saklaw: Isang pasya tungkol sa mga benepisyong sinasaklaw namin. Kasama rito ang mga pasya tungkol sa mga sinasaklaw na gamot at serbisyo o ang halagang binabayaran namin para sa iyong mga serbisyo sa kalusugan. Ipinapaliwanag ng **Kabanatar 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano humiling sa amin para sa pasya sa saklaw.

Mga sinasaklaw na gamot: Ang terminong ginagamit namin para tukuyin ang lahat ng inireresetang gamot at gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter, OTC) na sinasaklaw ng aming plano.

Mga sinasaklaw na serbisyo: Ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para tukuyin ang lahat ng pangangalagang pangkalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, inireresetang gamot at gamot na mabibili nang walang reseta, equipment, at iba pang serbisyong sinasaklaw ng aming plano.

Pagsasanay sa kakayahan sa kultura: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang pagtuturo para sa aming mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan na tumutulong sa kanila na mas maunawaan ang iyong panlikuran, mga halaga, at paniniwala upang iakma ang mga serbisyo upang matugunan ang iyong mga pangangailangan sa lipunan, kultura, at wika.

Rate ng pang-araw-araw na bahagi sa gastos: Isang rate na posibleng malapit kapag nagreseta ang iyong doktor ng mas mababa sa buong buwang supply ng mga partikular na gamot para sa iyo at kinakailangan mong magbayad ng bahagi sa bayad. Ang isang rate ng pang-araw-araw na bahagi sa gastos ay ang bahagi sa bayad na hinahati sa dami ng araw na isang buwang supply.

Narito ang isang halimbawa: Ipagpalagay natin na ang bahagi sa bayad para sa iyong gamot para sa buong buwang supply (isang 30 araw na supply) ay $1.35. Ang ibig sabihin nito, ang halagang babayaran mo para sa iyong gamot ay mas mababa sa $0.05 kada araw. Kung kukuha ka ng 7 araw na supply ng gamot, ang babayaran mo ay mas mababa sa $0.05 kada araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na mas mababa sa $0.35.

Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS): Ang departamento ng estado sa California na nangangasiwa sa Progarama ng Medicaid (na tinatawag na Medi-Cal).

Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC): Ang departamento ng estado sa California na responsable sa pagkontrol ng karamihan ng mga planong pangkalusugan. Tumutulong ang DMHC sa mga taong may apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng Mga Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR).

Pag-disenroll: Ang proseso ng pagtatapos ng iyong membership sa aming plano. Posibleng boluntarto (sarili mong pagpapasya) o hindi boluntaryo (hindi mo sariling pagpapasya) ang pag-disenroll.

Programa sa pamamahala ng gamot (drug management program, DMP): Isang programang tumutulong na matiyak ng mga miyembro ang ligtas na paggamit ng mga inireresetang opioid at ibang madalas na inaabusong gamot.

Mga tier ng gamot: Mga grupo ng mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot*. Ang generic na gamot, may brand na gamot, o gamot na mabibili nang walang reseta (OTC) ay mga halimbawa ng mga tier ng gamot. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Gamot* ay nasa isa sa (1) isang tier.

Dual na kwalipikado sa plano sa mga espesyal na pangangailangan (dual eligible special needs plan, D-SNP): Planong pangkalusugan na naglilingkod sa mga indibidwal na kwalipikado para sa Medicare at Medicaid. Ang aming plano ay isang D-SNP.

Matibal na medila na kagamitan (durable medical equipment, DME): Ilang partikular na item na iniuutos ng iyong doktor para sa paggamit sa iyong sariling bahay. Kasama sa mga halimbawa ng mga item na ito ang mga wheelchair, saklay, powered mattress system, diabetic supply, hospital bed na iniutos ng isang provider para gamitin sa bahay, IV infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at supply, nebulizer, at walker.

Emergency: Ang isang medikal na emergency ay kapag ikaw, o ang sinumang iba pang tao na may katamtamang kaalaman sa kalusugan at gamot, ay naniniwala na nakakaranas ka ng mga medikal na sintomas na nangangailangan ng medikal na pansin para maiwasan ang pagkamatay, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng o matinding pinsala sa isang paggana ng katawan (at kung isa kang buntis, pagkamatay ng hindi pa naisisilang na sanggol). Ang mga medikal na sintomas ay posibleng isang karamdaman, pinsala, matinding pananakit, o isang medikal na kundisyon na mabilis na lumulubha.

Pangangalaga sa emergency: Mga sinasaklaw na serbisyong ibinibigay ng isang provider na sanay sa pagbibigay ng mga serbisyong pang-emergency at kinakailangang gumamot ng medikal na emegency o emegency sa kalusugan ng pag-uugali.

Pagbubukod: Pahintulot para makatanggap ng saklaw para sa isang gamot na hindi normal na sinasaklaw o para gamitin ang gamot ng walang partikular na panuntunan at limitasyon.

Mga Hindi Kasamang Serbisyo: Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng planong pangkalusugang ito.

Karagdagang Tulong: Programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na nagbabawas sa mga gastos sa Medicare Part D na gamot, gaya ng mga premium, nababawas, at bahagi sa bayad. Tinatawag din ang Karagdagang Tulong na “Subsidy sa Mababang Kita” (Low-Income Subsidy, "LIS").

Generic na gamot: Isang gamot na aprubado ng FDA para gamitin bilang kapalit ng isang may brand na gamot. Isang generic na gamot na may parehong sangkap sa isang may brand na gamot. Karaniwan itong mas mura at pareho ang talab sa may brand na gamot.

Karaingan: Isang reklamong inihahain mo tungkol sa amin o sa isa sa aming provider o parmasya sa network. Kasama rito ang isang reklamo tungkol sa kalidad ng iyong pangangalaga o ang kalidad ng serbisyong ibinibigay ng iyong planong pangkalusugan.

Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Isang programang nagbibigay ng libre at objective na impormasyon at pagpapayo tungkol sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano makikipag-ugnayan sa HICAP.

Planong pangkalusugan: Isang organisasyong binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, provider ng pangmatagalang serbisyo, at iba pang provider. Mayroon din itong mga coordinator ng pangangalaga para tulungan kang pamahalaan ang lahat ng iyong provider at serbisyo. Kumikilos silang lahat para maibigay ang pangangalagang kailangan mo.

Pagsusuri sa panganib sa kalusugan (health risk assessment, HRA): Isang pagsusuri ng iyong kasaysayang medikal at kasalukuyang kundisyon. Ginagamit ito para matuto tungkol sa iyong kalusugan at kung paano ito posibleng magbago sa hinaharap.

Tulong sa kalusugan sa bahay: Isang taong nagbibigay ng mga serbisyo na 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 tulong sa kalusugan sa bahay ay walang lisensya sa pangangalaga o hindi sila nagbibigay ng therapy.

Hospice: Isang programa ng pangangalaga at suporta pa tulungang mamuhay nang kumportable ang mga taong may terminal na prognosis. Kapag ang isang tao ay may terminal na prognosis, ang ibig sabihin ay siya ay medikal na sertipikadong may terminal na karamdaman, na nangangahulugang mayroon siyang 6 na buwan o mas mababa na inaasahang buhay.

- May karapatan ang isang enrollee na may terminal na prognosis na piliin ang hospice.
- Isang may pagkadalubhasang sinanay na team ng mga propesyonal at tagapag-alaga na nagbibigay ng pangangalaga para sa tao, kasama ang pisikal, emosyonal, panlipunan, at ispiritwal na pangangailangan.
- Inaatasan kaming magbigay sa iyo ng isang listahan ng mga provider ng hospive sa iyong heograpikong lugar.

Hindi wasto/hindi naaangkop na pagsingil: Isang sitwasyon kung saan sinisingil ka ng isang provider (gaya ng doktor o ospital) ng higit sa aming halaga ng bahagi sa gastos para sa mga serbisyo. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro kung makakatanggap ka ng anumang bill na hindi mo nauunawaan.

Bilang miyembro ng plano, dapat mo lang ang mga halaga ng bahagi sa gastos ng aming plano kapag tumatanggap ka ng mga gamot na sinasaklaw namin. **Hindi** namin pinapayagan ang mga provider na singilin ka nang higit sa halagang ito.

Mga Pansuportang Serbisyo sa Bahay (In Home Supportive Services, IHSS): Tutulungan ka ng Programang IHSS na bayaran ang mga naka-enroll na provider ng pangangalaga para sa mga serbisyong ibinigay sa iyo para ligtas kang makapanatili sa iyong sariling bahay. Ang IHSS ay isang alternatibo sa mga out-of-home na pangangalaga, gaya ng mga nursing home at pasilidad para sa matutuluyan at pangangalaga. Para tumanggap ng mga serbisyo, nagsasagawa ng pagsusuri para matukoy kung anong mga uri ng serbisyo ang posibleng payagan para sa bawat kalahok batay sa kanilang mga pangangalaga. Ang mga uri ng serbisyo na puwedeng payagan sa pamamagitan ng IHSS ay ang paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, serbisyo sa personal na pangangalaga (gaya ng pangangalaga sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, pag-aayos ng sarili, at paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal na appointment, at pangprotektang pangangasiwa para sa may problema sa pag-iisip. Mga ahensya ng panlipunang serbisyo ng county ang nangangasiwa ng IHSS.

Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR): Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, puwede kang maghain ng apela. Kung hindi ka sang-ayon sa aming pasya at tungkol sa isang serbisyo ng Medi-Cal iyong problema, kasama ang mga supply at gamot ng DME, puwede kang humiling ng IMR sa Departamento sa Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California. Ang isang IMR ay isang pagsusuri ng iyong kaso ng mga eksperto na hindi bahagi ng aming plano. Kung pabor sa iyong ang pasya ng IMR, dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyo o paggamot na hiniling mo. Hindi ka magbabayad para sa isang IMR.

Hiwalay na organisasyon sa pagsusuri (independent review organization, IRO): Ang isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na kinuha ng Medicare na nagsusuri ng antas 2 na apela. HIndi ito konektado sa amin at hindi ito ahensya ng pamahalaan. Nagpapasya ang organisasyong ito kung wasto ang ginawa naming pasya o kung dapat ba itong baguhin. Pinapangasiwaan ng Medicare ang ginagawa nito. Ang pormal na pangalan nito ay ang **Hiwalay na Entity sa Pagsusuri.**

Indibidwal na Planong Pangkalusugan (Individualized Care Plan [ICP] o Planong Pangkalusugan): Isang plano para sa mga serbisyong matatanggap mo at kung paano mo matatanggap ang mga ito. Posibleng kasama sa iyong plano ang mga medikal na serbisyo, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Yugto ng inisyal na saklaw: Ang yugto bago umabot ang iyong kabuuang gastos sa Medicare Part D na gamot sa $2,100. Kasama rito ang mga halaga na binayaran mo, ang binayaran ng aming plano sa iyong ngalan, at sa subsidy sa mababang kita. Sisimulan mo ang yugtong ito kapag nakuha mo ang iyong unang inireresetang gamot ng taon. Sa yugtong ito, babayaran namin ang bahagi ng mga gastos ng iyong mga gamot, at babayaran mo ang iyong bahagi.

Inpatient: Isang terminong ginagamit kapag pormal ka na-admit sa ospital para sa mga sanay na medikal na serbisyo. Kung hindi ka pormal na na-admit, posibleng iturin ka pa ring outpatient sa halip ng inpatient kahit nagpalipas ka ng gabi.

Interdisciplinary na Team ng Pangangalaga (Interdisciplinary Care Team [ICT] o Team ng Pangangalaga): Posibleng kasama sa isang team ng pangangalaga ang mga doktor, nurse, tagapayo, o iba pang propesyonal sa pangangalaga na naroon para tulungan kang makuha ang pangangalagang kailangan mo. Tumutulong din ang iyong team ng pangangalaga na gumawa ng plano sa pangangalaga.

Integrated na D-SNP: Ang isang dual na pagiging kwalipikado sa plano sa mga espesyal na pangangailangan na sumasaklaw sa Medicare at karamihan ng lahat ng serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng isang planong pangkalusugan para sa partikular na grupo ng mga indibidwal na kwalipikado para sa Medicare at Medicaid. Kilala ang mga indibidwal na ito bilang mga indibidwal na may kumpletong benepisyo at dual na kwalipikado.

Interchangeable Biosimilar: Isang biosimilar na puwedeng i-substitute sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta dahil natutugunan nito ang mga karagdagang kinakailangan tungkol sa potensyal na awtomatikong substitution. Ang awtomatikong substitution sa parmasya ay napapailalim sa batas ng estado.

***Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* (*Listahan ng Gamot*):** Isang listahan ng mga inireresetang gamot at gamot na mabibilis nang walang reseta (OTC) na sinasaklaw namin. Pinipili namin ang mga gamot na nasa listahang ito sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Nakasaad sa *Listahan ng Gamot* kung may mga panuntunang kailangan mong sundin para makuha ang iyong mga gamot. Ang *Listahan ng Gamot* ay tinatawag na “pormularyo” kung minsan.

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and support, LTSS): Tumutulong ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na mapahusay ang isang pangmatagalang medikal na kundisyon. Ang karamihan ng mga serbisyong ito ay tumutulong sa iyo na manatili sa iyong bahay para hindi ka na pumunta sa isang pasilidad sa pangangalaga o ospital. Kasama sa LTSS na sinasaklaw ng aming planno ang Mga Serbisyo sa Nasa Hustong Gulang sa Komunidad (CBAS), na tinatawag ding adult day health care, Mga Pasilidad sa Pangangalaga (Nursing Facilities, NF), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang IHSS at 1915(c) na mga programa sa waiver ay ibinibigay ng LTSS ng Medi-Cal sa labas ng aming plano.

Subsidy sa Mababang Kita (Low-income subsidy, LIS): Sumangguni sa "Karagdagang Tulong"

Mail Order na Programa: Posibleng nag-aalok ang ilang plano ng mail-order na programa na nagbibigay-daan sa iyo na makakuha ng hanggang 3 buwang supply ng iyong sinasaklaw na inireresetang gamot na direktang ipinapadala sa iyong bahay. Posibleng makatipid at maging madali sa iyo ang paraang ito para makakuha ng mga inireresetang gamot na regular mong ginagamit.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programa na Medicaid ng California. Ang Medi-Cal ay pinapamahalaan ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na pamahalaan.

- Tumutulong ito sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na magbayad para sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastusin.
- Sinasaklaw nito ang mga serbisyo at ilang gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare.
- Iba't iba ang mga programa ng Medicaid sa bawat estado, pero sinasaklaw ang karamihan ng gastos sa pangangalagang pangkalusugan kung kwalipikado ka para sa Medicare at Medi-Cal.

Mga plano ng Medi-Cal: Mga planong sinasaklaw lang ang mga benepisyo ng Medi-Cal, gaya ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, medikal na kagamitan, at transportasyon. Hiwalay ang mga benepisyo ng Medicare.

Medicaid (o Medikal na Tulong): Isang programang pinapatakbo ng pederal na pamahalaan at ng estado na tumutulong sa mga taong may mga limitadong kita na magbayad para sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta at medikal na gastusin. Medi-Cal ang programang Medicaid para sa Estado ng California.

Medikal na kinakailangan: Inilalarawan ng medikal na kinakailangan ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan mo para maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang isang medikal na kondisyon o para mapanatili ang kasalukuyang lagay ng kalusugan mo. Kasama rito ang pangangalagang pumipigil sa iyong pumunta sa ospital o pasilidad ng pangangalaga. Ang ibig sabihin din nito ay nakakatugon sa mga pamantayan ng medikal na kasanayan ang mga serbisyo, supply, o gamot.

Medicare: Ang pederal na programa sa insurance sa kalusugan para sa mga taong 65 taong gulang pataas, ilang taong wala pang 65 taong gulang na may mga partikular na kapansanan, at mga taong may end-stage renal disease (sa pangkalahatan, ang mga taong may permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o kidney transplant). Puwedeng makuha ng mga taong may Medicare ang kanilang saklaw sa kalusugan sa Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o isang pinapamahalaang planong pangkalusugan (sumangguni sa “Planong pangkalusugan”).

Medicare Advantage: Isang programa ng Medicare, na tinatawag ding “Medicare Part C” o “MA”, na nag-aalok ng mga plano ng MA sa pamamagitan ng mga pribadong kumpanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kumpanyang ito para saklawin ang iyong mga benepisyo sa Medicare.

Konseho sa Mga Apela ng Medicare (Konseho): Isang konseho na nagsusuri ng antas 4 na apela. Ang konseho ay bahagi ng Pederal na pamahalaan.

Mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare: Mga serbisyong iniaalok ng Medicare Part A at Medicare Part B. Dapat saklawin ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kasama ang aming plano, ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B.

Programa ng Medicare sa pag-iwas sa diabeter (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Isang nakaistrakturang programa sa pagbabago ng kalusugan ng pag-uugali na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago ng diyeta, pinatinding pisikal na aktibidad, at mga diskarte para sa pagsugpo sa mga hamon sa pagpapanatili ng pagbaba ng timbang at malusog na paraan ng pamumuhay.

Enrollee ng Medicare-Medi-Cal: Isang taong kwalipikado para sa saklaw ng Medicare at Medicaid. Tinatawag din ang isang enrollee ng Medicare at Medicaid na “dual na kwalipikadong indibidwal”.

Medicare Part A: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa karamihan ng medikal na kinakailangang ospital, pasilidad sa sanay na pangangalaga, kalusugan sa bahay, at hospice na pangangalaga.

Medicare Part B: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa mga serbisyo (tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo, operasyon, at pagbisita ng doktor) at supply (tulad ng mga wheelchair at walker) na medikal na kinakailangan para gamutin ang isang sakit o kundisyon. Sinasaklaw din ng Medicare Part B ang maraming pang-iwas na serbisyo at serbisyo sa screening.

Medicare Part C: Ang programa ng Medicare, na tinatawag na “Medicare Advantage” o “MA”, na nagbibigay-daan sa pribadong kumpanya sa insurance sa kalusugan na magbigay ng mga benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng isang MA na Plano.

Medicare Part D: Ang programa sa benepisyo sa gamot ng Medicare. Tinatawag namin ang programang ito bilang “Part D”. Sinasaklaw ng Medicare Part D ang mga gamot ng outpatient, bakuna, at ilang supply na hindi sinasaklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B o Medicaid. Kasama sa aming plano ang Medicare Part D.

Mga gamot sa Medicare Part D: Mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Part D. Partikular na hindi sinasama ng kongreso ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot mula sa saklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Posibleng saklawin ng Medicaid ang ilan sa mga gamot na ito.

Pamamahala ng Therapy sa Gamot (Medication Therapy Management, MTM): Isang programa ng Medicare Part D para sa mga kumplikadong pangangailangan pangkalusugan na ibinibigay sa mga taong nakakatugon sa ilang partikular na kinakailangan o nasa isang Programa sa Pamamahala ng Gamot. Karaniwang kasama sa mga serbisyo ng MTM ang isang talakayan kasama ang isang pharmacist o provider sa pangangalagang pangkalusugan para suriin ang mga gamot. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

Medi-Medi na Plano: Ang isang Medi-Medi na Plano ay uri ng plano ng Medicare Advantage. Para ito sa mga taong parehong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa iisang plano. Pinapamahalaan ng Medi-Medi Plans ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa kabuuan ng parehong programa, kasama ang lahat ng sinasaklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano): Isang taong may Medicare at Medi-Cal na kwalipikadong tumanggap ng mga sinasaklaw na serbisyo, na nag-

enroll sa aming plano, at ang pag-enroll ay nakumpirma ng Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS) at ng estado.

***Handbook ng Miyembro* at Impormasyon sa Pagbubunyag:** Ang dokumentong ito, kasama ng iyong form sa pag-enroll at anumang iba pang kalakip, o rider, na nagpapaliwang ng iyong saklaw, ang dapat naming gawin, ang iyong mga karapatan, at ang dapat mong gawin bilang miyembro ng aming plano.

Mga Serbisyo sa Miyembro: Isang departamento ng aming plano na responsable sa pagsagot ng iyong mga tanong tungkol sa membership, mga benepisyo, karaingan, at apela. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Parmasya ng network: Isang parmasya (botika) na sumang-ayong ibigay ang mga inireresetang gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Tinatawag namin ang mga ito na “mga parmasya ng network” dahil sumang-ayon silang makipagtulungan sa aming plano. Sa karamihan ng kaso, sinasaklaw lang namin ang iyong mga inireresetang gamot kapag nakuha sa isa sa aming mga parmasya ng network.

Provider sa network: Ang “provider” ay isang pangkalahatang terminong ginagamit namin para sa mga doktor, nurse, at ibang taong nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa termino ang mga ospital, ahensya sa kalusugan sa bahay, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, medikal na kagamitan, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

- Lisensyado o sertipikado sila ng Medicare at ng estado para mgabigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
- Tinatawag namin silang “mga provider ng network” kapag sumang-ayon silang makipagtulungan sa amin sa aming planong pangkalusugan, tumanggap ng aming bayad, at hindi nila sinisingil ang mga miyembro ng karagdagang halaga.
- Habang ikaw ay miyembro ng aming plano, dapat kang gumamit ng mga provider ng network para makatanggap ng mga sinasaklaw na serbisyo. Tinatawag din ang mga provider ng network na “mga provider sa plano.”

Nursing home o pasilidad: Isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga sa mga taong hindi natatanggap ang kanilang pangangalaga sa kanilang bahay pero hindi kailangang ma-admit sa ospital.

Ombudsman: Isang opisina sa iyong estado na kumikilos bilang tagapagtaguyod sa iyong ngalan. Puwede nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo, at matutulungan ka nila na maunawaan ang dapat mong gawin. Libre ang mga serbisyo ng ombudsman. Puwede kang maghanap ng higit pang impormasyon sa **Kabanata 2 at 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Pagpapasya ng organisasyon: Ang aming plano ay gumagawa ng pagpapasya ng organisasyon kapag kami, o ang isa sa aming mga provider, ay nagpasya tungkol sa kung ang isang serbisyo ba ay sinasaklaw o kung magkano ang babayaran mo para sa mga sinasaklaw na serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na “mga pasya sa saklaw”. Ipaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga pasya ng saklaw.

Orihinal na Biological na Produkto: Ang isang biological na produktong naaprubahan ng FDA at nagsisilbing paghahambing sa mga manufacturer na gumagawa ng biosimilar na bersyon. Tinatawag din itong reference na produkto.

Original Medicare (tradisyonal na Medicare o fee-for-service na Medicare): Iniaalok ng pamahalaan ang Original Medicare. Sa ilalim ng Original Medicare, sinasaklaw ang mga serbisyo sa pamamagitan ng pagbabayad sa mga doktor, ospital, at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan ng halaga na tinutukoy ng Kongreso.

- Puwede mong gamitin ang sinumang doktor, ospital, o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap sa Medicare. May dalawang bahagi ang Original Medicare: Medicare Part A (insurance sa ospital) at Medicare Part B (medikal na insurance).
- Available ang Original Medicare kahit saan sa United States.
- Kung ayaw mong maging bahagi ng aming plano, puwede mong piliin ang Original Medicare

Parmasyang wala sa network: Isang parmasyang hindi sumang-ayong makipagtulungan sa aming plano para makipag-coordinate o magbigay ng mga sinasaklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi sinasaklaw ng aming plano ang karamihan ng gamot na nakukuha mo mula sa mga wala sa network na parmasya maliban kung may mga nalalapat na kundisyon.

Wala sa network na provider o Wala sa network na pasilidad: Isang provider o pasilidad na hindi kinuha, pinagmamay-arian, o pinapagana ng aming plano at walang kontrata para magbigay ng mga sinasaklaw 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.

Mga gastos mula sa sariling bulsa: Ang kinakailangan sa bahagi sa gastos na kinakailangang bayaran ng mga miyembro para sa bahagi ng mga gamot na natatanggap nila ay tinatawag ding “mula sa sariling bulsa” na kailangan sa gastos. Sumangguni sa kahulugan para sa “bahagi sa gastos” sa itaas.

Mga gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter, OTC): Ang mga gamot na mabibili nang walang reseta ay mga gamot o medisina na mabibili ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

Part A: Sumangguni sa “Medicare Part A.”

Part B: Sumangguni sa “Medicare Part B.”

Part C: Sumangguni sa “Medicare Part C.”

Part D: Sumangguni sa “Medicare Part D.”

Mga Part D na gamot: Sumangguni sa “Mga Medicare Part D na gamot.”

Personal na impormasyong pangkalusugan (tinatawag ding Pinoprotektahang impormasyong pangkalusugan (Protected health information, PHI): Impormasyon tungkol sa iyo at sa kalusugan mo, gaya ng iyong pangalan, address, social security number, mga pagbisita sa doktor, at kasaysayang medikal. Sumangguni sa Abiso sa Mga Kasanayan sa Privacy para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan, ginagamit, at ibinubunyag ang iyong PHI, pati na rin ang iyong mga karapatan hinggil sa iyong PHI.

Mga pang-iwas na serbisyo: Pangangalagang pangkalusugan para maiwasan ang karamdaman o matukoy ang karamdaman sa maagang yugto, kapag malamang na tumalab nang mahusay ang paggamot (halimbawa, kasama sa mga pang-iwas na serbisyo ang mga Pap test, bakuna laban sa trangkaso, at screening mammogram).

Pangunahing provider sa pangangalaga (primary care provider, PCP): Ang doktor o ibang provider na una mong ginagamit para sa karamihan ng problemang pangkalusugan. Tinitiyak nila na natatanggap mo ang pangangalaga para manatiling malusog.

- Puwede rin silang makipag-usap sa ibang doktor at provider ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa iyong pangangalaga at i-refer ka sa kanila.

- Sa maraming planong pangkalusugan ng Medicare, dapat mong gamitin ang iyong pangunahing provider ng pangangalaga bago ka gumamit ng anumang iba pang provider ng pangangalang pangkalusugan.
- Sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa pagtanggap ng pangangalaga mula sa mga pangunahing provider ng pangangalaga.

Paunang awtorisasyon (prior authorization, PA): Isang pag-aprubang dapat mong makuha mula sa amin bago mo matanggap ang isang partikular na serbisyo o gamot o magamit ang isang wala sa network na provider. Posibleng hindi saklawin ng aming plano ang serbisyo o gamot kung hindi ka muna makakakuha ng pag-apruba.

Sinasaklaw lang ng aming plano ang ilang medikal na serbisyo sa network kung kukuha ang iyong doktor o iba pang provider sa network ng PA mula sa amin.

- Nakamarka ang mga sinasaklaw na serbisyong nangangailangan ng PA ng aming plano sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sinasaklaw lang ng aming plano ang ilan sa mga gamot kung makakakuha ka ng PA mula sa amin.

- Nakamarka ang mga sinasaklaw na gamot na nangangailangan ng PA ng aming plano sa *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* at ang mga panuntunan ay naka-post sa aming website.

Programa ng Inklusibo sa Lahat na Pangangalaga para sa Nakakatanda (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Isang programang sumasaklaw sa mga benepisyo ng Medicare at Medicaid nang magkasama para sa mga taong 55 taong gulang pataas na nangangailangan ng mas mataas na antas ng pangangalaga para tumira sa bahay.

Prosthetics at Orthotics: Mga medikal na serbisyong iniuutos ng iyong doktor o iba pang provider sa pangangalagang pangkalusugan, pero hindi limitado sa, mga brase sa braso, likod, at leeg; artipisyal na paa at kamay; artipisyal na mata; at mga device na kinakailangan para palitan ang isang internal na bahagi ng katawan o paggana ng katawan, kasama ang mga ostomy supply at enteral at parenteral nutrition therapy.

Organisasyon sa pagpapahusay ng kalidad (quality improvement organization, QIO): Isang grupo ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na pahusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Binabayaran ng pederal na pamahalaan ang QIO para suriin at pahusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa QIO.

Mga limitasyon sa dami: Isang limitasyon sa dami ng gamot na puwede mong makuha. Posible naming limitahan ang gamot na sinasaklaw namin kada reseta.

Real Time na Tool sa Benepisyo: Isang portal o computer application kung saan makakapaghanap ang mga enrollee ng kumpleto, tumpak, napapanahon, klinikal na naaangkop, at partikular sa enrollee na mga sinasaklaw na gamot at impormasyon ng benepisyo. Kasama rito ang mga halaga ng bahagi sa gastos, alternatibong gamot na posibleng gamitin para sa parehong kundisyon sa kalusugan sa isang ibinigay na gamot, at mga paghihigpit sa saklaw (paunang awtorisasyon, step therapy, limitasyon sa dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

Referral: Ang isang referral ay ang pag-apruba ng iyong pangunahing provider ng pangangalaga (PCP) o ang aming pag-apruba sa paggamit ng provider maliban sa iyong PCP. Kung hindi ka makakakuha ng pag-apruba muna, posibleng hindi namin saklawin ang mga serbisyo. Hindi mo kailangan ng referral para gamitin ang mga partikular na espesyalista, gaya ng 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.

Mga serbisyo sa rehabilitasyon: Paggamot na natatanggap mo para tulungan kang gumaling mula sa isang karamdaman, aksidente, o major operation. Sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para matuto pa tungkol sa mga serbisyo sa rehabilitasyon.

Mga sensitibong serbisyo: Mga serbisyong nauungay sa kalusugan ng pag-iisip o pag-uugali, sexual at reproductive health, pagpaplano ng pamilya, mga impeksyong naipapasa sa pamamagitan ng pakikipagtalik (sexually transmitted infection, STI), HIV/AIDS, sekswal na pag-atake at aborsyon, problema sa paggamit ng substance, gender affirming na pangangalaga, at karahasan ng intimate partner.

Lugar ng serbisyo: Isang heograpikong lugar kung saan tumatanggap ang planong pangkalusugan ng mga miyembro kung nalilimitahan nito ang membership batay sa kung saan nakatira ang mga tao. Para sa mga plano nakakalimita kung anong doktor o ospital ang posible mong magamit, karaniwang ito ang lugar kung saan ka makakakuha ng routine (hindi pang-emergency) na serbisyo. Ang mga tao lang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ang puwedeng mag-enroll sa aming plano.

Pasilidad sa sanay na pangangalaga (skilled nursing facility, SNF): Isang pasilidad sa pangangalaga na may kawani at kagamitan para magbigay ng sanay na pangangalaga at, sa karamihan ng kaso, sanay na serbisyo para sa rehabilitasyon, at iba pang nauugnay na serbisyo sa kalusugan.

Pangangalaga sa pasilidad sa sanay na pangangalaga (SNF): Sanay na pangangalaga at serbisyo sa rehabilitasyon na ibinibigay sa isang patuloy at pang-araw-araw na batayan sa isang pasilidad sa sanay na pangangalaga. Kasama sa mga halimbawa ng pasilidad sa sanay na pangangalaga ang physical therapy o intravenous (IV) na iniksyon na puwedeng ibigay ng isang rehistradong nurse o doktor.

Espesyalista: Doktor na gumagamot ng ilang partikular na uri ng mga problema sa pangangalagang pangkalusugan. Halimbawa, orthopedic surgeon na gumagamot ng mga baling buto; allergist na gumagamot ng mga allergy; at cardiologist na gumagamot ng mga problema sa puso. Madalas ay kailangan ng miyembro ng referral mula sa kanyang PCP para makapagpatingin sa isang espesyalista.

Espesyalisadong parmasya: Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para matuto pa tungkol sa mga espesyalisadong parmasya.

Pagdinig ng Estado: Kung humihiling ang iyong doktor o ang ibang provider para sa isang serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin naaaprubahan, o hindi namin patuloy na binabayaran ang isang serbisyo ng Medi-Cal na natatanggap mo na, puwede kang humiling para sa isang Pagdinig ng Estado. Kung nagpasya ang Pagdinig ng Estado nang pabor sa iyo, dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyong hiniling mo.

Step therapy: Isang panuntunan sa saklaw na nag-aatas na kailangan mong sumubok ng ibang gamot bago namin saklawin ang gamot na hiniling mo.

Pantulong na Paseguridad na Kita (Supplemental Security Income, SSI): Isang buwang benepisyong binabayaran ng Social Secuirty sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na may kapansanan, bulag, o 65 taong gulang pataas. Ang mga benepisyo ng SSI ay hindi pareho sa mga benepisyo ng Social Security.

Agarang kinakailangang pangangalaga: Pangangalagang natatanggap mo para sa isang hindi inaasahang karamdaman, pinsala, o kundisyon na hindi isang emergency pero kailangan kaagad ng pangangalaga. Puwede kang makatanggap ng agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network kapag hindi mo makuha ang mga ito dahil kung isasaalang-alang ang iyong oras, lugar, o sitwasyon, hindi ito posible, o hindi makatuwirang tumanggap ng mga serbisyo mula sa mga provider sa network (halimbawa, kapag nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano at nangangailangan ka ng medikal na kinakailangang agarang serbisyo para sa hindi inaasahang kundisyon pero hindi ito isang medikal na emergency).

Mga Serbisyo sa Miyembro ng Alameda Alliance Wellness

TUMAWAG	1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767) Libre ang mga tawag sa numerong ito. 8 am – 8 pm, pitong araw sa isang linggo. Mayroon ding libreng interpreter sa wika ang Mga Serbisyon sa Miyembro na available para sa mga hindi English ang ginagamit na wika.
TTY	1.800.735.2929 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lang sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. 8 am – 8 pm, pitong araw sa isang linggo.
FAX	1.877.747.4504
SUMULAT	Alameda Alliance Wellness 1240 South Loop Road Alameda, CA 94502 AAWMemberSupport@alamedaalliance.org
Website	www.alamedalliance.org/alliancewellness