Enero 1 – Disyembre 31, 2024

Katibayan ng Pagsaklaw:

Ang Mga Benepisyo at Serbisyong Pangkalusugan at Pagsaklaw sa Inireresetang Gamot ng Medicare para sa Inyo bilang Miyembro ng Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

Makikita ninyo sa dokumentong ito ang mga detalye tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan at pagsaklaw sa mga inireresetang gamot ng Medicare mula Enero 1 – Disyembre 31, 2024. **Isa itong mahalagang legal na dokumento. Mangyaring itago ito sa ligtas na lugar.**

Para sa mga tanong tungkol sa dokumentong ito, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007. (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Ang mga oras ay: Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag na ito.

Ang planong ito, ang Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), ay iniaalok ng Health Net Community Solutions, Inc. (Kapag binanggit sa *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito ang mga salitang "kami," "namin," o "amin," ito ay tumutukoy sa Health Net Community Solutions, Inc. Kapag binanggit ang mga salitang "plano" o "aming plano," ito ay tumutukoy sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).)

Available ang dokumentong ito nang libre sa Espanyol, Chinese, Vietnamese, Tagalog, at Russian. Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang kapaki-pakinabang para sa inyo (sa audio, sa braille, sa malaking print, o sa iba pang alternatibong format, atbp.). Pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kung kailangan ninyo ng impormasyon ng plano sa ibang format.

Maaaring magbago ang mga benepisyo, at/o bahaginan-sa-bayad/coinsurance sa Enero 1, 2025.

Maaaring magbago anumang oras ang pormularyo, network ng parmasya, at/o network ng tagapagbigay ng serbisyo. Makakatanggap kayo ng abiso kung kinakailangan. Aabisuhan namin ang mga apektadong nagpapatala tungkol sa mga pagbabago nang mas maaga nang kahit man lang 30 araw.

Ipinapaliwanag ng dokumentong ito ang iyong mga benepisyo at mga karapatan. Gamitin ang dokumentong ito para maunawaan ang tungkol sa:

- Premium at bahagian sa gastos ng iyong plano;
- Iyong mga benepisyong medikal sa benepisyo sa mga gastos sa inireresetang gamot;
- Paano maghain ng reklamo kung hindi ka nasisiyahan sa isang serbisyo o paggamot;
- Paano makipag-ugnayan sa amin kung kailangan mo pa ng tulong; at,
- Iba pang proteksyong kinakailangan ng batas ng Medicare.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)
CA4CNCEOC35810T_0001
H3561_001_2024_CA_EOC_DSNP_126982T_C
H3561001000

Batay sa isang pagsusuri sa Modelo ng Pangangalaga, naaprubahan ang Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ng National Committee for Quality Assurance (NCQA) na tumakbo bilang Special Needs Plan (SNP) hanggang 2024.

Abiso sa Hindi Pandidiskrimina

Labag sa batas ang diskriminasyon. Sinusunod ng Wellcare By Health Net ang mga batas sa karapatang sibil ng Estado at Pederal. Ang Wellcare By Health Net ay hindi lumalabag sa batas na nagdidiskrimina, nagbubukod ng mga tao, o naiiba ang pakikitungo sa kanila dahil sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, pisikal na kapansanan, medikal na kundisyon, genetic na impormasyon, katayuan sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, o oryentasyong sekswal.

Nagbibigay ang Wellcare By Health Net ng:

- Libreng tulong at mga serbisyo sa mga taong may mga kapansanan upang maging madali ang pakikipag-ugnayan nila sa amin, gaya ng:
  - Mga kwalipikadong interpreter ng sign language
  - Nakasulat na impormasyon na nasa iba pang format (malaking print, audio, mga accessible na elektronikong format, 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 ninyo ang mga serbisyong ito, makipag-ugnayan sa Wellcare By Health Net sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-800-431-9007**. Sa pagitan ng Oktubre 1 hanggang Marso 31, maaari ninyo kaming tawagan 7 araw sa isang linggo mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, matatawagan ninyo kami nang Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. Isang messaging system ang ginagamit sa mga oras na sarado, tuwing Sabado at Linggo, at kapag pederal na holiday. Kung kayo ay hindi makarinig o makapagsalita nang maayos, maaaring tumawag sa **TTY 711**. Kapag hiniling, ang dokumentong ito ay maaaring maging available sa inyo sa braille, malaking print, audiocasette, o elektronikong anyo. Para makakuha ng kopya ng isa sa alternatibong mga format na ito, maaaring tumawag o sumulat sa:

Wellcare By Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007 (TTY: 711)

Paano Maghahain ng Karaingan

Kung kayo ay naniniwala na ang Wellcare By Health Net ay nabigo sa pagbigay ng mga serbisyong ito o lumabag sa batas na nagtatanggi sa ibang paraan batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, pisikal na kapansanan, medikal na kundisyon, genetic na impormasyon, katayuan sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, o oryentasyong sekswal, maaari kayong maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Maaari kayong maghain ng karaingan sa telepono, sa pagsulat, personal, o sa elektronikong paraan:

- **Sa telepono:** Kontakin ang Civil Rights Coordinator ng Wellcare By Health Net sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-866-458-2208**. Mula 8 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes

hanggang Biyernes. O, kung hindi kayo makarinig o makapagsalita nang maayos, maaaring tumawag sa TTY 711.

- Sa sulat: Magsagot ng form ng reklamo o sumulat at ipadala ito sa:
  Wellcare Civil Rights Coordinator
  P.O. Box 9103
  Van Nuys, CA 91409-9103
- **Personal:** Bumisita sa opisina ng inyong doktor o ng Wellcare By Health Net at sabihin na gusto ninyong maghain ng karaingan.
- **Elektronikong Pamamaraan:** Bumisita sa website ng Wellcare By Halth Net sa **wellcare.com/healthnetCA**.

Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil – Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Maaari kayong maghain ng reklamo tungkol sa karapatang sibil sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California sa telepono, sa pagsulat, o elektronikong pamamaraan:

- **Sa telepono:** Tumawag sa **1-916-440-7370**. Kung hindi kayo makapagsalita o makarinig nang maayos, tumawag sa **TTY 711 (Telecommunications Relay Service)**.
- **Sa sulat:** Magsagot ng form ng reklamo o sumulat sa:
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  Available ang mga form ng reklamo sa **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**.
- **Elektronikong pamamaraan:** Magpadala ng email sa **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil – Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S.

Kung naniniwala kayo na nadiskrimina kayo batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian, puwede rin kayong maghain ng reklamo tungkol sa karapatang sibil sa Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa telepono, sa pagsulat, o elektronikong pamamaraan:

- **Sa telepono:** Tumawag sa **1-800-368-1019**. Kung kayo ay hindi makapagsalita o makarinig nang maayos, maaaring tumawag sa
  TTY/TDD 1-800-537-7697.
- Sa sulat: Magsagot ng form ng reklamo o sumulat sa:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW.
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201
  Available ang mga form para sa reklamo sa **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.
- **Elektronikong pamamaraan:** Bumisita sa Office for Civil Rights Complaint Portal sa **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY:**711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007**（TTY：**711**）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007**（TTY：**711**）。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (**廣東話**): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。我們也爲殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY：**711**)。這些服務爲免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-800-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。**1-800-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007** (TTY:**711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (**ພາສາລາວ**): ສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY:**711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY:711)**। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **(TTY: 711)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): **โปรดทราบ**: **หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-800-431-9007** (TTY:**711**) **นอกจากนี ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารทีเป็นอักษรเบรลล์และเอกสารทีใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร 1-800-431-9007** (TTY: **711**) **บริการเหล่านีไม่มีค่าใช้จ่าย**

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

2024 Katibayan ng Pagsaklaw
Talaan ng Mga Nilalaman

KABANATA 1: ***Pagsisimula bilang miyembro*** **13**

SEKSYON 1 Panimula 13
SEKSYON 2 Paano kayo magiging karapat-dapat na maging miyembro ng plano? 15
SEKSYON 3 Mahahalagang materyal para sa membership na matatanggap ninyo 17
SEKSYON 4 Ang inyong buwanang gastos para sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 19
SEKSYON 5 Higit pang impormasyon tungkol sa inyong buwanang premium 23
SEKSYON 6 Pagpapanatiling napapanahon ng inyong rekord ng membership sa plano 23
SEKSYON 7 Paano gumagana ang ibang insurance sa aming plano 24

KABANATA 2: ***Mga importanteng numero ng telepono at sanggunian*** **28**

SEKSYON 1 Mga contact ng aming plano (paano makikipag-ugnayan sa amin, kabilang na kung paano makikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro) 28
SEKSYON 2 Medicare (paano makakuha ng tulong at impormasyon nang direkta mula sa Pederal na Programa ng Medicare) 34
SEKSYON 3 Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan (libreng tulong, impormasyon, at mga sagot sa inyong katanungan tungkol sa Medicare) 36
SEKSYON 4 Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad 37
SEKSYON 5 Panlipunang Seguridad (Social Security) 38
SEKSYON 6 Medicaid 39
SEKSYON 7 Impormasyon tungkol sa mga programang makakatulong sa mga taong mabayaran ang kanilang mga inireresetang gamot 41
SEKSYON 8 Paano makikipag-ugnayan sa Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles 45
SEKSYON 9 Mayroon ba kayong panggrupong insurance o iba pang insurance sa kalusugan mula sa employer? 46

KABANATA 3: ***Paggamit ng plano para sa inyong medikal na serbisyo at iba pang saklaw na serbisyo*** **48**

SEKSYON 1 Mga bagay na dapat ninyong malaman tungkol sa pagkuha ng inyong medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo bilang miyembro ng aming plano 48

SEKSYON 2 Gamitin ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng plano upang makuha ang inyong medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo ... 51

SEKSYON 3 Paano makakuha ng mga serbisyo kung mayroon kayong emergency o agarang pangangailangan para sa pangangalaga o sa panahon ng sakuna... 57

SEKSYON 4 Paano kung direkta kayong sisingilin para sa buong kabayaran ng inyong mga serbisyo?... 60

SEKSYON 5 Paano sinasaklaw ang inyong mga medikal na serbisyo kapag kayo ay nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral? ... 61

SEKSYON 6 Mga panuntunan para sa pagkuha ng pangangalagang sinasaklaw sa relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan... 63

SEKSYON 7 Mga panuntunan sa pagmamay-ari ng matitibay na medikal na kagamitan... 64

KABANATA 4: *Chart ng mga Medikal na Benepisyo (ano ang sinasaklaw)* 68

SEKSYON 1 Pag-unawa sa mga saklaw na serbisyo ... 68

SEKSYON 2 Gamitin ang Chart ng *Chart ng mga Medikal na Benepisyo* upang malaman kung ano ang sinasaklaw... 69

SEKSYON 3 Ano ang mga serbisyong sinasaklaw sa labas ng plano?... 133

SEKSYON 4 Ano ang mga serbisyong hindi sinasaklaw ng plano? ... 134

KABANATA 5: *Paggamit sa pagsaklaw ng plano para sa mga Part D na inireresetang gamot* ... 139

SEKSYON 1 Panimula ... 139

SEKSYON 2 Kunin ang inyong reseta sa parmasyang nasa network o sa pamamagitan ng mail-order na serbisyo ng plano... 140

SEKSYON 3 Kailangang nasa “Listahan ng Gamot” ng plano ang inyong mga gamot.... 145

SEKSYON 4 May mga paghihigpit sa pagsaklaw para sa ilang gamot... 147

SEKSYON 5 Paano kung hindi sinasaklaw ang isa sa inyong mga gamot sa paraang gusto ninyo itong masaklaw?... 149

SEKSYON 6 Paano kung magbago ang inyong pagsaklaw para sa isa sa inyong mga gamot?... 152

SEKSYON 7 Ano ang mga uri ng gamot ang *hindi* sinasaklaw ng plano? ... 155

SEKSYON 8 Pagkuha ng inireresetang gamot ... 156

SEKSYON 9 Pagsaklaw sa Part D na gamot sa mga espesyal na sitwasyon ... 157

SEKSYON 10 Mga programa sa pagiging ligtas ng gamot at sa pangangasiwa ng mga gamot... 159

SEKSYON 11 Magpapadala kami sa inyo ng mga ulat na nagpapaliwanag ng mga pagbabayad sa inyong mga gamot at kung nasa aling yugto kayo ng pagbabayad 161

KABANATA 6: *Ang binabayaran ninyo para sa inyong mga inireresetang gamot sa Part D* 165

KABANATA 7: *Paghiling sa aming magbayad ng bill na natanggap ninyo para sa mga saklaw na medikal na serbisyo o gamot* 167

SEKSYON 1 Mga sitwasyon kung saan dapat ninyong hilingin sa amin na bayaran namin ang inyong mga saklaw na serbisyo o mga gamot..... 167

SEKSYON 2 Paano hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad ninyo o na bayaran ang natanggap ninyong bill..... 170

SEKSYON 3 Pag-iisipan namin ang inyong kahilingan para sa bayad at sasagot kami ng oo o hindi 172

KABANATA 8: *Ang inyong mga karapatan at responsibilidad* 174

SEKSYON 1 Dapat igalang ng aming plano ang inyong mga karapatan at mga sensitivity sa kultura bilang miyembro ng plano 174

SEKSYON 2 May ilang tungkulin kayo bilang miyembro ng plano..... 185

KABANATA 9: *Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)* 188

SEKSYON 1 Panimula 188

SEKSYON 2 Saan makakakuha ng higit pang impormasyon at nakapersonal na tulong ... 189

SEKSYON 3 Upang maayos ang inyong problema, aling proseso ang dapat ninyong gamitin?..... 190

SEKSYON 4 Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo ng Medicare 191

SEKSYON 5 Isang gabay sa mga batayan ng mga desisyon sa pagsaklaw at apela 192

SEKSYON 6 Ang inyong medikal na pangangalaga: Paano humingi ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela ng desisyon sa pagsaklaw 196

SEKSYON 7 Ang Inyong Mga Inireresetang Gamot sa Part D: Paano humingi ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela 205

SEKSYON 8 Paano hihilingin sa aming saklawin ang mas matagal na pananatili sa ospital bilang inpatient kung sa palagay ninyo ay masyado pang maaga para ma-discharge kayo 216

SEKSYON 9 Paano hihilingin sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na mga medikal na serbisyo kung sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong pagsaklaw 225

SEKSYON 10 Pagdadala ng inyong apela sa Antas 3 at sa antas pagkatapos niyon..... 232

SEKSYON 11 Paano maghain ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga tagal ng paghihintay, serbisyo sa kostumer, o iba pang alalahanin.... 235

SEKSYON 12 Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo ng Medicaid 240

KABANATA 10: *Pagtatapos ng inyong membership sa plano* 242

SEKSYON 1 Introduksyon sa pagwawakas ng inyong membership sa aming plano 242

SEKSYON 2 Kailan ninyo maaaring wakasan ang inyong membership sa aming plano?..... 242

SEKSYON 3 Paano ninyo mawawakasan ang inyong membership sa aming plano?..... 246

SEKSYON 4 Hangga't hindi nagwawakas ang inyong membership, dapat kayong patuloy na tumanggap ng inyong mga medikal na gamit, serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano..... 248

SEKSYON 5 Dapat naming wakasan ang inyong membership sa plano sa ilang partikular na sitwasyon 248

KABANATA 11: *Mga legal na abiso* 252

SEKSYON 1 Abiso tungkol sa nangangasiwang batas..... 252

SEKSYON 2 Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina 252

SEKSYON 3 Abiso tungkol sa mga karapatan sa subrogasyon ng Medicare na Pangalawang Nagbabayad 253

SEKSYON 4 Pagbawi ng mga benepisyong binayaran ng aming plano sa ilalim ng inyong Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) plan 253

SEKSYON 5 Membership card 256

SEKSYON 6 Mga independienteng contractor..... 256

SEKSYON 7 Panloloko sa plano sa pangangalagang pangkalusugan..... 256

SEKSYON 8 Mga sitwasyong hindi kontrolado ng plano..... 257

KABANATA 12: *Mga kahulugan ng mahahalagang salita* 259

KABANATA 1:

Pagsisimula bilang miyembro

SEKSYON 1 Panimula

Seksyon 1.1 Nakatala kayo sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), na isang naka-specialize na Medicare Advantage na Plano (Special Needs Plan)

Sinasaklaw kayo ng parehong Medicare at Medicaid:

- Ang **Medicare** ay ang Pederal na programang insurance sa kalusugan para sa mga taong may edad 65 o mas matanda, ilang taong wala pang 65 na may mgapartikular na kapansanan, at mga taong may sakit sa bato na wala nang lunas (hindi na gumagana ang bato).
- Ang **Medicaid** ay isang pinagsamang programa ng pamahalaang Pederal at pang-estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa ilang partikular na taong may limitadong kita at mapagkukunan. Nag-iiba-iba ang pagsaklaw ng Medicaid depende sa estado at uri ng Medicaid na mayroon kayo. Nakakakuha ng tulong ang ilang taong may Medicaid sa pagbabayad para sa kanilang mga premium sa Medicare at iba pang gastos. May iba ring mga tao na nakakakuha ng pagsaklaw para sa mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi saklaw ng Medicare.

Pinili ninyong makuha ang pangangalagang pangkalusugan ng Medicare at ang pagsaklaw sa inireresetang gamot para sa inyo sa pamamagitan ng aming plano, na Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Kinakailangan naming saklawin an glahat ng serbisyo ng Part A at Part B. Gayunpaman, iba ang bahagian sa gastos at access ng tagapagbigay sa planong ito kaysa sa Original Medicare.

Ang Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ay isang naka-specialize na Medicare Advantage na Plano (isang Special Needs Plan ng Medicare), na nangangahulugang ang mga benepisyo nito ay nakalaan para sa mga taong may mga espesyal na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan. Idinisenyo ang aming plano para sa mga taong may Medicare at may karapatan ding makakuha ng tulong mula sa California Medi-Cal (Medicaid).

Dahil nakakakuha kayo ng tulong mula sa Medicaid gamit ang inyong bahaginan-sa-gastos sa Medicare Part A at B (mga nababawas, bahaginan-sa-bayad, at coinsurance), maaari kayong walang bayaran para sa inyong mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan ng Medicare. Maaari ding magbigay ang California Medi-Cal (Medicaid) ng ibang benepisyo sa inyo sa pamamagitan ng pagsaklaw sa mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na hindi karaniwang sinasaklaw ng Medicare. Maaari din kayong tumanggap ng “Extra Help” mula sa Medicare para mabayaran ang inyong mga inireresetang gamot sa Medicare. Makakatulong ang aming plano na pamahalaan ang lahat ng benepisyong ito para sa inyo, para makuha ninyo ang mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan at tulong sa pagbabayad na kwalipikado kayong matanggap.

Pinapatakbo ng isang pribadong kumpanya ang aming plano. Tulad ng lahat ng Medicare Advantage na Plano, ang Special Needs Plan ng Medicare na ito ay inaprubahan ng Medicare. May kontrata rin ang plano sa California Medicaid program para ikoordina ang inyong mga benepisyo sa California Medi-Cal (Medicaid). Ikinasisiya naming ibigay ang pagsaklaw sa pangangalagang pangkalusugan ng Medicare para sa inyo, kasama na ang pagsaklaw sa inyong inireresetang gamot.

Ang pagsaklaw sa ilalim ng Planong ito ay kwalipikado bilang Kwalipikadong Pangkalusugang Pagsaklaw (QHC) at tumutugon sa iniaatas na responsibilidad sa bawat indibidwal ng Batas sa Proteksyon ng Pasyente at Abot-kayang Pangangalaga (Affordable Care Act, ACA). Pakibisita ang website ng Internal Revenue Service (IRS) sa: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para sa higit pang impormasyon.

Seksyon 1.2 Tunkol saan ang dokumentong *Katibayan ng Pagsaklaw*?

Ipinapaalam sa inyo ng dokumentong *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito kung paano ninyo makukuha ang inyong medikal na pangangalaga at mga inireresetang gamot mula sa Medicare. Ipinapaliwanag nito sa inyo ang inyong mga karapatan at responsibilidad, kung ano ang sinasaklaw, ano ang binabayaran ninyo bilang miyembro ng plano, at kung paano maghain ng reklamo kung hindi kayo nasisiyahan sa isang desisyon o paggamot.

Ang mga salitang *pagsaklaw* at *mga saklaw na serbisyo* ay tumutukoy sa mga medikal na pangangalaga at serbisyo at sa mga inireresetang gamot na available sa inyo bilang miyembro ng Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

Mahalagang malaman ninyo ang tungkol sa mga panuntunan ng plano at kung ano ang mga serbisyong maaari ninyong makuha. Hinihikayat namin kayong maglaan ng oras para basahin ang dokumentong *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito.

Kung naguguluhan kayo, o kung mayroon kayong alalahanin o tanong, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Seksyon 1.3 Legal na impormasyon tungkol sa *Katibayan ng Pagsaklaw*

Ang *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito ay bahagi ng aming kontrata sa inyo tungkol sa kung paano sinasaklaw ng aming plano ang inyong pangangalaga. Kabilang sa iba pang bahagi ng kontratang ito ang inyong form sa pagpapatala, ang *Listahan ng mga Sinasaklaw na Gamot (Pormularyo)*, at anumang abiso na matatanggap ninyo mula sa amin tungkol sa mga pagbabago sa inyong pagsaklaw o sa mga kundisyong makakaapekto sa inyong pagsaklaw. Kung minsan, tinatawag ding *mga rider* o *mga amendment* ang mga abisong ito.

Magkakabisa ang kontrata para sa mga buwan kung kailan kayo nakatala sa aming plano mula Enero 1, 2024 hanggang Disyembre 31, 2024.

Bawat taon ng kalendaryo, pinapahintulutan kami ng Medicare na gumawa ng mga pagbabago sa mga planong ibinibigay namin. Ibig sabihin nito, maaari naming baguhin ang mga gastos at benepisyo ng Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) pagkatapos ng Disyembre 31, 2024. Puwede rin naming piliing ihinto ang pag-aalok ng plano sa inyong sineserbisyuhang lugar, o ialok ito sa ibang sineserbisyuhang lugar, pagkatapos ng Disyembre 31, 2024.

Dapat aprubahan ng Medicare (ang Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid) ang Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) bawat taon. Maaari kayong patuloy na makakuha ng pagsaklaw ng Medicare bilang miyembro ng aming plano hangga't pinipili naming patuloy na ibigay ang plano at nire-renew ng Medicare ang pag-apruba nito sa plano.

SEKSYON 2 Paano kayo magiging karapat-dapat na maging miyembro ng plano?

Seksyon 2.1 Ang inyong mga kailangan upang maging kwalipikado

Kwalipikado kayo para sa membership sa aming plano hangga't:

- Mayroon kayong Medicare Part A at Medicare Part B
- -- *at* -- Nakatira kayo sa aming heograpikong sineserbisyuhang lugar (Inilalarawan ng Seksyon 2.3 sa ibaba ang aming sineserbisyuhang lugar). Ang mga nakakulong na indibidwal ay hindi itinuturing na nakatira sa heograpikong sineserbisyuhang lugar kahit na sila ay pisikal na matatagpuan dito.
- -- *at* -- kayo ay mamamayan ng Estados Unidos o kasalukuyang nasa Estados Unidos nang naaayon sa batas
- -- *at* -- Natutugunan ninyo ang mga espesyal na kinakailangang inilalarawan sa ibaba.

Mga espesyal na kinakailangan sa pagiging kwalipikado para sa aming plano

Nakalaan ang aming plano upang matugunan ang mga pangangailangan ng mga taong tumatanggap ng ilang partikular na benepisyo ng Medicaid. (Ang Medicaid ay isang magkasamang programa ng Pederal na pamahalaan at ng pamahalaan ng estado na tumutulong sa mga medikal na gastusin para sa ilang partikular na taong may mga limitadong kita at mapagkukunan.) Para maging kwalipikado sa aming plano, kwalipikado dapat kayo sa Medicare at tulong sa bahagian sa gastos sa Kumpletong Benepisyo ng Medicaid sa ilalim ng Medicaid.

Pakitandaan: Kung hindi kayo magiging kwalipikado ngunit maaasahan namang magiging kwalipikado kayo ulit sa loob ng 6 na Buwan, magiging kwalipikado pa rin kayo para sa membership sa aming plano (Ipinapaalam sa inyo ng Kabanata 4, Seksyon 2.1 ang tungkol sa pagsaklaw sa inyo at bahagian sa gastos sa panahon ng ipinagpapalagay na pagtuloy ng inyong pagiging kwalipikado).

Seksyon 2.2 Ano ang Medicaid?

Ang Medicaid ay isang pinagsamang programa ng pamahalaang Pederal at pang-estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa ilang partikular na taong may limitadong kita at mapagkukunan. Nagpapasya ang bawat estado tungkol sa kung ano ang maituturing bilang kita at mga mapagkukunan, kung sino ang kwalipikado, kung anong mga serbisyo ang saklaw, at halaga ng mga serbisyo. Maaari ding magpasya ang mga estado tungkol sa kung paano pinapatakbo ang programa ng mga ito hangga't nasusunod nila ang mga alituntuning Pederal.

Dagdag pa rito, mayroong mga programang ibinibigay sa pamamagitan ng Medicaid na tumutulong sa mga taong mayroong Medicare na bayaran ang kanilang mga gastos, gaya ng kanilang mga premium ng Medicare. Tinutulungan ng "Mga Programa sa Savings ng Medicare" na ito ang mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na makapag-ipon ng pera bawat taon:

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+):** Tumutulong sa pagbabayad ng mga premium ng Medicare Part A at Part B, at iba pang bahagian sa gastos (tulad ng mga naibabawas, coinsurance, at mga bahaginan-sa-bayad). Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay tumatanggap din ng mga kumpletong benepisyo ng Medicaid.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+):** Nakakatulong sa pagbabayad ng mga premium sa Part B. Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay tumatanggap din ng mga kumpletong benepisyo ng Medicaid.
- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Tumutulong sa pagbabayad ng mga premium ng Medicare Part A at Part B, at iba pang bahagian sa gastos (tulad ng mga naibabawas, coinsurance, at bahaginan-sa-bayad). Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay tumatanggap din ng mga kumpletong benepisyo ng Medicaid.

Seksyon 2.3 Narito ang sineserbisyuhang lugar ng plano para sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

Ang Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ay makukuha lang ng mga indibidwal na nakatira sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano. Upang manatiling miyembro ng aming plano, kailangan ninyong manatiling nakatira sa sineserbisyuhang lugar ng plano. Inilalarawan sa ibaba ang sineserbisyuhang lugar.

Kabilang sa aming mga sineserbisyuhang lugar ang mga county na ito sa California: Amador, Imperial, Kern, Placer, San Francisco, San Joaquin, at Stanislaus.

Kung plano ninyong lumipat sa labas ng sineserbisyuhang lugar, hindi kayo maaaring manatiling miyembro ng aming plano. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para malaman kung mayroon kaming plano sa inyong bagong lugar. Kapag lumipat kayo, magkakaroon kayo ng Natatanging Panahon ng Pagpapatala na magpapahintulot sa inyong lumipat sa Original Medicare o magpatala sa planong pangkalusugan o plano ng gamot ng Medicare na maaaring makuha sa inyong bagong lokasyon.

Mahalaga ring tumawag kayo sa Panlipunang Seguridad (Social Security) kung lilipat o magbabago kayo ng address na papadalhan. Mahahanap ninyo ang mga numero ng telepono at impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa Social Security sa Kabanata 2, Seksyon 5.

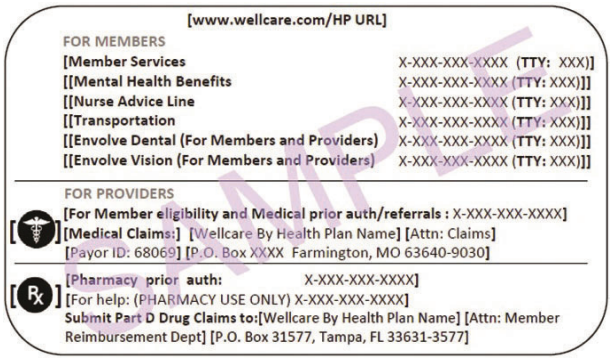
Seksyon 2.4 Mamamayan ng U.S. o Pananatiling Naaayon sa Batas

Ang miyembro ng planong pangkalusugan ng Medicare ay dapat mamamayan ng U.S. o nananatili sa Estados Unidos nang naaayon sa batas. Bibigyan ng abiso ng Medicare (ang Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid) ang Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) kung hindi kayo kwalipikadong manatiling miyembro ayon sa batayang ito. Kailangan kayong alisin sa pagkakatala ng Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) kung hindi ninyo matutugunan ang pangangailangang ito.

SEKSYON 3 Mahahalagang materyal para sa membership na matatanggap ninyo

Seksyon 3.1 Inyong card ng membership ng plano

Habang miyembro kayo ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang inyong card ng membership sa tuwing kukuha kayo ng anumang serbisyong sinasaklaw ng planong ito at para sa mga inireresetang gamot na kinukuha ninyo sa mga parmasyang nasa network. Dapat din ninyong ipakita sa tagapagbigay ng serbisyo ang inyong card sa California Medi-Cal (Medicaid). Narito ang isang halimbawa ng card ng membership upang ipakita kung ano ang magiging hitsura ng inyong card:



HUWAG gamitin ang inyong pula, puti, at asul na card sa Medicare para sa mga saklaw na serbisyong medikal habang miyembro kayo ng planong ito. Kung gagamitin ninyo ang inyong card sa Medicare sa halip na inyong membership card sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), posibleng pabayaran sa inyo nang buo ang mga serbisyong medikal. Itago sa isang ligtas na lugar ang inyong card sa Medicare. Puwedeng hilingin sa inyo na ipakita ito kung mangangailangan kayo ng mga serbisyo sa ospital, serbisyo sa hospisyo, o kung kailangan ninyong sumali sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare na tinatawag ding mga klinikal na pagsubok.

Kung masira, mawala, o manakaw ang inyong card ng membership sa plano, tawagan kaagad ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at padadalhan namin kayo ng bagong card.

Seksyon 3.2 Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya

Inililista ng *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ang aming mga kasalukuyang tagapagbigay ng serbisyong nasa network at parmasyang nasa network. Ang **Mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network** ay ang mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, medikal na pangkat, ospital, at iba pang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan na may kasunduan sa amin na tumanggap ng aming pagbabayad at bahagian sa gastos ng anumang plano bilang kabuuang bayad.

Ang Medikal na Pangkat ay samahan ng mga doktor, kabilang ang mga Tapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (PCP) at espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga ospital, na nakikipagkontrata sa plano para magbigay ng mga serbisyo sa mga nagpapatala.

Dapat ninyong gamitin ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network sa pagkuha ng inyong medikal na pangangalaga at mga serbisyo.

Baka kailanganin ninyo ring gumamit ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa Medikal na Pangkat/IPA ng iyong Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (PCP). Kung gusto ninyong magpatingin sa isang tagapagbigay ng serbisyo na wala sa Medikal na Pangkat/IPA ng inyong PCP, baka kailanganin ninyong palitan ang inyong PCP. Bukod dito, posibleng limitado kayo sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng inyong Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (PCP) at/o Medikal na Pangkat. Nangangahulugan itong posibleng ang pinili ninyong PCP at/o Medikal na Pangkat ang magtutukoy ng mga espesyalista at ospital na puwede ninyong gamitin. Ang IPA ay isang samahan ng mga doktor, kabilang ang mga PCP at espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan, kasama ang mga ospital, na nakipagkontrata sa plano para magbigay ng mga serbisyo sa mga miyembro. Kung magpapatingin kayo sa iba nang walang wastong awtorisasyon, kakailanin ninyong magbayad nang buo. Ang mga tanging pagbubukod ay mga emergency, mga serbisyong agarang kinakailangan kapag hindi available ang network (ibig sabihin, sa mga sitwasyong hindi makatuwiran o hindi posibleng makakuha ng mga serbisyong nasa network), mga serbisyo sa dialysis na wala sa sineserbisyuhang lugar, at sa mga sitwasyon kung saan inawtorisahan ng Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ang paggamit ng mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.

Makikita ang pinakabagong listahan ng mga tagapagbigay ng serbisyo at supplier sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.

Kung wala kayo ng inyong kopya ng *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, puwede kayong humiling ng koya (sa elektroniko o hardcopy na anyo) mula sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang mga kahilingan para sa hard copy na *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ay ime-mail sa inyo sa loob ng tatlong araw ng negosyo. Puwede kayong humingi ng higit pang impormasyon sa Mga Serbisyo para sa Miyembro tungkol sa aming mga

tagapagbigay ng serbisyong nasa network, kasama ang kanilang mga kwalipikasyon, kung saang medikal na paaralan sila nag-aral, kung saan sila nagtapos ng residency, at kung nakapasa sila sa board. Maibibigay sa inyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro at ng website ang pinakabagong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network.

Inililista ng *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ang mga parmasyang nasa network namin. Ang mga **parmasyang nasa network** ay lahat ng parmasyang pumayag na magbigay ng mga sinasaklaw na reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Maaari ninyong gamitin ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* upang hanapin ang parmasyang nasa network na gusto ninyong gamitin. Basahin ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 para sa impormasyon sa kung kailan kayo puwedeng gumamit ng mga parmasyang wala sa network ng plano.

Kung wala kayong *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, puwede kayong humingi ng kopya mula sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Makikita rin ninyo ang impormasyong ito sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.

Seksyon 3.3 Ang Listahan ng mga Sinasaklaw na Gamot *(Pormularyo)* ng plano

Ang plano ay mayroong *Listahan ng mga Sinasaklaw na Gamot (Pormularyo).* Sa madaling salita, tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot.” Sasabihin nito kung aling mga Part D na inireresetang gamot ang sinasaklaw sa ilalim ng Pard D na benepisyo na kasama sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Pinili ng plano ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng isang pangkat ng mga doktor at parmasyutiko. Dapat matugunan ng listahan ang mga kinakailangang itinakda ng Medicare. Inaprubahan ng Medicare ang "Listahan ng Gamot" ng Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

Makikita rin sa "Listahan ng Gamot" kung mayroong anumang panuntunan na naghihigpit sa pagsaklaw ng inyong mga gamot.

Bibigyan namin kayo ng kopya ng "Listahan ng Gamot." Para makuha ang kumpleto at kasalukuyang impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang sinasaklaw, puwede kayong bumisita sa website ng plano (www.wellcare.com/healthnetCA) o tumawag sa Mga Sebisyo para sa Miyembro.

SEKSYON 4 Ang inyong buwanang gastos para sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

Puwedeng kasama sa mga gastusin ang sumusunod:

- Premium ng Plano (Seksyon 4.1)
- Buwanang Premium sa Medicare Part B (Seksyon 4.2)

- Multa sa Huling Pagpapatala sa Part D (Seksyon 4.3)
- Buwanang Halaga ng Adjustment na Nauugnay sa Kita (Seksyon 4.4)

Seksyon 4.1 Premium ng plano

Hindi kayo magbabayad ng hiwalay na buwanang premium sa plano para sa aming plano.

Seksyon 4.2 Buwanang Premium sa Medicare Part B

Maraming miyembro ang kailangang magbayad ng iba pang premium ng Medicare

May ilang miyembro na kinakailangang magbayad ng iba pang premium ng Medicare. Gaya ng ipinaliwanag sa Seksyon 2 sa itaas, para maging kwalipikado sa aming plano, dapat ay mapanatili ninyo ang inyong kwalipikasyon para sa California Medi-Cal (Medicaid) pati na rin sa parehong Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng mga miyembro ng Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP), babayaran ng California Medi-Cal (Medicaid) ang inyong premium sa Part A (kung hindi kayo awtomatikong kwalipikado rito) at inyong premium sa Part B.

Kung hindi binabayaran ng Medicaid ang inyong mga premium sa Medicare para sa inyo, kailangan ninyong patuloy na bayaran ang inyong mga premium sa Medicare upang manatiling miyembro ng plano. Kabilang dito ang inyong premium para sa Part B. Puwede ring kasama rito ang premium para sa Part A na nakakaapekto sa mga miyembrong hindi kwalipikado para sa Part A na walang premium.

Seksyon 4.3 Multa sa Huling Pagpapatala sa Part D

Dahil dawalang beses kayong kwalipikado, hindi nalalapat ang LEP sa inyo hangga't napapanatili ninyo ang inyong status na dalawang beses na kwalipikado, pero kung mawala ang inyong status na dalawang beses na kwalipikado, puwede kayong magtamo ng LEP. Ang multa sa huling pagpapatala sa Part D ay isang karagdagang premium na dapat bayaran para sa pagsaklaw ng Part D kung, sa anumang punto pagkatapos ng inyong inisyal na panahon ng pagpapatala, may sunod-sunod na 63 araw o higit pa kung saan hindi kayo nakatanggap ng Part D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot. Ang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot ay ang pagsaklaw na nakakatugon sa minimum na pamantayan ng Medicare dahil inaasahan itong magbabayad, sa average, ng kahit katumbas lamang ng pamantayang pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare. Ang halaga ng multa sa huling pagpapatala ay batay sa kung gaano katagal kayong walang Part D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot. Kakailanganin ninyong bayaran ang multang ito hangga't mayroon kayong pagsaklaw ng Part D.

Hindi ninyo ito kailangang bayaran kung:

- Kung tatanggap kayo ng “Extra Help” mula sa Medicare upang mabayaran ang inyong mga inireresetang gamot.

- Wala pang sunod-sunod na 63 araw na wala kayong kinikilalang pagsaklaw.
- Nakakuha ka ng kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa pamamagitan ng ibang mapagkukunan tulad ng dating employer, unyon, TRICARE, o Department of Veterans Affairs. Ipapaalam sa inyo kada taon ng inyong insurer o ng inyong departamento para sa pagkuha ng mga tauhan kung ang inyong pagsaklaw sa gamot ay kinikilalang pagsaklaw. Maaaring ipadala sa inyo ang impormasyong ito sa pamamagitan ng sulat o kasama sa newsletter mula sa plano. Itago ang impormasyong ito, dahil maaari ninyo itong magamit kung sasali kayo sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.
    - **Tandaan:** Kailangang ilahad ng abiso na mayroon kayong kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot na inaasahang magbabayad ng kahit katumbas lamang ng pamantayang bayad ng inireresetang gamot ng plano ng Medicare.
    - **Tandaan:** Ang mga sumusunod ay *hindi* kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot: mga card ng diskwento para sa mga inireresetang gamot, mga libreng klinika, at mga website ng diskwento sa gamot.

Pinagpapasyahan ng Medicare ang halaga ng multa. Narito kung paano ito gumagana:

- Una, bilangin kung ilang buong buwan kayong na-delay sa pagpapatala sa plano sa gamot ng Medicare, pagkatapos ninyong maging karapat-dapat sa pagpapatala. O bilangin kung ilang buong buwan kayong walang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot, kung ang break in na pagsaklaw ay 63 araw o higit pa. Ang multa ay 1% para sa bawat buwan na wala kayong kinikilalang pagsaklaw. Halimbawa, kung wala kayong pagsaklaw sa loob ng 14 na buwan, magiging 14% ang multa.
- Pagkatapos, tutukuyin ng Medicare ang halaga ng average na buwanang premium para sa plano sa gamot ng Medicare sa bansa mula sa nakaraang taon. Para sa 2023, ang average na halaga ng premium na ito ay $32.74. Posibleng magbago ang halagang ito para sa 2024.
- Upang kalkulahin ang inyong buwanang multa, i-multiply ninyo ang porsyento ng multa at ang average na buwanang premium at pagkatapos ay i-round up ito sa pinakamalapit na 10 sentimo. Sa halimbawang narito, ito ay magiging 14% na imu-multiply sa $32.74, na equal sa $4.58. Nagra-round up ito sa $4.60. Ang halagang ito ay idaragdag sa **buwanang premium para sa sinumang mayroong multa sa huling pagpapatala sa Part D.**

Mayroong tatlong mahahalagang bagay na dapat tandaan tungkol sa buwanang multa sa huling pagpapatala sa Part D na ito.

- Una, **posibleng magbago ang multa kada taon,** dahil maaaring magbago ang average na buwanang premium kada taon.
- Ikalawa, **patuloy kayong magbabayad ng multa** kada buwan hangga't nakatala kayo sa planong mayroong mga benepisyo ng Medicare Part D na gamot, kahit magpalit kayo ng mga plano.
- Ikatlo, kung kayo ay wala pang 65 taong gulang at kasalukuyang nakakatanggap ng mga benepisyo mula sa Medicare, mare-reset ang multa sa huling pagpapatala sa Part D kapag

naging 65 taong gulang na kayo. Pagkatapos ng edad na 65, ang inyong multa sa huling pagpapatala sa Part D ay ibabatay na lamang sa mga buwan na wala kayong pagsaklaw pagkatapos ng inyong inisyal na panahon ng pagpapatala para sa pagtanda sa Medicare.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa inyong multa sa huling pagpapatala sa Part D, kayo o ang inyong kinatawan ay maaaring humiling ng pagsusuri. Sa pangkalahatan, kailangan ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw** mula sa petsa ng unang sulat na natanggap ninyo na nagsasabing kailangan ninyong magbayad ng multa sa huling pagpapatala. Gayunpaman, kung nagbabayad kayo ng multa bago kayo sumali sa aming plano, maaaring hindi na kayo magkaroon ng pangalawang pagkakataon upang humiling ng pagsusuri ng multa sa huling pagpapatala na iyon.

Seksyon 4.4 Buwanang Halaga ng Adjustment na Nauugnay sa Kita

Puwedeng kailanganin ng ilang miyembro na magbayad ng karagdagang singil, na kilala bilang Buwanang Halaga ng Adjustment na Nauugnay sa Kita sa Part D, na kilala rin bilang Income Related Monthly Adjustment Amount o IRMAA. Tinutukoy ang karagdagang singil gamit ang inyong binagong kabuuang kita na iniulat sa inyong IRS tax return mula sa 2 taong nakalipas. Kung mas mataas ang halagang ito sa isang partikular na halaga, babayaran ninyo ang karaniwang halaga ng premium at ang karagdagang IRMAA. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa karagdagang halagang baka kailanganin niyong bayaran batay sa inyong kita, bisitahin ang https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Kung kailangan ninyong magbayad ng karagdagang halaga, papadalhan kayo ng Panlipunang Seguridad, hindi ng inyong plano ng Medicare, ng sulat na nagpapaalam sa inyo kung magkano ang karagdagang halagang iyon. Ang karagdagang halaga ay ikakaltas mula sa inyong tseke ng benepisyo sa Panlipunang Seguridad, Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles, o sa Tanggapan ng Pamahalaan ng Tauhan, paano man kayo karaniwang nagbabayad ng premium ng inyong plano, maliban kung hindi sapat ang inyong buwanang benepisyo upang bayaran ang karagdagang halagang dapat ninyong bayaran. Kung hindi sapat ang inyong tseke ng benepisyo upang bayaran ang karagdagang halaga, makakakuha kayo ng bill mula sa Medicare. **Kailangan ninyong bayaran ang karagdagang halaga sa gobyerno. Hindi ito maaaring bayaran kasama ng buwanang premium ng inyong plano. Kung hindi ninyo babayaran ang karagdagang halaga, kayo ay maaalis sa pagkakatala sa plano at mawawala ang inyong pagsaklaw sa inireresetang gamot.**

Kung hindi kayo sumasang-ayon tungkol sa pagbabayad ng karagdagang halaga, maaari kayong humiling sa Panlipunang Seguridad (Social Security) ng pagsusuri sa desisyon. Upang matuto pa tungkol sa kung paano ito gawin, makipag-ugnayan sa Panlipunang Seguridad sa 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SEKSYON 5 Higit pang impormasyon tungkol sa inyong buwanang premium

Seksyon 5.1 Maaari ba naming baguhin ang inyong buwanang premium ng plano para sa taon?

Hindi. Hindi kami pinapahintulutang baguhin ang halagang sinisingil namin para sa buwanang premium ng plano sa kasagsagan ng taon. Kung magbabago ang buwanang premium ng plano para sa susunod na taon, sasabihin namin ito sa inyo sa Setyembre at magkakabisa ang pagbabago sa Enero 1.

Gayunpaman, sa ilang sitwasyon, posibleng puwede kayong huminto sa pagbabayad ng multa sa huling pagpapatala, kung may utang kayo. O kailangan ninyong magsimulang magbayad ng multa sa huling pagpapatala. Maaari itong mangyari kung kayo ay maging kwalipikado para sa programang "Extra Help" kung hindi kayo magiging kwalipikado para sa programang "Extra Help" sa kasalukuyang taon:

- Kung binabayaran na ninyo sa kasalukuyan ang multa sa huling pagpapatala sa Part D at maging kwalipikado kayo para sa "Extra Help" sa kasalukuyang taon, magagawa ninyong ihinto ang inyong pagbabayad sa multa.
- Kung mawawalan kayo ng Extra Help, maaari kayong singilin ng multa sa huling pagpapatala kung magpapatuloy kayo sa loob ng 63 araw o higit pa na wala kayong Part D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot.

Makikita ninyo ang higit pa tungkol sa programang "Extra Help" sa Kabanata 2, Seksyon 7.

SEKSYON 6 Pagpapanatiling napapanahon ng inyong rekord ng membership sa plano

Mayroong impormasyon mula sa inyong form sa pagpapatala ang inyong rekord ng membership, kabilang ang inyong address at numero ng telepono. Ipinapakita nito ang inyong partikular na pagsaklaw ng plano kabilang ang inyong Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga/Medikal na Pangkat/Samahan ng mga Independienteng Doktor (IPA). Ang IPA ay samahan ng mga doktor, kabilang ang mga PCP at espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga ospital, na nakikipagkontrata sa plano upang magbigay ng mga serbisyo sa mga miyembro.

Kailangang magkaroon ng tamang impormasyon tungkol sa inyo ang mga doktor, ospital, parmasyutiko, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo sa network ng plano. **Ginagamit ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network na ito ang inyong rekord ng membership upang malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang sinasaklaw at ang mga halaga**

ng bahaginan-sa-gastos para sa inyo. Dahil dito, napakahalagang tulungan ninyo kaming panatilihing napapanahon ang inyong impormasyon.

Ipaalam sa amin ang tungkol sa mga pagbabagong ito:

- Mga pagbabago sa inyong pangalan, sa inyong address, o sa inyong numero ng telepono.
- Ang mga pagbabago sa anumang pagsaklaw sa insurance sa kalusugan na mayroon kayo (gaya ng mula sa inyong employer, sa employer ng inyong asawa o kinakasama, kabayaran sa manggagawa, o sa California Medi-Cal (Medicaid))
- Kung mayroon kayong anumang paghahabol sa pananagutan, tulad ng mga paghahabol mula sa aksidente sa sasakyan
- Kung kayo ay namalagi sa isang tahanang may nangangalaga
- Kung tumatanggap kayo ng pangangalaga mula sa ospital o emergency room na wala sa sineserbisyuhang lugar o wala sa network
- Kung magbabago ang inyong nakatalagang partido na may pananagutan (gaya ng tagapagbigay ng pangangalaga)
- Kung nakikilahok kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (**Tandaan**: Hindi ninyo kinakailangang sabihin sa inyong plano ang tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral na gusto ninyong salihan, pero hinihikayat namin kayong gawin ito)

Kung magbabago ang alinman sa impormasyong ito, mangyaring ipagbigay-alam sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Mahalaga ring tumawag kayo sa Panlipunang Seguridad kung lilipat o magbabago kayo ng address na padadalhan. Mahahanap ninyo ang mga numero ng telepono at impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa Social Security sa Kabanata 2, Seksyon 5.

SEKSYON 7 Paano gumagana ang ibang insurance sa aming plano

Iba pang insurance

Hinihingi ng Medicare na mangolekta kami ng impormasyon mula sa inyo tungkol sa anupamang pagsaklaw sa insurance na medikal o gamot na mayroon kayo. Ito ay dahil kailangan naming pagtugmain ang anupamang pagsaklaw na mayroon kayo sa inyong mga benepisyo sa ilalim ng aming plano. Tinatawag itong **Koordinasyon ng Mga Benepisyo**.

Isang beses kada taon, magpapadala kami sa inyo ng sulat na naglilista ng anupamang pagsaklaw sa insurance na medikal o gamot na alam namin. Mangyaring basahin nang mabuti ang impormasyong ito. Kung tama ang mga ito, wala kayong kailangang gawin. Kung mali ang impormasyon, o kung mayroon kayong iba pang pagsaklaw na hindi nakalista, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Posibleng kailanganin ninyong ibigay ang numero

ng inyong ID ng miyembro sa plano sa iba ninyong insurer (kapag nakumpirma na ninyo ang kanilang pagkakakilanlan) upang mabayaran nang tama ang inyong mga bill sa tamang oras.

Kapag mayroon kayong ibang insurance, (tulad ng pangkalusugang pagsaklaw ng grupo ng employer), mayroong mga itinakdang panuntunan ang Medicare na magpapasya kung ang aming plano o ang inyong iba pang insurance ang mauunang magbabayad. Ang insurance na mauunang magbabayad ay tinatawag na pangunahing tagapagbayad at binabayaran nito ang hanggang sa limitasyon ng pagsaklaw nito. Ang pangalawang magbabayad, na tinatawag na pangalawang tagapagbayad, ay magbabayad lamang kung mayroong mga gastos na hindi pa nababayaran ng pangunahing pagsaklaw. Posibleng hindi bayaran ng pangalawang tagapagbayad ang lahat ng hindi pa nababayarang gastos. Kung mayroon pa kayong ibang insurance, ipaalam ito sa inyong doktor, ospital, at parmasya.

Naaangkop ang mga panuntunang ito para sa mga planong pangkalusugang pagsaklaw ng grupo ng employer o unyon:

- Kung mayroon kayong pagsaklaw ng retirado, mauunang magbabayad ang Medicare.
- Kung nakabatay ang inyong pagsaklaw sa pang-grupong planong pangkalusugan sa kasalukuyang status ng pagtatrabaho ninyo o ng miyembro ng inyong pamilya, kung sino ang mauunang magbabayad ay nakabatay sa inyong edad, sa bilang ng taong nagtatrabaho para sa inyong employer, at sa kung kayo ay may Medicare batay sa edad, kapansanan, o sa Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (End-Stage Renal Disease o ESRD):
    - Kung kayo ay wala pang 65 at may kapansanan at kayo o ang miyembro ng inyong pamilya ay nagtatrabaho pa, mauunang magbabayad ang inyong pang-grupong planong pangkalusugan kung mayroong 100 o higit pang empleyado ang employer o isang employer sa plano ng maramihang employer na mayroong mahigit 100 empleyado.
    - Kung kayo ay lampas 65 na, at kayo o ang inyong asawa o kinakasama ay nagtatrabaho pa, unang magbabayad ang inyong pang-grupong planong pangkalusugan kung may 20 o higit pang empleyado ang employer o kahit ang isang employer sa maramihang planong pang-employer ay may mahigit 20 empleyado.
- Kung mayroon kayong Medicare dahil sa ESRD, mauunang magbayad ang inyong pang-grupong planong pangkalusugan para sa unang 30 buwan pagkatapos ninyong maging karapat-dapat sa Medicare.

Karaniwang nauunang nagbabayad ang mga ganitong uri ng pagsaklaw para sa mga serbisyong kaugnay ng bawat uri:

- Insurance sa walang kasalanan (no-fault insurance) (kabilang ang insurance sa sasakyan)
- Pananagutan (kabilang ang insurance sa sasakyan)
- Mga benepisyo sa itim na baga (black lung benefit)
- Mga kabayaran sa manggagawa

Hindi kailanman nauunang magbayad ang Medicaid at TRICARE para sa mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare. Nagbabayad lang ang mga ito pagkatapos makapagbayad ng mga planong pangkalusugan ng Medicare at/o grupo ng employer.

KABANATA 2:

Mga importanteng numero ng telepono at sanggunian

SEKSYON 1 Mga contact ng aming plano (paano makikipag-ugnayan sa amin, kabilang na kung paano makikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro)

Paano makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng aming plano

Para sa tulong sa mga paghahabol, pagsingil, o mga tanong sa card ng miyembro, mangyaring tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Masaya kaming tulungan kayo.

Pamamaraan	Mga Serbisyo para sa Miyembro – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Gayunpaman, pakitandaan na kapag Sabado at Linggo at kapag pista-opisyal mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, posibleng ang automated phone system namin ang sumagot sa inyo. Pakiiwan ang inyong pangalan at numero ng telepono, at tatawagan namin kayo sa loob ng isang (1) araw ng negosyo. Mayroong ding makukuhang libreng serbisyo ng interpreter sa wika mula sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
SUMULAT	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
WEBSITE	www.wellcare.com/healthnetCA

Paano makikipag-ugnayan sa amin kung hihiling kayo ng desisyon o apela sa pagsaklaw tungkol sa inyong medikal na pangangalaga

Ang desisyon sa pagsaklaw ang desisyong ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at pagsaklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa inyong mga medikal na serbisyo o Part D na mga gamot. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin namin ang aming desisyon. Para sa higit pang impormasyon sa paghiling ng mga desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong mga inireresetang gamot ng Part D, tingnan ang Kabanata 9 *(Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo))*.

Pamamaraan	Mga Desisyon sa Pagsaklaw para sa Medikal na Pangangalaga – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
SUMULAT	Medical Management 4191 E. Commerce Way Sacramento, CA 95834

Pamamaraan	Mga Desisyon sa Pagsaklaw para sa mga Inireresetang Gamot sa Part D – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Pamamaraan	Mga Desisyon sa Pagsaklaw para sa mga Inireresetang Gamot sa Part D – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
FAX	1-866-226-1093
SUMULAT	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
WEBSITE	www.wellcare.com/healthnetCA

Pamamaraan	Mga Apela para sa Medikal na Pangangalaga – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
SUMULAT	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450

Pamamaraan	Mga Apela para sa mga Part D na Inireresetang Gamot - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
FAX	1-866-388-1766
SUMULAT	Medicare Part D Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
WEBSITE	www.wellcare.com/healthnetCA

Paano makikipag-ugnayan sa amin kung maghahain kayo ng reklamo tungkol sa inyong medikal na pangangalaga

Maaari kayong magsumite ng reklamo tungkol sa amin o sa isa sa aming mga tagapagbigay ng serbisyo o parmasyang nasa network, kabilang ang reklamo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga. Hindi kasama sa uri ng reklamong ito ang problema sa pagsaklaw o pagbabayad. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo tungkol sa inyong medikal na pangangalaga, tingnan ang Kabanata 9 *(Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo))*.

Pamamaraan	Mga Reklamo tungkol sa Medikal na Pangangalaga – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Pamamaraan	Mga Reklamo tungkol sa Medikal na Pangangalaga – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671
SUMULAT	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
WEBSITE NG MEDICARE	Puwede kayong magsumite ng reklamo tungkol sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) nang direkta sa Medicare. Upang magsumite ng online na reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Pamamaraan	Mga reklamo tungkol sa mga inireresetang gamot sa Part D – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
FAX	1-844-273-2671

SUMULAT	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
WEBSITE NG MEDICARE	Puwede kayong magsumite ng reklamo tungkol sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) nang direkta sa Medicare. Upang magsumite ng online na reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Saan magpapadala ng kahilingang humihiling sa aming bayaran ang gastos para sa medikal na pangangalaga o sa gamot na natanggap ninyo

Kung nakatanggap kayo ng bill o nagbayad kayo para sa mga serbisyo (tulad ng bill ng tagapagbigay ng serbisyo) na sa palagay ninyo ay dapat naming bayaran, baka kailanganin ninyong hilingin sa aming i-reimburse kayo o bayaran ang bill ng tagapagbigay ng serbisyo. Tingnan ang Kabanata 7 *(Paghiling sa aming magbayad ng bill na natanggap ninyo para sa mga saklaw na medikal na serbisyo o gamot)*.

Pakitandaan: Kung magpapadala kayo sa amin ng kahilingan sa pagbabayad at tinanggihan namin ang anumang bahagi ng inyong kahilingan, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Tingnan ang Kabanata 9 *(Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo))* para sa higit pang impormasyon.

Pamamaraan	Mga Kahilingan sa Pagbabayad – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
SUMULAT	Mga Kahilingan sa Medikal na Pagbabayad: Member Reimbursement Dept P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640 Mga Paghiling ng Bayad para sa Part D: Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
WEBSITE	www.wellcare.com/healthnetCA

SEKSYON 2 Medicare
(paano makakuha ng tulong at impormasyon nang direkta mula sa Pederal na Programa ng Medicare)

Ang Medicare ay ang Pederal na programang insurance sa kalusugan para sa mga taong may edad 65 o mas matanda, ilang taong wala pang 65 na may mga kapansanan, at mga taong may Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (permanenteng pagkabigo ng bato na nangangailangan ng dialysis o transplant ng bato).

Ang Pederal na ahensiyang may hawak sa Medicare ay ang Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (tinatawag din minsan na CMS). Nakikipagkontrata ang ahensyang ito sa mga organisasyon ng Medicare Advantage kabilang kami.

Pamamaraan	Medicare – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo o bisitahin.
TTY	1-877-486-2048 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lamang sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito.

Pamamaraan	Medicare – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
WEBSITE	www.Medicare.gov Ito ang opisyal na website ng pamahalaan para sa Medicare. Ibinibigay nito sa inyo ang pinakabagong impormasyon tungkol sa Medicare at sa mga kasalukuyang isyu sa Medicare. Mayroon din itong impormasyon tungkol sa mga ospital, tahanang may nangangalaga, doktor, ahensiya ng kalusugan sa bahay, at pasilidad ng dialysis. Kabilang dito ang mga dokumentong maaari ninyong direktang i-print mula sa inyong computer. Mahahanap din ninyo ang mga kontak ng Medicare sa inyong estado. Makikita rin sa website ng Medicare ang detalyadong impormasyon tungkol sa inyong pagiging karapat-dapat sa Medicare at ang mga opsyon sa pagpapatala kasama ng mga sumusunod na tool: • **Tool ng Pagiging Karapat-dapat sa Medicare:** Nagbibigay ng impormasyon sa status ng pagiging karapat-dapat sa Medicare. • **Tagahanap ng Plano ng Medicare:** Nagbibigay ng naka-personalize na impormasyon tungkol sa mga available na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, mga planong pangkalusugan ng Medicare, at mga policy ng Medigap (Dagdag na Insurance ng Medicare) sa inyong lugar. Nagbibigay ang mga tool na ito ng *pagtantiya* sa halaga ng inyong mga gastos mula sa bulsa sa iba't ibang plano ng Medicare. Maaari din ninyong gamitin ang website upang ipaalam sa Medicare ang tungkol sa anumang reklamo na mayroon kayo sa inyong plano: • **Sabihin sa Medicare ang inyong reklamo:** Puwede kayong direktang magsumite ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Upang magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Sineseryoso ng Medicare ang inyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito upang tumulong na mapabuti ang kalidad ng programang Medicare. Kung wala kayong computer, maaaring matulungan kayo ng library o senior center sa inyong lugar na bisitahin ang website na ito gamit ang computer nila. O, maaari kayong tumawag sa Medicare at sabihin sa kanila kung ano ang hinahanap ninyong impormasyon. Hahanapin nila ang impormasyon sa website at susuriin nila ang impormasyon kasama ninyo. (Puwede ninyong tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo; Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.)

SEKSYON 3 Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan (libreng tulong, impormasyon, at mga sagot sa inyong katanungan tungkol sa Medicare)

Ang Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan (SHIP) ay isang programa ng pamahalaan na may mga sinanay na tagapayo sa bawat estado. Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California.

Ang Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California ay isang independiyente (hindi konektado sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan) na programa ng estado na kumukuha ng pera sa Pederal na pamahalaan para makapagbigay ng libreng lokal na pagpapayo sa insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare.

Matutulungan kayo ng mga tagapayo ng Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California na maunawaan ang inyong mga karapatan sa Medicare, magsumite ng reklamo tungkol sa inyong medikal na pangangalaga o paggamot, at maayos ang mga problema sa inyong bill sa Medicare. Matutulungan din kayo ng mga tagapayo ng Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa inyong mga tanong o problema sa Medicare at matutulungan nila kayong maunawaan ang inyong mga pinili sa plano ng Medicare at sagutin ang mga tanong tungkol sa paglipat ng plano.

PARAAN PARA MA-ACCESS ANG SHIP at IBA PANG MAPAGKUKUNAN:

- Bisitahin ang https://www.shiphelp.org (Mag-click sa SHIP LOCATOR sa gitna ng page)
- Piliin ang inyong **ESTADO** mula sa listahan. Dadalhin kayo nito sa isang page na naglalaman ng mga numero ng telepono at mapagkukunan na partikular sa inyong estado.

Pamamaraan	Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-434-0222
TTY	711
SUMULAT	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
WEBSITE	https://www.aging.ca.gov/hicap/

SEKSYON 4 Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad

Mayroong nakatalagang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad na nagseserbisyo sa mga benepisyaryo ng Medicare sa bawat estado. Para sa California, ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ay tinatawag na Livanta - ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng California.

Ang Livanta - Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng California ay may grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng Medicare para suriin at tulungang pahusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Ang Livanta - ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng California, ay isang hiwalay na organisasyon. Hindi ito konektado sa aming plano.

Dapat kayong makipag-ugnayan sa Livanta - ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng California para sa alinman sa mga sitwasyong ito:

- Mayroon kayong reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap ninyo.
- Sa tingin ninyo ay masyadong maagang matatapos ang pagsaklaw sa inyong pananatili sa ospital.
- Sa tingin ninyo ay masyadong maagang matatapos ang pagsaklaw para sa inyong pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pasilidad ng may kasanayang pangangalaga, o mga serbisyo sa Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF).

Pamamaraan	Livanta - ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng California – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-877-588-1123 9 a.m. - 5 p.m. lokal na oras, Lunes - Biyernes; 11 a.m. - 3 p.m. lokal na oras, Sabado - Linggo
TTY	1-855-887-6668 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lamang sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pagsasalita.
SUMULAT	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
WEBSITE	https://www.livantaqio.com

SEKSYON 5 Panlipunang Seguridad (Social Security)

Responsibilidad ng Panlipunang Seguridad ang pagtukoy sa pagiging karapat-dapat at ang pangangasiwa sa pagpapatala para sa Medicare. Ang mga mamamayan. at mga permanenteng residenteng namamalagi sa U.S. nang naaayon sa batas na may edad 65 o mas matanda, o may kapansanan o Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas at nakakatugon sa ilang partikular na kundisyon, ay kwalipikado para sa Medicare. Kung nakakatanggap na kayo ng tseke mula sa Panlipunang Seguridad, awtomatiko na kayong nakatala sa Medicare. Kung hindi kayo nakakatanggap ng tseke mula sa Panlipunang Seguridad, kailangan ninyong magpatala sa Medicare. Upang mag-apply sa Medicare, maaari ninyong tawagan ang Panlipunang Seguridad o bisitahin ang inyong lokal na tanggapan ng Panlipunang Seguridad.

Responsibilidad rin ng Panlipunang Seguridad na tukuyin kung sino ang dapat magbayad ng karagdagang halaga para sa kanilang pagsaklaw sa Part D na gamot dahil mayroon silang mas malaking kita. Kung nakatanggap kayo ng sulat mula sa Panlipunang Seguridad na nagsasabing kailangan ninyong bayaran ang karagdagang halaga at mayroon kayong mga tanong tungkol sa halaga o kung bumaba ang inyong kita dahil sa pangyayaring nakakapagbago ng buhay, maaari ninyong tawagan ang Panlipunang Seguridad para humiling ng muling pagsasaalang-alang.

Kung lilipat kayo o nagpalit kayo ng address ng padadalhan, mahalagang makipag-ugnayan kayo sa Panlipunang Seguridad upang ipaalam ito sa kanila.

Pamamaraan	Panlipunang Seguridad – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
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 ninyong gamitin ang awtomatikong serbisyo sa telepono ng Panlipunang Seguridad upang makakuha ng mga naka-record na impormasyon at magsagawa ng negosyo nang 24 na oras sa isang araw.
TTY	1-800-325-0778 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lamang sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available nang 8:00 am hanggang 7:00 pm, Lunes hanggang Biyernes.
WEBSITE	www.ssa.gov

SEKSYON 6 Medicaid

Bilang isang miyembro ng aming plano, kayo ay karapat-dapat para sa Medicare at Medicaid. Ang Medicaid ay isang pinagsamang programa ng pamahalaang Pederal at pang-estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa ilang partikular na taong may limitadong kita at mapagkukunan.

Dagdag pa rito, mayroong mga programang ibinibigay sa pamamagitan ng California Medi-Cal (Medicaid) na tumutulong sa mga taong mayroong Medicare na bayaran ang kanilang mga gastos sa Medicare, gaya ng kanilang mga premium ng Medicare. Tinutulungan ng Mga Programa sa Savings ng Medicare na ito ang mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na makapag-ipon ng pera bawat taon:

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+):** Tumutulong sa pagbabayad ng mga premium ng Medicare Part A at Part B, at iba pang bahagian sa gastos (tulad ng mga naibabawas, coinsurance, at mga bahaginan-sa-bayad). Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay tumatanggap din ng mga kumpletong benepisyo ng Medicaid.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+):** Nakakatulong sa pagbabayad ng mga premium sa Part B. Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay tumatanggap din ng mga kumpletong benepisyo ng Medicaid.
- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Tumutulong sa pagbabayad ng mga premium ng Medicare Part A at Part B, at iba pang bahagian sa gastos (tulad ng mga naibabawas, coinsurance, at bahaginan-sa-bayad). Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay tumatanggap din ng mga kumpletong benepisyo ng Medicaid.

Upang maging miyembro ng planong ito, dapat ay nakatala kayo pareho sa Medicare at California Medi-Cal (Medicaid) at natutugunan ninyo ang lahat ng iba pang kinakailangan sa pagiging kwalipikado sa plano sa panahon ng pagpapatala. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa tulong na nakuha mo mula sa Medicaid, makipag-ugnayan sa California Medi-Cal (Medicaid).

Pamamaraan	California Medi-Cal (Medicaid) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 8 a.m. - 5 p.m. PT, Lunes - Biyernes
TTY	1-800-430-7077 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lamang sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pagsasalita.
SUMULAT	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
WEBSITE	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

Tumutulong ang Programa ng Ombudsman sa Pangmatagalang Pangangalaga ng California sa mga taong nakatala sa Medicaid na may mga problema sa serbisyo o pagsingil. Matutulungan nila kayong maghain ng karaingan o apela sa aming plano.

Pamamaraan	Programa ng Ombudsman sa Pangmatagalang Pangangalaga ng California - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-916-419-7510 1-800-510-2020 8 a.m. - 5 p.m. lokal na oras, Lunes - Biyernes
TTY	1-800-735-2929 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lamang sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pagsasalita.
SUMULAT	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
WEBSITE	https://www.aging.ca.gov/

Tinutulungan ng Ombudsman ng Pangmatagalang Pangangalaga ang mga tao na makakuha ng impormasyon tungkol sa mga tahanang may nangangalaga at lumutas ng mga problema sa pagitan ng mga tahanang may nangangalaga at residente o kanilang mga pamilya.

Pamamaraan	Pangmatagalang Pangangalaga ng Ombudsman – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-510-2020 1-916-419-7510 8 a.m. - 4 p.m. lokal na oras, Lunes - Biyernes
TTY	711
SUMULAT	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
WEBSITE	https://www.aging.ca.gov/programs/ltcop/

SEKSYON 7 Impormasyon tungkol sa mga programang makakatulong sa mga taong mabayaran ang kanilang mga inireresetang gamot

Ang website ng Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ay nagbibigay ng impormasyon sa kung paano bawasan ang mga gastos sa inireresetang gamot. Para sa mga taong may limitadong kita, mayroon ding ibang programang makakatulong, na inilarawan sa ibaba.

Programang “Extra Help” ng Medicare

Dahil kwalipikado kayo para sa Medicaid, kwalipikado rin kayo para sa at makakakuha kayo ng “Extra Help” mula sa Medicare upang bayaran ang inyong mga gastos sa plano sa inireresetang gamot. Hindi ninyo kailangang gumawa ng kahit ano pa upang makuha ang “Extra Help” na ito.

Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa “Extra Help,” tumawag sa:

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048 (mga aplikasyon), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo;
- Sa Tanggapan ng Panlipunang Seguridad sa 1-800-772-1213, sa pagitan ng 8 am hanggang 7 pm, Lunes hanggang Biyernes. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-325-0778; o
- Inyong State Medicaid Office (Tanggapan ng Medicaid sa Estado) (mga aplikasyon) (Tingnan ang Seksyon 6 ng kabanatang ito para sa impormasyon sa pakikipag-ugnayan).

Kung sa tingin ninyo ay nagbabayad kayo ng maling halaga sa bahagian sa gastos kapag bumibili kayo ng inireresetang gamot sa parmasya, may proseso ang aming plano na nagpapahintulot sa

inyong humingi ng tulong sa pagkuha ng katibayan ng inyong tamang antas ng bahaginan-sa-bayad, o, kung mayroon na kayong katibayan, kung paano ito maibibigay sa amin.

- Tumawag sa Mga Serbisyo par asa Miyembro at sabihin sa kinatawan na sa palagay mo ay karapat-dapat ka para sa "Extra Help." Posibleng kailangan ninyong magbigay ng isa sa mga sumusunod na uri ng dokumentasyon (Pinakamahusay na Ebidensyang Available):
    - Isang kopya ng card ng California Medi-Cal (Medicaid) ng benepisyaryo na may pangalan ng benepisyaryo at petsa ng pagiging karapat-dapat sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo
    - Isang kopya ng dokumentong mula sa Estado na kumukumpirma sa aktibong status sa California Medi-Cal (Medicaid) sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo
    - Isang print out mula sa file ng elektronikong pagpapatala ng Estado na nagpapakita ng status sa California Medi-Cal (Medicaid) sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo
    - Isang screen print mula sa mga system ng Medi-Cal (Medicaid) ng Estado ng California na nagpapakita ng status sa Medicaid sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo
    - Iba pang dokumentasyong ibinigay ng Estado na nagpapakita ng status sa Medi-Cal (Medicaid) ng California sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo
    - Isang sulat mula sa Pangasiwaan ng Panlipunang Seguridad (SSA) na nagpapakitang tumatanggap ang indibidwal ng Suplementong Seguridad sa Kita (SSI)
    - Isang Aplikasyong Pinunan ng Ipinapagpalagay na Karapat-dapat na nagkukumpirmang ang benepisyaryo ay "…awtomatikong kaparat-dapat para sa extra help…" (SSA publication HI 03094.605)

Kung kayo ay nakalagak sa isang institusyon at naniniwala kayong kwalipikado kayop para sa zero na bahagian sa gastos, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro at sabihin sa kinatawan na naniniwala kayong kwalipikado kayo para sa "Extra Help." Posibleng kailangan ninyong magbigay ng isa sa mga sumusunod na uri ng dokumentasyon:

- Remittance mula sa pasilidad na nagpapakita ng pagbabayad sa Medicaid sa ngalan ninyo para sa isang buong buwan ng kalendaryo sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo;
- Isang kopya ng dokumentong mula sa Estado na kumukumpirma sa pagbabayad ng Medicaid, sa ngalan ng indibidwal, sa pasilidad para sa buong buwan ng kalendaryo pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo; o
- Isang screen print mula sa mga system ng Medicaid ng Estado na nagpapakita ng inyong institutional status batay sa kahit isang buong buwan ng kalendaryo na

pananatili para sa mga pagbabayad ng Medicaid sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo

- Kung hindi ninyo maibibigay ang dokumentasyong nakasaad sa itaas at naniniwala kayo na posibleng kwalipikado kayo para sa "Extra Help," tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero at tutulungan kayo ng isang kinatawan.
- Kapag natanggap namin ang katibayang nagpapakita ng inyong antas ng bahaginan-sa-bayad, ia-update namin ang aming system upang mabayaran ninyo ang tamang bahaginan-sa-bayad kapag kinuha ninyo ang susunod ninyong reseta sa parmasya. Kung sosobra ang bayad ninyo sa inyong bahaginan-sa-bayad, ibabalik namin ito sa inyo. Maaaring magpadala kami ng tseke sa inyo na nagkakahalaga ng inyong sobrang bayad o maaari naming i-offset ang mga bahaginan-sa-bayad sa hinaharap. Kung hindi pa nangongolekta ang parmasya ng bahaginan-sa-bayad mula sa inyo at itinuturing nila itong pagkakautang ninyo, maaari namin itong bayaran nang direkta sa parmasya. Kung nagbayad ang estado sa ngalan ninyo, maaari kaming magbayad mismo sa estado. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung mayroon kayong mga tanong.

Paano kung mayroon kayong pagsaklaw mula sa Programang Tulong ng Estado sa Gamot (SPAP)?

Nag-aalok ang maraming estado at ang U.S. Virgin Islands ng tulong sa pagbabayad ng mga inireresetang gamot, premium sa plano ng gamot, at/o iba pang gastusin sa gamot. Kung nakatala kayo sa isang Programang Tulong ng Estado sa Gamot (SPAP), o anupamang programang nagbibigay ng pagsaklaw para sa Part D na mga gamot (maliban sa “Extra Help”), makakakuha pa rin kayo ng 70% diskwento sa mga nasasaklaw na branded na gamot. Bukod dito, nagbabayad ang plano ng 5% ng mga gastusin sa mga branded na gamot sa gap ng pagsaklaw. Ang 70% diskwento at ang 5% binayaran ng plano ay parehong inilalapat sa presyo ng gamot bago ang anumang SPAP o iba pang pagsaklaw.

Paano kung mayroon kayong pagsaklaw mula sa Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP)? Ano ang Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP)?

Ang Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP) ay isang programang nakakatulong sa mga indibidwal na kuwalipikado sa ADAP na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot para sa HIV na nakakapagligtas ng buhay. Ang mga inireresetang gamot ng Medicare Part D na sinasaklawan din ng pormularyo ng ADAP ay kwalipikado para sa tulong sa bahagian sa gastos sa reseta sa pamamagitan ng Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP) ng California.

Ang Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP) ng California ang ADAP ng inyong Estado. Nakalista sa ibaba ang Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP) ng California sa inyong estado.

Pamamaraan	Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP) ng California – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-916-558-1784 1-844-421-7050 8 a.m. - 5 p.m. lokal na oras, Lunes - Biyernes
TTY	711
SUMULAT	Office of AIDS, Center for Infectious Diseases, California Department of Public Health MS 7700 P.O. Box 997426 Sacramento, CA 95899-7377
WEBSITE	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

Tandaan: Upang maging kwalipikado para sa ADAP na nasa inyong Estado, kailangang matugunan ng mga indibidwal ang ilang partikular na pamantayan, kabilang ang katibayan ng paninirahan sa Estado at HIV status, mababang kita alinsunod sa depinisyon ng Estado, at pagiging uninsured/under-insured. Kung magpapalit kayo ng plano, pakiabisuhan ang inyong lokal na manggagawa sa ADAP para patuloy kayong makatanggap ng tulong. Para sa impormasyon tungkol sa mga pamantayan para sa pagiging kwalipikado, mga saklaw na gamot, o kung paano magpapatala sa programa, pakitawagan ang Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP) ng California.

Programang Tulong ng Estado sa Gamot

Maraming estado ang may mga Programang Tulong ng Estado sa Gamot na tumutulong sa mga taong magbayad para sa mga inireresetang gamot batay sa pinansyal na pangangailangan, edad, medikal na kundisyon, o mga kapansanan. Ang bawat estado ay may iba't ibang panuntunang nagbibigay ng pagsaklaw ng gamot sa mga miyembro nito.

Sa California, amg Programang Tulong ng Estado sa Gamot ay Sentro ng Serbisyo sa Kostumer ng MediCal Rx.

Pamamaraan	Sentro ng Serbisyo sa Kostumer ng MediCal Rx ng California – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-977-2273 1-916-518-3100 711 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kabilang ang mga pista-opisyal.
TTY	711

Pamamaraan	Sentro ng Serbisyo sa Kostumer ng MediCal Rx ng California – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
SUMULAT	MediCal Rx Customer Service Center P.O. Box 730 Rancho Cordova, CA 95741
WEBSITE	www.medi-calrx.dhcs.ca.gov

SEKSYON 8 Paano makikipag-ugnayan sa Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles

Ang Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles ay isang hiwalay na Pederal na ahensya na nangangasiwa sa mga komprehensibong programa ng benepisyo para sa mga trabahador sa riles ng bansa at sa kanilang mga pamilya. Kung natatanggap ninyo ang inyong Medicare sa pamamagitan ng Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles, mahalagang ipaalam ninyo sa kanila kung lilipat o magpapalit kayo ng address na padadalhan. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa inyong mga benepisyo mula sa Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles, makipag-ugnayan sa ahensya.

Pamamaraan	Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-877-772-5772 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Kung pipindutin ninyo ang “0,” maaari kayong makipag-usap sa kinatawan ng RRB mula 9:00 am hanggang 3:30 pm, Lunes, Martes, Huwebes, at Biyernes, at mula 9:00 am hanggang 12:00 pm tuwing Miyerkules. Kung pipindutin ninyo ang “1”, maa-access ninyo ang awtomatikong Linya ng Tulong ng RRB at ang nakarekord na impormasyon 24 na oras sa isang araw, kabilang ang mga weekend at pista opisyal.
TTY	1-312-751-4701 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lamang sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pagsasalita. Ang mga pagtawag sa numerong ito ay *hindi* libre.
WEBSITE	rrb.gov/

SEKSYON 9 Mayroon ba kayong panggrupong insurance o iba pang insurance sa kalusugan mula sa employer?

Kung kayo (o ang inyong asawa) ay nakakakuha ng mga benepisyo mula sa employer ninyo (o ng inyong asawa o kinakasama) o sa grupo ng mga retirado bilang bahagi ng planong ito, maaari ninyong tawagan ang tagapangasiwa ng mga benepisyo sa employer/unyon o Mga Serbisyo para sa Miyembro kung mayroon kayong anumang tanong. Maaari kayong magtanong tungkol sa mga benepisyong pangkalusugan, mga premium sa employer o retirado ninyo (o ng inyong asawa o kinakasama), o tungkol sa panahon ng pagpapatala para dito. (Ang mga numero ng telepono ng Mga Serbisyo para sa Miyembro ay naka-print sa likod na pabalat ng dokumentong ito.) Puwede rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para sa mga tanong na nauugnay sa inyong saklaw sa Medicare sa ilalim ng planong ito.

Kung mayroon kayong ibang saklaw sa inireresetang gamot mula sa employer ninyo (o ng inyong asawa o kinakasama) o sa grupo ng mga retirado, mangyaring makipag-ugnayan sa **tagapangasiwa ng mga benepisyo ng grupong iyon**. Matutulungan kayo ng tagapangasiwa ng mga benepisyo na matukoy kung paano gagana ang inyong kasalukuyang pagsaklaw sa inireresetang gamot sa aming plano.

KABANATA 3:

Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang saklaw na serbisyo

SEKSYON 1 Mga bagay na dapat ninyong malaman tungkol sa pagkuha ng inyong medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo bilang miyembro ng aming plano

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung ano ang dapat ninyong malaman tungkol sa paggamit ng plano upang masaklaw ang inyong medikal na pangangalaga at iba pang saklaw na serbisyo. Makikita dito ang mga kahulugan ng mga termino at ipinapaliwanag nito ang mga panuntunang kailangan ninyong sundin upang makakuha ng mga medikal na paggamot, serbisyo, kagamitan, mga inireresetang gamot, at iba pang medikal na pangangalaga na sinasaklaw ng plano.

Para sa mga detalye tungkol sa kung anong medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo ang saklaw ng aming plano, gamitin ang chart ng mga benepisyo sa susunod na kabanata, Kabanata 4 (*Chart ng mga Medikal na Benepisyo, ano ang sinasaklaw*).

Seksyon 1.1 Ano ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network at mga sinasaklaw na serbisyo?

- **Ang mga tagapagbigay ng serbisyo** ay mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugang binigyang-lisensiya ng estado upang magbigay ng mga medikal na serbisyo at pangangalaga. Kabilang din sa terminong mga tagapagbigay ng serbisyo ang mga ospital at iba pang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan.

- **Ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network** ay ang mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, medikal na pangkat, ospital, at iba pang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan na may kasunduan sa amin na tumanggap ng aming pagbabayad bilang kabuuang bayad. Nakipag-ayos kami sa mga tagapagbigay ng serbisyong ito upang maghatid ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Direkta kaming sinisingil ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa inyo. Kapag nakakita kayo ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network, wala kayong babayaran para sa mga saklaw na serbisyo.

- **Kabilang sa mga saklaw na serbisyo** ang lahat ng medikal na pangangalaga, serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, supply, kagamitan, at Mga Inireresetang Gamot na sinasaklaw ng aming plano. Nakalista sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4 ang inyong mga saklaw na serbisyo para sa medikal na pangangalaga. Tinalakay ang inyong mga saklaw na serbisyo para sa mga inireresetang gamot sa Kabanata 5.

Seksyon 1.2 Mga pangunahing panuntunan upang masaklaw ang inyong medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo

Bilang planong pangkalusugan ng Medicare, dapat saklawin ng aming plano ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Original Medicare at puwede kaming mag-alok ng iba pang serbisyo sa mga sinasaklaw sa ilalim ng Original Medicare. Mangyaring sumangguni sa Kabanata 4 ng Chart ng Mga Medikal na Benepisyo, (ano ang sinasaklaw) para sa mga serbisyong sinasaklaw sa plano.

Karaniwang sasaklawin ng aming plano ang inyong medikal na pangangalaga hangga't:

- **Ang pangangalagang natatanggap ninyo ay kabilang sa Chart ng mga Medikal na Benepisyo ng plano** (nasa Kabanata Chapter 4 ng dokumentong ito ang chart na ito).
- **Ang pangangalagang natatanggap ninyo ay itinuturing na medikal na kinakailangan.** Ang ibig sabihin ng medikal na kinakailangan ay ang mga serbisyo, supply, kagamitan, o gamot ay kailangan para sa pag-iwas, pagtuklas, o paggamot ng inyong medikal na kundisyon at natutugunan nito ang mga tinatanggap na pamantayan ng kasanayang medikal.
- **Mayroon kayong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (isang PCP) na nasa network na nagbibigay at namamahala ng inyong pangangalaga.** Bilang miyembro ng aming plano, kailangan ninyong pumili ng PCP na nasa network (para sa higit pang impormasyon tungkol dito, tingnan ang Seksyon 2.1 sa kabanatang ito).
  - Sa karamihan ng sitwasyon, kailangang bigyan kayo ng inyong PCP na nasa network ng maagang pag-apruba bago ninyo magamit ang ibang tagapagbigay ng serbisyo sa network ng plano, gaya ng mga espesyalista, ospital, pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o ahensya ng pangangalagang pangkalusugan sa bahay. Tinatawag itong pagbibigay sa inyo ng referral. Para sa higit pang impormasyon tungkol dito, tingnan ang Seksyon 2.3 ng kabanatang ito.
  - Hindi kailangan ang mga referral mula sa inyong PCP para sa emergency na pangangalaga o sa mga serbisyong agarang kinakailangan. Mayroon ding ilan pang uri ng pangangalagang makukuha ninyo nang hindi kailangan ang maagang pag-apruba mula sa inyong PCP (para sa higit pang impormasyon tungkol dito, tingnan ang Seksyon 2.2 ng kabanatang ito).
- **Kailangan ninyong matanggap ang inyong pangangalaga mula sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network** (para sa higit pang impormasyon tungkol dito, tingnan ang Seksyon 2 sa kabanatang ito). Sa karamihan ng kaso, hindi sasaklawin ang pangangalagang matatanggap ninyo mula sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network (isang tagapagbigay ng serbisyo na hindi bahagi ng network ng aming plano). Nangangahulugan ito na kailangan ninyong bayaran nang buo ang tagapagbigay ng serbisyo para sa mga serbisyog ibinigay. *Narito ang tatlong pagbubukod:*

- Sinasaklaw ng plano ang emergency na pangangalaga o ang mga serbisyong agarang kinakailangan na makukuha ninyo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Para sa higit pang impormasyon tungkol dito, at upang malaman kung ano ang ibig sabihin ng mga serbisyo sa emergency o serbisyong agarang kinakailangan, tingnan ang Seksyon 3 sa kabanatang ito.
- Kung kailangan ninyo ng medikal na pangangalaga na inaatas ng Medicare na saklawin ng aming plano pero walang espesyalista sa aming network na nagbibigay ng ganitong pangangalaga, puwede ninyong kunin ang pangangalagang ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network (kinakailangan ang paunang awtorisasyon) sa parehong bahagian sa gastos na karaniwan mong ibinabayad sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Mangyaring tawagan kami upang alamin ang tungkol sa mga panuntunan sa pagpapahintulot na posibleng kakailanganin ninyong sundin bago humanap ng pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, sasaklawin namin ang mga serbisyo gaya ng kung nakuha ninyo ang pangangalaga mula sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng pag-apruba upang magpatingin sa doktor na wala sa network, tingnan ang Seksyon 2.4 sa kabanatang ito.
- Sinasaklaw ng plano ang mga serbisyo para sa dialysis ng bato na nakukuha ninyo mula sa pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag kayo ay pansamantalang nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng plano o kapag pansamantalang wala o hindi mapupuntahan ang inyong tagapagbigay ng serbisyo para sa serbisyong ito. Ang bahagian sa gastos na ibabayad ninyo sa plano para sa dialysis ay hindi puwedeng lumampas sa bahagian sa gastos sa Original Medicare. Kung wala kayo sa sineserbisyuhang lugar ng plano at nagpapa-dialysis kayo sa isang tagapagbigay ng serbisyo na wala sa network ng plano, hindi puwedeng lumampas ang inyong bahagian sa gastos sa bahagian sa gastos na ibinabayad ninyo sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Gayunpaman, kung pansamantalang wala ang inyong karaniwang tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa dialysis at pinili ninyong kumuha ng mga serbisyo sa loob ng sineserbisyuhang lugar mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network ng plano, puwedeng mas mataas ang bahagian sa gastos para sa dialysis.

SEKSYON 2 Gamitin ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng plano upang makuha ang inyong medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo

Seksyon 2.1 Kailangan ninyong pumili ng Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (PCP) na magbibigay at mamamahala sa pangangalaga sa inyo

Ano ang PCP at ano ang ginagawa ng PCP para sa inyo?

Kapag naging miyembro kayo ng aming plano, dapat muna kayong pumili ng tagapagbigay ng serbisyong nasa plano upang maging inyong PCP. Ang inyong PCP ay ang inyong kaagapay sa kalusugan, na nagbibigay o namamahala sa inyong pangangalaga. Ang inyong PCP ay isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na nakatugon sa mga hinihingi ng estado at sinanay upang mabigyan kayo ng pangunahing medikal na pangangalaga. Kinabibilangan ito ng mga doktor na may espesyalisasyon sa pampamilyang kasanayan, pangkalahatang kasanayan, at internal na medisina.

Makukuha ninyo ang karamihan ng inyong karaniwan o pangunahing pangangalaga mula sa inyong PCP. Tutulungan din kayo ng inyong PCP na ayusin o pamahalaan ang natitira sa mga saklaw na serbisyo na inyong nakukuha bilang isang miyembro ng aming plano. Kabilang dito ang:

- kalusugan ng pag-uugali,
- mga x-ray,
- mga pagsusuri sa laboratoryo,
- mga therapy,
- pangangalaga mula sa mga espesyalistang doktor,
- mga pagka-admit sa ospital, at
- follow-up na pangangalaga.

Ang “pangangasiwa” sa inyong mga saklaw na serbisyo ay may kasamang pagsusuri o pagkonsulta sa ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa plano tungkol sa inyong pangangalaga at kung ano ang kalagayan nito. Para sa ilang partikular na serbisyo, kailangang makakuha ng paunang awtorisasyon ang inyong PCP (maagang pag-apruba). Kung kailangan ng paunang awtorisasyon ng serbisyong kailangan ninyo, hihiling ng pahintulot ang inyong PCP mula sa

aming plano. Dahil ang inyong PCP ang magbibigay at magsasaayos ng inyong medikal na pangangalaga, kailangan ninyong ipadala sa tanggapan ng inyong PCP ang lahat ng inyong nakaraang medikal na rekord. Karaniwang makikipagkita kayo sa inyong PCP para sa karamihan ng inyong routine na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan. Inirerekomenda naming hayaan ninyong ang inyong PCP ang mangasiwa sa lahat ng inyong pangangalaga. Sumangguni sa Seksyon 2.3 ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon.

Sa ilang sitwasyon, kakailanganin ng inyong PCP, o ng isang espesyalista o iba pang tagapagbigay ng serbisyong tumitingin sa inyo, na kumuha ng paunang awtorisasyon (paunang pag-apruba) mula sa amin para sa ilang partikular na uri ng mga saklaw na serbisyo at item. Basahin ang Kabanata 4 ng dokumentong ito para sa mga serbisyo at item na nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Kung kailangan ninyong makipag-usap sa inyong doktor pagkatapos ng mga karaniwang oras ng negosyo, tumawag sa tanggapan ng doktor at ididirekta kayo sa inyong doktor, sa isang answering machine na may mga direksyon sa kung saan makakakuha ng serbisyo, o sa ibang doktor na nagbibigay ng pagsaklaw. Kung nakakaranas kayo ng emergency, tumawag kaagad sa 911.

Paano kayo pumipili ng inyong PCP?

Kapag nagpatala kayo sa aming plano, pipili kayo ng kalahok na Medikal na Pangkat mula sa network ng Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). Pipili rin kayo ng PCP mula sa kalahok na Medikal na Pangkat na ito. Upang pumili ng inyong PCP, pumunta sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA at pumili ng PCP mula sa network ng aming plano. Makakatulong din sa inyo ang Mga Serbisyo para sa Miyembro na pumili ng PCP. Kapag nakapili na kayo ng inyong PCP, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kasama ang inyong pinili. Nasa network dapat namin ang inyong PCP.

Ang bawat Medikal na Pangkat at PCP ay gumagawa ng mga referral sa ilang partikular na espesyalista ng plano at gumagamit ng ilang partikular na ospital na nasa kanilang network. Kung mayroong partikular na espesyalista ng plano o ospital na gusto ninyong gamitin, magtanong muna para matiyak na ang mga espesyalista at/o ospital ay nasa Medikal na Pangkat at network ng PCP.

Kung hindi kayo pipili ng Medikal na Pangkat o PCP o kung pipili kayo ng isang Medikal na Pangkat o PCP na wala sa planong ito, awtomatiko namin kayong itatalaga sa isang Medikal na Pangkat at PCP.

Pagpapalit ng inyong PCP

Maaari ninyong palitan ang inyong PCP para sa anumang dahilan, anumang oras. Gayundin, posibleng umalis sa network ng mga tagapagbigay ng serbisyo ng aming plano ang inyong PCP at kakailanganin ninyong maghanap ng bagong PCP. Sa ilang partikular na sitwasyon, obligado ang aming mga tagapagbigay ng serbisyo na ipagpatuloy ang pangangalaga pagkatapos umalis sa aming network. Para sa mga partikular na detalye, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Kung gusto ninyong palitan ang inyong Medikal na Pangkat o PCP, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang bawat Medikal na Pangkat at PCP na nasa plano ay gumagawa ng mga referral sa ilang partikular na espesyalista ng plano at gumagamit ng ilang partikular na ospital na nasa kanilang network. Nangangahulugan ito na maaaring tukuyin ng Medikal na Pangkat at PCP na nasa plano na pinili ninyo ang mga espesyalista at ospital na maaari ninyong gamitin. Kung mayroong mga partikular na espesyalista o ospital na gusto ninyong gamitin, alamin kung ginagamit ba ng inyong Medikal na Pangkat at PCP ang mga espesyalista o ospital na ito.

Para palitan ang inyong PCP, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Magkakaroon ng bisa ang pagpapalit sa unang araw ng susunod na buwan. Pakitandaan: Kung gumagamit kayo ng PCP maliban sa PCP na itinalaga sa inyo, puwedeng mas mapamahal ang inyong bahagian sa gastos o puwedeng tanggihan ang inyong mga claim.

Seksyon 2.2 Anong mga uri ng medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo ang puwede ninyong kunin nang walang referral mula sa inyong PCP?

Makukuha ninyo ang mga serbisyong nakalista sa ibaba nang hindi kumukuha ng maagang pag-apruba mula sa inyong PCP.

- Karaniwang pangangalagang pangkalusugan ng mga babae, kung saan kabilang ang mga eksaminasyon sa suso, screening mammogram (mga x-ray ng suso), Pap test, at eksaminasyon ng balakang, hangga't kukunin ninyo ang mga ito sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network.
- Mga pagpapabakuna para sa trangkaso, COVID-19, at pulmonya, hangga’t nakukuha ninyo ang mga ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network.
- Mga serbisyo sa emergency mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network o mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.
- Ang mga serbisyong agarang kinakailangan ay mga saklaw na serbisyo na hindi mga serbisyo sa emergency, na ibinibigay kapag pansamantalang wala o hindi maabot ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, o kapag wala sa sineserbisyuhang lugar ang nagpapatala. Halimbawa, kailangan ninyo ng agarang pangangalaga sa weekend. Dapat ay agarang kinakailangan at medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.
- Mga serbisyo sa pag-dialysis ng bato na natatanggap ninyo mula sa isang pasilidad sa pag-dialysis na sertipikado ng Medicare kapag kayo ay pansamantalang nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng plano. Kung posible, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro bago kayo umalis sa sineserbisyuhang lugar upang matulungan namin kayong ayusin ang maintenance dialysis ninyo habang wala kayo.

Seksyon 2.3 Paano makakuha ng pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network

Ang espesyalista ay doktor na nagbibigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan. Maraming klase ng espesyalista. Narito ang ilang halimbawa:

- Ang mga oncologist ay nangangalaga ng mga pasyenteng may kanser
- Ang mga cardiologist ay nangangalaga ng mga pasyenteng may mga problema sa puso
- Ang mga orthopedist ay nangangalaga ng mga pasyenteng may mga problema sa buto, kasu-kasuan, o kundisyon sa kalamnan

Para makapagpatingin kayo sa isang espesyalista, kailangan muna ninyong kumuha ng pag-apruba sa inyong PCP. Tinatawag ito na pagkuha ng "referral" sa isang espesyalista. Napakahalagang humingi ng referral sa inyong PCP bago kayo magpatingin sa isang espesyalista ng plano o sa iba pang partikular na tagapagbigay ng serbisyo. May ilang pagbubukod, gaya ng regular na pangangalagang pangkalusugan para sa mga kababaihan, ayon sa ipinaliwanag sa Seksyon 2.2. Kung wala kayong referral bago kayo makakuha ng mga serbisyo mula sa isang espesyalista o ilang partikular na tagapagbigay ng serbisyo, kayo mismo ang magbabayad ng mga serbisyong ito.

Kung gugustuhin ng espesyalita na bumalik kayo para sa karagdagang pangangalaga, tiyakin munang sinasaklaw ng referral na inyong nakuha mula sa inyong PCP para sa inyong unang pagpapatingin ang mas marami pang pagpapatingin sa espesyalista o sa iba pang partikular na tagapagbigay ng serbisyo. Sa ilang sitwasyon, baka kailanganin ninyo, ng inyong kinatawan, o ng inyong PCP/tagapagbigay ng serbisyo na kumuha ng paunang awtorisasyon mula sa plano. Pakitingnan ang Kabanata 4, Seksyon 2.1 para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Ang bawat Medikal na Pangkat at PCP ay gumagawa ng mga referral sa ilang partikular na espesyalista ng plano at gumagamit ng ilang partikular na ospital na nasa kanilang network. Nangangahulugan ito na maaaring tukuyin ng Medikal na Pangkat at PCP na pinili ninyo ang mga espesyalista at ospital na maaari ninyong gamitin. Kung mayroong mga partikular na espesyalista o ospital na gusto ninyong gamitin, alamin kung ginagamit ba ng inyong Medikal na Pangkat o PCP ang mga espesyalista o ospital na ito. Sa pangkalahatan, maaari ninyong palitan ang inyong PCP anumang oras kung gusto ninyong magpatingin sa isang espesyalista sa plano o pumunta sa isang ospital na hindi kayo maaaring i-refer ng inyong kasalukuyang PCP. Sa Seksyon 2.1 sa ilalim ng "Pagpapalit ng inyong PCP," sasabihin namin sa inyo kung paano palitan ang inyong PCP.

Tandaan: posibleng hindi ninyo palaging kailanganin ang referral upang puntahan ang mga espesyalista o iba pang tagapagbigay ng serbisyo kung kasama sila sa parehong Samahan ng

mga Independienteng Doktor (IPA) gaya ng inyong PCP. Ang IPA ay samahan ng mga doktor, kabilang ang mga PCP at espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga ospital, na nakikipagkontrata sa plano upang magbigay ng mga serbisyo sa mga miyembro. Tanungin ang inyong PCP kung may kinabibilangan silang IPA at kung kailangan ninyo ng referral para pumunta sa mga espesyalista o iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa kaparehong IPA.

Paano kung umalis sa aming plano ang espesyalista o ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa network?

Maaari kaming gumawa ng mga pagbabago sa mga ospital, doktor, at espesyalista (tagapagbigay ng serbisyo) na bahagi ng inyong plano sa kasalukuyang taon. Kung umalis ang inyong doktor o espesyalista sa inyong plano, mayroon kayong ilang partikular na karapatan at proteksyon na ibinubuod sa ibaba:

- Kahit magbago sa kasalukuyang taon ang aming network ng mga tagapagbigay ng serbisyo, hinihingi ng Medicare na bigyan namin kayo ng tuluy-tuloy na access sa mga kwalipikadong doktor at espesyalista.
- Mag-aabiso kami sa inyo kung aalis sa aming plano ang inyong tagapagbigay ng serbisyo para may panahon kayong mamili ng bagong tagapagbigay ng serbisyo.
  - Kung aalis sa aming plano ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga o kalusugan sa pag-uugali, aabisuhan namin kayo kung nagpapatingin kayo sa naturang tagapagbigay ng serbisyo sa loob ng nakalipas na tatlong taon.
  - Kung aalis sa aming plano ang alinman sa iba pa ninyong tagapagbigay ng serbisyo, aabisuhan namin kayo kung nakatalaga kayo sa tagapagbigay ng serbisyo, o kung nagpatingin kayo sa kanya sa nakalipas na tatlong buwan.
- Tutulungan namin kayo sa pagpili ng bagong kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyong nasa network na puwede ninyong gamitin para sa patuloy na pangangalaga.
- Kung kasalukuyan kayong napapailalim sa medikal na paggamot o mga therapy sa inyong kasalukuyang tagapagbigay ng serbisyo, mayroon kayong karapatang humiling, at magsisikap kami para tiyakin, na magtutuloy-tuloy ang mga medikal na kinakailangang paggamot o therapy na natatanggap ninyo.
- Bibigyan namin kayo ng impormasyon tungkol sa iba't ibang panahon ng pagpapatala na available sa inyo at mga opsyong mayroon kayo para magpalit ng plano.
- Kami ang maghahanda ng anumang medikal na kinakailangang saklaw na benepisyo na wala sa aming network ng tagapagbigay ng serbisyo, pero sa bahagian sa gastos na nasa network, kapag hindi available o hindi sapat ang isang tagapagbigay ng serbisyo o benepisyo na nasa network para matugunan ang inyong mga medikal na kinakailangan. Dapat kumpirmahin ng aming plano na walang tagapagbigay ng serbisyong nasa network na available, at dapat makipag-ugnayan ang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network sa plano para humiling ng awtorisasyon para makakuha kayo ng mga serbisyo.

Kung maaaprubahan, bibigyan ang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network ng awtorisasyong ibigay ang (mga) serbisyo. Karapatan ninyong makatanggap ng mga serbisyo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network para sa emergency o mga serbisyong agarang kinakailangan na wala sa sineserbisyuhang lugar.

- Kung malaman ninyong aalis sa inyong plano ang inyong doktor o espesyalista, mangyaring makipag-ugnayan sa amin upang matulungan namin kayong makahanap ng bagong tagapagbigay ng serbisyo para pamahalaan ang pangangalaga sa inyo.
- Kung naniniwala kayong hindi namin kayo nabigyan ng kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo na papalit sa inyong dating tagapagbigay ng serbisyo o hindi angkop na napapamahalaan ang pangangalaga sa inyo, mayroon kayong karapatang maghain ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga sa QIO, karaingan sa kalidad ng pangangalaga sa plano, o pareho. Pakitingnan ang Kabanata 9.

Seksyon 2.4 Paano makakuha ng pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo na wala sa network

Kung kailangan ninyo ng medikal na pangangalagang saklaw ng Medicare at hindi maibibigay ng isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ang pangangalagang ito, posibleng makakuha kayo ng pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Dapat kumpirmahin ng aming plano na walang tagapagbigay ng serbisyong nasa network na available, at dapat makipag-ugnayan ang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network sa plano para humiling ng awtorisasyon para makakuha kayo ng mga serbisyo. Kung maaaprubahan, bibigyan ang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network ng awtorisasyong ibigay ang (mga) serbisyo.

Karapatan ninyong makatanggap ng mga serbisyo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network para sa emergency o mga serbisyong agarang kinakailangan na wala sa sineserbisyuhang lugar. Dagdag pa rito, dapat saklawin ng aming plano ang mga serbisyo sa dialysis para sa mga miyembrong may Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (ESRD) na bumiyahe sa labas ng sineserbisyuhang lugar ng plano at hindi nila maabot ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Dapat tanggapin ang mga serbisyo para sa ESRD sa isang pasilidad sa dialysis na sinertipikahan ng Medicare.

SEKSYON 3 Paano makakuha ng mga serbisyo kung mayroon kayong emergency o agarang pangangailangan para sa pangangalaga o sa panahon ng sakuna

Seksyon 3.1 Pagkuha ng pangangalaga kung mayroon kayong medikal na emergency

Ano ang medikal na emergency at ano ang gagawin ninyo kung mayroon kayo nito?

Ang **medikal na emergency** ay kapag kayo, o sinupamang taong may karaniwang kaalaman tungkol sa kalusugan at medisina, ay naniniwalang mayroon kayong mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon upang maiwasan ang pagkamatay (at kung kayo ay buntis, pagkalaglag ng sanggol sa sinapupunan), pagkawala ng bahagi ng katawan o silbi ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng o matinding kapansanan sa silbi ng bahagi ng katawan. Ang mga medikal na sintomas ay posibleng karamdaman, pinsala, matinding pananakit, o isang medikal na kundisyon na mabilis ang paglala.

Kung mayroon kayong medikal na emergency:

- **Kumuha ng tulong sa lalong madaling panahon.** Tumawag sa 911 para sa tulong o pumunta sa pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansiya kung kailangan ninyo ito. *Hindi* ninyo kinakailangang kumuha muna ng pag-apruba o referral mula sa inyong PCP. Hindi ninyo kailangang gumamit ng doktor na nasa network. Puwede kayong kumuha ng sinasaklaw na pang-emergency na medikal na pangangalaga sa tuwing kailangan ninyo ito, saanman sa Estados Unidos o sa mga teritoryo nito, at mula sa sinumang tagapagbigay ng serbisyo na may naaangkop na lisensya ng estado kahit na hindi sila part of our network. Kasama sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ang pandaigdigang pagsaklaw para sa emergency/agarang pangangalaga.
- **Sa lalong madaling panahon, tiyaking naipaalam na sa aming plano ang tungkol sa inyong emergency.** Kailangan naming subaybayan ang inyong emergency na pangangalaga. Dapat itawag ninyo o ng ibang tao sa amin ang tungkol sa inyong pang-emergency na pangangalaga, karaniwan ay sa loob ng 48 oras. Puwede kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o sa numerong makikita sa likod ng inyong membership card.

Ano ang sinasaklaw kapag mayroon kayong medikal na emergency?

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo sa ambulansya sa mga sitwasyon kung saan ang pagdala sa inyo sa emergency room sa ibang paraan ay maaaring maglagay sa inyong kalusugan sa panganib. Sinasaklaw din namin ang mga medikal na serbisyo sa panahon ng emergency.

Ang mga doktor na nagbibigay sa inyo ng emergency na pangangalaga ang magpapasya kung kailan maituturing na maayos na ang inyong kundisyon at kung kailan matatapos ang medikal na emergency.

Pagkatapos ng emergency, mayroon kayong karapatan para sa pagsubaybay na pangangalaga upang matiyak na patuloy na magiging maayos ang inyong kundisyon. Mahalagang mag-follow up kayo sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga sa loob ng 5 hanggang 7 araw pagkatapos ninyong makatanggap ng emergency na pangangalaga. Makakatanggap kayo ng tawag mula sa aming team ng pangangalaga para tulungan kayong kumuha ng mga kinakailangang follow up na appointment at kumuha ng iba pang makakatulong na benepisyo sa pagpapagaling. Patuloy kayong gagamutin ng inyong mga doktor hanggang sa makipag-ugnayan sa amin ang inyong mga doktor at gumawa ng mga plano para sa karagdagang pangangalaga. Sasaklawin ng aming plano ang inyong follow-up na pangangalaga. Kung ang inyong emergency na pangangalaga ay ibinibigay ng mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, susubukan naming ayusin upang mailipat sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ang inyong pangangalaga sa lalong madaling panahon na papahintulutan ng inyong medikal na kundisyon at ng sitwasyon.

Paano kung hindi ito medikal na emergency?

Minsan, mahirap malaman kung mayroon kayong medikal na emergency. Halimbawa, posible kayong mapunta sa emergency na pangangalaga – sa pag-iisip na nasa matinding panganib ang inyong kalusugan – at posibleng sabihin ng doktor na hindi talaga ito medikal na emergency. Kung mangyaring hindi pala ito emergency, hangga't makatwiran ninyong iniisip na nasa matinding panganib ang inyong kalusugan, sasaklawin namin ang inyong pangangalaga.

Gayunpaman, pagkatapos sabihin ng doktor na *hindi* ito emergency, sasaklawin *lang* namin ang karagdagang pangangalaga kung kukuha kayo ng karagdagang pangangalaga sa isa sa dalawang paraang ito:

- Pupunta kayo sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network upang kumuha ng karagdagang pangangalaga.
- – *o* – Ang karagdagang pangangalagang kukunin ninyo ay itinuturing na mga serbisyong agarang kinakailangan at susundin ninyo ang mga panuntunan sa pagkuha ng agarang pangangalagang ito (para sa higit pang impormasyon tungkol dito, basahin ang Seksyon 3.2 sa ibaba).

Seksyon 3.2 Pagkuha ng pangangalaga kapag mayroon kayong agarang pangangailangan para sa mga serbisyo

Ano ang mga serbisyong agarang kinakailangan?

Ang isang serbisyong agarang kinakailangan ay isang hindi emergency na sitwasyon na nangangailangan ng agarang medikal na pangangalaga pero, dahil sa inyong mga sitwasyon, hindi posible o hindi makatuwirang kunin ang mga serbisyong ito mula sa isang tagapagbigay ng

serbisyong nasa network. Dapat saklawin ng plano ang mga serbisyong agarang kinakailangan na mula sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Ang ilang halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay i) matinding pananakit ng lalamunan na nangyari nang weekend o ii) isang hindi inaasahang pag-usbong ng hindi alam na kundisyon kapag pansamantala kayong nasa labas ng sineserbisyuhang lugar.

Mangyaring makipag-ugnayan sa tanggapan ng inyong PCP nang 24 na oras sa isang araw kung kailangan ninyo ng agarang pangangalaga. Posibleng papuntahin kayo sa center para sa agarang pangangalaga na nasa network upang makakuha ng agarang pangangalaga. Makikita ang listahan ng mga center para sa agarang pangangalaga na nasa network sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* o sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA. Kung matatanggap ang mga serbisyo sa agarang pangangalaga mula sa tanggapan ng inyong doktor, babayaran ninyo ang bahaginan-sa-bayad ng pagpapatingin sa tanggapan, gayunpaman, kung matatanggap ang mga serbisyo sa agarang pangangalaga sa center para sa agarang pangangalaga na nasa network o sa walk-in na klinika, babayaran ninyo ang bahaginan-sa-bayad ng center ng agarang pangangalaga, na posibleng iba ang halaga. Basahin ang Kabanata 4, *Chart ng mga Medikal na Benepisyo (ano ang sinasaklaw)* para sa bahaginan-sa-bayad na naaangkop sa mga serbisyong ibinibigay sa tanggapan ng doktor o sa center ng agarang pangangalaga na nasa network o sa walk-in na klinika.

Maaari din kayong makipag-ugnayan sa Linya para sa Payo ng Nurse anumang oras. Mayroong nakaantabay na propesyonal na nurse na sasagot sa inyong mga tanong nang 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Para sa higit pang impormasyon kaugnay ng Linya para sa Payo ng Nurse, tingnan ang kategorya ng benepisyo ng Mga Programang Edukasyon sa Kalusugan at Wellness sa Kabanata 4 *(Chart ng mga Medikal na Benepisyo (ano ang sinasaklaw))*, o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng pangangalaga para sa pandaigdigang emergency at agarang pangangalaga sa labas ng Estados Unidos sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon. Gayunpaman, hindi saklaw ng Medicare ang emergency na pangangalaga sa labas ng Estados Unidos.

- Sinasaklaw kayo para sa hanggang $50,000 kapag nagbibiyahe sa labas ng Estados Unidos sa ilalim ng pagsaklaw para sa pandaigdigang emergency at pagsaklaw sa agarang pangangalaga. *Hindi* sasaklawin ang mga gastos na lalampas sa halagang ito.
- *Hindi* saklaw ang transportasyon pabalik sa Estados Unidos mula sa ibang bansa at ang gamot na bibilhin habang nasa labas ng Estados Unidos. Bukod dito, *hindi* rin mawe-waive ang mga bahagian sa gastos sa emergency room kung mako-confine kayo sa pangangalaga sa ospital para sa inpatient.
- Mangyaring makipag-ugnayan sa amin sa loob ng 48 oras, kung maaari, upang abisuhan kami tungkol sa pagpunta ninyo sa emergency room.

Para sa higit pang impormasyon, basahin ang “Emergency na Pangangalaga” at “Mga Serbisyong Agarang Kinakailangan” sa Chart ng mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4 ng dokumentong ito o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Seksyon 3.3 Pagkuha ng pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung magdedeklara ang Gobernador ng inyong estado, ang Kalihim ng Health and Human Services ng U.S., o ang Pangulo ng Estados Unidos ng state of disaster o emergency sa inyong heograpikong lugar, makakatanggap pa rin kayo ng pangangalaga mula sa inyong plano.

Mangyaring bisitahin ang sumusunod na website: www.wellcare.com/healthnetCA para sa impormasyon sa kung paano kunin ang kinakailangang pangangalaga sa panahon ng sakuna.

Kung hindi kayo makakagamit ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network sa panahon ng sakuna, pahihintulutan kayo ng inyong plano na makakuha ng pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network ng may bahagian sa gastos na nasa network. Kung hindi kayo makakagamit ng parmasyang nasa network sa panahon ng sakuna, makukuha ninyo ang inyong mga inireresetang gamot sa isang parmasyang wala sa network. Mangyaring tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 para sa higit pang impormasyon.

SEKSYON 4 Paano kung direkta kayong sisingilin para sa buong kabayaran ng inyong mga serbisyo?

Seksyon 4.1 Maaari ninyong hilingin sa amin na bayaran ang mga saklaw na serbisyo

Kung binayaran ninyo ang inyong mga saklaw na serbisyo, o kung nakatanggap kayo ng bill para sa mga saklaw na medikal na serbisyo, pumunta sa Kabanata 7 *(Paghiling sa amin na magbayad ng bill na natanggap ninyo para sa mga sinasaklaw na medikal na serbisyo o gamot*) para sa impormasyon tungkol sa kung ano ang gagawin.

Seksyon 4.2 Ano ang dapat ninyong gawin kung hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo?

Sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo gaya ng nakalista sa Chart ng mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4 ng dokumentong ito. Kung makakatanggap kayo ng mga serbisyong hindi sinasaklaw ng aming plano o mga serbisyong nakuha sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network at hindi awtorisado ang mga ito, responsibilidad ninyong bayarana ng kabuuang gastos para sa mga serbisyo. Bago bayaran ang gastos sa mga serbisyo, dapat muna ninyong alamin kung sinasaklaw ng California Medi-Cal (Medicaid) ang serbisyo.

Para sa mga saklaw na serbisyong may limitasyon sa benepisyo, babayaran din ninyo ang kabuuang gastos ng anumang serbisyong makukuha ninyo pagkatapos ninyong maubos ang inyong benepisyo para sa ganoong uri ng sinasaklaw na serbisyo. Ang halagang babayaran ninyo para sa mga gastusin sa sandaling maabot ang limitasyon ng benepisyo ay hindi ibabawas sa maximum na halaga mula sa sariling bulsa. Halimbawa, baka kailanganin ninyong bayaran ang

kabuuang gastuin para sa anumang pasilidad ng may kasanayang pangangalaga na kukunin ninyo pagkatapos maabot ng pagbabayad ng aming plano ang limitasyon sa benepisyo. Kapag naubos mo na ang iyong limitasyon sa benepisyo, hindi ibabawas ang mga karagdagang pagbabayad na gagawin mo para sa benepisyo sa iyong taunang maximum na halaga mula sa sariling bulsa.

SEKSYON 5 Paano sinasaklaw ang inyong mga medikal na serbisyo kapag kayo ay nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral?

Seksyon 5.1 Ano ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral?

Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding *klinikal na pagsubok*) ay isang paraan upang masuri ng mga doktor at siyentista ang mga bagong uri ng medikal na pangangalaga, tulad ng kung gaano kabisa ang isang bagong gamot sa kanser. Ang ilang partikular na klinikal na pananaliksik na pag-aaral ay aprubado ng Medicare. Ang mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare ay karaniwang humihiling ng mga boluntaryo na makilahok sa pag-aaral.

Kapag inaprubahan na ng Medicare ang pag-aaral, at naghayag kayo ng interes dito, makikipag-ugnayan sa inyo ang isang taong nagtatrabaho para sa pag-aaral upang mas ipaliwanag ang pag-aaral at upang tingnan kung matutugunan ninyo ang mga kinakailangang itinakda ng mga siyentista na nagsasagawa ng pag-aaral. Maaari kayong sumali sa pag-aaral kung matutugunan ninyo ang mga kinakailangan para sa pag-aaral *at* lubos ninyong nauunawaan at tinatanggap ang mga kabilang sa pagsali ninyo sa pag-aaral.

Kung sasali kayo sa pag-aaral na aprubado ng Medicare, babayaran ng Original Medicare ang karamihan sa mga gastos para sa mga saklaw na serbisyo na matatanggap ninyo bilang bahagi ng pag-aaral. Kung sasabihin ninyo sa amin na kayo ay nasa kwalipikadong klinikal na pagsubok, responsibilidad ninyo lang ang bahagian sa gastos na nasa network para sa mga serbisyo sa pagsubok na iyon. Kung mas malaki ang binayaran ninyo, halimbawa, kung nabayaran na ninyo ang halaga ng bahagian sa gastos sa Original Medicare, ibabalik namin ang pinagkaiba sa kung magkano ang binayaran ninyo at sa bahagian sa gastos sa network. Gayunpaman, kakailanganin ninyong magbigay ng dokumentasyon para ipakita sa amin kung magkano ang binayaran ninyo. Kapag kayo ay kasama sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, maaari kayong manatiling nakatala sa aming plano at patuloy na makakuha ng iba pa ninyong pangangalaga (ang pangangalagang hindi nauugnay sa pag-aaral) sa pamamagitan ng aming plano.

Kung gusto ninyong sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, *hindi* ninyo kailangang sabihin sa amin o humingi ng pag-apruba sa amin o sa inyong PCP. Ang mga tagapagbigay ng serbisyo na maghahatid ng inyong pangangalaga bilang bahagi ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral ay *hindi* kinakailangang maging bahagi ng network ng mga tagapagbigay ng serbisyo ng aming plano. Pakitandaang hindi kasama rito ang mga

benepisyo kung saan responsable ang aming plano na kinabibilangan ng, bilang bahagi, klinikal na pagsubok o pagrerehistro para masuri ang benepisyo. Kabilang dito ang ilang partikular na benepisyong tinukoy sa ilalim ng mga pambansang desisyon sa pagsaklaw (NCD) at mga pagsubok sa sinisiyasat na device (IDE) at puwedeng napapailalim ito sa paunang awtorisasyon at iba pang panuntunan ng plano.

Bagama't hindi ninyo kailangang kunin ang pahintulot ng aming plano para makasali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, na sinasaklaw ng Original Medicare para sa mga nagpapatala sa Medicare Advantage, hinihikayat namin kayong abisuhan kami nang maaga kung pipiliin ninyong makilahok sa mga klinikal na pagsubok na kwalipikado sa Medicare.

Kung sasali kayo sa pag-aaral na *hindi* inaprubahan ng Medicare, *magiging responsibilidad ninyong bayaran ang lahat ng gastos para sa inyong pagsali sa pag-aaral.*

Seksyon 5.2 Kapag sumali kayo sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral, sino ang magbabayad para sa alin?

Sa sandaling sumali kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, sasaklawin ng Original Medicare ang mga karaniwang item at serbisyo na matatanggap ninyo bilang bahagi ng pag-aaral, kabilang ang:

- Silid at pagkain para sa pamamalagi sa ospital na binabayaran ng Medicare kahit pa hindi kayo kasali sa pag-aaral
- Operasyon o iba pang medikal na pamamaraan kung bahagi ito ng pananaliksik na pag-aaral
- Paggamot ng mga hindi inaasahang epekto at komplikasyon ng bagong pangangalaga

Pagkatapos bayaran ng Medicare ang bahagi nito sa gastos para sa mga serbisyong ito, babayaran ng aming plano ang lahat ng natitira. Tulad ng sa lahat ng saklaw na serbisyo, wala kayong babayaran para sa mga sinasaklaw na serbisyong natatanggap ninyo sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral.

Kapag bahagi kayo ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral, **hindi magbabayad ang Medicare o ang aming plano para sa alinman sa mga sumusunod:**

- Karaniwan, *hindi* magbabayad ang Medicare para sa bagong item o serbisyo na sinusuri ng pag-aaral maliban kung sasaklawin ng Medicare ang item o serbisyo kahit *wala* kayo sa pag-aaral.
- Mga item o serbisyong ibinibigay lamang upang mangolekta ng data, at hindi direktang ginagamit sa inyong pangangalagang pangkalusugan. Halimbawa, hindi magbabayad ang Medicare para sa mga buwanang CT scan na isinasagawa bilang bahagi ng pag-aaral kung karaniwang isang CT scan lamang ang kakailanganin ng inyong medikal na kundisyon.

Gusto ba ninyong matuto pa?

Puwede kayong makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral sa pamamagitan ng pagbisita sa Website ng Medicare para basahin o i-download ang publication na *Medicare and Clinical Research Studies*. (Makikita ang publication sa: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.)
Maaari din kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

SEKSYON 6 Mga panuntunan para sa pagkuha ng pangangalagang sinasaklaw sa relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan

Seksyon 6.1 Ano ang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan?

Ang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan ay isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga para sa isang kundisyong karaniwang ginagamot sa ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. Kung ang pagkuha ng pangangalaga sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga ay labag sa mga paniniwalang panrelihiyon ng miyembro, magbibigay kami ng pagsaklaw para sa pangangalaga sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan. Ibinibigay lamang ang benepisyong ito para sa mga Part A na serbisyo para sa inpatient (mga hindi medikal na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan).

Seksyon 6.2 Pagtanggap ng Pangangalaga mula sa Relihiyosong Institusyon para sa Hindi Medikal na Pangangalagang Pangkalusugan

Upang makakuha ng pangangalaga mula sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan, dapat ninyong lagdaan ang isang legal na dokumentong nagsasabing kayo ay kontra sa pagkuha ng medikal na paggamot na **hindi excepted**.

- Ang **hindi excepted** na medikal na pangangalaga o paggamot ay anumang medikal na pangangalaga o paggamot na *boluntaryo* at *hindi hinihingi* ng anumang pederal na batas, batas ng estado, o lokal na batas.

- Ang **hindi excepted** na medikal na paggamot ay medikal na pangangalaga o paggamot na nakukuha ninyo na *hindi* boluntaryo o *hinihingi* sa ilalim ng pederal na batas, batas ng estado, o lokal na batas.

Upang saklawin ng aming plano, ang pangangalagang kinukuha ninyo sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan ay dapat makatugon sa mga sumusunod na kundisyon:

- Ang pasilidad na nagkakaloob ng pangangalaga ay dapat sertipikado ng Medicare.
- Ang pagsaklaw ng aming plano sa mga serbisyong natatanggap ninyo ay limitado sa *hindi relihiyosong* aspeto ng pangangalaga.
- Kung kukuha kayo ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ipinagkakaloob sa inyo sa isang pasilidad, umiiral ang mga sumusunod na kundisyon:
  - Dapat mayroon kayong medikal na kundisyong magbibigay-pahintulot sa inyong kumuha ng mga saklaw na serbisyo para sa pangangalaga sa ospital para sa inpatient o pasilidad ng may kasanayang pangangalaga.
  - – *at* – kailangan ninyong kumuha ng maagang pag-apruba mula sa aming plano bago kayo ma-confine sa pasilidad o hindi masasaklaw ang inyong pamamalagi rito.

Hindi sasaklawin ng aming plano ang inyong pamamalagi sa relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan maliban kung makakuha kayo ng maagang pahintulot (pag-apruba) mula sa aming plano at mapapailalim ito sa mga parehong limitasyon sa pagsaklaw na matatanggap ninyo mula sa pangangalaga para sa inpatient o sa pasilidad ng may kasanayang pangangalaga. Mangyaring sumangguni sa Chart ng mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4 para sa mga panuntunan sa pagsaklaw at karagdagang impormasyon tungkol sa bahagian sa gastos at mga limitasyon para sa pagsaklaw sa ospital at sanay na pag-aalaga para sa inpatient.

SEKSYON 7 Mga panuntunan sa pagmamay-ari ng matitibay na medikal na kagamitan

Seksyon 7.1 Magiging pag-aari ba ninyo ang matitibay na medikal na kagamitan pagkatapos ninyong gumawa ng ilang partikular na bilang ng pagbabayad sa ilalim ng aming plano?

Kabilang sa mga matitibay na medikal na kagamitan (DME) ang mga item na gaya ng mga kagamitan sa at supply ng oxygen, mga wheelchair, walker, powered mattress system, saklay, supply para sa diabetes, aparato para sa pagsasalita, IV infusion pump, nebulizer, at kama sa ospital na iniutos ng tagapagbigay ng serbisyo upang magamit sa bahay. Magiging pag-aari ng mga miyembro ang ilang partikular na item sa lahat ng pagkakataon, gaya ng prosthetics. Sa seksyong ito, tinatalakay namin ang iba pang uri ng DME na dapat ninyong rentahan.

Sa Original Medicare, nagiging pag-aari ng mga taong nagrerenta ng ilang partikular na uri ng DME ang kagamitan pagkatapos magbayad ng mga bahaginan-sa-bayad para sa item sa loob ng 13 buwan. Bilang miyembro ng aming plano, mayroon ding ilang partikular na uri ng DME na magiging pagmamay-ari mo pagkatapos bayaran ang mga bahaginan-sa-bayad para sa item sa loob ng isang partikular na dami ng buwan. Ang iyong mga dating bayad para sa item ng DME noong mayroon kayong Original Medicare ay hindi bibilangin sa mga pagbabayad na gagawin ninyo bilang miyembro ng aming plano. Kung makakuha kayo ng pagmamay-ari ng isang DME habang kayo ay miyembro ng aming plano, at ang kagamitan ay nangangailangan ng pagpapanatili, pahihintulutan ang tagapagbigay ng serbisyo na singilin ang halaga ng pagkukumpuni. Mayroon ding ilang partikular na uri ng DME na hindi ninyo magiging pagmamay-ari kahit ilang beses pa kayong magbayad para sa item bilang miyembro ng aming plano. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman ang tungkol sa mga kinakailangan sa pagrenta o pagmamay-ari ng DME at dokumentasyong kailangan ninyong ibigay.

Ano ang mangyayari sa mga naging pagbabayad ninyo para sa matitibay na medikal na kagamitan kung lilipat kayo sa Original Medicare?

Kung hindi ninyo naging pag-aari ang DME na item habang kayo ay nasa aming plano, kakailanganin ninyong gumawa ng 13 bagong sunud-sunod na pagbabayad pagkatapos ninyong lumipat sa Original Medicare upang mapunta sa inyo ang item. Hindi bibilangin ang mga pagbabayad na ginawa habang nakatala sa inyong plano.

Halimbawa 1: Gumawa kayo ng 12 o mas kaunting sunod-sunod na pagbabayad para sa item sa Original Medicare at pagkatapos ay sumali sa aming plano. Hindi bibilangin ang mga pagbabayad na ginawa ninyo sa Original Medicare. Kakailanganin ninyong gumawa ng 13 pagbabayad sa aming plano bago maging may-ari ng item.

Halimbawa 2: Gumawa kayo ng 12 o mas kaunting sunod-sunod na pagbabayad para sa item sa Original Medicare at pagkatapos ay sumali sa aming plano. Nasa plano namin kayo pero hindi kayo naging may-ari habang nasa aming plano. Pagkatapos ay bumalik kayo sa Original Medicare. Kakailanganin ninyong gumawa ng 13 sunod-sunod na bagong pagbabayad para maging may-ari ng item kapag sumali ulit kayo sa Original Medicare. Hindi bibilangin ang lahat ng dating pagbabayad (sa aming plano man o sa Original Medicare).

Seksyon 7.2 Mga panuntunan para sa oxygen equipment, mga supply, at maintenance

Saang mga benepisyo sa oxygen kayo kwalipikadong makatanggap?

Kung kwalipikado kayo para sa pagsaklaw ng Medicare sa oxygen equipment, sasaklawin ng Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ang:

- Rental ng oxygen equipment
- Paghahatid ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen

- Tubing at mga nauugnay na oxygen accessory para sa paghahatid ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen
- Mga pagme-maintain at pagkukumpuni ng oxygen equipment

Kung aalis kayo sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) o kung hindi na ninyo medikal na kailangan ang oxygen equipment, dapat ibalik ang oxygen equipment.

Ano ang mangyayari kung aalis kayo sa inyong plano at babalik sa Original Medicare?

Aatasan ng Original Medicare ang isang supplier ng oxygen na bigyan kayo ng mga serbisyo sa loob ng limang taon. Sa unang 36 na buwan, rerentahan ninyo ang equipment. Sa matitirang 24 na buwan, ibibigay ng supplier ang equipment at maintenance (responsable pa rin kayo sa bahaginan-sa-bayad para sa oxygen). Pagkatapos ng limang taon, puwede ninyong piliing manatili sa parehong kumpanya o lumipat sa ibang kumpanya. Sa puntong ito, magsisimula ulit ang limang taong siklo, kahit na manatili kayo sa parehong kumpanya, kung saan kakailanganin ninyong bayaran ang mga bahaginan-sa-bayad para sa unang 36 na buwan. Kung sasali o aalis kayo sa aming plano, magsisimula ulit ang limang taong siklo.

KABANATA 4:

Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (ano ang sinasaklaw)

SEKSYON 1 Pag-unawa sa mga saklaw na serbisyo

Nagbibigay ang kabanatang ito ng Chart ng mga Medikal na Benepisyo na naglilista sa inyong mga saklaw na serbisyo bilang miyembro ng aming plano. Sa dulo ng kabanatang ito, makakahanap kayo ng impormasyon tungkol sa mga medikal na serbisyong hindi sinasaklaw. Ipinapaliwanag din nito ang mga limitasyon sa ilang partikular na serbisyo.

Seksyon 1.1 Wala kayong babayaran para sa inyong mga saklaw na serbisyo

Dahil nakakatanggap kayo ng tulong mula sa California Medi-Cal (Medicaid), wala kayong babayaran para sa inyong mga saklaw na serbisyo hangga't nakakasunod kayo sa mga panuntunan ng plano para sa pagkuha ng inyong pangangalaga. (Basahin ang Kabanata 3 para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga panuntunan ng plano para sa pagkuha ng inyong pangangalaga.)

Seksyon 1.2 Magkano ang pinakamahal na babayaran ninyo para sa mga medikal na serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A at Part B?

Tandaan: Dahil nakakakuha rin ang aming mga miyembro ng tulong mula sa Medicaid, iilang miyembro lang ang nakakaabot sa maximum na halagang ito mula sa sariling bulsa. Hindi ninyo tungkuling magbayad ng anumang gastos mula sa bulsa hanggang sa maximum na halaga mula sa sariling bulsa para sa mga sinasaklaw na serbisyo ng Part A at Part B.

Dahil nakatala kayo sa Medicare Advantage na Plano, mayroong limitasyon sa kailangan ninyong bayaran mula sa sarili ninyong bulsa bawat taon para sa mga medikal na serbisyo na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part A at Part B. Ang limitasyong ito ay tinatawag na maximum na halaga mula sa sariling bulsa (MOOP) para sa mga medikal na serbisyo. Para sa taon ng kalendaryo 2024, ang halagang ito ay $8,850.

Ang mga halaga na binabayaran ninyo para sa mga copayment, at coinsurance para sa mga saklaw na serbisyo ay kasama sa maximum na halagang ito na mula sa bulsa. Ang mga halagang binabayaran ninyo para sa inyong mga Part D na inireresetang gamot ay hindi ibinabawas sa inyong maximum na halaga mula sa sariling bulsa. Dagdag pa rito, ang mga halagang binabayaran ninyo para sa ilang serbisyo ay hindi kasama sa maximum na halaga mula sa sariling bulsa. May asterisk (*) na marka ang mga serbisyong ito sa Chart ng mga Medikal na Benepisyo. Kapag naabot ninyo ang maximum na halaga mula sa sariling bulsa na $8,850, hindi na ninyo kailangang magbayad ng anumang gastos mula sa bulsa sa natitirang araw ng taon para sa mga saklaw na serbisyo ng Part A at Part B. Gayunpaman, kailangan ninyong patuloy na bayaran ang premium ng Medicare Part B (maliban na lang kung ang premium ng inyong Part B ay binabayaran ng California Medi-Cal (Medicaid) o ng isa pang third party para sa inyo).

SEKSYON 2 Gamitin ang Chart ng *Chart ng mga Medikal na Benepisyo* upang malaman kung ano ang sinasaklaw

Seksyon 2.1 Ang inyong mga medikal na benepisyo bilang miyembro ng plano

Inililista ng Chart ng mga Medikal na Benepisyo sa mga sumusunod na pahina ang mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano. Nasa Kabanata 5 ang saklaw na inireresetang gamot sa Part D. Sasaklawin lamang ang mga nakalistang serbisyo sa Chart ng mga Medikal na Serbisyo kapag natugunan ang mga sumusunod na pangangailangan sa pagsaklaw:

- Kailangang ibigay ang inyong mga saklaw na serbisyo ng Medicare ayon sa mga tuntunin ng pagsaklaw na ipinapatupad ng Medicare.
- Ang inyong mga serbisyo (kabilang ang medikal na pangangalaga, mga serbisyo, supply, kagamitan, at mga inireresetang gamot sa Part B) ay *dapat* medikal na kinakailangan. Ang ibig sabihin ng medikal na kinakailangan ay kinakailangan ang mga serbisyo, supply, o gamot para sa pag-iwas, pagtuklas, o paggamot ng inyong medikal na kundisyon at natutugunan nito ang mga tinatanggap na pamantayan ng kasanayang medikal.
- Tinatanggap ninyo ang inyong pangangalaga mula sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Sa karamihan ng mga sitwasyon, hindi sasaklawin ang pangangalagang natatanggap ninyo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network maliban na lang kung isa itong emergency o agarang pangangalaga o maliban kung binigyan kayo ng referral ng inyong plano o tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Nangangahulugan ito na kailangan ninyong bayaran nang buo ang tagapagbigay ng serbisyo para sa mga serbisyog ibinigay.
- Mayroon kayong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (isang PCP) na nagbibigay at namamahala ng inyong pangangalaga. Sa karamihan ng sitwasyon, kailangang bigyan kayo ng maagang pag-apruba ng inyong PCP bago ninyo puntahan ang ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng plano. Tinatawag itong pagbibigay sa inyo ng referral.
- Ang ilan sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng mga Medikal na Benepisyo ay sinasaklaw *lamang* kung makakakuha ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng maagang pag-apruba (tinatawag din minsan na paunang awtorisasyon) mula sa amin. Naka-italics ang mga sinasaklaw na serbisyong nangangailangan ng maagang pag-apruba sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo.

Iba pang mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa inyong pagsaklaw:

- Sinasaklaw kayo ng parehong Medicare at California Medi-Cal (Medicaid). Sinasaklaw ng Medicare ang pangangalagang pangkalusugan at mga inireresetang gamot. Sinasaklaw ng

Medicaid ang inyong bahagian sa gastos para sa mga serbisyo ng Medicare, kasama ang mga halaga ng mga naibabawas at bahaginan-sa-bayad o coinsurance ng Medicare para sa mga serbisyo sa ospital para sa inpatient at outpatient at mga pagbisita sa tanggapan ng doktor. Sinasaklaw din ng California Medi-Cal (Medicaid) ang mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare tulad ng, pangmatagalang pangangalaga, ilang gamot na nabibili nang walang reseta, at mga serbisyo sa bahay at komunidad.

- Tulad ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, sinasaklaw namin ang lahat ng sinasaklaw ng Original Medicare. (Kung gusto pa ninyong matuto tungkol sa pagsaklaw at mga gastos ng Original Medicare, basahin ang inyong handbook na Medicare at Ikaw 2024. Basahin ito online sa www.medicare.gov o humingi ng kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.)
- Para sa lahat ng serbisyong pang-iwas sa sakit na sinasaklaw sa ilalim ng Original Medicare nang libre, sinasaklaw rin namin ang serbisyong ito nang libre para sa inyo.
- Kung magdadagdag ang Medicare ng pagsaklaw para sa anumang serbisyo sa 2024, maaaring ang Medicare o ang aming plano ang sasaklaw sa mga serbisyong iyon.
- Para sa mga serbisyong sinasaklaw ng Medicaid, mangyaring sumangguni sa Buod ng Mga Benepisyo ng plano para sa kumpletong listahan ng mga benepisyong sinasaklaw ng Medicaid. Kung hindi kayo nakatanggap ng Buod ng Mga Benepisyo, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro at hilingin sa kanilang padalhan kayo ng kopya. Ang inyong bahagian sa gastos para sa mga serbisyong sinasaklaw ng Medicaid, kung mayroon, ay batay sa inyong antas ng pagiging kwalipikado sa Medicaid.
- Kung kayo ay kabilang sa 6 na buwang panahong itinuturing na tuloy-tuloy na kwalipikado ng aming plano, patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyo ng Medicare na saklaw ng Medicare Advantage na plano. Gayunpaman, sa panahong ito, ang Medicare Advantage na plano ay walang tungkuling saklawin ang kahit anong benepisyo ng California Medi-Cal (Medicaid) na kasama sa inyong Plano ng Estado sa Medicaid. Ang mga halaga ng bahaginan-sa-gastos ng Medicare para sa mga pangunahin at pandagdag na benepisyo ng Medicare ay hindi nagbabago sa loob ng panahong ito. Ang halagang babayaran ninyo ay depende sa antas ng mga benepisyo ng Medicaid na mayroon kayo.

Hindi kayo magbabayad ng kahit ano para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng mga Benepisyo, hangga't natutugunan ninyo ang mga kinakailangan sa pagsaklaw na inilalarawan sa itaas.

Mahalagang Impormasyon ng Benepisyo para sa lahat ng Nagpapatalang Kalahok sa Mga Serbisyo ng Pagpaplano sa Wellness at Pangangalagang Pangkalusugan (WHP)

- Dahil lumalahok ang aming plano sa Value-Based Insurance Design Program, magiging kwalipikado kayo para sa mga sumusunod na serbisyo ng WHP, kabilang ang mga serbisyo ng maagang pagpaplano sa pangangalaga (ACP):

  - Kung mawawalan kayo ng kakayahang makapagpasya para sa inyong sarili sa hinaharap tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan, maaaring tiyakin ng mga medikal na propesyonal na masusunod ang mga kahilingan ninyo. Ang maagang pagpaplano sa pangangalaga ay nangangahulugang mga pag-uusap at pagpapasya tungkol sa pangangalagang nais ninyo sa hinaharap.

  - Tutulungan namin kayo sa mga kinakailangang form na kailangan ninyo upang mabigyan ng legal na awtoridad ang isang tao na gumawa ng mga medikal na pasya para sa inyo kung sakaling mawalan kayo ng kakayahang magawa ang mga iyon para sa sarili ninyo.

- Maaari kayong magpatulong sa maagang pagpaplano sa pangangalaga sa anumang oras sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa aming plano.
- Kusang-loob ang WHP at ACP at malaya kayong tumanggi sa mga serbisyong ito

Mahalagang Impormasyon ng Benepisyo para sa Mga Nagpapatala na Kwalipikado para sa "Extra Help":

- Kung tumatanggap kayo ng "Extra Help" upang mabayaran ang inyong mga gastusin sa programa sa inireresetang gamot ng Medicare, gaya ng mga premium, naibabawas, at coinsurance, maaaring kwalipikado kayo para sa iba pang nilalayong karagdagang benepisyo at/o nilalayong mas mababang bahagian sa gastos.
- Mangyaring pumunta sa Chart ng mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4 para sa higit pang detalye.
- Mga miyembrong kwalipikado para sa pag-aalis ng kanilang bahagian sa gastos para sa Part D na mga gamot. Tingnan ang Kabanata 6 para sa higit pang detalye.

Inaprubahan ng Medicare ang Health Net Community Solutions, Inc. na ibigay ang mga benepisyong ito bilang bahagi ng Value-Based Insurance Design program. Sa pamamagitan ng programang ito, nakakasubok ng mga bagong paraan ang Medicare para mapahusay ang mga Medicare Advantage plan.

Makikita ninyo ang mansanas na ito sa tabi ng mga serbisyong pang-iwas sa sakit sa chart ng mga benepisyo.

Chart ng mga Medikal na Benepisyo

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	Ano ang kailangan ninyong bayaran kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Para sa mga serbisyong sinasaklaw ng Medicaid, mangyaring sumangguni sa Buod ng Mga Benepisyo ng plano para sa kumpletong listahan ng mga benepisyong sinasaklaw ng Medicaid. Kung hindi kayo nakatanggap ng Buod ng Mga Benepisyo, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro at hilingin sa kanilang padalhan kayo ng kopya. Ang inyong bahagian sa gastos para sa mga serbisyong sinasaklaw ng Medicaid, kung mayroon, ay batay sa inyong antas ng pagiging kwalipikado sa Medicaid. Mangyaring makipag-ugnayan sa inyong ahensya ng Medicaid ng estado para matukoy ang inyong antas ng bahagian sa gastos.	
Pagsusuri para sa abdominal aortic aneurysm Isang minsanang pagsusuri gamit ang ultrasound para sa mga taong nasa panganib. Sasaklawin lang ng plano ang pagsusuring ito kung mayroon kayong ilang partikular na salik ng panganib at kung makakakuha kayo ng referral para dito mula sa inyong doktor, assistant ng doktor, propesyonal na nurse, o klinikal na espesyalistang nurse.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa mga miyembrong karapat-dapat para sa pagsusuring pang-iwas sa sakit na ito.
Acupuncture para sa chronic na pananakit ng ibabang bahagi ng likod Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: Saklaw ang hanggang 12 pagbisita sa loob ng 90 araw para sa mga benepisyaryo ng Medicare sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon: Para sa layunin ng benepisyong ito, ang chronic na pananakit ng ibabang bahagi ng likod ay tinutukoy bilang: • Tumatagal nang 12 linggo o mas matagal pa; • hindi partikular, ibig sabihin wala itong sistemikong dahilan (hal., hindi nauugnay sa metastatic, inflammatory, nakakahawa na sakit, atbp.); • hindi nauugnay sa surgery; at • hindi nauugnay sa pagbubuntis.	$0 na bahaginan sa gastos para sa Acupuncture na saklaw ng Medicare na natanggap sa isang tanggapan ng PCP. $0 na bahaginan sa gastos para sa Acupuncture na saklaw ng Medicare na natanggap sa isang tanggapan ng Espesyalista. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* $0 na bahaginan sa gastos para sa Acupuncture na saklaw ng Medicare na natanggap sa isang tanggapan ng Chiropractor. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Sasaklawin ang dagdag na walong session para sa mga pasyenteng bumubuti ang lagay. Hindi puwedeng lumampas sa 20 acupuncture na paggamot ang maaaring ibigay kada taon. Dapat ihinto ang paggamot kung hindi bubuti o kung lalala ang lagay ng pasyente. Mga Kinakailangan ng Tagapagbigay ng Serbisyo: Ang mga doktor (ayon sa 1861(r)(1) ng Social Security Act (ang Act)) ay maaaring magsagawa ng acupuncture alinsunod sa mga naaangkop na kinakailangan ng estado. Ang mga physician assistant (PA), nurse practitioner (NP)/ clinical nurse specialist (CNS) (ayon sa 1861(aa)(5) ng Act), at mga auxiliary personnel ay maaaring magsagawa ng acupuncture kung matutugunan nila ang lahat ng naaangkop na kinakailangan ng estado at mayroon sila ng mga sumusunod: • masters o doctoral level degree sa acupuncture o Oriental Medicine mula sa isang paaralang akreditado ng Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); at, • kasalukuyan, kumpleto, aktibo, at walang limitasyong lisensya para mag-practice ng acupuncture sa isang Estado, Teritoryo, o Commonwealth (hal. Puerto Rico) ng Estados Unidos, o District of Columbia. Ang mga auxiliary personnel na nagsasagawa ng acupuncture ay dapat na may sapat na antas ng pagsubaybay ng isang doktor, PA, o NP/CNS na hinihingi ng aming mga regulasyon sa 42 CFR §§ 410.26 at 410.27.	
Sinasaklaw din ng aming plano ang mga karagdagan (Hindi saklaw ng Medicare) na chiropractic na pagpapatingin hanggang sa kabuuang 24 na pagpapatingin bawat taon. Sa karamihan ng mga kaso, dapat kayong gumamit ng isang nakakontratang tagapagbigay ng serbisyo upang makatanggap ng mga saklaw na serbisyo. Mangyaring makipag-ugnayan sa aming plano kung may mga tanong kayo tungkol sa kung paano gamitin ang benepisyong ito.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat karagdagan (Hindi saklaw ng Medicare) na pagpapatingin para sa acupuncture.* *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Kabilang sa mga saklaw na serbisyo sa acupuncture ang: • Eksaminasyon para sa bagong pasyente o eksaminasyon para sa dati nang pasyente para sa unang ebalwasyon ng isang pasyenteng may bagong isyung pangkalusugan o bagong flare-up • Mga eksaminasyon para sa dati nang pasyente (sa loob ng 3 taon pagkatapos ng isang eksaminasyon para sa bagong pasyente) • Mga follow up na pagbisita sa tanggapan—puwedeng may kasamang mga serbisyo ng acupuncture o reeksaminasyon • Pangalawang opinyon sa ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa network • Mga agaran o emergency na serbisyo Para makakuha ng form ng claim, para sa karagdagang impormasyon, o para sa tulong sa paghahanap ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network, puwede kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o bumisita sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.	

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Mga serbisyo ng ambulansya Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ng ambulansya ang, para man sa emergency o hindi emergency na sitwasyon, fixed wing, rotary wing, at ground na mga serbisyo ng ambulansya, sa pinakamalapit na kinakailangang pasilidad na makapagbibigay lang ng pangangalaga kung ipagkakaloob ang mga ito sa miyembrong may medikal na kundisyon na maaaring magdulot ng panganib sa kanyang kalusugan kung ibang paraan ng transportasyon ang gagamitin o kung awtorisado ito ng plano. Kung ang mga saklaw na serbisyo ng ambulansya ay hindi para sa isang emergency na sitwasyon, dapat idokumento na ang kundisyon ng miyembro ay nasa kalagayan kung saan maaaring malagay ang kanyang kalusugan sa panganib kung ibang paraan ng transporasyon ang gagamitin at na medikal na kinakailangan ang transportasyon sa pamamagitan ng ambulansya.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat one way na biyahe para sa mga serbisyo ng ambulansyang panlupa na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon para sa fixed wing aircraft at hindi pang-emergency na transportasyon.* $0 na bahaginan sa gastos para sa bawat one way na biyahe para sa mga serbisyo ng ambulansyang panghimpapawid na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon para sa fixed wing aircraft at hindi pang-emergency na transportasyon.* Hindi mawe-waive ang bahaginan-sa-gastos kung mako-confine kayo sa Pangangalaga sa ospital para sa inpatient.
Taunang regular na pisikal na eksaminasyon Kasama sa taunang pisikal na eksaminasyon ang eksaminasyon ng puso, baga, tiyan at neurological system, pati na ang hands-on na eksaminasyon ng katawan (gaya ng ulo, leeg, at paa't kamay) at detalyadong kasaysayan ng medikal/pamilya, dagdag sa mga serbisyong kasama sa Taunang Pagpapatingin para sa Wellness.	$0 na bahaginan sa gastos para sa taunang regular na pisikal na eksaminasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Taunang pagpapatingin para sa wellness Kung mayroon kayong Part B nang mahigit sa 12 buwan, makakakuha kayo ng taunang pagpapatingin para sa wellness upang bumuo o mag-update ng naka-personalize na plano sa pag-iwas batay sa inyong kasalukuyang kalusugan at mga salik ng panganib. Sinasaklaw ito nang isang beses kada 12 buwan. **Tandaan:** Hindi maaaring maganap ang inyong unang taunang pagpapatingin para sa wellness sa loob ng 12 buwan ng inyong pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit na Welcome sa Medicare. Gayunpaman, hindi kailangang makapagpatingin muna kayo sa Welcome sa Medicare para masaklawan para sa taunang pagpapatingin para sa wellness kung mayroon kayong Part B sa loob ng 12 buwan.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa taunang pagpapatingin para sa wellness.
Pagsukat sa bone mass Para sa mga kwalipikadong indibidwal, (sa pangkalahatan, tumutukoy ito sa mga taong may panganib na magkaroon ng mahinang buto o may panganib na magkaroon ng osteoporosis), sinasaklaw ang mga sumusunod na serbisyo kada 24 na buwan o mas madalas kung medikal na kinakailangan: mga pamamaraan upang tukuyin ang bone mass, tuklasin kung may nawalang buto, o alamin ang kalidad ng buto, kasama na ang pagpapaliwanag ng doktor sa mga resulta.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa pagsukat sa bone mass na sinasaklaw ng Medicare.
Screening para sa kanser sa suso (mga mammogram) Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Isang baseline mammogram sa pagitan ng mga edad na 35 at 39 • Isang screening mammogram tuwing 12 buwan para sa mga babaeng edad 40 at mas matanda • Mga eksaminasyon ng suso sa klinika isang beses tuwing 24 na buwan	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa mga sinasaklaw na pagsusuring gumagamit ng mammogram.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Isang diagnostic mammogram kapag medikal na kinakailangan	$0 na bahaginan sa gastos para sa isang diagnostic mammogram kapag medikal na kinakailangan. Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.
Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso Ang mga komprehensibong programa ng mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso na kinabibilangan ng pag-eehersisyo, edukasyon, at pagpapayo, ay sinasaklaw para sa mga miyembro na makakatugon sa ilang partikular na kundisyon sa utos ng doktor.	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso na sinasaklaw ng Medicare.
Sinasaklaw din ng plano ang mga programa para sa intensive na rehabilitasyon ng puso, na mas matindi kaysa sa mga programa sa rehabilitasyon ng puso.	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga serbisyo ng intensive na rehabilitasyon ng puso na sinasaklaw ng Medicare.
Pagpapatingin para sa pagpapababa ng panganib sa sakit sa puso (therapy para sa sakit sa puso) Babayaran namin ang isang pagpapatingin kada taon sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga upang tumulong sa pagpapababa ng inyong panganib para sa sakit sa puso. Sa pagpapatinging ito, maaaring talakayin ng inyong doktor ang paggamit ng aspirin (kung naaangkop), suriin ang presyon ng inyong dugo, at bigyan kayo ng mga tip upang matiyak na kumakain kayo nang masustansya.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa benepisyong pang-iwas para sa intensive na therapy sa pag-uugali para sa sakit sa puso.
Pagsusuri sa sakit sa puso Mga pagsusuri sa dugo para sa pagtuklas ng sakit sa puso (o mga abnormalidad na kaugnay ng pinataas na panganib sa sakit sa puso) isang beses kada 5 taon (60 buwan).	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa pagsusuri sa sakit sa puso na sinasaklaw nang isang beses kada 5 taon.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Screening para sa kanser sa cervix at sa ari ng babae Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Para sa lahat ng kababaihan: Ang mga Pap test at eksaminasyon ng balakang ay sinasaklaw nang isang beses kada 24 na buwan • Kung mataas ang inyong panganib na magkaroon ng kanser sa cervix o sa ari ng babae o kung kayo ay nasa edad na may kakayahan nang magbuntis at mayroon kayong abnormal na Pap test sa loob ng nakaraang 3 taon: isang Pap test kada 12 buwan	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa mga Pap test at eksaminasyon sa balakang na pang-iwas na sinasaklaw ng Medicare.
Mga serbisyong chiropractic Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Mano-manong pagmamanipula ng gulugod upang itama ang isang subluxation Sinasaklaw din ng aming plano ang mga karagdagan (Hindi saklaw ng Medicare) na chiropractic na pagpapatingin hanggang sa kabuuang 24 na pagpapatingin bawat taon. Ang mga karagdagan (Hindi saklaw ng Medicare) na chiropractic na serbisyo para suportahan ang likod, leeg, o mga kasu-kasuan ng mga braso at binti ay limitado sa pagiging medikal na kinakailangan. Kabilang sa mga sinasaklaw na chiropractic na serbisyo ang: • Inisyal na eksaminasyon (eksaminasyon para sa Bagong Pasyente para sa unang ebalwasyon ng bagong isyung pangkalusugan o bagong flare-up.) • Mga Muling Eksaminasyon (Mga eksaminasyon sa dati nang pasyente, kapag kinakailangan para suriin ang pag-usad o baguhin ang paggamot), Pagmamanipula sa gulugod o mga kasu-kasuan, at/o i ba pang serbsiyo (ang mga serbisyong ito ay puwedeng ibigay sa parehong pagpapatingin kasabay ng isang eksaminasyon)	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga chiropractic na serbisyo na sinasaklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* $0 na bahaginan sa gastos para sa bawat karagdagan (Hindi saklaw ng Medicare) na pagpapatinging sa chiropractor.* *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• X-ray at mga serbsiyo sa laboratoryo kapag ibinigay ng o na-refer ng isang nakakontratang chiropractor. Magsusuri ng indibidwal na bahaginan sa gastos para sa X-ray at mga serbisyo sa laboratoryo na isinagawa sa labas ng pagpapatingin ng isang bago o dati nang pasyente. Para makakuha ng form ng claim, para sa karagdagang impormasyon, o para sa tulong sa paghahanap ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network, puwede kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o bumisita sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA. **Tandaan:** Ang pagsaklaw sa mga serbisyo ng chiropractor ay isang pandagdag na benepisyong ibinibigay ng plano. Hindi babayaran ng alinman sa Medicare o Medicaid ang inyong bahagi ng gastos para sa mga serbisyong ito.	
Pagsusuri para sa colorectal cancer Sinasaklaw ang mga sumusunod na screening test: • Walang minimum o maximum na limitasyon sa edad ang colonoscopy at saklaw ito nang isang beses kada 120 buwan (10 taon) para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, o 48 buwan pagkatapos ng isang naunang flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib sa colorectal cancer, at isang beses kada 24 na buwan para sa mga pasyenteng may mataas na panganib pagkatapos ng naunang screening colonoscopy o barium enema. • Flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyente edad 45 pataas. Isang beses kada 120 buwan para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib pagkatapos sumailalim sa screening colonoscopy. Isang beses kada 48 buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib mula sa huling flexible sigmoidoscopy o barium enema. • Mga screening fecal-occult blood test para sa mga pasyente edad 45 pataas. Isang beses bawat 12 buwan.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa screening exam para sa colorectal cancer na sinasaklaw ng Medicare, maliban sa mga barium enema, kung saan nalalapat ang coinsurance. Kung nakakita ng polyp o iba pang tissue ang inyong doktor at inalis niya ito habang nagsasagawa ng colonoscopy o flexible sigmoidoscopy, magiging diagnostic exam ang screening exam at magbabayad kayo ng $0 na bahaginan sa gastos para sa mga serbsiyo ng inyong doktor. Sa sitwasyong outpatient sa ospital,

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Multitarget stool DNA para sa mga pasyente edad 45 hanggang 85 at hindi pasok sa mga pamantayan ng mataas na panganib. Isang beses bawat 3 taon. • Mga Biomarker Test na batay sa dugo para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang na hindi natutugunan ang mga pamantayan sa mataas na panganib. Isang beses bawat 3 taon. • Barium Enema bilang alternatibo sa colonoscopy para sa mga pasyenteng mataas ang panganib at 24 na buwan simula noong huling screening barium enema o huling screening colonoscopy. • Barium Enema bilang alternatibo sa flexible sigmoidoscopy para sa pasyenteng hindi mataas ang panganib at 45 taong gulang o mas matanda. Isang beses kada hindi bababa sa 48 buwan pagkalipas ng huling screening barium enema o screening flexible sigmoidoscopy. • May kasama nang follow-up na pang-screening na colonoscopy ang mga screening test para sa colorectal cancer pagkatapos maglabas ng positibong resulta ng isang hindi invasive na screening test para sa colorectal cancer na batay sa stool na sinasaklaw ng Medicare.	magbabayad din kayo ng $0 na bahaginan sa gastos sa ospital. Hindi nalalapat ang Part B na naibabawas. $0 na bahaginan sa gastos para sa Mga Serbisyo sa Barium Enema na Sinasaklaw ng Medicare.
Mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin Sa pangkalahatan, ang mga serbisyong pang-iwas para sa pangangalaga ng ngipin (gaya ng paglilinis, karaniwang pagsusuri sa ngipin, at mga x-ray ng ngipin) ay hindi sinasaklaw ng Original Medicare. Gayunpaman, kasalukuyang nagbabayad ang Medicare para sa mga serbisyo sa ngipin sa limitadong bilang ng mga sitwasyon, partikular kapag ang serbisyong iyon ay isang mahalagang bahagi ng isang partikular na paggamot sa pangunahing medikal na kundisyon ng isang benepisyaryo. Kabilang sa ilang halimbawa ang reconstruction ng bagang pagkatapos ng fracture o injury, mga pagbunot ng ngipin bilang paghahanda para sa radiation treatment para sa cancer na may kinalaman sa bagang, o mga pagsusuri sa bibig pagkatapos ng transplantation ng bato. Dagdag pa rito, sinasaklaw namin ang:	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat serbisyo sa pangangalaga ng ngipin na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Mga Karagdagang Serbisyo • **Kumprehensibong Pangangalaga sa Ngipin** (Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang mga sumusunod.	**Mga Karagdagang Serbisyo** **Komprehensibong Pangangalaga sa Ngipin**
○ Mga restorative na serbisyo- Ang mga crown ay isang saklaw na benepisyo sa parehong ngipin isang beses bawat limang taon sa kalendaryo.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat serbisyo sa pagpapanumbalik.* *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
○ Prosthodontics-Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang rebase ng pustiso isang beses bawat ark sa bawat dalawang taon sa kalendaryo Ang Pontics ay isang saklaw na benepisyo sa parehong ngipin isang beses bawat limang taon sa kalendaryo.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat prosthodontic na serbisyo.* *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Nalalapat ang mga limitasyon at pagbubukod. Bago makuha ang mga serbisyong ito, pinapayuhan ang mga miyembro na talakayin ang kanilang mga opsyon sa pagpapagamot kasama ng kasaling tagapagbigay ng karaniwang serbisyo sa pangangalaga ng ngipin. Kailangang masimulan at makumpleto ang paggamot habang sinasakalw ng plano sa kasalukuyang taon ng plano. Babayaran ng miyembro ang gastos sa mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin na hindi sinasaklaw ng plano. **Ang pandagdag (ibig sabihin, karaniwang serbisyo na hindi saklaw ng Medicare) na mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin ay dapat matanggap mula sa kasaling tagapagbigay ng serbisyo upang masaklaw ito ng plano. Para sa mga tanong tungkol sa kung paano makahanap ng tagapagbigay ng serbisyo, maghain ng claim, o para sa higit pang impormasyon, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Available din sa aming website ang mga karagdagang impormasyon tungkol sa saklaw sa pangangalaga sa ngipin, kabilang ang isang detalyadong listahan ng mga saklaw na procedure, mga pagbubukod, at mga limitasyon.**	

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Bisitahin ang www.wellcare.com/healthnetCA, i-click ang Mamili ng Mga Plano sa itaas ng web page, pagkatapos ay piliin ang Mga Materyales ng Benepisyo sa Plano. Piliin ang Katibayan ng Pagsaklaw (EOC). Hanapin ang Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) sa listahan para mahanap ang Mga Detalye ng Benepisyo sa Ngipin para sa planong ito. **Tandaan:** Ang pagsaklaw sa mga karaniwang serbisyo sa pangangalaga ng ngipin ay pandagdag na benepisyong ibinibigay ng plano. Hindi babayaran ng alinman sa Medicare o Medicaid ang inyong bahagi ng gastos para sa mga serbisyong ito. Ang mga miyembrong nagpatala rin sa Medicaid ay posibleng kwalipikado para sa pangalawang pagsaklaw sa mga pandagdag na serbisyo sa pangangalaga sa ngipin na ito sa paningin ng Estado. Bago kumuha ng mga serbisyo sa pangangalaga sa ngipin, tanungin ang tagapagbigay ng serbisyo kung magagawa nilang singilin ang Medicaid bilang pangalawang tagapagbayad. Tiyaking ipakita sa tagapagbigay ng serbisyo ang inyong identification card sa Medicaid.	
Pagsusuri para sa depresyon Sinasaklaw namin ang isang pagsusuri para sa depresyon kada taon. Dapat isagawa ang pagsusuri sa isang lugar ng pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga referral.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa taunang pagpapatingin para sa pagsusuri para sa depresyon.
Pagsusuri para sa diabetes Sinasaklaw namin ang screening na ito (kabilang ang mga pagsusuring fasting glucose) kung mayroon kayong anuman sa mga sumusunod na salik ng panganib: mataas na presyon ng dugo (hypertension), kasaysayan ng abnormal na antas ng cholesterol at triglyceride (dyslipidemia), labis na katabaan (obesity), o kasaysayan ng mataas na asukal (glucose) sa dugo. Posible ring saklawin ang mga pagsusuri kung makakatugon kayo sa iba pang kinakailangan, tulad ng pagkakaroon ng labis na timbang (overweight) at pagkakaroon ng kasaysayan ng diabetes sa pamilya. Batay sa mga resulta ng mga pagsusuring ito, maaari kayong maging kwalipikado para sa hanggang dalawang pagsusuri para sa diabetes sa bawat 12 buwan.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa mga screening test para sa diabetes na sinasaklaw ng Medicare.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Pagsasanay sa sariling pamamahala ng diabetes, mga serbisyo at supply para sa diabetes Para sa lahat ng taong may diabetes (mga gumagamit ng insulin at hindi gumagamit ng insulin). Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Mga supply para masubaybayan ang iyong blood glucose: Blood glucose monitor, mga blood glucose test strip, mga lancet device at lancet, at mga solusyon sa pagkontrol ng glucose para sa pagsusuri sa accuracy ng mga test strip at monitor.	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga supply sa pagsubaybay sa diabetes na sinasaklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Para sa mga taong may diabetes na may malalang sakit sa paa na nauugnay sa diabetes: Isang pares ng naka-custom na sapatos na pampagaling kada isang taon ng kalendaryo (kabilang ang mga insert na ibinibigay kasama ng sapatos na ito) at dalawang karagdagang pares ng insert, o isang pares ng depth shoes at tatlong pares ng insert (hindi kasama ang hindi naka-customize na natatanggal na insert na ibinibigay kasama ng sapatos na ito). Kabilang sa pagsaklaw ang pagsusukat.	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga therapeutic na sapatos o insert na saklaw ng Medicare para sa mga taong may diabetes na may malalang sakit sa paa na nauugnay sa diabetes. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Sinasaklaw ang pagsasanay sa sariling pamamahala ng diabetes sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon. Ang mga produkto ng OneTouch™ na ginawa ng Lifescan ang aming preferred na supply para sa diabetic testing (mga glucose monitor at test strip). Para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga item na nasa listahan ng mga preferred na supply para sa diabetic testing, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Kung gumagamit kayo ng mga supply para sa diabetic testing na hindi preferred ng plano, makipag-usap sa inyong tagapagbigay ng serbisyo upang makakuha ng bagong reseta o upang humiling ng paunang awtorisasyon para sa mga hindi preferred na monitor at test strip.	$0 na bahaginan sa gastos para sa pagsasanay sa sariling pamamahala sa diabetes na saklaw ng Medicare.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Matitibay na medikal na kagamitan (DME) at mga nauugnay na supply (Para sa kahulugan ng matitibay na medikal na kagamitan, pumunta sa Kabanata 12 pati na rin sa Kabanata 3, Seksyon 7 ng dokumentong ito.) Kabilang sa mga sinasaklaw na item ang, ngunit limitado sa: mga wheelchair, saklay, powered mattress system, mga supply para sa diabetes, kama sa ospital na iniutos ng tagapagbigay ng serbisyo para magamit sa bahay, IV infusion pump, mga kagamitang pantulong sa pagsasalita, oxygen equipment, nebulizer, at walker.	$0 na bahaginan sa gastos para sa saklaw ng Medicare na matitibay na medikal na kagamitan. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* $0 na bahaginan sa gastos para sa saklaw ng Medicare na mga medikal na supply. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Sinasaklaw namin ang lahat ng medikal na kinakailangang DME na sinasaklaw ng Original Medicare. Kung walang ginagamit na partikular na tatak o nagmamanupaktura ang supplier sa inyong lugar, maaari ninyo silang tanungin kung puwede nila itong espesyal na bilhin para sa inyo. Makikita ang pinakabagong listahan ng mga tagapagbigay ng supply sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.	Ang inyong bahagian sa gastos para sa saklaw na oxygen equipment ng Medicare ay $0 na bahaginan sa gastos, kada 36 na buwan. Hindi magbabago ang iyong bahagian sa gastos pagkatapos maitala para sa 36 na buwan. Kung bago kayo magpatala sa plano ay nakapagrenta na kayo nang 36 na buwan para sa saklaw na oxygen equipment, $0 na bahaginan sa gastos ang magiging inyong bahagian sa gastos.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Pang-emergency na pangangalaga Tinutukoy ng emergency na pangangalaga ang mga serbisyong: • Ipinagkakaloob ng tagapagbigay ng serbisyong kwalipikado para magkaloob ng mga serbisyo sa emergency, at • Kailangan para suriin o patatagin ang isang emergency na medikal na kundisyon. Ang medikal na emergency ay kapag kayo, o sinupamang taong may karaniwang kaalaman tungkol sa kalusugan at medisina, ay naniniwalang mayroon kayong mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon upang maiwasan ang pagkamatay (at kung kayo ay buntis, pagkalaglag ng sanggol sa sinapupunan), pagkawala ng isang bahagi ng katawan, o pagkawala ng silbi ng isang bahagi ng katawan, pagkawala ng o matinding kapansanan sa silbi ng bahagi ng katawan. Ang mga medikal na sintomas ay posibleng karamdaman, pinsala, matinding pananakit, o isang medikal na kundisyon na mabilis ang paglala. Ang mga bahagian sa gastos para sa mga kinakailangang serbisyo sa emergency na ipinagkaloob nang wala sa network ay pareho para sa mga serbisyong ipinagkaloob sa network.	$0 na bahaginan sa gastos para sa saklaw ng Medicare na mga pagbisita sa emergency room. Kung tatanggap kayo ng emergency na pangangalaga mula sa ospital na wala sa network at kailangan ninyo ng pangangalaga para sa inpatient pagkatapos maging stable ng inyong emergency na kundisyon, kailangan ninyong bumalik sa isang ospital na nasa network para maipagpatuloy ang pagsaklaw sa inyong pangangalaga o kailangan ninyong kunin ang inyong pangangalaga para sa inpatient sa ospital na wala sa network na pinapahintulutan ng plano at ang inyong gastos ay ang bahagian sa gastos na babayaran ninyo sa isang ospital na nasa network.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Saklaw ang mga serbisyo sa emergency sa labas ng Estados Unidos.	$100 na bahaginan-sa-bayad para sa mga serbisyo sa emergency sa labas ng Estadong Unidos.* Babayaran ninyo ang halagang ito kahit na ma-admit kayo sa ospital sa loob ng 24 na oras para sa parehong kundisyon. Sinasaklaw kayo nang hanggang $50,000 kada taon para sa mga serbisyo sa emergency o serbisyong agarang kinakailangan sa labas ng Estados Unidos.
Mga programang edukasyon sa kalusugan at wellness **Linya para sa payo ng nars** Toll-free na coaching at payo ng nurse sa telepono mula sa mga may kasanayang clinician. Available ang linya para sa payo ng nurse 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo para sa tulong sa mga tanong na may kinalaman sa kalusugan. Puwede ninyong tawagan ang linya para sa payo ng nurse sa pamamagitan ng numero ng telepono na nasa inyong member ID card, o sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.	$0 na bahaginan sa gastos para sa linya para sa payo ng nurse.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Benepisyo sa Fitness Ang aming plano ay nagbibigay ng membership sa isang flexible fitness program na may buwanang mga credit na magagamit sa iba't ibang malalaking gym o lokal na fitness studio. Magkakaroon kayo ng 32 credit bawat buwan na maaaring magamit. Maaaring gamitin ang mga credit upang saklawin ang buwanang membership sa gym na may walang limitasyong mga pagbisita at/o mga klase sa fitness studio, mga fitness box sa bahay at mga fitness video. Ang anumang hindi nagamit na mga credit mula sa buwanang pamamahagi ay hindi magagamit sa susunod na buwan. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa fitness membership, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o bisitahin ang aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.	$0 na bahaginan sa gastos para sa benepisyo sa fitness.*
Sistema ng Personal na Pagtugon sa Emergency (PERS) Pagsaklaw para sa isang personal na emergency medical response device bawat buhay at ang buwanang bayad. Ang isang personal na emergency medical response device ay nagbibigay ng kapayapaan ng isip at 24/7 na pagtugon sa inyong mga umuusbong at hindi umuusbong na mga pangangailangan. Maaaring pumili ang mga miyembro ng tradisyonal na "hard-wired" na PERS system na konektado sa pamamagitan ng landline, o pumili ng wireless system. Para sa mga hard-wired system, kinakailangan ang isang kasalukuyang landline na telepono. Para malaman ang higit pang impormasyon tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.	$0 na baginan-sa-bayad para sa Sistema ng Personal na Pagtugon sa Emergency (PERS) – Sistema ng Pag-alertong Medikal.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Mga serbisyo sa pandinig Ang pagsusuri sa pandinig at ebalwasyon sa balanse na ginagawa ng inyong tagapagbigay ng serbisyo upang matukoy kung kailangan ninyo ng medikal na paggamot ay sinasaklaw bilang outpatient na pangangalaga kapag ipinagkaloob ito ng doktor, audiologist, o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat sinasaklaw ng Medicare na pagsusuri sa pandinig. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Sinasaklaw rin ng aming plano ang mga sumusunod na pandagdag (ibig sabihin, karaniwan) na mga serbisyo sa pagdinig:	**Mga pandagdag (ibig sabihin, karaniwan) na serbisyo sa pandinig:**
• 1 karaniwang pagsusuri sa pandinig kada taon.	$0 na bahaginan sa gastos para sa 1 karaniwang pagsusuri sa pandinig kada taon.* *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• 1 pagpapakabit ng hearing aid at pagsusuri kada taon.	$0 na bahaginan sa gastos para sa 1 pagpapakabit ng hearing aid at pagsusuri kada taon.* *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• 1 hindi nai-implant na hearing aid hanggang $1,000 bawat tainga bawat taon. Limitado sa 2 non-implantable hearing aid bawat taon. Kasama sa benepisyo ang 1 taong karaniwang warranty at 1 pakete ng baterya. Ang anumang gastusin sa hearing aid na lampas sa maximum na benepisyo ay responsibilidad ninyo. Hindi sinasaklaw ang mga karagdagang hearing aid. **Ang mga karaniwang serbisyo sa pandinig ay dapat matanggap mula sa kasaling tagapagbigay ng serbisyo upang masaklaw ito ng plano.** Para sa higit pang impormasyon tungkol sa impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng hearing vendor at mga benepisyo ninyo, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o bisitahin kami sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA	$0 na bahaginan sa gastos para sa 2 hearing aid kada taon.* *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Tandaan: Ang pagsaklaw sa mga karaniwang serbisyo sa pandinig ay pandagdag na benepisyong ibinibigay ng plano. Hindi babayaran ng alinman sa Medicare o Medicaid ang inyong bahagi ng gastos para sa mga serbisyong ito.	
Screening para sa HIV Para sa mga taong humihiling para sa pagsusuring screening ng HIV at sa mga taong may mataas na panganib para sa HIV na impeksyon, sinasaklaw namin ang: • Isang pagsusuring eksaminasyon kada 12 buwan Para sa mga babaeng buntis, sinasaklaw namin ang: • Hanggang tatlong pagsusuring eksaminasyon habang nagbubuntis	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa mga miyembrong kwalipikado para sa pang-iwas na screening ng HIV na sinasaklaw ng Medicare.
Pangangalaga mula sa ahensya ng kalusugang pantahanan Bago makatanggap ng mga serbisyo para sa kalusugan sa bahay, kailangan munang sertipikahan ng doktor na kailangan ninyo ng mga serbisyo para sa kalusugan sa bahay at iutos na magbigay ng mga serbisyo para sa kalusugan sa bahay mula sa ahensya ng kalusugan sa bahay. Kailangan ay nananatili kayo sa bahay, na nangangahulugang nahihirapan kayo sa pag-alis sa bahay. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa: • Mga part-time o paulit-ulit na serbisyo ng sanay na pag-aalaga at mga tulong sa kalusugan sa bahay (Sasaklawin sa ilalim ng benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa bahay, dapat ay hindi lumampas sa 8 oras kada araw at 35 oras kada linggo ang kabuuan ng inyong pinagsamang mga serbisyo ng sanay na pag-aalaga at mga tulong sa kalusugan sa bahay) • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Mga medikal na serbisyo at serbisyong panlipunan • Medikal na kagamitan at mga supply	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat Saklaw ng Medicare na serbisyo ng ahensya sa kalusugang pantahanan. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Home infusion therapy (HIT) Ang home infusion therapy ay ang intravenous o subcutaneous na pagbibigay ng mga gamot o biological sa isang indibidwal sa bahay. Kabilang sa mga component na bumubuo sa home infusion ang gamot (halimbawa, mga antiviral, immune globulin), equipment (halimbawa, pump), at mga supply (halimbawa, mga tubing at catheter). Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa: • Mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo ng nurse, na isinagawa alinsunod sa plano ng pangangalaga • Pagsasanay at edukasyon sa pasyente na hindi saklaw ng benepisyo sa matitibay na medikal na kagamitan • Remote na pagsubaybay • Mga serbisyo sa pagsubaybay para sa pagsasagawa ng home infusion therapy at mga home infusion na gamot ng isang kwalipikadong supplier ng home infusion therapy	$0 na bahaginan sa pagbabayad para sa mga propesyonal na serbisyo mula sa isang Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (Primary Care Provider o PCP), kabilang ang mga serbisyo ng nurse, pagsasanay at edukasyon, remote na pagsubaybay at mga serbisyo sa pagsubaybay. $0 na bahaginan sa gastos para sa mga propesyonal na serbisyo mula sa isang espesyalista, kabilang ang mga serbisyo ng nurse, pagsasanay at edukasyon, remote na pagsubaybay at mga serbisyo sa pagsubaybay. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* Ang mga kagamitan at supply para sa home infusion ay saklaw ng inyong benepisyo sa Matibay na Medikal na Kagamitan (DME). Pakitingnan ang seksyong “Matitibay na medikal na kagamitan (DME) at mga nauugnay na supply” para sa impormasyon tungkol sa bahagian sa gastos. Saklaw ang mga gamot para sa home infusion sa ilalim ng iyong benepisyo sa Mga Inireresetang Gamot sa Medicare Part B. Pakitingnan ang seksyong “Mga Inireresetang Gamot sa Medicare Part B” para sa impormasyon sa bahagian sa gastos.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Pangangalaga sa hospisyo Karapat-dapat kayo para sa benepisyo ng hospisyo kapag binigyan kayo ng inyong doktor o ng medikal na direktor ng hospisyo ng pagtutukoy sa sakit na wala nang lunas na nagpapatunay na kayo ay may sakit na hindi na gagaling at mayroon na lamang 6 na buwan o mas mababa pa upang mabuhay kung susundan ng inyong sakit ang normal nitong kurso. Maaari kayong tumanggap ng pangangalaga mula sa alinmang program ng hospisyong sertipikado ng Medicare. Obligado ang inyong planong tulungan kayong humanap ng mga programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare sa sineserbisyuhang lugar ng plano, kabilang ang organisasyong pagmamay-ari o kinokontrol ng MA, o organisasyon kung saan may pinansyal itong interes. Ang inyong doktor sa hospisyo ay maaaring isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network o wala sa network. Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Mga gamot para sa pagkontrol ng sintomas at pagpapaginhawa ng pananakit • Panandaliang pangangalaga upang makapagpahinga ang tagapangalaga • Pangangalaga sa tahanan <u>Para sa mga serbisyo ng hospisyo at mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A o B at nauugnay sa inyong nakamamatay na prognosis:</u> Ang Original Medicare (sa halip na aming plano) ang magbabayad sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng hospisyo para sa inyong mga serbisyo ng hospisyo na may kaugnayan sa inyong nakamamatay na prognosis. Habang kayo ay nasa programa ng hospisyo, sisingilin ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng hospisyo ang Original Medicare para sa mga serbisyong binabayaran ng Original Medicare. Sisingilin kayo ng bahagian sa gastos ng Original Medicare. <u>Para sa mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A o B at hindi nauugnay sa inyong nakamamatay na prognosis:</u> Kung kailangan ninyo ng hindi pang-emergency at hindi agarang kinakailangan na mga serbisyong sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part A o B at hindi nauugnay sa inyong nakamamatay	Kapag nagpatala kayo sa programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare, ang inyong mga serbisyo sa hospisyo at ang inyong mga serbisyo ng Part A at Part B na may kaugnayan sa inyong nakamamatay na sakit ay babayaran ng Original Medicare, hindi ng aming plano. Ang bahagian sa gastos para sa serbisyo ng doktor ay puwedeng malapat para sa mga serbisyo ng konsultasyon sa hospisyo. Tingnan ang seksyong “Mga Serbisyo ng Doktor/ Practitioner” ng chart na ito para sa impormasyon tungkol sa bahagian sa gastos na ito.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
na sakit, ang inyong gastos para sa mga serbisyong ito ay depende sa kung gagamit kayo ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano at kung sinusunod ninyo ang mga panuntunan ng plano (tulad ng kung may kinakailangang dapat kuning paunang awtorisasyon). • Kung kukunin ninyo ang mga saklaw na serbisyo mula sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network at sinusunod ninyo ang mga panuntunan ng plano para sa pagkuha ng serbisyo, ang tanging babayaran ninyo ay ang halaga ng bahagian sa gastos ng plano para sa mga serbisyong kinuha mula sa network • Kung kukunin ninyo ang mga saklaw na serbisyo mula sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, babayaran ninyo ang bahagian sa gastos sa ilalim ng Fee-for-Service Medicare (Original Medicare) <u>Para sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano ngunit hindi sinasaklaw ng Medicare Part A o B:</u> Patuloy na sasaklawin ng aming plano ang mga serbisyong sinasaklaw ng plano na hindi sinasaklaw sa ilalim ng Part A o B, ito man ay nauugnay o hindi sa inyong nakamamatay na sakit. Babayaran ninyo ang halaga ng inyong bahagian sa gastos ng plano para sa mga serbisyong ito. <u>Para sa mga gamot na posibleng saklaw ng benepisyo sa Part D ng plano:</u> Kung walang kaugnayan ang mga gamot na ito sa inyong pangangalaga mula sa hospisyo para sa nakamamatay na kundisyon, magbabayad kayo para sa bahagian sa gastos. Kung may kaugnayan ang mga ito sa inyong pangangalaga mula sa hospisyo para sa nakamamatay na kundisyon, babayaran ninyo ang bahagian sa gastos ng Original Medicare. Hindi kailanman sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plano ang mga gamot nang magkasabay. Para sa higit pang impormasyon, pakitingnan ang Kabanata 5, Seksyon 9.4 *(Paano kung kayo ay nasa hospisyong sertipikado ng Medicare?)* **Tandaan:** Kung kailangan ninyo ng pangangalagang hindi mula sa hospisyo (pangangalagang hindi nauugnay sa inyong nakamamatay na sakit), dapat kayong makipag-ugnayan sa amin upang isaayos ang mga serbisyo. Saklaw ng aming plano ang mga serbisyo sa pagpapakonsulta sa hospisyo (isang beses lamang) para sa taong may nakakamatay na sakit na hindi pa gumagamit ng benepisyo ng hospisyo.	

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Pagpapabakuna Kabilang sa mga Medicare Part B na serbisyong sinasaklaw ang: • Bakuna para sa pulmonya • Mga bakuna sa trangkaso, isang beses sa bawat panahon ng trangkaso, sa taglagas at taglamig, na may karagdagang bakuna sa trangkaso kung medikal na kinakailangan • Bakuna sa Hepatitis B kung mataas o katamtaman ang inyong panganib na magkaroon ng hepatitis B • Bakuna sa COVID-19 • Iba pang bakuna kung kayo ay nasa panganib at kung nakakatugon ang mga ito sa mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part B Sinasaklaw din namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming benepisyo sa inireresetang gamot sa Part D. Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna para sa nasa hustong gulang sa Part D nang libre para sa mga miyembrong 19 na taong gulang pataas.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa mga bakuna sa pulmonya, influenza, Hepatitis B, at COVID-19. Para sa iba pang bakunang saklaw ng Medicare (kung may panganib sa inyo at natutugunan ng mga ito ang mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part B), mangyaring sumangguni sa seksyon ng mga inireresetang gamot ng Medicare Part B ng chart na ito para sa naaangkop na bahagian sa gastos. *Nangangailangan ng paunang awtorisasyon ang ilang gamot sa Part B para masaklaw ang mga ito.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Mga pansuportang serbisyo sa loob ng bahay Kung natutugunan ninyo ang ilang partikular na klinikal na pamantayan, nag-aalok kami ng access sa mga serbisyo ng suporta sa loob ng bahay, kabilang ang paglilinis, mga gawaing bahay at paghahanda ng pagkain pati na rin ang pagbibigay ng tulong sa mga aktibidad ng pang-araw-araw na pamumuhay. Ang mga serbisyo ay dapat irekomenda o hilingin ng isang lisensyadong doktor ng plano o isang lisensyadong tagapagbigay ng serbisyo ng plano. Maaari kayong lumahok sa pamamahala ng pangangalaga o magpasuri sa isang tagapamahala ng pangangalaga. Kinakailangan ang dokumentasyon ng isa sa mga sumusunod para sa mga serbisyo: • Diagnosis ng Alzheimer/iba pang demensya • Operasyon sa pagpapalit ng kasukasuan • Pagpapagaling mula sa pagkahulog • Pagkaputol ng bahagi ng katawan • Cataract/retinal/iba pang operasyon sa mata • Advanced cardio pulmonary disease • Stroke • Ambulasyon na may tulong na aparato • Problema sa paningin • Madalas na pagpapaospital • Madalas na pagbisita sa ER • Pagkatapos ng operasyon sa malulubhang sakit, kabilang ang isa sa mga sumusunod: diabetes, COPD, congestive heart failure (CHF), urinary tract infection (UTI), sakit sa bato, cancer, o diagnosis sa kalusugan ng pag-uugali. Ang mga serbisyo ay ibibigay nang may 4 na oras na dagdag sa kabuuang 12 pagbisita bawat taon. Para malaman ang higit pang impormasyon tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagbisita para sa mga serbisyo ng suporta sa bahay.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Inpatient na pangangalaga sa ospital Kabilang dito ang mga inpatient acute, inpatient rehabilitation, pangmatagalang pangangalaga sa mga ospital, at iba pang uri ng serbisyo sa ospital para sa inpatient. Magsisimula ang pangangalaga sa ospital para sa inpatient sa araw na pormal kayong na-admit sa ospital ayon sa utos ng doktor. Ang araw bago kayo i-discharge ay ang inyong huling araw bilang inpatient. Saklaw kayo sa loob ng 90 araw para sa mga inpatient na pananatili sa ospital na saklaw ng Medicare. Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa: • Semi-private na kwarto (o pribadong kwarto kung medikal na kinakailangan) • Mga pagkain kabilang ang mga espesyal na diyeta • Mga regular na serbisyong pangangalaga • Ang mga halaga ng mga unit para sa espesyal na pangangalaga (tulad ng intensive care unit o coronary care unit) • Mga gamot at medikasyon • Mga pagsusuri sa laboratoryo • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo sa radiology • Mga kinakailangang supply sa operasyon at medikal na supply • Paggamit ng mga aparato, gaya ng mga wheelchair • Mga gastos sa kwarto sa pagpapaopera at pagpapagaling • Physical, occupational, at speech language therapy • Mga inpatient na serbisyo para sa pag-abuso sa substance • Sa ilalim ng ilang partikular na kondisyon, saklaw ang mga sumusunod na uri ng mga transplant: corneal, bato, kidney-pancreatic, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell, at intestinal/multivisceral. Kung kailangan ninyo ng transplant, aayusin namin na masuri ang inyong kaso ng transplant center na aprubado	Para sa mga sinasaklaw ng Medicare na pagpapaospital, kada pagpapaospital: $0 bahaginan sa gastos para sa bawat pananatili sa ospital. Panghabambuhay na Nakareserbang Araw na may $0 na bahaginan sa gastos kada araw. Ang Panghabambuhay na Nakareserbang Araw ay mga karagdagang araw na babayaran ng plano kapag nasa ospital ang mga miyembro nang higit sa bilang ng araw na sinasaklaw ng plano. May kabuuang 60 nakareserbang araw ang mga miyembro na magagamit habang sila ay nabubuhay. Kung makakakuha kayo ng awtorisadong pangangalaga sa ospital para sa inpatient na wala sa network pagkatapos umayos ng inyong emergency na kundisyon, ang inyong gastos ay ang bahaginan-sa-gastos na dapat ninyong bayaran sa ospital na nasa nework. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* Inilalapat ang mga bahagi sa gastos simula sa unang araw ng pagkaka-confine at hindi kasama dito ang petsa ng paglabas sa ospital.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
ng Medicare na magpapasya kung kandidato kayo para sa isang transplant. Maaaring lokal o wala sa sineserbisyuhang lugar ang mga tagapagbigay ng serbisyo ng transplant. Kung ang aming mga serbisyo ng transplant sa network ay nasa labas ng pattern ng pangangalaga ng komunidad, maaari ninyong piliing pumunta sa mga lokal na tagapagbigay ng serbisyo ng transplant basta't tatanggapin ng lokal na tagapagbigay ng transplant ang halaga ng bayad ng Original Medicare. Kung magbibigay ang aming plano ng mga serbisyo sa transplant sa lokasyong nasa labas ng pattern ng pangangalaga para sa mga transplant sa inyong komunidad at pipiliin ninyong makakuha ng transplant sa malayong lokasyon na ito, aayusin o babayaran namin ang kinakailangang gastos sa tirahan at transportasyon para sa inyo at sa inyong kasama. • Dugo - kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay. Ang pagsaklaw sa buong dugo at naka-pack na pulang selyula ay magsisimula sa unang pint ng dugong kailangan mo. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay sinasaklaw simula sa unang pint na ginamit. • Mga serbisyo ng doktor **Tandaan:** Upang maging inpatient, kailangan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na magsulat ng utos upang pormal kayong i-confine bilang inpatient sa ospital. Kahit manatili kayo sa ospital nang magdamag, posibleng ituring pa rin kayong outpatient. Kung hindi kayo sigurado kung kayo ay inpatient o outpatient, dapat ninyong tanungin ang kawani ng ospital. Makakahanap din kayo ng higit pang impormasyon sa fact sheet ng Medicare na tinatawag na *Inpatient o Outpatient ba Kayo sa Ospital? Kung Mayroon Kayong Medicare - Magtanong!* Makikita ang fact sheet na ito sa Web sa https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY. Maaari ninyong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo.	

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Mga inpatient na serbisyo sa isang psychiatric na ospital Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan ng pag-iisip na nangangailangan ng pananatili sa ospital. Saklaw kayo sa loob ng 90 araw bawat admission para sa mga pananatiling saklaw ng Medicare. Mayroong limitasyon sa buong buhay na 190 araw sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip para sa inpatient sa isang psychiatric na ospital. Ang 190 araw na limitasyon ay hindi naaangkop sa mga inpatient na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay sa isang psychiatric unit ng isang general hospital. Kung nagamit na ninyo ang bahagi ng 190 araw na buong buhay na benepisyo sa Medicare bago magpatala sa aming plano, ang puwede na lang ninyong matanggap ay ang natitira sa mga pambuong-buhay na araw.	Para sa mga sinasaklaw ng Medicare na pagpapaospital, kada pagpapaospital: $0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pananatili para sa pangangalaga ng kalusugan ng pag-iisip. Panghabambuhay na Nakareserbang Araw na may $0 na bahaginan sa gastos kada araw. Ang Panghabambuhay na Nakareserbang Araw ay mga karagdagang araw na babayaran ng plano kapag nasa ospital ang mga miyembro nang higit sa bilang ng araw na sinasaklaw ng plano. May kabuuang 60 nakareserbang araw ang mga miyembro na magagamit habang sila ay nabubuhay. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* Kung makakakuha kayo ng awtorisadong pangangalaga sa ospital para sa inpatient na wala sa network pagkatapos umayos ng inyong emergency na kundisyon, ang inyong gastos ay ang bahaginan-sa-gastos na dapat ninyong bayaran sa ospital na nasa nework.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Inpatient na pananatili: Mga saklaw na serbisyo na natanggap sa ospital o SNF sa hindi sinasaklaw na pananatili ng inpatient Kung nagamit na ninyo ang lahat ng inyong benepisyo para sa inpatient, o kung hindi makatuwiran at kinakailangan ang pananatili ng inpatient, hindi namin sasaklawin ang inyong pananatili bilang inpatient. Gayunpaman, sa ilang kaso, sasaklawin namin ang ilang partikular na serbisyong matatanggap ninyo haang kayo ay nasa ospital o sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF). Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa: • Mga serbisyo ng doktor • Mga pagsusuring pantuklas ng sakit (tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo) • X-ray, radium, at isotope therapy kabilang ang mga materyales at serbisyo ng technician • Mga benda ng sugat sa operasyon • Mga splint, semento at iba pang mga aparatong ginagamit upang bawasan ang mga pagkabali at pagkalinsad ng buto • Prosthetics at orthotics na aparato (liban pa sa dental) na pumapalit sa lahat o bahagi ng internal na parte ng katawan (kabilang ang contiguous tissue), o lahat o bahagi ng gamit ng internal na parte ng katawan na permanenteng hindi maaaring operahan o hindi gumagana nang maayos, kabilang ang pagpapalit o pagsasaayos sa mga nasabing aparato • Mga brace sa paa, kamay, likod at leeg, mga truss, at artipisyal na paa, kamay, at mata kabilang ang mga paglalapat, pag-aayos, at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkabasag, pagkapudpod, pagkawala, o dahil sa pagbabago sa pisikal na kundisyon ng pasyente • Physical therapy, speech therapy, at occupational therapy	Patuloy na sasaklawin ang mga nakalistang serbisyo sa mga halaga ng bahagian sa gastos na ipinapakita sa chart ng mga benepisyo para sa partikular na serbisyo.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Mga Pagkain **Mga Post-Acute na Pagkain** • Para sa mga miyembrong nakalabas mula sa pasilidad para sa pasyente (ospital, pasilidad ng sanay na pangangaalaga o pagpapagaling ng pasyente) magbibigay ang plano ng maximum ng 3 pagkain sa loob ng 14 na araw para sa kabuuang 42 pagkain nang walang bayad sa inyo. Puwede ninyong piliing makatanggap ng mga fresh na frozen na pagkain, mga pagkaing matagal masira, o isang case ng mga nutritional shake. Puwede kayong makatanggap ng kumbinasyon ng mga pagkain at shake sa loob ng inyong kabuuang limitasyon sa benepisyo, na may maximum na isang case ng mga shake sa bawat pagkakataon.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat post-acute na pagkain o shake na medikal na kinakailangan na sinasaklaw ng plano.* *Maaaring kailangan ng referral.*
Therapy para sa medikal na nutrisyon Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diabetes, sakit sa bato (ngunit hindi nagda-dialysis), o pagkatapos ng transplant ng bato kapag ibinilin ng inyong doktor. Sinasaklaw namin ang 3 oras ng serbisyong one-on-one na pagpapayo sa inyong unang taon ng pagtanggap ng mga serbisyo ng therapy para sa medikal na nutrisyon sa ilalim ng Medicare (kabilang dito ang aming plano, anupamang Medicare Advantage na plano, o ang Original Medicare), at 2 oras bawat taon pagkatapos nito. Kung magbago ang inyong kundisyon, paggamot o nasuring sakit, maaari kayong makakuha ng mas marami pang oras ng paggamot nang may bilin ng doktor. Dapat irekomenda ng isang doktor ang mga serbisyong ito at i-renew ang bilin bawat taon kung kailangan ninyo ang paggamot hanggang sa susunod na taon ng kalendaryo.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa mga miyembrong karapat-dapat para sa mga serbisyo ng therapy para sa medikal na nutrisyon na sinasaklaw ng Medicare.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Programang Pang-iwas sa Diabetes ng Medicare (MDPP) Sasaklawin ang mga serbisyo ng MDPP para sa mga karapat-dapat na benepisyaryo ng Medicare sa ilalim ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare. Ang MDPP ay isang nakaayos na pamamagitan sa pagbabago ng pag-uugaling pangkalusugan na nagbibigay ng praktikal na pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa diyeta, pinataas na pisikal na aktibidad, at estratehiya sa paglutas ng problema upang malampasan ang mga hamon sa pagpapanatili ng pagbabawas ng timbang at ng malusog na pamumuhay.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa benepisyong MDPP.
Mga inireresetang gamot sa Medicare Part B Ang mga gamot na ito ay sinasaklaw sa ilalim ng Part B ng Original Medicare. Nakakatanggap ng pagsaklaw ang mga miyembro ng aming plano para sa mga gamot na ito sa pamamagitan ng aming plano. Kabilang sa mga saklaw na gamot ang: • Mga gamot na karaniwang hindi kayang inumin ng pasyente nang mag-isa at ini-inject o ini-infuse habang kayo center ng ambulatoryong operasyon • insulin na ibinibigay gamit ang isang matibay na medikal na kagamitan (gaya ng medikal na kinakailangan na insulin pump) • Iba pang gamot na ginagamit ninyo sa tulong ng matitibay na medikal na kagamitan (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng plano • Mga clotting factor o pampabuo ng dugo na ibinibigay ninyo sa inyong sarili kung mayroon kayong hemophilia • Mga immunosuppressive na gamot, kung nakatala kayo sa Medicare Part A sa panahon ng pag-transplant ng organ • Mga nai-inject na gamot sa osteoporosis, kung kayo ay nananatili sa bahay, may basag na buto na ayon sa inyong doktor ay nauugnay sa osteoporosis na dulot ng pagtatapos ng menopause, at hindi ninyo kayang pamahalaan ang gamot nang mag-isa	Puwedeng napapailalim sa step therapy ang ilang gamot. $0 na bahaginan sa gastos para sa Medicare Part B na mga insulin na gamot. $0 na bahaginan sa gastos para sa iba pang Part B na gamot na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* Ang bahagian sa gastos sa insulin ay napapailalim sa isang copay cap na $35 para sa isang buwang supply ng insulin.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Mga antigen • Mga partikular na iniinom na gamot laban sa kanser at mga gamot na panlaban sa pagduduwal • Ilang gamot para sa home dialysis, kabilang ang heparin, ang antidote para sa heparin kapag medikal na kinakailangan, topical anesthetics, at erythropoiesis-stimulating agents (tulad ng Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o Darbepoetin Alfa) • Intravenbous Immune Globulin para sa paggamot sa bahay ng mga pangunahing karamdaman kaugnay ng immune deficiency Dadalhin kayo ng sumusunod na link sa isang listahan ng Mga Part B na Gamot na maaaring napapailalim sa Step Therapy: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html. Sinasaklaw din namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming benepisyo sa inireresetang gamot sa Part B at Part D. Ipinapaliwanag ng Kabanata 5 ang benepisyong Part D na inireresetang gamot, kabilang ang mga panuntunan na kailangan ninyong sundin upang masaklaw ang mga reseta. Kung ano ang babayaran ninyo para sa inyong mga Part D na inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano ay ipinaliwanag sa Kabanata 6.	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga gamot sa chemotherapy sa Part B na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Benepisyo ng pagpapayo sa nutrisyon/diyeta Saklaw namin ang mga session ng pagpapayo na ibinibigay ng isang rehistradong dietician o propesyonal sa nutrisyon, nang may utos mula sa inyong doktor, para tugunan ang mga pagbabago sa inyong gawi na makakapagpabuti sa medikal na kundisyong mayroon kayo. Ang pagpapayo sa nutrisyon ay isang pansuportang proseso para magtakda ng mga priyoridad, bumuo ng mga layunin, at gumawa ng mga pang-indibidwal na plano ng pagkilos at magkaroon ng responsibilidad sa pangangalaga sa sarili. Puwede ninyong i-access ang mga karagdagang serbisyong ito sa pamamagitan ng pagtawag at online gamit ang Teladoc, ang tagapagbigay ng serbisyo ng virtual na pagbisita ng aming plano. Para sa higit pang impormasyon, o para mag-iskedyul ng appointment, tawagan ang Teladoc sa 1-800-835-2362 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat bisita sa pang-indibidwal na pagpapayo sa nutrisyon/diyeta.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Screening at therapy para sa labis na katabaan upang isulong ang napapanatiling pagbabawas ng timbang Kung mayroon kayong body mass index na 30 o higit pa, babayaran namin ang masusing pagpapayo upang tulungan kayong magbawas ng timbang. Sinasaklaw ang pagpapayong ito kung kukunin ninyo ito sa lugar ng pangunahing pangangalaga, kung saan maaari itong isaayos sa inyong komprehensibong planong pang-iwas. Makipag-usap sa inyong doktor o practitioner ng pangunahing pangangalaga upang matuto ng higit pa.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa screening at therapy na pang-iwas sa labis na katabaan.
Mga serbisyo sa programang paggamot gamit ang opioid Ang mga miyembro ng aming plano na may problema sa paggamit ng opioid (OUD) ay makakatanggap ng pagsaklaw ng mga serbisyo upang magamot ang OUD sa pamamagitan ng Programang Paggamot sa Opioid (OTP) na kinabibilangan ng mga sumusunod na serbisyo: • Aprubado ng Food and Drug Administration (FDA) ng U.S. na mga medikasyong paggamot sa tulong ng gamot (MAT) na opioid na agonist at antagonist. • Pagpapainom at pagbibigay ng mga medikasyong MAT (kung naaangkop) • Pagpapayo tungkol sa paggamit ng substance • Indibidwal na therapy at nakagrupong therapy • Toxicology na pagsusuri • Mga aktibidad pag-inom • Mga pana-panahong pagtatasa	$0 na bahaginan-sa-bayad para sa bawat serbisyo sa paggamot gamit ang opioid na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Mga diagnostic test at therapeutic na serbisyo at supply para sa outpatient Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:	

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Mga X-ray	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga saklaw ng Medicare na X-ray. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Radiation (radium at isotope) therapy kasama ang mga materyales at supply ng technician	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga therapeutic na serbisyo sa radiology na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Mga supply sa operasyon, gaya ng mga dressing • Mga splint, semento at iba pang mga aparatong ginagamit upang bawasan ang mga pagkabali at pagkalinsad ng buto	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga medikal na supply na saklaw ng Medicare kabilang ang mga cast at splint. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Mga pagsusuri sa laboratoryo	$0 na bahaginan-sa-bayad para sa bawat serbisyo sa laboratoryo na sinasaklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Dugo - kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay. Ang pagsaklaw sa buong dugo at naka-pack na pulang selyula ay magsisimula sa unang pint ng dugong kailangan mo. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay sinasaklaw simula sa unang pint na ginamit.	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga serbisyo sa dugo na saklaw ng Medicare.
• Iba pang outpatient na diagnostic test – Mga non-radiological na diagnostic na serbisyo (hal., allergy test o EKG)	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga diagnostic na procedure at test na sinasaklaw ng Medicare (hal., allergy test o EKG). *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Iba pang outpatient na diagnostic test (kabilang ang mga kumplikadong test gaya ng CT, MRI, MRA, SPECT) - Mga radiological na diagnostic na serbisyo, hindi kasama ang mga flat film X-ray	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga diagnostic na serbisyo sa radiology na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* Kung makakatanggap kayo ng maraming serbisyo mula sa iisang kategorya ng serbisyo sa parehong araw sa parehong pasilidad, dapat ninyong bayaran ang maximum na halaga ng bahaginan sa gastos para sa naturang kategorya ng serbisyo sa lokasyong iyon. Gayunpaman, kung ang benepisyo para sa isang serbisyo ay bahaginan sa gastos (hindi napapalitang halaga ng dolyar) at ang benepisyo para sa isa pang serbisyo ay coinsurance (porsyento ng pinapahintulutang gastos), maaaring hilinging bayaran ninyo pareho ang bahaginan sa gastos at ang coinsurance.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Obserbasyon sa ospital para sa outpatient Ang mga serbisyong obserbasyon ay mga serbisyo ng ospital para sa outpatient na ibinibigay upang matukoy kung kailangan ninyong ma-admit bilang inpatient o kung maaari na kayong i-discharge. Para sa mga serbisyong obserbasyonsa ospital para sa outpatient, kailangan ninyong matugunan ang mga pamantayan ng Medicare at maituring ang mga ito na makatwiran at kinakailangan. Sinasaklaw lang ang mga serbisyong pag-oobserba kapag ibinibigay ayon sa utos ng doktor o ng ibang indibidwal na awtorisado ng batas na naglilisensiya ng estado at ng mga regulasyon ng mga kawani ng ospital upang mag-confine ng mga pasyente sa ospital o mag-utos ng mga pagsusuri sa mga outpatient. **Tandaan:** Maliban kung magsusulat ang tagapagbigay ng serbisyo ng utos na i-confine kayo sa ospital bilang inpatient, mananatili kayong outpatient at babayaran ninyo ang halaga ng bahagian sa gastos para sa mga serbisyo sa ospital sa outpatient. Kahit manatili kayo sa ospital nang magdamag, posibleng ituring pa rin kayong outpatient. Kung hindi kayo sigurado kung isa kayong outpatient, dapat ninyong tanungin ang mga kawani ng ospital. Makakahanap din kayo ng higit pang impormasyon sa fact sheet ng Medicare na tinatawag na *Inpatient o Outpatient ba Kayo sa Ospital? Kung Mayroon Kayong Medicare – Magtanong!* Makikita ang fact sheet na ito sa Web sa https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY. Maaari ninyong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat Mga saklaw ng Medicare na pagbisita para sa serbisyo sa obserbasyon. Ilalapat ang mga karagdagang gastos para sa mga Medicare Part B na inireresetang gamot.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Mga outpatient na serbisyo sa ospital Sinasaklaw namin ang mga serbisyong medikal na kinakailangan na natatanggap ninyo mula sa departamento ng outpatient ng isang ospital para sa pagtuklas o paggamot ng karamdaman o pinsala. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa: • Mga serbisyo sa isang departamento ng emergency o klinikang para sa outpatient, tulad ng mga serbisyo ng obserbasyon o operasyon para sa outpatient • Mga pagsusuri sa laboratoryo at pagsusuring pantuklas ng sakit na sisingilin ng ospital • Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip, kabilang ang pangangalaga sa bahagyang pagkakaospital na programa, kung pinapatunayan ng doktor na kailangan ang paggamot para sa inpatient kung wala ito • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo sa radiology na sisingilin ng ospital • Mga medikal na supply gaya ng mga splint at semento • Ilang partikular na gamot at biological na hindi ninyo maibigay sa inyong sarili **Tandaan:** Maliban kung magsusulat ang tagapagbigay ng serbisyo ng utos na i-confine kayo sa ospital bilang inpatient, mananatili kayong outpatient at babayaran ninyo ang halaga ng bahagian sa gastos para sa mga serbisyo sa ospital sa outpatient. Kahit manatili kayo sa ospital nang magdamag, posibleng ituring pa rin kayong outpatient. Kung hindi kayo sigurado kung isa kayong outpatient, dapat ninyong tanungin ang mga kawani ng ospital.	Babayaran ninyo ang mga naaangkop na halaga ng bahagian sa gastos na ipinapakita sa Chart ng mga Medikal na Benepisyo na ito para sa partikular na serbisyo. Kung makakatanggap kayo ng maraming serbisyo mula sa iisang kategorya ng serbisyo sa parehong araw sa parehong pasilidad, dapat ninyong bayaran ang maximum na halaga ng bahaginan sa gastos para sa naturang kategorya ng serbisyo sa lokasyong iyon. Gayunpaman, kung ang benepisyo para sa isang serbisyo ay bahaginan sa gastos (hindi napapalitang halaga ng dolyar) at ang benepisyo para sa isa pang serbisyo ay coinsurance (porsyento ng pinapahintulutang gastos), maaaring hilinging bayaran ninyo pareho ang bahaginan sa gastos at ang coinsurance.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Makakahanap din kayo ng higit pang impormasyon sa fact sheet ng Medicare na tinatawag na *Inpatient o Outpatient ba Kayo sa Ospital? Kung Mayroon Kayong Medicare – Magtanong!* Makikita ang fact sheet na ito sa Web sa https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY. Maaari ninyong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo.	
Outpatient na pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng psychiatrist o doktor, klinikal na psychologist, klinikal na social worker, klinikal na espesyalistang nurse, lisensyadong propesyonal na tagapayo (LPC), lisensyadong therapist para sa pag-aasawa at pamilya (LMFT), nurse na nagsasanay (NP), assistant ng doktor (PA), na lisensyado ng estado, o iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan ng isip na kwalipikado sa Medicare ayon sa pinapahintulutan sa ilalim ng naaangkop na mga batas ng estado.	
• Mga serbisyong ibinibigay ng psychiatrist	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagbisita sa indibidwal na therapy ng psychiatrist na saklaw ng Medicare. $0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagbisita sa panggrupong therapy ng psychiatrist na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Mga serbisyong ibinibigay ng iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang sa kalusugan ng isip	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagbisita sa indibidwal na therapy ng iba pang tagapagbigay ng serbsiyo ng pangangalaga sa kalusugan ng isip na sinasaklaw ng Medicare. $0 na bahaginan sa gastos para sa bawat para sa bawat pagbisita sa panggrupong therapy ng iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan ng isip na sinasaklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Mga serbisyo ng rehabilitasyon para sa outpatient Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: physical therapy, occupational therapy, at speech language therapy. Ibinibigay ang mga serbisyo ng rehabilitasyon para sa outpatient sa iba't ibang lugar para sa outpatient, gaya ng departamento ng ospital para sa outpatient, mga tanggapan ng independienteng therapist, at sa Mga Komprehensibong Pasilidad ng Rehabilitasyon para sa Outpatient (CORF).	
• Mga serbisyong ibinibigay ng physical therapist	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagbisita para sa occupational therapy na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Mga serbisyong ibinibigay ng occupational therapist	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat Mga pagbisita para sa occupational therapy na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Mga serbisyong ibinibigay ng speech language therapist	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagbisita sa speech language therapy na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Mga outpatient na serbisyo para sa pag-abuso sa substance Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: Mga serbisyo sa Problema sa Paggamit ng Substance gaya ng mga indibidwal at panggrupong therapy session na ibinibigay ng doktor, klinikal na psychologist, klinikal na social worker, klinikal na espesyalistang nurse, nurse na nagsasanay, assistant ng doktor, o iba pang propesyonal o programa sa pangangalaga sa kalusugan ng isip na kwalipikado sa Medicare ayon sa pinapahintulutan sa ilalim ng naaangkop na mga batas ng estado.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagbisita sa occupational therapy na saklaw ng Medicare. $0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagbisita para sa panggrupong therapy na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Pag-opera sa outpatient, kabilang ang mga serbisyong ibinibigay sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at mga center ng ambulatoryong operasyon **Tandaan:** Kung may operasyon kayo sa isang pasilidad ng ospital, dapat kayong magtanong sa inyong tagapagbigay ng serbisyo kung kayo ay inpatient o outpatient. Maliban kung magsusulat ang tagapagbigay ng serbisyo ng utos na i-confine kayo sa ospital bilang inpatient, mananatili kayong outpatient at babayaran ninyo ang halaga ng bahagian sa gastos para sa operasyon sa outpatient. Kahit manatili kayo sa ospital nang magdamag, posibleng ituring pa rin kayong outpatient.	

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Mga serbisyong ibinibigay sa isang outpatient na ospital	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagpapatingin na sinasaklaw ng Medicare sa isang outpatient na pasilidad ng ospital. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Mga serbisyong ibinibigay sa isang center ng ambulatoryong operasyon	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagpapatingin sa isang center ng ambulatoryong operasyon na sinasaklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Mga Gamit na Nabibili Nang Walang Reseta (OTC) Pakitingnan ang seksyong Wellcare Spendables™ ng chart na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyo sa mga gamit na nabibili nang walang reseta (OTC).	
Mga serbisyo sa bahagyang pagkakaospital at Mga intensive na serbisyo sa outpatient Ang bahagyang pagkakaospital ay isang nakaayos na programa ng aktibong paggamot na may kinalaman sa pag-iisip na ibinibigay bilang serbisyo sa outpatient o ng center ng komunidad para sa kalusugan ng pag-iisip, na mas matindi kaysa sa pangangalagang natatanggap sa tanggapan ng inyong doktor o therapist at isang alternatibo sa pananatili sa ospital bilang inpatient. Ang intensive na serbisyo sa outpatient ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong therapy na paggamot sa kalusugan sa pag-uugali (pag-iisip) na ibinibigay sa isang departamento ng outpatient ng ospital, isang sentro sa komunidad para sa kalusugan ng pag-iisip, isang Pederal na kuwalipikadong sentrong pangkalusugan, o isang klinikang pangkalusugan sa kanayunan na mas matindi o mas intense kumpara sa pangangalagang natatanggap sa opisina ng inyong doktor o therapist, pero hindi kasingtindi o kasing-intense ng bahagyang pagkakaospital.	$0 na bahaginan-sa-bayad para sa bahagyang pagkakaospital bawat araw na sinasaklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Mga serbisyo ng Doktor/Practitioner, kabilang ang mga pagpapatingin sa tanggapan ng doktor	
Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:	
• Mga medikal na kinakailangang serbisyo para sa medikal na pangangalaga o surgery na isinagawa ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga sa tanggapan ng doktor	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat Pagbisita sa tanggapan ng PCP na saklaw ng Medicare.
• Mga medikal na pangangalaga o serbisyo sa operasyon na medikal na kinakailangan na ipinagkaloob sa sertipikadong center ng ambulatoryong operasyon, outpatient department ng ospital, o anupamang lokasyon	Tingnan ang "Outpatient na Surgery" sa unang bahagi ng chart na ito para sa anumang nalalapat na halaga sa bahagian sa gastos para sa mga pagbisita sa center ng ambulatoryong operasyon o sa isang outpatient na setting sa ospital.
• Konsultasyon, pagtuklas ng sakit at panggagamot ng isang espesyalista	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagbisita sa espesyalista na sakop ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagpapatingin sa iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Mga pangunahing eksaminasyon sa pandinig at balanse na isinasagawa ng inyong PCP o espesyalista, kung ipag-uutos ito ng inyong doktor upang makita kung kailangan ninyo ng medikal na paggamot	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga sinasaklaw ng Medicare na serbisyo sa pandinig. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Ilang partikular na telehealth na serbisyo kabilang ang: Mga Serbisyong Agarang Kinakailangan, Mga Serbisyo sa Kalusugan sa Bahay, Doktor ng Pangunahing Pangangalaga, Occupational Therapy, Espesyalista, Mga Indibidwal na Session para sa Kalusugan ng Isip, Mga Serbisyo sa Paa, Iba Pang Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan, Mga Indibidwal na Session para sa Mga Psychiatric na Serbisyo, Serbisyo sa Physical Therapy, at Serbisyo sa Speech-Language Pathology, Mga Indibidwal na Session sa Serbisyo sa Pang-aabuso sa Droga para sa Outpatient, at Pagsasanay sa Sariling Pamamahala sa Diabetes. ○ May opsyon kayong makuha ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagbisita o sa pamamagitan ng telehealth. Kung pipiliin ninyong makuha ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, dapat kayong gumamit ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network na nag-aalok ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. • Nag-aalok ang aming plano ng 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo na access sa virtual na pagbisita sa mga board certified na doktor sa pamamagitan ng Teladoc para makatulong sa pagtugon sa maraming iba't ibang alalahanin/tanong sa kalusugan. Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang pangkalahatang medikal, behavioral na kalusugan, dermatology, at marami pa. Ang isang virtual na pagbisita (tinatawag ding telehealth na konsultasyon) ay pagbisita sa doktor sa pamamagitan ng telepono o internet gamit ang isang smart phone, tablet, o computer. May ilang partikular na uri ng pagbisita na mangangailangan ng internet at device na may camera. Para sa higit pang impormasyon, o para mag-iskedyul ng appointment, tawagan ang Teladoc sa 1-800-835-2362 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. • Ilang telelealth na serbisyo kabilang ang konsultasyon, diagnosis, at paggamot ng isang doktor o practitioner, para sa mga pasyente sa ilang partikular na rural na lokasyon o iba pang lugar na aprubado ng Medicare	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga serbisyo sa virtual na pagbisita na isinagawa sa pamamagitan ng Teladoc. **Pakitandaan:** Ang $0 na bahaginan sa bayad sa itaas ay nalalapat lang kapag ang mga serbisyo ay natanggap sa pamamagitan ng Teladoc. Kung nakatanggap kayo ng mga harapang serbisyo o serbisyo sa telemedicine mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network at hindi mula sa vendor ng virtual na pagbisita, babayaran ninyo ang mga bahagi ng gastos na nakalista para sa mga tagapagbigay ng serbisyong iyon ayon sa nakabalangkas sa chart ng mga benepisyo na ito (hal., kung nakatanggap kayo ng mga serbisyo sa telehealth mula sa inyong PCP, babayaran ninyo ang bahagi ng gastos para sa PCP). *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Mga telehealth na serbisyo sa mga miyembrong nagda-dialysis sa bahay para sa kanilang mga buwanang pagpapatinging kaugnay ng sakit sa bato na wala nang lunas sa center para sa dialysis sa bato ng ospital o critical access na ospital, pasilidad para sa dialysis sa bato, o bahay ng miyembro • Mga serbisyo sa Telehealth para mag-diagnose, sumuri, o gumamot ng mga sintomas ng stroke, nasaan man kayo • Mga telehealth na serbisyo para sa mga miyembrong may problema sa paggamit ng substance o kasabay na problema sa kalusugan ng isip, nasaan man sila • Mga serbisyo sa telehealth para sa diagnosis, pagsusuri, at paggamot ng mga sakit sa kalusugan ng isip kung: ○ Mayroon kayong personal na pagpapatingin sa loob ng 6 na buwan bago ang inyong unang pagkonsulta sa telehealth ○ Mayroon kayong personal na pagpapatingin tuwing 12 buwan habang tinatanggap ang mga serbisyong ito sa telehealth ○ Ang mga pagbubukod ay maaaring gawin sa itaas para sa ilang mga pangyayari • Mga serbisyo sa telehealth para sa mga pagpapatingin sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng Mga Rural Health Clinic at Kwalipikado sa Pederal na mga Sentro ng Kalusugan	
• Mga virtual na pag-check in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) sa inyong doktor sa loob ng 5-10 minuto **kung:** ○ Hindi kayo bagong pasyente **at** ○ Hindi nauugnay ang pag-check in sa isang pagpapatingin sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw **at** ○ hindi humantong ang pag-check in sa isang pagpapatingin sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na available na appointment	Babayaran ninyo ang bahagian sa gastos na nalalapat sa mga tagapagbigay ng serbisyo (ayon sa nakalarawan sa "Mga Serbisyo ng Doktor/ Practitioner, Kabilang ang Mga Pagpapatingin sa Tanggapan ng Doktor" sa itaas).

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Pagpapasuri sa video at/o mga larawang ipapadala ninyo sa inyong doktor, at interpretasyon at follow-up ng inyong doktor sa loob ng 24 na oras **kung:** ○ Hindi kayo bagong pasyente **at** ○ Hindi nauugnay ang pagsusuri sa isang pagpapatingin sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw **at** ○ Hindi hahantong ang pagsusuri sa pagpapatingin sa klinika sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na available na appointment	Babayaran ninyo ang bahagian sa gastos na nalalapat sa mga tagapagbigay ng serbisyo (ayon sa nakalarawan sa "Mga Serbisyo ng Doktor/ Practitioner, Kabilang ang Mga Pagpapatingin sa Tanggapan ng Doktor" sa itaas).
• Konsultasyon ng inyong doktor sa iba pang doktor sa pamamagitan ng telepono, internet, o electronic na tala ng kalusugan	Babayaran ninyo ang bahagian sa gastos na nalalapat sa mga tagapagbigay ng serbisyo (ayon sa nakalarawan sa "Mga Serbisyo ng Doktor/ Practitioner, Kabilang ang Mga Pagpapatingin sa Tanggapan ng Doktor" sa itaas).
• Ikalawang opinyon ng isa pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network bago ang isang operasyon	Babayaran ninyo ang bahagian sa gastos na nalalapat sa mga tagapagbigay ng serbisyo (ayon sa nakalarawan sa "Mga Serbisyo ng Doktor/ Practitioner, Kabilang ang Mga Pagpapatingin sa Tanggapan ng Doktor" sa itaas).

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Hindi-karaniwang pangangalaga sa ngipin (ang mga saklaw na serbisyo ay limitado sa operasyon ng panga o mga nauugnay na istruktura, pagsasaayos sa mga pagkabasag sa panga o buto sa mukha, pagbunot ng ngipin para ihanda ang panga para sa paggamot na gumagamit ng radiation para sa sakit na neoplastic cancer, o mga serbisyo na sasaklawin kung ibibigay ng doktor)	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat serbisyo sa pangangalaga ng ngipin na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* Dagdag pa sa bahagi sa gastos sa itaas, may bahaginan-sa-bayad at/o coinsurance para sa Medikal na Kinakailangang Mga Serbisyong Sinasaklaw ng Medicare para sa Matitibay na Medikal na Kagamitan at supply, mga prosthetic na kagamitan at supply, mga pagsusuring pantuklas ng sakit at mga serbisyo sa pagpapaginhawa ng pakiramdam para sa outpatient, salamin sa mata at mga contact pagkatapos ng operasyon sa katarata, inireresetang Part D na mga gamot at inireresetang gamot ng Medicare Part B, gaya ng inilalarawan sa Chart ng mga Benepisyo na ito.
Mga Serbisyo sa Paa Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Pagtuklas ng sakit at medikal o operasyon na paggamot ng mga pinsala at karamdaman ng paa (tulad ng hammer toe o heel spurs) • Karaniwang pangangalaga ng paa para sa miyembrong may ilang partikular na medikal na kundisyong nakakaapekto sa ibabang binti	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga serbisyo sa paa na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Kabilang sa mga karagdagang mga saklaw na serbisyo ang: • Dagdag (Hindi sinasaklaw ng Medicare) na pangangalaga ng paa, na limitado sa kabuuang 12 pagpapatingin bawat taon ng kalendaryo. **Tandaan:** Ang pagsaklaw sa mga dagdag (Hindi saklaw ng Medicare) na mga serbisyo sa paa ay isang dagdag na benepisyong inaalok ng plano. Hindi babayaran ng alinman sa Medicare o Medicaid ang inyong bahagi ng gastos para sa mga serbisyong ito.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat karagdagang (hindi saklaw ng Medicare) pagbisita para sa pangangalaga sa paa.* *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Mga eksaminasyong pagsusuri para sa prostate cancer Para sa mga lalaking may edad na 50 o mas matanda, kabilang ang mga sumusunod sa mga saklaw na serbisyo - isang beses tuwing 12 buwan: • Digital na eksaminasyon ng puwet • Pagsusuri gamit ang prostate specific antigen (PSA)	$0 na bahaginan sa gastos para sa taunang digital rectal exam na saklaw ng Medicare. Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa taunang PSA na pagsusuri.
Mga prosthetic na aparato at mga kaugnay na supply Mga aparatong (maliban sa dental) pamalit sa lahat o sa bahagi ng parte ng katawan o ng gamit nito. Kabilang dito ang, ngunit hindi limitado sa: mga colostomy bag at supply na direktang nauugnay sa pangangalagang colostomy, mga pacemaker, brace, prosthetic na sapatos, artipisyal na paa at breast prostheses (kabilang ang surgical na bra pagkatapos ng mastectomy). Kabilang dito ang ilang partikular na supply na nauugnay sa mga prosthetic na aparato, at pagsasaayos at/o pagpapalit ng mga prosthetic na aparato. Kabilang din dito ang ilang pagsaklaw kasunod ng pagtanggal ng katarata o operasyon sa katarata – tingnan sa ibang pagkakataon ang **Pangangalaga sa Paningin** sa seksyong ito para sa higit pang detalye.	$0 na bahaginan sa gastos para sa Prosthetic o orthotics na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* $0 na bahaginan sa gastos para sa mga medikal na supply na nauugnay sa mga prosthetic device na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng baga Sinasaklaw ang mga komprehensibong programa ng rehabilitasyon ng baga para sa mga miyembro na mayroong katamtaman hanggang napakalubhang sakit na talamak na pagbara sa baga (chronic obstructive pulmonary disease o COPD) at may bilin para sa rehabilitasyon ng baga mula sa doktor na gumagamot ng malubhang sakit sa baga.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pagbisita para sa mga serbisyo ng rehabilitasyon ng baga na saklaw ng Medicare.
Screening at pagpapayo upang mabawasan ang maling paggamit ng alak Sumasaklaw kami ng isang screening ng maling paggamit ng alak para sa mga nasa hustong gulang na may Medicare (kabilang ang mga buntis na babae) na mali ang paggamit sa alak, ngunit hindi dumedepende rito. Kung positibo ang resulta ng inyong screening para sa maling paggamit ng alak, makakakuha kayo ng hanggang 4 na saglit at harapang sesyon ng pagpapayo bawat taon (kung kaya ninyo at alerto kayo habang ginagawa ang pagpapayo) mula sa isang kwalipikadong doktor ng pangunahing pangangalaga o isang propesyonal sa isang lugar na para sa pangunahing pangangalaga.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa sinasaklaw ng Medicare na pang-iwas na benepisyo ng screening at pagpapayo upang mabawasan ang maling paggamit ng alak.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Screening para sa kanser sa baga gamit ang may mababang dosis na computed tomography (LDCT) Para sa mga kwalipikadong indibidwal, sinasaklaw ang LDCT kada 12 buwan. **Mga kwalipikadong miyembro ang:** mga taong edad 50 – 77 na walang senyales o sintomas ng kanser sa baga, ngunit mayroong kasaysayan ng paggamit ng tabako na hindi bababa sa 20 pack kada taon at kasalukuyang naninigarilyo o tumigil sa paninigarilyo sa loob ng nakaraang 15 taon, na nakatanggap ng nakasulat na bilin para sa LDCT habang ginagawa ang pagpapayo sa screening para sa kanser sa baga at ibinabahaging pagdedesisyon na pagpapatingin na tumutugon sa pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagpapatingin at maibibigay ng doktor o kwalipikadong propesyonal na hindi doktor. *Para sa mga screening para sa kanser sa baga gamit ang LDCT pagkatapos ng panimulang screening gamit ang LDCT:* dapat makatanggap ang miyembro ng nakasulat na bilin para sa screening para sa kanser sa baga gamit ang LDCT, na maaaring ibigay habang ginagawa ang anumang wastong pagpapatingin sa isang doktor o kwalipikadong propesyonal na hindi doktor. Kung pinili ng doktor o ng kwalipikadong propesyonal na hindi doktor na magbigay ng pagpapayo sa screening para sa kanser sa baga at ibinabahaging pagdedesisyon na pagpapatingin para sa kasunod na mga screening para sa kanser sa baga gamit ang LDCT, dapat matugunan ng pagpapatingin ang pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagpapatingin.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa sinasaklaw ng Medicare na pagpapayo at ibinabahaging pagdedesisyon na pagpapatingin o para sa LDCT.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Screening para sa mga naipapasang impeksyon sa pakikipagtalik (STIs) at pagpapayo upang maiwasan ang mga STI Saklaw namin ang mga screening para sa naipapasang impeksyon sa pakikipagtalik (STI) para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at Hepatitis B. Ang mga screening na ito ay saklaw para sa mga buntis at para sa ilang partikular na taong may mataas na peligrong magkaroon ng STI kapag ang mga test ay iniutos ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga. Sinasaklaw namin ang mga pagsusuring ito isang beses kada 12 buwan o sa mga partikular na panahon ng pagbubuntis. Sinasaklaw rin namin ang hanggang dalawang indibidwal na 20 hanggang 30 minutong, harapan at napakasidhing sesyon ng pagpapayo para sa pag-uugali bawat taon para sa mga nasa hustong gulang na aktibo sa pakikipagtalik na may mas mataas na panganib sa mga STI. Sasaklawin lang namin ang mga sesyon ng pagpapayong ito bilang pang-iwas na serbisyo kung ibinibigay ang mga ito ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga at nagaganap sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga, tulad ng tanggapan ng doktor.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa sinasaklaw ng Medicare na screening para sa mga STI at sa pang-iwas na benepisyo ng pagpapayo para sa mga STI.
Mga serbisyo sa paggamot ng sakit sa bato Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:	
• Mga serbisyong pang-edukasyon tungkol sa sakit sa bato upang magturo ng pangangalaga sa bato at tulungan ang mga miyembro na gumawa ng mabubuting desisyon tungkol sa kanilang pangangalaga. Para sa mga miyembro na may antas IV na malubhang sakit sa bato nang ini-refer ng kanilang doktor, sumasaklaw kami ng hanggang anim na sesyon ng serbisyong pang-edukasyon tungkol sa sakit sa bato bawat tanang buhay.	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga serbisyo ng edukasyon para sa bato na sinasaklaw ng Medicare.
• Mga paggamot sa dialysis ng outpatient (kabilang ang mga paggamot sa dialysis kapag pansamantalang wala sa sineserbisyuhang lugar, tulad ng ipinaliwanag sa Kabanata 3, o kapag ang inyong tagapagbigay ng serbisyo para sa serbisyong ito ay pansamantalang hindi magagamit o hindi naa-access)	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga outpatient na renal dialysis treatment na saklaw ng Medicare.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Dialysis na paggamot para sa inpatient (kung na-confine kayo bilang inpatient sa isang ospital para sa espesyal na pangangalaga)	Tingnan ang "Pangangalaga sa Ospital para sa Inpatient" para sa mga bahagi sa gastos na naaangkop sa mga dialysis na paggamot para sa inpatient.
• Pagsasanay sa pagsasagawa ng dialysis sa sarili (kabilang ang pagsasanay para sa inyo at sinumang tumutulong sa inyo sa mga dialysis na paggamot ninyo sa bahay)	$0 na bahaginan sa gastos para sa Pagsasanay sa self-dialysis na saklaw ng Medicare.
• Kagamitan at mga supply para sa dialysis sa bahay	$0 na bahaginan sa gastos para sa Home dialysis equipment na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* $0 na bahaginan sa gastos para sa saklaw ng Medicare na mga supply para sa dialysis. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Mga partikular na serbisyo ng suporta sa bahay (tulad ng, kung kinakailangan, pagbisita ng mga nagsanay na nangangasiwa ng dialysis upang kumustahin ang inyong pag-dialysis sa bahay, upang tumulong sa mga emergency, at upang kumustahin ang inyong kagamitan para sa dialysis at supply ng tubig)	$0 na bahaginan sa gastos para sa saklaw ng Medicare na mga serbisyo sa suportang pantahanan.
Sinasaklaw sa ilalim ng inyong benepisyo ng Medicare Part B na gamot ang mga partikular na gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon tungkol sa pagsaklaw para sa Mga Part B na Gamot, pakipuntahan ang seksyon na, **Mga Medicare Part B na inireresetang gamot**.	

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) (Para sa kahulugan ng pasilidad ng may kasanayang pangangalaga, tingnan ang Kabanata 12 ng dokumento na ito. Kung minsan, tinawag ang mga pasilidad ng dalubhasang pangangalaga na mga SNF.)	Para sa mga sinasaklaw ng Medicare na pagpapaospital, kada pagpapaospital: $0 na bahaginan sa gastos para sa bawat pananatili sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga na saklaw ng Medicare. Kayo ang magbabayad para sa lahat ng gastos para sa bawat araw pagkatapos ng araw 100.
Saklaw kayo sa loob ng 100 araw bawat admission para sa mga pananatili. Hindi kailangan ng paunang pananatili sa ospital. Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa: • Semi-private na kwarto (o pribadong kuwarto kung ito ay medikal na kinakailangan) • Mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • Mga serbisyo ng sanay na pag-aalaga • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Mga gamot na ibinigay sa inyo bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga (Kabilang dito ang mga substansiya na natural na nasa katawan, tulad ng mga salik na pampabuo ng dugo.) • Dugo - kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay. Ang pagsaklaw sa buong dugo at naka-pack na pulang selyula ay magsisimula sa unang pint ng dugong kailangan mo. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay sinasaklaw simula sa unang pint na ginamit. • Mga medikal at pang-operang supply na karaniwang ibinibigay ng mga SNF • Mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga SNF	*Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
• Mga x-ray at iba pang serbisyo ng radiology na karaniwang ibinibigay ng mga SNF • Paggamit ng mga kasangkapan tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga SNF • Mga serbisyo ng Doktor/Propesyonal Sa pangkalahatan, makukuha ninyo ang inyong pangangalaga sa SNF mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, sa ilalim ng mga partikular na kundisyong nakalista sa ibaba, maaari ninyong makuha ang inyong pangangalaga sa isang pasilidad na hindi tagapagbigay ng serbisyong nasa network kung tatanggapin ng pasilidad ang mga halaga para sa pagbabayad ng aming plano. • Isang tahanang may nangangalaga o komunidad ng pagreretiro na may patuloy na pangangalaga kung saan kayo tumira bago kayo pumunta sa ospital (basta't nagbibigay ito ng pasilidad ng may kasanayang pangangalaga) • Ang SNF ay kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa oras na umalis kayo sa ospital	
Paghinto sa paninigarilyo at paghinto sa paggamit ng tabako (pagpapayo para sa paghinto sa paninigarilyo at pagtatabako) Kung gumagamit kayo ng tabako ngunit wala kayong senyales o sintomas ng sakit na nauugnay sa tabako: Sumasaklaw kami ng dalawang pagpapayo para sa pagtatangkang huminto sa loob ng 12 buwan bilang isang libreng pang-iwas na serbisyo. Kabilang sa bawat pagtatangka sa pagpapayo ang hanggang apat na harapang pagbisita. Kung gumagamit kayo ng tabako at nasuring mayroon kayong karamdamang nauugnay sa tabako o umiinom kayo ng gamot na maaaring maapektuhan ng tabako: Sumasaklaw kami ng mga serbisyo ng pagpapayo para sa pagtigil. Sumasaklaw kami ng dalawang pagpapayo para sa pagtatangkang huminto sa loob ng 12 buwan; gayunpaman, babayaran ninyo ang naaangkop na bahagian sa gastos. Kabilang sa bawat pagtatangka sa pagpapayo ang hanggang apat na harapang pagbisita.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa mga sinasaklaw ng Medicare na pang-iwas na benepisyo ng pagtigil sa paninigarilyo at sa paghinto sa paggamit ng tabako.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Karagdagang Paghinto sa Paninigarilyo: Saklaw rin ng aming plano ang hanggang 5 dagdag na online at telephonic na pagbisita para sa pagpapayo sa paghinto sa paninigarilyo. Available ang mga pagbisita sa mga trained na clinician, na may kasamang gabay sa mga hakbang sa pagbabago, pagpaplano, pagpapayo, at edukasyon. Available lang ang benepisyong ito sa pamamagitan ng aming virtual visit na tagapagbigay ng serbisyo na Teladoc. Para sa higit pang impormasyon, o para mag-iskedyul ng appointment, tawagan ang Teladoc sa 1-800-835-2362 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Puwede rin kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o pumunta sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga karagdagang session sa pagtigil sa paninigarilyo.*
Pinapangasiwaang Ehersisyong Therapy (SET) Saklaw ang SET para sa mga miyembrong may symptomatic na peripheral artery disease (PAD). Sinasaklaw ang hanggang 36 na sesyon sa loob ng 12 linggo kung natutugunan ang lahat ng kinakailangan para sa programa ng SET. Ang programa ng SET ay dapat: • Binubuo ng mga sesyon na tumatagal ng 30-60 minuto, mayroong programa ng pagsasanay para sa therpeutic na pag-eehersisyo para sa PAD sa mga pasyenteng may claudication • Na ginaganap sa isang lugar sa ospital para sa outpatient o sa tanggapan ng doktor • Na ibinibigay ng kwalipikadong pantulong na kawani na kailangan upang tiyaking mahihigitan ng benepisyo ang mga panganib, at may kasanayan sa ehersisyong therapy para sa PAD • Na sa ilalim ng direktang pagsubaybay ng doktor, ng tumutulong sa doktor, o ng propesyonal na nurse/ espesyalistang klinikal na nurse na may kasanayan sa mga pangunahin at advanced na paraan ng pagsuporta ng buhay	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat sinusubaybayang pagbisita sa exercise therapy na saklaw ng Medicare.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Maaaring saklawin ang SET nang higit sa 36 na sesyon sa loob ng 12 linggo para sa karagdagang 36 na sesyon sa loob ng pinahabang panahon kung ipagpapalagay ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na medikal na kinakailangan ito.	
Mga serbisyo ng transportasyon (karagdagang routine) Sinasaklaw din ng aming plano ang 24 one-way na hindi pang-emergency na transportasyon sa lupa sa loob ng aming sineserbisyuhang lugar kada taon. Nakakatulong sa inyo ang benepisyong ito na makuha ang mga kinakailangang pangangalaga at serbisyo. Puwede kayong sumakay papunta sa mga lokasyon sa pangangalagang pangkalusgan gaya ng inyong mga doktor, mga espesyalista, at dentista. Limitado ang mga pagsakay (tinatawag ding "mga biyahe") sa 75 milyang one-way, at hanggang apat na one-way na pagbiyahe bawat araw, maliban kung paunang naaprubahan ng plano. Para i-book ang inyong biyahe, tawagan ang numero para sa transportasyon sa likod ng inyong ID card ng miyembro. Para sa regular na pangangalaga, tumawag nang hanggang 1 buwan at hindi bababa sa 3 araw nang maaga. Nakadepende sa availability ang mga pagsakay sa parehong araw. Kasama sa mga biyahe ang taxi, pampasaherong sasakyan, mga wheelchair van, at mga serbisyo sa rideshare (gaya ng Uber o Lyft) para matugunan ang inyong mga pangangailangang pangkalusugan. Para masaklaw ng plano, dapat ninyong gamitin ang benepisyo para sa pagpunta sa mga lokasyon sa pangangalagang pangkalusugan. Ang mga sasakyan ay maaaring maghatid ng maraming miyembro nang sabay-sabay at maaaring huminto sa mga lokasyon maliban sa destinasyon ninyo habang nasa biyahe. Tiyaking banggitin ang anumang karagdagang pangangailangan gaya ng paggamit ng wheelchair o mga kagustuhan gaya ng pagkakaroon ng dagdag na oras para makasakay sa sasakyan ninyo kapag nagbu-book.	$0 na bahaginan sa gastos sa bawat pagpapatingin.* Itinuturing na one-way na transportasyon ang isang biyahe gamit ang van, mga serbisyo ng ridesharing, o taxi papunta sa isang lokasyong nauugnay sa pangangalaga sa kalusugan. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Mga serbisyong agarang kinakailangan Ang mga serbisyong agarang kinakailangan ay ibinibigay para gamutin ang isang hindi emergency at hindi inaasahang sakit, pinsala, o kundisyon na nangangailangan ng agarang medikal na pangangalaga pero, kung isasaalang-alang ang mga sitwasyon, hindi posible o hindi makatuwirang kunin ang mga serbisyo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Kung hindi makatuwirang kunin agad ang medikal na pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network dahil sa inyong mga sitwasyon, sasaklawin ng inyong plano ang mga serbisyong agarang kinakailangan mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Dapat ay agarang kinakailangan at medikal na kinakailangan ang mga serbisyo. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan na dapat saklawin ng plano na wala sa network ay mangyayari kung: Pansamantala kang nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng plano at nangangailangan ng mga medikal na kinakailangang agarang serbisyo para sa isang hindi inaasahang kundisyon pero hindi medikal na emergency; o kung hindi ito makatuwiran dahil sa inyong mga sitwsyon para makuha kaagad ang medikal na pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Pareho ang bahagian sa gastos para sa mga serbisyong agarang kinakailangan na ibinigay sa labas ng network sa mga naturang serbisyong ibinigay sa loob ng network.	$0 na bahaginan sa gastos para sa mga sinasaklaw ng Medicare na pagpapatingin para sa mga serbisyong agarang kinakailangan.
Saklaw ang mga serbisyong agarang kinakailangan sa labas ng Estados Unidos.	$100 na bahaginan sa gastos para sa mga serbisyong agarang kinakailangan sa labas ng Estados Unidos.* Babayaran ninyo ang halagang ito kahit na ma-admit kayo sa ospital sa loob ng 24 na oras para sa parehong kundisyon. Sinasaklaw kayo nang hanggang $50,000 kada taon para sa mga serbisyo sa emergency o serbisyong agarang kinakailangan sa labas ng Estados Unidos.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Pangangalaga ng paningin	
Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:	
• Mga serbisyo ng doktor para sa outpatient para sa pagtukoy at paggamot ng mga sakit at pinsala sa mata, kasama ang paggamot ng macular degeneration na nauugnay sa edad. Hindi sumasaklaw ang Original Medicare ng mga karaniwang pagsusuri ng mata (mga refraction ng mata) para sa mga salamin/contacts	$0 na bahaginan sa bayad para sa lahat ng iba pang pagsusuri sa mata upang tumukoy at gumamot ng mga sakit sa mata. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Para sa mga taong may mataas na panganib ng glaucoma, sasaklawin namin ang isang screening para sa glaucoma bawat taon. Kabilang sa mga taong may mataas na panganib ng glaucoma ang: mga taong may kasaysayan ng glaucoma sa pamilya, mga taong may diabetes, mga African-American na edad 50 at mas matanda at mga Hispanic American na edad 65 o mas matanda	$0 na bahaginan sa bayad para sa isang screening para sa glaucoma na saklaw ng Medicare.
• Para sa mga taong may diabetes, sinasaklaw ang screening para sa retinopathy na dulot ng diabetes isang beses sa isang taon	$0 na bahaginan sa gastos para sa sinasaklaw ng Medicare na pagsusuri ng retina para sa mga miyembrong may diabetes. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Isang pares ng salamin sa mata o mga contact lens pagkatapos ng bawat operasyon sa katarata na may kasamang paglalagay ng intraocular lens (Kung mayroon kayong dalawang hiwalay na operasyon sa katarata, hindi ninyo maaaring ireserba ang benepisyo pagkatapos ng unang operasyon at bumili ng dalawang salamin sa mata pagkatapos ng pangalawang operasyon.)	$0 na bahaginan sa gastos para sa sinasaklaw ng Medicare na eyewear. Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Bukod pa rito, sinasaklaw rin ng aming plano ang sumusunod na pandagdag (ibig sabihin, karaniwan) na mga serbisyo sa paningin: • 1 karaniwang pagsusuri sa mata kada taon. Kasama sa karaniwang pagsusuri sa mata ang glaucoma test para sa mga taong nanganganib na magkaroon ng glaucoma at pagpapasuri ng retina para sa mga may diabetes.	**Mga pandagdag (ibig sabihin, karaniwan) na serbisyo sa paningin:** $0 na bahaginan sa gastos para sa 1 karaniwang pagsusuri sa mata kada taon.* *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Walang limitasyong mga pares ng iniresetang eyewear bawat taon hanggang sa maximum na benepisyo na $300 bawat taon. Kasama sa sinasaklaw na eyewear ang alinman sa mga sumusunod: ○ Salamin sa mata (mga frame at lens) o ○ Mga lens lang ng salamin o ○ Mga frame lang ng salamin o ○ Mga contact lens sa halip na salamin o ○ Mga pag-upgrade sa hardware para sa paningin Tandaan: Sinasaklaw ng plano ang bayad sa pagpapasukat ng mga contact lens. Ang maximum na halaga ng pagsaklaw ng benepisyo ng plano ay $300 bawat taon sa retail na halaga ng mga frame at/o lens (kasama ang anumang opsyon sa lens tulad ng mga tint at coating). Responsibilidad ninyo ang anumang halagang higit sa maximum na benepisyo para sa dagdag (ibig sabihin, regular) na salamin sa mata.* Ang salamin sa mata na sinasaklaw ng Medicare ay hindi kasama sa pandagdag (ibig sabihin, karaniwan) na maximum ng benepisyo. Hindi magagamit ng mga miyembro ang kanilang pandagdag na benepisyo sa salamin sa mata upang mapataas ang kanilang saklaw sa salamin sa mata na sinasaklaw ng Medicare.	$0 na bahaginan sa gastos para sa eyewear.* *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Tandaan: Ang pagsaklaw sa mga karaniwang serbisyo sa paningin ay pandagdag na benepisyong ibinibigay ng plano. Hindi babayaran ng alinman sa Medicare o Medicaid ang inyong bahagi ng gastos para sa mga serbisyong ito. Dapat kunin ang mga serbisyo ng paningin sa pamamagitan network sa paningin ng plano. Para sa mga tanong tungkol sa kung paano maghanap ng tagapagbigay ng serbisyo o para sa higit pang impormasyon, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o bisitahin kami sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.	
Welcome sa Medicare na pagpapatinging pang-iwas sa sakit Sinasaklaw namin ang minsanang *Welcome sa Medicare* na pagpapatinging pang-iwas sa sakit. Kasama sa pagpapatingin ang pagsusuri ng inyong kalusugan, pati pagtuturo at pagpapayo tungkol sa mga pang-iwas na serbisyong kailangan ninyo (kabilang ang mga partikular na screening at iniksyon), at mga referral para sa iba pang pangangalaga kung kinakailangan. **Mahalaga:** Sinasaklaw lang namin ang preventive na pagbisita na *Welcome sa Medicare* sa loob ng unang 12 buwan na mayroon kayong Medicare Part B. Kapag nagpa-appointment kayo, ipaalam sa tanggapan ng inyong doktor na gusto ninyong magpaiskedyul ng inyong *Welcome sa Medicare* na preventive na pagbisita.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa *Welcome sa Medicare* na pagpapatinging pang-iwas sa sakit.
• EKG na saklaw ng Medicare pagkatapos ng Mga Preventive na Serbisyo sa *Welcome sa Medicare*.	$0 na bahaginan sa gastos para sa bawat EKG na saklaw ng Medicare pagkatapos ng Mga Preventive na Serbisyo sa *Welcome sa Medicare*.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Wellcare Spendables™ Makakatanggap kayo ng **$75 kada buwan** na ipe-preload sa inyong Wellcare Spendables™ card. Ang maximum na benepisyo ay $900 kada taon. • Ang inyong buwanang allowance ay **magro-roll over sa susunod na buwan kung hindi nagamit at mag-e-expire sa katapusan ng taon ng plano.** **Puwedeng gamitin ang inyong allowance sa card para sa mga sumusunod:** **Mga item na nabibili nang walang reseta (OTC)** Puwedeng gamitin ang inyong card sa mga kasaling retail na lokasyon, sa pamamagitan ng mobile app, o pag-log in sa inyong member portal para magpa-deliver ng order sa bahay. Kabilang sa mga sinasaklaw na item ang: • Mga branded at generic na item na nabibili nang walang reseta • Mga bitamina, pain reliever, gamit para sa sipon at allergy, mga item para sa diabetes • Gamitin ang inyong mga in-app na scanner ng barcode para hanapin ang mga naaprubahang item at lokasyon ng retail, o mag-log in sa inyong member portal o sumangguni sa inyong catalog.	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa Wellcare Spendables™ card. Puwedeng gamitin ang halaga ng allowance sa mga sumusunod na benepisyo: - Mga item na nabibili nang walang reseta (OTC) - Masustansyang Pagkain - Pay-at-pump na gas - Tulong sa Utility - Tulong sa Renta Libre ang pagpapadala na may $35 na minimum. Walang minimum na kinakailangan para sa mga pagbili sa tindahan.

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Tandaan: Sa ilang partikular na sitwasyon, sinasaklaw ang diagnostic equipment at mga tulong para sa pagtigil sa paninigarilyo sa ilalim ng mga medikal na benepisyo ng plano. (Kapag posible,) dapat ninyong gamitin ang mga medikal na benepisyo ng aming plano bago gastusin ang inyong allowance sa OTC para sa mga item na ito. **Dahil nakikilahok ang inyong plano sa Value-Based Insurance Design Program, puwede rin ninyong gamitin ang inyong allowance sa Wellcare Spendables™ para sa alinman sa mga benepisyo sa ibaba:** **Malusog na Pagkain** Puwede ninyong gamitin ang inyong card para sa malulusog na pagkain at produkto sa mga kasaling retailer. Puwedeng mag-order ng mga inihanda nang pagkain gamit ang online portal. Hindi puwedeng gamitin ang card para bumili ng tabako o alak. Kabilang sa mga aprubadong item ang: • Karne, manok, at itlog • Mga prutas at gulay • Masususstansyang inumin • Gamitin ang iyong in-app barcode scanner upang matukoy ang mga aprubadong item sa mga lokasyon ng retail, mag-log in sa iyong member portal o tingnan ang iyong catalog. **Pagbabayad ng gasolina sa pump** Puwede ninyong gamitin ang inyong card para magbayad ng gasolina sa pump. Hindi puwedeng gamitin ang card para magbayad mismo sa cash register. Magagamit lang ang card ninyo para magkarga ng gas hanggang sa available na halaga ng allowance.	

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Tulong sa Utility Puwede ninyong gamitin ang inyong card para makatulong sa gastos sa mga utility ninyo sa bahay. Mag-log in sa inyong member portal o bayaran ang mga tagapagbigay ng serbisyo sa utility nang direkta kung saan sila tumatanggap ng bayad. Hindi puwedeng gamitin ang card para mag-set up ng mga awtomatikong nauulit na pagbabayad. Kabilang sa mga aprubadong gastusin para sa benepisyong ito ang mga sumusunod: • Mga serbisyo sa utility ng kuryente, gas, sanitary/basura, at tubig • Landline at cell phone service • Internet service • Cable TV (hindi kasama ang mga streaming service) • Ilang gastusin sa petrolyo, gaya ng langis ng pampainit sa bahay **Tulong sa Renta** Puwede ninyong gamitin ang inyong card para makatulong sa pagbabayad ng renta ninyo sa bahay. Mag-log in sa inyong member portal para bayaran ang mga tagapagbigay ng serbisyo o para bayaran nang direkta ang mga tagapagbigay ng serbisyo kung saan sila tumatanggap ng bayad. **Paano gamitin ang inyong card:** 1. I-activate ang inyong card bago gamitin. Nakalista ang mga tagubilin sa sulat na matatanggap kasama ang card ninyo. 2. Bumisita sa isang kalahok na retailer, mag-log in sa link ng portal na nakalista sa ibaba, o i-download ang mobile app. 3. Piliin ang inyong mga naaprubahang item/serbisyo. 4. Pumunta sa checkout ng retailer at magbayad gamit ang inyong Wellcare Spendables™ card. Para sa mga online o mobile app order, ilagay ang card number ninyo at mag-check out. 5. Hindi credit card ang inyong card pero puwede itong ilagay na 'credit' sa pag-check out. Kung hihingiin, ang PIN ninyo ay ang huling 4 na digit ng inyong card number.	

Mga serbisyong sinasaklaw para sa inyo	**Ano ang kailangan ninyong bayaran** kapag nakuha ninyo ang mga serbisyong ito
Tandaan: • Kapag nagamit na ninyo ang inyong allowance na puwedeng gastusin, kayo na ang magbabayad para sa natitirang gastos sa mga binili ninyo. • Puwedeng isauli ang mga item na binili sa tindahan alinsunod sa mga patakaran ng mga retailer sa pagsasauli at pagpapalit. • Kung hindi gumagana nang maayos ang inyong card o kung sakaling may teknikal na isyu, mangyaring makipag-ugnayan sa amin sa numero sa ibaba. • Hindi responsibilidad ng Wellcare ang mga mawawala o mananakaw na card. • Para lang sa personal ninyong paggamit ang Wellcare Spendables™, hindi ito puwedeng ibenta o ilipat, at wala itong katumbas sa cash. • Maaaring malapat ang mga limitasyon at paghihigpit. • Hindi ito isang benepisyo ng Medicaid. **Para sa higit pang impormasyon tungkol sa Wellcare Spendables™ card o para humiling ng catalog, mangyaring tumawag sa**: 1-855-744-8550, TTY: 711. Ang mga oras ay: Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. **Puwede rin ninyo kaming bisitahin sa:** member.membersecurelogin.com.	

SEKSYON 3 Ano ang mga serbisyong sinasaklaw sa labas ng plano?

Seksyon 3.1 Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng plano

May mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ngunit available sa pamamagitan ng California Medi-Cal (Medicaid). Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa tulong na nakukuha ninyo mula sa California Medi-Cal (Medicaid), makipag-ugnayan sa California Medi-Cal (Medicaid) sa 1-800-541-5555, dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 1-800-430-7077 8 a.m. - 5 p.m. PT, Lunes - Biyernes.

Programang Dental ng Medi-Cal

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

- mga paunang pagsusuri, X-ray, pagpapalinis, at fluoride treatment
- mga restoration at crown
- root canal therapy
- mga partial at buong pustiso, mga adjustment, mga repair, at mga reline

Makukuha ang mga benepisyo para sa ngipin sa Programang Medi-Cal Dental Fee-For-Service. Para sa karagdagang impormasyon, o kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng dentista na tumatanggap ng Medi-Cal, tawagan ang linya ng serbisyo sa kostumer sa 1-800-322-6384 (para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Matutulungan kayo ng mga kinatawan ng Medi-Cal Dental Services Program mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Puwede rin ninyong bisitahin ang website sa www.dental.dhcs.ca.gov para sa higit pang impormasyon.

Bukod pa sa Programang Medi-Cal Dental Fee-for-Service, maaari kayong kumuha ng mga benepisyo sa ngipin sa pamamagitan ng pinamamahalaang plano ng pangangalaga para sa ngipin. Mayroong mga pinamamahalaang plano ng pangangalaga sa ngipin sa mga County ng Sacramento at Los Angeles. Kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga plano para sa ngipin, o kung gusto ninyong magpalit ng plano sa ngipin, tawagan ang Health Care Options sa 1-800-430-4263 (para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Libre ang tawag.

SEKSYON 4 Ano ang mga serbisyong hindi sinasaklaw ng plano?

Seksyon 4.1 Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng plano (mga pagbubukod)

Isinasaad ng seksyong ito kung anong mga serbisyo ang hindi kasama.

Ang chart sa ibaba ay naglalarawan sa ilang serbisyo at item na hindi sinasaklaw ng plano sa ilalim ng anumang kundisyon o sinasaklaw lang ng plano sa ilalim ng mga partikular na kundisyon.

Kung kukuha kayo ng mga serbisyo na nakabukod (hindi sinasaklaw), dapat kayo mismo ang magbayad para sa mga ito maliban sa mga partikular na kundisyong nakalista sa ibaba. Kahit matanggap ninyo ang mga hindi kasamang serbisyo sa isang pasilidad ng emergency, hindi pa rin sinasaklaw ang mga hindi kasamang serbisyo at hindi babayaran ng aming plano ang mga ito. Ang nag-iisang pagbubukod ay kung inapela at napagpasyahan na ang serbisyo: magbabayad kami kung mapag-alaman sa pamamagitan ng apela na dapat ay binayaran o sinaklawan namin ang isang medikal na serbisyo dahil sa inyong partikular na sitwasyon. (Para sa impormasyon tungkol sa pag-apela ng aming desisyon na huwag saklawin ang isang medikal na serbisyo, pumunta sa Kabanata 9, Seksyon 6.3 sa dokumentong ito.)

Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon	Sinasaklaw lang sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon
Pampagandang operasyon o mga pamamaraan		• Sinasaklaw sa mga kaso ng aksidenteng pinsala o para sa pagpapahusay ng paggana ng may ibang hubog (malformed) na bahagi ng katawan. • Sinasaklaw para sa lahat ng yugto ng muling pagpapagawa ng suso pagkatapos ng mastectomy, pati ng hindi apektadong suso upang makagawa ng pantay na hitsura.

Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon	Sinasaklaw lang sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon
Pantulong na pangangalaga Pantulong na pangangalaga ang personal na pangagalagang hindi nangangailangan ng patuloy na atensyon ng sanay na medikal o paramedikal na tauhan, tulad ng pangangalagang tumutulong sa inyo sa mga pang-araw-araw na gawain, gaya ng pagligo o pagbibihis.	**Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon**	
Pangangalaga sa ngipin tulad ng: • Mga diyagnostikong serbisyo • Endodontics • Periodontics • Mga Pagbubunot ng Ngipin	**Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon**	
Mga panubok na medikal at pang-operang pamamaraan, kagamitan, at paggagamot. Mga panubok na pamamaraan at gamit ang mga gamit at pamamaraang tinukoy ng Original Medicare na huwag tanggapin, sa pangkalahatan, ng medikal na komunidad.		• Maaaring saklawin ng aming plano o ng Original Medicare sa ilalim ng inaprubahan ng Medicare na klinikal na pananaliksik na pag-aaral. (Tingnan ang Kabanata 3, Seksyon 5 para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral.)
Mga bayaring sinisingil sa inyong malalapit na kamag-anak o miyembro ng inyong sambahayan para sa pangangalaga.	**Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon**	

Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon	Sinasaklaw lang sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon
Buong panahon na pangangalaga ng nurse sa inyong tahanan.	**Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon**	
Mga pagkaing ipinapadala sa bahay		✓
Kasama sa mga serbisyo ng homemaker ang pangunahing tulong sa sambahayan, kabilang ang magaang gawaing-bahay o paghahanda ng kaunting pagkain.		✓
Mga serbisyo para sa Naturopath (gumagamit ng mga natural o alternatibong paggamot).	**Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon**	
Hindi pangkaraniwang pangangalaga ng ngipin		• Maaaring saklawin ang pangangalaga ng ngipin na kailangan sa paggamot ng sakit o pinsala bilang pangangalaga para sa pasyenteng kailangan o hindi kailangang i-confine.
Orthopedic shoes o mga pansuportang device para sa mga paa		• Mga sapatos na bahagi ng isang leg brace at kasama sa gastos ng brace. Mga ortopediko o nakakapagpagaling na sapatos para sa mga taong may sakit sa paa dulot ng diabetes.
Mga personal na gamit sa inyong kwarto sa ospital o sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, tulad ng telepono o ng telebisyon.	**Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon**	

Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon	Sinasaklaw lang sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon
Pribadong kwarto sa isang ospital.		• Sinasaklaw lang kapag medikal na kinakailangan.
Mga radial keratotomy, LASIK na operasyon, at iba pang low vision aid	**Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon**	
Reversal ng mga sterilization procedure at/o mga hindi inireresetang supply na pang-iwas sa pagbubuntis.	**Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon**	
Regular na pangangalaga sa ngipin, tulad ng mga pagpapalinis.	**Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon**	
Mga serbisyong itinuturing na hindi makatuwiran at hindi kinakailangan, ayon sa mga pamantayan ng Original Medicare	**Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon**	

KABANATA 5:

Paggamit sa pagsaklaw ng plano para sa mga Part D na inireresetang gamot

Paano kayo makakakuha ng impormasyon tungkol sa mga gastos sa inyong gamot?

Dahil kwalipikado kayo para sa Medicaid, kwalipikado rin kayo para sa at makakakuha kayo ng "Extra Help" mula sa Medicare upang bayaran ang inyong mga gastos sa plano sa inireresetang gamot. Dahil nasa programa kayo na "Extra Help," **maaaring hindi nalalapat sa inyo ang ilang impormasyon sa *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito tungkol sa mga gastos sa Part D na mga inireresetang gamot**. Nagpadala kami sa inyo ng isang hiwalay na kalakip, na tinatawag na *Rider ng Katibayan ng Pagsaklaw para sa Mga Taong Nakakakuha ng Extra Help sa Pagbabayad para sa Mga Inireresetang Gamot* (na tinatawag ding Rider ng Subsidy para sa Mababa ang Kita o LIS Rider), na nagpapaalam sa inyo ng tungkol sa inyong saklaw sa gamot. Kung hindi ninyo natanggap ang kalakip na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at hilingin ang LIS Rrider. (Naka-print sa likod na pabalat ng dokumentong ito ang mga numero ng telepono ng Mga Serbisyo para sa Miyembro.)

SEKSYON 1 Panimula

Ang kabanatang ito ay **nagpapaliwanag sa mga panuntunan sa paggamit ng inyong pagsaklaw para sa Part D na mga gamot.** Pakitingnan ang Kabanata 4 para sa mga benepisyong gamot sa Medicare Part B at mga benepisyong gamot sa hospisyo.

Bukod pa sa mga gamot na saklaw ng Medicare, sinasaklaw rin ang ilang inireresetang gamot para sa inyo batay sa mga benepisyo ng California Medi-Cal (Medicaid). Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para matuto tungkol sa pagsaklaw ng gamot ng California Medi-Cal (Medicaid).

Seksyon 1.1 Mga pangunahing panuntunan para sa pagsaklaw ng plano sa Part D na gamot

Sasaklawin ng plano, sa pangkalahatan, ang inyong mga gamot hangga't sinusunod ninyo ang mga sumusunod na pangunahing panuntunan:

- Dapat ay mayroon kayong tagapagbigay ng serbisyo (isang doktor o iba pang tagapagreseta) na sumulat ng inyong reseta, na dapat na wasto sa ilalim ng naaangkop na batas ng estado.
- Wala dapat ang inyong tagapagreseta sa Mga Listahan ng Pagbubukod o Pag-iwas ng Medicare.
- Sa pangkalahatan, dapat kayong gumamit ng parmasyang nasa network sa pagkuha ng inyong reseta. (Tingnan ang Seksyon 2, *Kunin ang inyong reseta sa parmasyang nasa network o sa pamamagitan ng mail-order na serbisyo ng plano)*.
- Ang inyong gamot ay dapat na nasa *Listahan ng mga Sinasaklaw na Gamot (Pormularyo)*

ng plano (tinatawag din namin itong "Listahan ng Gamot"). (Tingnan ang Seksyon 3, *Kailangang nasa "Listahan ng Gamot" ang inyong mga gamot*).

- Ang inyong gamot ay dapat ginagamit para sa isang indikasyong medikal na tinatanggap. Ang "indikasyong medikal na tinatanggap" ay paggamit ng gamot na alinman sa aprubado ng Food and Drug Administration o suportado ng mga partikular na sangguniang aklat. (Tingnan ang Seksyon 3 para sa impormasyon tungkol sa indikasyong medikal na tinatanggap.)

SEKSYON 2 Kunin ang inyong reseta sa parmasyang nasa network o sa pamamagitan ng mail-order na serbisyo ng plano

Seksyon 2.1 Gumamit ng parmasyang nasa network

Sa karamihan ng sitwasyon, sasaklawin *lang* ang inyong mga reseta kung bibilhin ang gamot sa mga parmasyang nasa network ng plano. (Tingnan ang Seksyon 2.5 para sa impormasyon tungkol sa kung kailan kami sasaklaw ng mga resetang kinuha sa mga parmasyang wala sa network.)

Ang parmasyang nasa network ang parmasyang may kontrata sa plano na magbibigay ng inyong mga saklaw na inireresetang gamot. Nangangahulugan ang terminong mga saklaw na gamot na lahat ng Part D na inireresetang mga gamot na sinasaklaw ng "Listahan ng Gamot" ng plano.

Seksyon 2.2 Parmasyang nasa network

Paano kayo makakahanap ng parmasyang nasa network sa inyong lugar?

Para maghanap ng parmasyang nasa network, puwede kayong maghanap sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng serbisyo at Parmasya*, pumunta sa aming website (www.wellcare.com/healthnetCA), o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Maaari kayong pumunta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network.

Paano kung aalis sa network ang parmasyang ginagamit ninyo?

Kung aalis sa network ng plano ang parmasyang ginagamit ninyo, kakailanganin ninyong humanap ng bagong parmasyang nasa network. Para maghanap ng ibang parmasya sa inyong lugar, puwede kayong humingi ng tulong sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o gamitin ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*. Makakakita rin kayo ng impormasyon sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.

Paano kung kailangan ninyo ng espesyal na parmasya?

Dapat kunin ang ilang mga reseta sa isang espesyal na parmasya. Kabilang sa mga espesyal na parmasya ang:

- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa therapy na nagbibigay ng iniiniksyong gamot sa bahay.
- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa mga residente ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (LTC). Kadalasan, may sariling parmasya ang isang pasilidad ng LTC (tulad ng tahanang may nangangalaga). Kung nahihirapan kayong makuha ang inyong mga benepisyo sa Part D sa isang pasilidad ng LTC, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- Mga parmasyang nagbibigay ng serbisyo sa Serbisyo sa Kalusugan ng Indian/Tribal/ Programang Pangkalusugan para sa Urban na Indian (hindi nakukuha sa Puerto Rico). Maliban sa mga emergency, mga Native American o Alaska Native lang ang may access sa mga parmasyang ito na nasa aming network.
- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot na pinaghihigpitan ng FDA sa mga partikular na lokasyon o na nangangailangan ng espesyal na pangangasiwa, ng pakikipagtulungan ng tagapagbigay ng serbisyo, o ng edukasyon sa paggamit sa mga ito. (Tandaan: Madalang mangyari ang sitwasyong ito.)

Para maghanap ng specialized na parmasya, maghanap sa iyong *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Seksyon 2.3 Paggamit ng mga mail-order na serbisyo ng plano

Para sa ilang partikular na uri ng mga gamot, magagamit ninyo ang mga mail-order na serbisyo na nasa network ng plano. Sa pangkalahatan, ang mga gamot na ibinibigay sa pamamagitan ng mail-order ay mga gamot na regular ninyong ginagamit para sa isang malubha o pangmatagalang medikal na kundisyon. Ang mga gamot na *hindi* nakukuha sa pamamagitan ng mail order ng plano ay minarkahang **"NM"** sa aming "Listahan ng Gamot."

Pinapayagan kayo ng mail-order na serbisyo ng aming plano na mag-order ng **hanggang 100 araw na supply.**

Para kumuha ng mga order form at impormasyon tungkol sa pagkuha ng inyong inireresetang gamot sa pamamagitan ng koreo, tumawag sa aming Mga Serbisyo ng Mail Order para sa Miyembro sa 1-833-750-0201 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. O, mag-log in sa express-scripts.com/rx.

Kung gumamit kayo ng mail order na parmasyang wala sa network ng plano, hindi sasaklawin ang inyong reseta.

Kadalasan, makakarating sa inyo ang inyong order sa mail order na parmasya na hindi lalagpas ng 14 araw. Gayunpaman, maaaring maantala ang inyong reseta sa mail order. Para sa mga pangmatagalang gamot na kailangan ninyo agad, humingi sa inyong doktor ng dalawang reseta:

isa para sa 30 araw na supply upang makakuha sa isang kalahok na retail na parmasya, at isang pangmatagalang supply para makakuha sa pamamagitan ng koreo. Kung may anumang problema kayo sa pagkuha ng inyong 30 araw na supply sa isang na retail na parmasya kapag naantala ang inyong reseta sa mail order, patawagin ang inyong retail na parmasya sa aming Center ng Serbisyo ng Tagapagbigay ng Serbisyo sa 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo para sa tulong. Tumawag sa aming Mga Serbisyo para sa Miyembro ng mail order sa 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. O, mag-log in sa express-scripts.com/rx

Mga bagong reseta na direktang nakukuha ng parmasya mula sa tanggapan ng inyong doktor.
Awtomatikong kukunin at ipadadala ng parmasya ang mga bagong resetang natatanggap nito mula sa tagapagbigay ng serbisyo ng pangagalaga ng kalusugan, nang hindi nagtatanong sa inyo, kung:

- Ginamit ninyo ang mga serbisyo ng pag-order sa koreo gamit ang planong ito noon, o
- Nagpatala kayo para sa awtomatikong pagpapadala ng mga bagong reseta na direktang natanggap mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Maaari ninyong hilingin ang awtomatikong pagpapadala ng lahat ng bagong reseta ngayon o anumang oras sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng mail order sa 1-833-750-0201, (TTY:711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. O, mag-log in sa express-scripts.com/rx.

Kung makatanggap kayo ng reseta nang direkta sa pamamagitan ng koreo at hindi ninyo ito gusto, at hindi tinanong sa inyo kung gusto ninyo ito bago ipadala, maaaring kwalipikado kayo para sa isang refund.

Kung nakagamit na kayo dati ng mail order at ayaw ninyong awtomatikong punuan at ipadala ng parmasya ang bawat bagong reseta, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng mail order sa 1-833-750-0201, (TTY:711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. O, mag-log in sa express-scripts.com/rx.

Kung kailanman man ay hindi pa ninyo nagagamit ang aming pagpapadala ng pag-order sa koreo at/o nagdesisyon kayong ihinto ang awtomatikong pagkuha ng mga bagong reseta, makikipag-ugnayan sa inyo ang parmasya sa tuwing nakatatanggap ito ng bagong reseta mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan upang malaman kung gusto ninyong makuha at maipadala agad ang gamot. Mahalagang tumugon kayo sa tuwing makikipag-ugnayan sa inyo ang parmasya, para ipaalam sa kanila kung ipapadala, iaantala, o kakanselahin ang bagong inireresetang gamot.

Mga muling pagkuha sa mga reseta sa pamamagitan ng mail order. Para sa mga pagkuha ng inyong mga gamot, may opsyon kayong magpatala para sa programa para sa awtomatikong pagkuha. Sa ilalim ng programang ito, awtomatiko naming sisimulang iproseso ang inyong susunod na muling pagkuha kapag ipinakita ng aming mga tala na

malapit na kayong maubusan ng inyong gamot. Makikipag-ugnayan sa inyo ang parmasya bago ipadala ang bawat muling pagkuha upang matiyak na kailangan ninyo ng higit pang gamot, at maaari ninyong ikansela ang mga muling pagkuha kung may sapat na kayong gamot o kung pinalitan ang inyong gamot.

Kung pipiliin ninyong huwag gamitin ang aming programang awtomatikong pagkuha ng gamot pero gusto niyo pa ring ipadala sa inyo ng mail order na parmasya ng inyong inireresetang gamot, mangyaring makipag-ugnayan sa inyong parmasya 21 ara bago maubos ang kasalukuyan ninyong inireresetang gamot. Titiyakin nito na maipapadala sa inyo sa tamang oras ang inyong order.

Para mag-opt out sa aming programa na awtomatikong naghahanda ng mga muling pagkuha sa pamamagitan ng mail order, mangyaring makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa inyong mail order na parmasya:

- **Express Scripts® Pharmacy: 1-833-750-0201 (Ang mga gumagamit ng TTY ay puwedeng tumawag sa 711).**

Kung awtomatiko kayong makakatanggap ng gamot sa pamamagitan ng koreo na hindi ninyo gusto, baka kwalipikado kayong makakuha ng refund.

Seksyon 2.4 Paano kayo makakakuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot?

Nag-aalok ang plano ng dalawang paraan ng pagkuha ng pangmatagalang supply (tinatawag ding pinalawig na supply) ng mga maintenance na gamot sa “Listahan ng Gamot” ng aming plano. (Ang mga pang-maintenance na gamot ay mga gamot na regular ninyong iniinom, para sa isang hindi gumagaling o pangmatagalan na medikal na kundisyon.)

1. May ilang retail na parmasya na nasa aming network na nagbibigay sa inyo ng pahintulot na kumuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Matatagpuan sa inyong Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya kung aling parmasya sa aming network ang makakapagbigay sa inyo ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Maaari rin ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

2. Puwede rin kayong makatanggap ng mga maintenance na gamot sa pamamagitan ng aming mail order na programa. Pakitingnan ang Seksyon 2.3 para sa higit pang impormasyon.

Seksyon 2.5 Kailan kayo maaaring gumamit ng parmasyang wala sa network ng plano?

Maaaring saklawin ang inyong reseta sa mga partikular na sitwasyon

Sa pangkalahatan, sinasaklaw *lang* namin ang mga gamot na kinukuha sa isang parmasyang wala sa network kapag wala kayong magamit na parmasyang nasa network. Upang matulungan kayo, mayroon kaming mga parmasyang nasa network sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar kung saan makukuha ninyo ang inyong mga reseta bilang miyembro ng aming plano. **Mangyaring makipag-ugnayan muna sa Mga Serbisyo para sa Miyembro** upang malaman kung may malapit na parmasyang nasa network. Maaaring kailanganin ninyong bayaran ang pagkakaiba ng halaga ng binabayaran ninyo para sa gamot sa parmasyang wala sa network at ng gastos na sasaklawin namin sa parmasyang nasa network.

Narito ang mga pagkakataon kung kailan kami sasaklaw ng mga resetang kinuha sa parmasyang wala sa network:

Pagbiyahe: Pagkuha ng pagsaklaw kapag bibiyahe kayo o kapag malayo kayo sa sineserbisyuhang lugar ng plano.

- Kung karaniwan kayong umiinom ng inireresetang gamot at bibiyahe kayo, tiyaking tingnan ang inyong supply ng gamot bago umalis. Kapag posible, dahil ang lahat ng gamot na kinakailangan ninyo. Puwede ninyong i-order ang inyong mga inireresetang gamot nang maaga sa pamamagitan ng aming mail order na parmasya.
- Kung bibiyahe kayo sa loob ng Estados Unidos at mga teritoryo nito at nagkasakit, nawalan, o naubusan kayo ng mga inireresetang gamot, sasaklawin namin ang mga resetang kinuha sa parmasyang wala sa network. Sa sitwasyong ito, kakailanganin ninyong bayaran ang buong gastos (sa halip na bayaran lang ang inyong co-payment o coinsurance) kapag kukunin ninyo ang inyong reseta. Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang aming bahagi sa gastos sa pamamagitan ng pagsusumite ng form ng pagbabalik ng bayad. Kung pupunta kayo sa isang parmasyang wala sa network, maaaring maging tungkulin ninyong bayaran ang pagkakaiba ng halaga ng ibabayad namin para sa isang resetang kinuha sa parmasyang nasa network at ng halagang siningil ng parmasyang wala sa network para sa inyong reseta. Para matuto tungkol sa kung paano magsumite ng claim sa reimbursement, sumangguni sa Kabanata 7, Seksyon 2, *Paano hilingin sa aming bayaran kayo o bayaran ang isang bill na natanggap ninyo*.
- Maaari din ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman kung mayroong parmasyang nasa network sa lugar kung nasaan kayo.
- Hindi kami magbabayad para sa anumang resetang kinuha sa mga parmasyang nasa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito, kahit pa para sa medikal na emergency ito.

Medikal na Emergency: Paano kung kailangan ko ng reseta dahil sa isang medikal na emergency o dahil kailangan ko ng agarang pangangalaga?

- Sasaklaw kami ng mga resetang kinuha sa parmasyang wala sa network kung nauugnay ang mga reseta sa pangangalaga para sa medikal na emergency o sa agarang pangangalaga. Sa sitwasyong ito, kakailanganin ninyong bayaran ang buong gastos (sa halip na bayaran lang ang inyong co-payment o coinsurance) kapag kukunin ninyo ang inyong reseta. Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang aming bahagi sa

gastos sa pamamagitan ng pagsusumite ng form ng pagbabalik ng bayad. Kung pupunta kayo sa isang parmasyang wala sa network, maaaring maging tungkulin ninyong bayaran ang pagkakaiba ng halaga ng ibabayad namin para sa isang resetang kinuha sa parmasyang nasa network at ng halagang siningil ng parmasyang wala sa network para sa inyong reseta. Para matuto tungkol sa kung paano magsumite ng claim sa reimbursement, sumangguni sa Kabanata 7, Seksyon 2, *Paano hilingin sa aming bayaran kayo o bayaran ang isang bill na natanggap ninyo*.

Mga Karagdagang Sitwasyon: Mga pagkakataong masasaklaw ang inyong reseta kung pupunta kayo sa isang parmasyang wala sa network.

- Sasaklawin namin ang inyong reseta sa isang parmasyang wala sa network kung nalalapat ang kahit isa sa mga sumusunod:
  - Kung hindi kayo nakakuha ng sinasaklaw na gamot nang nasa oras sa loob ng aming sineserbisyuhang lugar dahil walang parmasyang nasa network, sa loob ng makatwirang distansya ng pagmamaneho, na nagbibigay ng 24 na oras na serbisyo.
  - Kung sinusubukan ninyong makakuha ng inireresetang gamot na hindi karaniwang nakukuha sa isang napupuntahang parmasyang nasa network o na may mail order na serbisyo (kabilang ang mga mahal at natatanging gamot).
  - Kung kukuha kayo ng bakunang medikal na kinakailangan ngunit hindi sinasaklaw ng Medicare Part B at ng ilang mga saklaw na gamot na pinangasiwaan sa tanggapan ng inyong doktor.
- Para sa lahat ng nakalistang sitwasyon sa itaas, maaari kayong makatanggap ng hanggang 30 araw na supply ng mga inireresetang gamot. Bilang karagdagan, malamang ay kailangan ninyong bayaran ang singil ng parmasyang wala sa network para sa gamot at magpasa ng dokumentasyon upang makatanggap ng pagbabalik ng nagastos mula sa aming plano. Pakitiyak na magsasama kayo ng paliwanag sa sitwasyong nauugnay sa paggamit ninyo ng parmasyang wala sa network. Makakatulong ito sa pagproseso ng inyong kahilangan sa pagbabalik ng nagastos.

Paano kayo hihiling ng pagbabalik ng nagastos mula sa plano?

Kung dapat kayong gumamit ng parmasyang wala sa network, karaniwan, kakailanganin ninyong bayaran ang buong halaga noong kinuha ninyo ang inyong inireresetang gamot. Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang inyong nagastos. (Kabanata 7, Seksyon 2 ang nagpapaliwanag kung paano hihilingin sa plano na ibalik ang inyong ibinayad.)

SEKSYON 3 Kailangang nasa “Listahan ng Gamot” ng plano ang inyong mga gamot

Seksyon 3.1 Isinasaad ng "Listahan ng Gamot" kung aling Part D na mga gamot ang sinasaklaw

Ang plano ay mayroong *Listahan ng mga Sinasaklaw na Gamot (Pormularyo).* Sa *Katibayan ng Pagsaklaw*na ito, **sa halip ay tatawagin namin itong "Listahan ng Gamot."**

Pinili ng plano ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng isang pangkat ng mga doktor at parmasyutiko. Natutugunan ng listahan ang mga kinakailangan ng Medicare at naaprubahan ito ng Medicare.

Kasama sa "Listahan ng Gamot" ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Bukod pa sa mga gamot na saklaw ng Medicare, sinasaklaw rin ang ilang inireresetang gamot para sa inyo batay sa mga benepisyo ng California Medi-Cal (Medicaid). Para matuto pa tungkol sa pagsaklaw sa gamot ng Medicaid, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Sa pangkalahatan, sasaklawin namin ang isang gamot na nasa "Listahan ng Gamot" ng plano basta't susundin ninyo ang iba pang panuntunan ng pagsaklaw na inilarawan sa kabanatang ito at ang paggamit ng indikasyong medikal na tinatanggap. Ang indikasyong medikal na tinatanggap ang paggamit ng gamot na *maaaring:*

- Inaprubahan ng Food and Drug Administration ang gamot para sa pagtukoy o sa kundisyong pinagreresetahan nito.
- -- *o* -- Sinusuportahan ng ilang partikular na reference, gaya ng American Hospital Formulary Service Drug Information at ng DRUGDEX Information System.

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

Ang isang branded na gamot ay isang iniresetang gamot na ibinebenta sa ilalim ng isang trademark na pangalan na pag-aari ng tagagawa ng gamot. Ang mga branded na gamot na mas kumplikado kaysa sa mga karaniwang gamot (halimbawa, mga gamot na nakabatay sa isang protina) ay tinatawag na mga biological na produkto. Sa aming "Listahan ng Gamot", kapag tinutukoy namin ang "mga gamot" ito ay maaaring mangahulugan ng isang gamot o isang biological na produkto.

Ang generic na gamot ay isang inireresetang gamot na may mga aktibong sangkap na kapareho ng branded na gamot. Dahil mas kumplikado ang mga biological na produkto kaysa sa mga tipikal na gamot, sa halip na magkaroon ng generic na anyo, mayroon silang mga alternatibo na tinatawag na biosimilars. Sa pangkalahatan, ang mga generic na gamot at mga biosimilar ay kasing bisa ng mga branded na gamot o biological na produkto at karaniwang mas mura ang halaga. May mga pamalit na generic na gamot na nakukuha para sa mga branded na gamot. May mga biosimilar na alternatibo para sa ilang biological na produkto.

Ano ang wala sa "Listahan ng Gamot?"

Hindi sinasaklaw ng plano ang lahat ng inireresetang gamot.

- Sa ilang kaso, hindi pinapayagan ng batas ang anumang plano ng Medicare na sumaklaw ng mga partikular na uri ng gamot (para sa higit pang impormasyon tungkol dito, tingnan ang Seksyon 7.1 sa kabanatang ito).

- Sa ilang sitwasyon, nagpasya kaming huwag isama ang isang partikular na gamot sa "Listahan ng Gamot." Sa ilang sitwasyon, baka puwede kayong makakuha ng gamot na wala sa "Listahan ng Gamot." Para sa higit pang impormasyon, pakitingnan ang Kabanata 9.

- Ang mga inireresetang gamot na sinasaklaw ng California Medi-Cal (Medicaid) ay wala sa Listahan ng Gamot. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa impormasyon tungkol sa mga gamot na sinasaklaw ng Medicaid.

Seksyon 3.2 Paano ninyo malalaman kung nasa "Listahan ng Gamot" ang isang partikular na gamot?

Mayroon kayong apat na paraan upang malaman ito:

1. Tingnan ang pinakabagong "Listahan ng Gamot" na ibinigay namin sa inyo nang elektroniko.

2. Bisitahin ang website ng plano (www.wellcare.com/healthnetCA). Palaging napapanahon ang "Listahan ng Gamot" sa website.

3. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman kung ang isang partikular na gamot ay nasa "Listahan ng Gamot" ng plano o upang humingi ng kopya ng listahan.

4. Gamitin ang "Tool para sa Real-Time na Benepisyo" ng plano (www.wellcare.com/healthnetCA o sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro). Sa pamamagitan ng tool na ito, puwede kang maghanap ng mga gamot sa "Listahan ng Gamot" para makakita ng pagtatantya sa kung ano ang babayaran ninyo at kung may mga alternatibong gamot sa "Listahan ng Gamot" na puwedeng gamiting panggamot sa parehong kundisyon.

SEKSYON 4 May mga paghihigpit sa pagsaklaw para sa ilang gamot

Seksyon 4.1 Bakit may mga paghihigpit ang ilang gamot?

Para sa mga partikular na inireresetang gamot, nililimitahan ng mga espesyal na panuntunan kung paano at kailan sasaklawin ng plano ang mga ito. Binuo ng pangkat ng mga doktor at parmasyutiko ang mga panuntunang ito upang hikayatin kayo at ang inyong tagapagbigay ng serbisyo na gumamit ng mga gamot sa mga pinaka-epektibong paraan. Para malaman kung nalalapat ang alinman sa mga paghihigpit na ito sa isang gamot na ginagamit ninyo o gusto

ninyong gamitin, tingnan ang "Listahan ng Gamot." Kung may parehong medikal na bisa ang isang ligtas at mas murang gamot gaya ng sa mas mahal na gamot, idinisenyo ang mga panuntunan ng plano na hikayatin kayo at ang inyong tagapagbigay ng serbisyo na gamitin ang mas murang opsyon na iyon.

Pakitandaan na kung minsan, puwedeng lumabas ang isang gamot nang higit sa isang beses sa aming "Listahan ng Gamot." Dahil ito sa puwedeng mag-iba-iba ang iisang mga gamot batay sa lakas, dami, o anyo ng gamot na inirereseta ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, at puwedeng magkakaibang paghihigpit o bahagian sa gastos ang ilapat sa iba't ibang bersyon ng gamot (halimbawa, 10 mg kumpara sa 100 mg; isa bawat araw kumpara sa dalawa bawat araw; tableta kumpara sa liquid).

Seksyon 4.2 Anong uri ng mga paghihigpit?

Sa mga seksyon sa ibaba ninyo malalaman ang higit pa tungkol sa mga uri ng paghihigpit na ginagamit namin sa mga partikular na gamot.

Kung may paghihigpit para sa inyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na kayo o ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ay kailangang gumawa ng mga karagdagang hakbang upang saklawin namin ang gamot. Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para malaman kung ano ang kailangang gawin ninyo o ng inyong tagapagbigay ng serbisyo para masaklawan ang gamot. Kung gusto ninyong i-waive namin ang paghihigpit para sa inyo, kakailanganin ninyong gamitin ang proseso ng desisyon sa pagsaklaw at hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod. Maaaring sumang-ayon o hindi kami sumang-ayon na i-waive ang paghihigpit para sa inyo. (Tingnan ang Kabanata 9)

Ang paghihigpit sa mga branded na gamot o orihinal na biological na produkto kapag may available na generic o interchangeable na biosimilar na bersyon

Sa pangkalahatan, ang **generic** na gamot o *interchangeable na biosimilar* ay gumagana nang katulad ng branded na gamot *o orihinal na biosimilar na produkto* at karaniwang mas mura. **Sa karamihan ng mga sitwasyon, kapag may available na generic** *o interchangeable na biosimilar* **na bersyon ng isang branded na gamot** *o orihinal na biological na produkto***, bibigyan kayo ng aming mga parmasyang nasa network ng generic** *o interchangeable na biosimilar* **na bersyon sa halip na ang branded na gamot** *o orihinal na biological na gamot*. Gayunpaman, kung nasabi na sa amin ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ang medikal na dahilan kung bakit hindi eepekto sa inyo ang generic na gamot, interchangeable na biosimilar, o ang iba pang saklaw na gamot para sa nabanggit na kundisyon, sasaklawin namin ang branded na gamot o ang original na biological na produkto. (Maaaring mas malaki ang inyong bahagi sa gastos para sa branded na gamot kaysa sa generic na gamot o interchangeable na biosimilar.)

Pagkuha paunang pag-apruba ng plano

Para sa mga partikular na gamot, kailangan ninyo at ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na kumuha ng pag-apruuba mula sa plano bago kami sumag-ayon na saklawin ang gamot para sa

inyo. Tinatawag itong **paunang awtorisasyon**. Ipinapatupad ito para matiyak ang kaligtasan ng gamot at makatulong sa paggabay sa naaangkop na paggamit ng ilang partikular na gamot. Kung hindi ninyo makuha ang pag-aprubang ito, maaaring hindi saklawin ng plano ang inyong gamot.

Pagsubok muna ng ibang gamot

Hinihikayat kayo ng pangangailangang ito na sumubok ng mga gamot na kasing-bisa pero mas mura bago sumaklaw ng isa pang gamot ang plano. Halimbawa, kung ang Gamot A at Gamot B ay nakakagamot sa parehong medikal na kundisyon, at mas mura ang Gamot A, maaaring hingin sa inyo ng plano na subukan muna ang Gamot A. Kung hindi magiging epektibo sa inyo ang Gamot A, saka pa lang sasaklawin ng plano ang Gamot B. Ang pangangailangang ito na sumubok muna ng ibang gamot ay tinatawag na **step therapy.**

Mga limitasyon sa dami

Para sa partikular na mga gamot, maaari naming limitahan kung gaano karaming gamot ang maaari ninyong makuha sa tuwing pupunan ninyo ang inyong reseta. Halimbawa, kung karaniwang itinuturing na ligtas na uminom lang ng isang pill kada araw para sa isang partikular na gamot, maaari naming limitahan ang pagsaklaw sa inyong reseta sa hindi hihigit sa isang pill kada araw.

SEKSYON 5 Paano kung hindi sinasaklaw ang isa sa inyong mga gamot sa paraang gusto ninyo itong masaklaw?

Seksyon 5.1 Mga bagay na maaari ninyong gawin kung hindi sinasaklaw ang inyong gamot sa paraang gusto ninyo itong masaklaw

Mayroong mga sitwasyon kung saan mayroon kayong iniinom na inireresetang gamot, o gamot na sa palagay ninyo at ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ay dapat ninyong inumin na wala sa aming pormularyo o nasa aming pormularyo na may mga paghihigpit. Halimbawa:

- Maaaring hindi saklawin ang gamot. O maaaring saklawin ang generic na bersyon ng gamot ngunit hindi ang branded na bersyon na gusto ninyong inumin.
- Sinasaklaw ang gamot, ngunit may mga karagdagang panuntunan o paghihigpit sa pagsaklaw para sa gamot na iyon, na ipinaliwanag sa Seksyon 4.
- May mga bagay na maaari ninyong gawin kung hindi sinasaklaw ang inyong gamot sa paraang gusto ninyo.
- Kung wala sa "Listahan ng Gamot" ang inyong gamot o kung pinaghihigpitan ito, pumunta sa Seksyon 5.2 upang matutunan kung ano ang maaari ninyong gawin.

Seksyon 5.2 Ano ang maaari ninyong gawin kung wala sa "Listahan ng Gamot" ang inyong gamot o kung pinaghihigpitan ang inyong gamot sa ilang paraan?

Kung wala sa "Listahan ng Gamot" ang inyong gamot o kung pinaghihigpitan ito, narito ang mga opsyon:

- Maaari kayong makakuha ng pansamantalang supply ng gamot.
- Maaari kayong lumipat sa ibang gamot.
- Maaari kayong humiling ng pagbubukod at hilingin sa plano na saklawin ang gamot o alisin ang mga paghihigpit sa gamot.

Maaari kayong makakuha ng pansamantalang supply

Sa ilang partikular na sitwasyon, dapat magbigay ang plano ng pansamantalang supply ng gamot na ginagamit na ninyo. Binibigyan kayo ng pansamantalang supply ng oras na kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo tungkol sa pagbabago sa pagsaklaw at alamin kung ano ang gagawin.

Para maging kwalipikado para sa pansamantalang supply, ang gamot na ginagamit ninyo ay **wala na dapat sa “Listahan ng Gamot” ng plano O pinaghihigpitan na ngayon sa anumang paraan.**

- **Kung ikaw ay bagong miyembro,** Sasakupin namin ang pansamantalang supply ng inyong gamot sa unang **90 araw** ng inyong membership sa plano.
- **Kung nasa plano kayo noong nakaraang taon,** sasaklawin namin ang isang pansamantalang supply ng inyong gamot sa loob ng unang 90 araw ng taon sa kalendaryo.
- Ang pansamantalang supply na ito ay para sa maximum na 30 araw na supply sa isang retail na parmasya, o 31 araw na supply sa isang parmasya ng pangmatagalang pangangalaga. Kung ang reseta sa inyo ay para sa mas kaunting bilang ng araw, papayagan namin ang maraming pagkuha upang makapagbigay ng hanggang sa maximum na 30 araw na supply ng gamot sa isang retail na parmasya, o 31 araw na supply ng gamot sa isang parmasya ng pangmatagalang pangangalaga. Dapat kunin ang reseta sa isang parmasyang nasa network. (Pakitandaang maaaring paunti-unting ibigay ng parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga ang inyong gamot upang maiwasan ang pag-aaksaya.)
- **Para sa mga miyembrong nasa plano nang higit sa 90 araw at nakatira sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga at kailangan agad ng supply:**

  Sasaklawin namin ang isang 31 araw na emergency supply ng isang partikular na gamot, o mas kaunti kung ang inyong reseta ay para sa mas kaunting bilang ng araw. Bukod pa ito sa pansamantalang supply na nabanggit sa itaas.

- **Para sa mga kasalukuyang miyembro na lilipat mula sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (long-term care o LTC) o mula sa ospital patungo sa bahay, at nangangailangan ng pansamantalang supply sa lalong madaling panahon:**

  Sasaklawin namin ang isang pang-30 araw na supply, o mas mababa kung ang reseta sa inyo ay para sa mas kaunting bilang ng araw (sa ganitong pagkakataon, papayagan namin ang maraming pagkuha para makapagbigay ng hanggang sa maximum na 30 araw na supply ng gamot).

- **Para sa mga kasalukuyang miyembro na lilipat mula sa bahay o ospital patungo sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (long-term care o LTC), at nangangailangan ng pansamantalang supply sa lalong madaling panahon:**

  Sasaklawin namin ang isang pang-30 araw na supply, o mas mababa kung ang reseta sa inyo ay para sa mas kaunting bilang ng araw (sa ganitong pagkakataon, papayagan namin ang maraming pagkuha para makapagbigay ng hanggang sa maximum na 30 araw na supply ng gamot).

Para sa mga tanong tungkol sa pansamantalang supply, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Sa mga panahong gumagamit kayo ng pansamantalang supply ng isang gamot, dapat ninyong kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo upang mapagpasyahan kung ano ang gagawin kapag naubos ang inyong pansamantalang supply. Mayroon kayong dalawang opsyon:

1) Maaari kayong lumipat sa ibang gamot

Makipag-ugnayan sa inyong tagapagbigay ng serbisyo tungkol sa kung maaaring may ibang gamot na sinasaklaw ang plano na posibleng mabisa rin sa inyo. Puwede kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para humingi ng listahan ng mga sinasaklaw na gamot na gumagamot sa parehong medikal na kundisyon. Maaaring makatulong ang listahang ito sa inyong tagapagbigay ng serbisyo na makahanap ng sinasaklaw na gamot na maaaring makatulong sa inyo.

2) Maaari kayong humingi ng pagbubukod

Maaari ninyo at ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na hilingin sa plano na gumawa ng pagbubukod at saklawin ang gamot sa paraang gusto ninyo. Kung sabihin ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na mayroon kayong mga medikal na dahilan na nagpapatibay sa paghingi ninyo ng pagbubukod, maaari kayong tulungan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo sa paghiling ng pagbubukod sa panuntunan. Halimbawa, puwede ninyong hilingin sa plano na saklawin ang isang gamot kahit na wala ito sa “Listahan ng Gamot” ng plano. O puwede ninyong hilingin sa plano na gumawa ng pagbubukod at saklawin ang gamot nang walang paghihigpit.

Kung kasalukuyan kayong miyembro at aalisin sa pormularyo ang gamot na iniinom ninyo o pinaghihigpitan ito sa ilang paraan sa susunod na taon, sasabihan namin kayo tungkol sa paunang pagbabago sa susunod na taon. Maaari kayong humiling ng pagbubukod bago sumapit

ang susunod na taon at magbibigay kami sa inyo ng sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang inyong kahilingan (o ang pansuportang pahayag ng inyong tagapagreseta). Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan, pahihintulutan namin ang pagsaklaw bago ipatupad ang pagbabago.

Kung gusto ninyo at ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na humiling ng pagbubukod, nasa Kabanata 9, Seksyon 7.4 ang dapat gawin. Ipinapaliwanag nito ang mga hakbang at deadline na itinakda ng Medicare upang matiyak na mapapangasiwaan nang maayos at patas ang inyong kahilingan.

SEKSYON 6 Paano kung magbago ang inyong pagsaklaw para sa isa sa inyong mga gamot?

Seksyon 6.1 Maaaring magbago ang "Listahan ng Gamot" sa loob ng taon

Nangyayari ang halos lahat ng pagbabago sa pagsaklaw sa gamot sa simula ng bawat taon (Enero 1). Gayunoaman, sa kabuuan ng taon, puwedeng gumawa ang plano ng ilang pagbabago sa “Listahan ng Gamot.” Halimbawa, puwedeng gawin ng plano ang mga sumusunod:

- **Magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa “Listahan ng Gamot.”**
- **Magdagdag o mag-alis ng paghihigpit sa pagsaklaw para sa isang gamot.**
- **Palitan ang isang branded na gamot ng generic na bersyon ng gamot.**
- Palitan ang isang orihinal na biological na produkto ng interchangeable na biosimilar na bersyon ng biological na produkto.

Dapat naming sundin ang mga kinakailangan ng Medicare bago namin baguhin ang "Listahan ng Gamot" ng plano.

Seksyon 6.2 Ano ang mangyayari kung magbago ang pagsaklaw sa gamot na iniinom ninyo?

Impormasyon sa mga pagbabago ng pagsaklaw sa gamot

Kapag nangyari ang mga pagbabago sa "Listahan ng Gamot", maglalagay kami ng impormasyon sa aming website tungkol sa mga pagbabago. Ina-update din namin ang aming online na “Listahan ng Gamot” sa regular na nakaiskeduyul na batayan. Binibigyang-diin namin sa ibaba ang mga pagkakataong makakatanggap kayo ng direktang abiso kung may mga pagbabago sa gamot na inyong iniinom.

Mga pagbabago sa inyong pagsaklaw sa gamot na makakaapekto sa inyo sa panahon ng kasalukuyang taon ng plano

- **Pinalitan ng bagong generic na gamot ang isang branded na gamot sa "Listahan ng Gamot" (o binago namin ang mga tier ng bahagian sa gastos, o nagdagdag kami ng mga bagong paghihigpit sa branded na gamot o pareho)**
  - Maaaring magtanggal kami agad ng branded na gamot sa aming "Listahan ng Gamot" kung papalitan namin ito ng bagong aprubang generic na bersyon ng parehong gamot. Lalabas ang generic na gamot sa pareho o mas mababang tier ng bahagian sa gastos at nang may pareho o mas kaunting paghihigpit. Maaari kaming magpasyang panatilihin ang branded na gamot sa aming "Listahan ng Gamot," ngunit ililipat agad namin ito sa mas mataas na mga tier ng bahagian sa gastos o magdaragdag kami ng mga bagong paghihigpit o pareho kapag naidagdag ang bagong generic.
  - Hindi namin masasabi nang maaga sa inyo bago namin gawin ang pagbabagong iyon—kahit iniinom ninyo sa kasalukuyan ang branded na gamot. Kung iniinom ninyo ang branded na gamot sa panahong ginawa namin ang pagbabago, bibigyan namin kayo ng impormasyon tungkol sa (mga) partikular na pagbabago. May kasama rin itong impormasyon sa mga hakbang na maaari ninyong gawin upang humiling ng pagbubukod upang saklawin ang branded na gamot. Maaaring hindi ninyo makuha ang abisong ito bago namin gawin ang pagbabago.
  - Maaari ninyo o ng inyong tagapagreseta na hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod at ipagpatuloy ang pagsaklaw sa branded na gamot para sa inyo. Para sa higit pang impormasyon sa kung paano humingi ng pagbubukod, basahin ang Kabanata 9.
- **Mga hindi ligtas na gamot at iba pang gamot sa “Listahan ng Gamot” na inalis sa merkado**
  - Minsan, puwedeng tukuying hindi ligtas ang isang gamot o alisin sa merkado para sa ibang dahilan. Kung mangyayari ito, puwede naming alisin kaagad ang gamot sa “Listahan ng Gamot.” Kung ginagamit ninyo ang gamot na iyon, sasabihin namin kaagad sa inyo.
  - Malalaman din ng inyong tagapagreseta ang pagbabagong ito, at makikipagtulungan siya sa inyo upang makahanap ng ibang gamot para sa inyong kundisyon.
- **Iba pang pagbabago sa mga gamot sa "Listahan ng Gamot"**
  - Maaari kaming gumawa ng iba pang pagbabago na nakakaapekto sa gamot na inyong iniinom kapag nagsimula na ang taon. Halimbawa, maaari kaming magdagdag ng generic na gamot na hindi bago sa merkado upang palitan ang branded na gamot "Listahan ng Gamot" o baguhin ang mga tier ng bahagian sa gastos o magdagdag ng mga bagong paghihigpit sa branded na gamot o pareho. Maaari rin kaming gumawa ng mga pagbabago batay sa mga nakakahong babala ng FDA o sa mga bagong klinikal na gabay na kinikilala ng Medicare.
  - Para sa mga pagbabagong ito, dapat namin kayong bigyan ng kahit man lang 30 araw na maagang abiso tungkol sa pagbabago, o dapat namin kayong bigyan ng abiso tungkol sa pagbabago at 30 araw na supply mula sa isang retail na parmasya, o sa

supply ng parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga para sa katumbas ng 31 ng gamot na ginagamit ninyo sa isang parmasyang nasa network.

- Pagkatapos ninyong matanggap ang abiso ng pagbabago, dapat kayong makipagtulungan sa inyong tagapagreseta para lumipat sa ibang gamot na sinasaklaw namin o para matugunan ang anumang bagong paghihigpit sa gamot na ginagamit ninyo.
- Maaari ninyo o ng inyong tagapagreseta na hilingin sa aming gumawa ng pagbubukod at patuloy na saklawin ang gamot para sa inyo. Para sa higit pang impormasyon sa kung paano humingi ng pagbubukod, basahin ang Kabanata 9.

Mga Pagbabago sa "Listahan ng Gamot" na hindi makakaapekto sa inyo sa taon ng plano na ito

Puwede kaming gumawa ng ilang partikular na pagbabago sa "Listahan ng Gamot" na hindi inilarawan sa ibaba. Sa mga sitwasyong ito, hindi ilalapat sa inyo ang pagbabago kung ginagamit ninyo ang gamot noong ginawa ang pagbabago; gayunpaman, malamang na makaapekto sa inyo ang mga pagbabago simula sa Enero 1 ng susunod na taon ng plano kung mananatili kayo sa parehong plano.

Sa pangkalahatan, ang mga pagbabagong hindi makakaapekto sa inyo sa kasalukuyang taon ng plano ay ang mga sumusunod:

- Naglagay kami ng bagong limitasyon sa inyong paggamit sa gamot.
- Nag-aalis kami ng gamot sa "Listahan ng Gamot."

Kung mangyari man ang anuman sa mga pagbabagong ito sa gamot na iniinom ninyo, (maliban sa pag-alis sa merkado, pagpalit ng generic na gamot sa isang branded na gamot, o iba pang pagbabagong nakatala sa mga seksyon sa itaas), kung gayon ay hindi maaapektuhan ng pagbabago ang inyong paggamit o ang inyong binabayaran bilang inyong bahagi sa gastos hanggang Enero 1 sa susunod na taon. Hanggang sa petsa na iyon, posibleng wala kayong makikitang pagtaas sa inyong mga pagbabayad o anumang karagdagang limitasyon sa inyong paggamit sa gamot.

Hindi namin direktang sasabihin sa inyo ang tungkol sa mga uri ng mga pagbabagong ito habang nasa kasalukuyang taon ng plano. Kakailanganin ninyong suriin ang "Listahan ng Gamot" para sa susunod na taon ng plano (kapag available ang listahan sa panahon ng bukas na panahon ng pagpapatala) para malaman kung may anumang pagbabago sa mga gamot na ginagamit ninyo na makakaapekto sa inyo sa susunod na taon ng plano.

SEKSYON 7 Ano ang mga uri ng gamot ang *hindi* sinasaklaw ng plano?

Seksyon 7.1 Mga uri ng gamot na hindi namin sinasaklaw

Isinasaad ng seksyong ito kung ano ang mga uri ng inireresetang gamot ang hindi kasama. Ibig sabihin nito, hindi babayaran ng Medicare ang mga gamot na ito.

Kung mag-aapela kayo at mapag-alamang hindi kasama ang hiniling na gamot sa mga ibinukod na gamot sa Part D, magbabayad kami para dito o sasaklawin namin ito. (Para sa impormasyon tungkol sa pag-apela ng desisyon, pumunta sa Kabanata 9.) Kung ang gamot na ibinukod ng aming plano ay nakabukod din sa California Medi-Cal (Medicaid), kayo mismo ang dapat magbayad para dito.

Narito ang tatlong pangkalahatang panuntunan tungkol sa mga gamot na hindi sasaklawin ng mga plano ng gamot ng Medicare sa ilalim ng Part D:

- Hindi masasaklaw ng pagsaklaw ng aming plano sa Part D na gamot ang isang gamot na masasaklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Part B.
- Hindi maaaring saklawin ng aming plano ang gamot na binili sa labas ng Estados Unidos o ng mga teritoryo nito.
- Kadalasang hindi sinasaklaw ng aming plano ang hindi aprubadong paggamit. Hindi aprubadong paggamit ang anumang paggamit na iba pa sa mga nakalagay sa tatak ng gamot na aprubado ng Food and Drug Administration.
    - Pinapayagan lang ang pagsaklaw sa off-label na paggamit kapag suportado ang paggamit ng ilang partikular na reference, gaya ng American Hospital Formulary Service Drug Information at ng DRUGDEX Information System.

Gayundin, ayon sa batas, ang mga sumusunod na kategorya ng mga gamot na nakalista sa ibaba ay hindi sinasaklaw ng Medicare. Gayunpaman, ang ilan sa mga gamot na ito ay maaaring saklawin para sa inyo sa ilalim ng inyong pagsaklaw ng gamot ng Medicaid. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa impormasyon tungkol sa mga gamot na sinasaklaw ng Medicaid.

- Mga hindi inireresetang gamot (tinatawag ding mga nabibili nang walang reseta na gamot)
- Mga gamot na ginagamit para hikayatin ang kakayahang magbuntis
- Mga gamot na ginagamit para sa pagtanggal ng mga sintomas ng ubo o sipon
- Mga gamot na ginagamit para sa mga pangkosmetikong layunin o para hikayatin ang pagtubo ng buhok
- Mga inireresetang bitamina at mineral na produkto, maliban sa mga bitamina bago manganak at mga paghahanda gamit ang fluoride

- Mga gamot na ginagamit sa paggamot ng kawalan ng gana sa pakikipagtalik o ng erectile dysfunction
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng anorexia, pagbabawas ng timbang, o pagdaragdag ng timbang
- Mga gamot para sa mga outpatient na gustong gawin ng gumagawa ng gamot na eksklusibo sa kanila ang pagbili ng mga nauugnay na pagsusuri o mga serbisyo ng pagsubaybay bilang kundisyon ng benta

Kung tumatanggap kayo ng "Extra Help" upang bayaran ang inyong mga reseta, hindi babayaran ng programang "Extra Help" ang mga gamot na karaniwang sinasaklaw. Gayunpaman, kung mayroon kayong pagsaklaw ng gamot sa pamamagitan ng Medicaid, maaaring saklawin ng programa ng Medicaid ng inyong estado ang ilang inireresetang gamot na hindi karaniwang sinasaklaw ng plano ng gamot ng Medicare. Makipag-ugnayan sa programa ng Medicaid ng inyong estado upang matukoy kung anong pagsaklaw sa gamot ang maaari ninyong makuha. (Makakakita kayo ng mga numero ng telepono at impormasyon ng pakikipag-ugnayan para sa Medicaid sa Kabanata 2, Seksyon 6.)

SEKSYON 8 Pagkuha ng inireresetang gamot

Seksyon 8.1 Ibigay ang impormasyon ng membership ninyo

Para kunin ang inyong inireresetang gamot, ibigay ang impormasyon ng membership ninyo sa plano, na makikita sa inyong card ng membership, sa parmasyang nasa network na pipiliin ninyo. Awtomatikong sisingilin ng parmasyang nasa network ang plano para sa inyong gamot.

Seksyon 8.2 Paano kung hindi ninyo dala ang inyong impormasyon ng membership?

Kung wala sa inyo ang inyong impormasyon ng membership sa plano habang kumukuha kayo ng inireresetang gamot, puwedeng tumawag kayo o ang parmasya sa plano para kunin ang kinakailangang impormasyon, o puwede ninyong hilingin sa parmasya na hanapin ang inyong impormasyon ng pagpapatala sa plano.

Kung hindi makukuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, **maaaring kailanganin ninyong bayaran ang kabuuang halaga ng reseta kapag kukunin ninyo ito**. (Pagkatapos ay maaari ninyong **hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang inyong nagastos.** Tingnan ang Kabanata 7, Seksyon 2 para sa impormasyon tungkol sa paghingi ng plano para sa pagbabalik ng nagastos.)

SEKSYON 9 Pagsaklaw sa Part D na gamot sa mga espesyal na sitwasyon

Seksyon 9.1 Paano kung kayo ay nasa isang ospital o isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa isang pananatiling sinasaklaw ng plano?

Kung ma-confine kayo sa isang ospital o sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa pananatiling sinasaklaw ng plano, sa pangkalahatan ay sasaklawin namin ang halaga ng inyong mga inireresetang gamot habang nananatili kayo roon. Sa oras na umalis kayo sa ospital o sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, sasaklawin ng plano ang inyong mga nakaresetang gamot basta't nakakatugon ang mga ito sa lahat ng aming panuntunan para sa pagsaklaw na inilalarawan sa Kabanatang ito.

Seksyon 9.2 Paano kung isa kayong residente sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (LTC)?

Kadalasan, may sariling parmasya o gumagamit ng parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa lahat ng residente ang isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (LTC) (gaya ng tahanang may nangangalaga). Kung residente kayo sa isang pasilidad ng LTC, maaari ninyong kunin ang inyong mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng parmasya ng pasilidad hangga't bahagi ito ng aming network.

Tingnan ang inyong *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* para malaman kung bahagi ng aming network ang parmasya ng pasilidad ng LTC ninyo o ang parmasyang ginagamit nito. Kung hindi, o kung kailangan ninyo ng karagdagang impormasyon o tulong, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Kung kayo ay nasa pasilidad ng LTC, dapat naming tiyaking nakasanayan ninyong tinatanggap ang inyong mga benepisyo ng Part D sa pamamagitan ng aming network ng mga parmasya ng LTC.

Paano kung residente kayo ng isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (LTC) at kailangan ninyo ng gamot na wala sa aming "Listahan ng Gamot" o na pinaghihigpitan sa anumang paraan?

Mangyaring sumangguni sa Seksyon 5.2 kaugnay ng pansamantala o emergency na supply.

Seksyon 9.3 Paano kung nakakatanggap din kayo ng pagsaklaw sa gamot mula sa isang employer o isang plano ng pangkat ng retirado?

Kung kasalukuyang mayroon kayong ibang saklaw sa inireresetang gamot mula sa employer ninyo (o ng inyong asawa) o sa grupo ng mga retirado, mangyaring makipag-ugnayan sa **tagapangasiwa ng mga benepisyo ng grupong iyon**. Matutulungan niya kayong tukuyin kung

paano makakatulong sa aming plano ang inyong kasalukuyang pagsaklaw sa inireresetang gamot.

Sa pangkalahatan, kung mayroon kayong pagsaklaw para sa grupo ng empleyado o retirado, ang pagsaklaw sa gamot na makukuha ninyo sa amin ay *sekondarya* sa inyong panggrupong pagsaklaw. Ibig sabihin nito, unang magbabayad ang inyong pagsaklaw sa pangkat.

Espesyal na paalala tungkol sa kinikilalang pagsaklaw:

Kada taon, dapat magpadala sa inyo ang inyong employer o pangkat ng retirado ng abiso na nagsasabi sa inyo kung kinikilala ang inyong pagsaklaw sa inireresetang gamot para sa susunod na taon ng kalendaryo.

Kung ang pagsaklaw mula sa plano ng pangkat ay kinikilala, ibig sabihin, may pagsaklaw sa gamot ang plano na inaasahang magbabayad, sa karaniwan, ng hindi bababa sa pamantayan ng Medicare sa pagsaklaw sa inireresetang gamot.

Itago ninyo ang mga abisong ito tungkol sa kinikilalang pagsaklaw, dahil baka kailanganin ninyo ito sa ibang pagkakataon. Kung nagpatala kayo sa isang plano ng Medicare na may kasamang pagsaklaw sa Part D na gamot, maaaring kailanganin ninyo ang mga abisong ito upang maipakitang may napapangalagaan kayong kinikilalang pagsaklaw. Kung hindi ninyo natanggap ang abiso sa kinikilalang pagsaklaw, humiling ng kopya mula sa inyong employer o tagapangasiwa ng mga benepisyo ng plano para sa retirado o sa employer o unyon.

Seksyon 9.4 Paano kung kayo ay nasa hospisyong sertipikado ng Medicare?

Hindi sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plano ang iisang gamot nang sabay. Kung nakatala kayo sa isang hospisyo ng Medicare at kailangan ninyo ng partikular na gamot (hal., pagduduwal, pagdumi, pananakit, o pagkabalisa) na hindi sinasaklaw ng inyong hospisyo dahil hindi ito nauugnay sa inyong nakakamatay na sakit at sa mga nauugnay na kundisyon, dapat makatanggap ang aming plano ng abiso mula sa tagapagreseta o sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng hospisyo na nagsasabing walang kaugnayan ang naturang gamot, bago saklawin ng aming plano ang gamot. Para maiwasan ang mga pagkaantala sa pagtanggap ng mga gamot na ito na dapat saklawin ng aming plano, hilingin sa tagapagbigay ng serbisyo ng hospisyo o tagapagreseta ninyo na magbigay ng abiso bago ibgay ang inyong inireresetang gamot.

Sa pagkakataong tanggalan ninyo ng bisa ang inyong pagpili sa hospisyo o na-discharge kayo sa hospisyo, dapat saklawin ng aming plano ang lahat ng inyong gamot na ipinaliwanag sa dokumentong ito. Upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa isang parmasya sa oras na matapos ang inyong benepisyo sa hospisyo ng Medicare, kailangan ninyong magdala ng dokumentasyon sa parmasya upang mapatunayan ang inyong pagpapawalang bisa o pag-discharge.

SEKSYON 10 Mga programa sa pagiging ligtas ng gamot at sa pangangasiwa ng mga gamot

Seksyon 10.1 Mga programang makakatulong sa mga miyembro na ligtas na gumamit ng mga gamot

Nagsasagawa kami ng mga pagsusuri ng gamot para sa aming mga miyembro upang matiyak na nakakakuha sila ng ligtas at wastong pangangalaga.

Nagsasagawa kami ng pagsususuri sa tuwing kumukuha kayo ng reseta. Pana-panahon din naming sinusuri ang aming mga tala. Sa panahon ng mga pagsusuring ito, humahanap kami ng mga posibleng problema tulad ng:

- Posibleng pagkakamali sa gamot
- Mga gamot na maaaring hindi kailangan dahil umiinom kayo ng ibang gamot na gumagamot ng parehong medikal na kundisyon
- Mga gamot na maaaring hindi ligtas o wasto dahil sa inyong edad o kasarian
- Mga partikular na kumbinasyon ng mga gamot na maaaring makasama sa inyo kung iinumin nang sabay
- Mga resetang isinulat para sa mga gamot na may mga sangkap kung saan kayo may allergy
- Mga posibleng pagkakamali sa dami (dosis) ng gamot na inyong iniinom
- Mga hindi ligtas na dami ng mga opioid na gamot para sa pananakit

Kung may makita kaming posibleng problema sa paggamit ninyo ng mga gamot, makikipagtulungan kami sa inyong tagapagbigay ng serbisyo upang iwasto ang problema.

Seksyon 10.2 Programa sa Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program o DMP) upang matulungan ang mga miyembro na ligtas na magamit ang kanilang mga opioid na gamot

Mayroon kaming programang tumutulong na tiyaking ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang madalas abusuhing gamot. Tinatawag ang programang ito na Programa sa Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program o DMP). Kung gumagamit kayo ng mga opioid na gamot na natatanggap ninyo mula sa iba't ibang doktor o parmasya, o kung na-overdose kayo sa opioid kamakailan, maaari naming kausapin ang inyong mga doktor upang matiyak na nararapat at medikal na kinakailangan ang inyong paggamit ng mga opioid na gamot. Sa pakikipagtulungan sa inyong mga doktor, kung mapagpapasyahan naming hindi ligtas ang paggamit ninyo ng inireresetang mga opioid o benzodiazepine na medikasyon, maaari naming limitahan kung paano ninyo maaaring makuha ang mga medikasyong iyon. Kung ilalagay namin kayo sa aming DMP, posibleng maging mga limitasyon ang mga sumusunod:

- Pag-aatas sa inyo na kunin ang lahat ng inyong reseta para sa mga opioid o benzodiazepine na gamot sa ilang partikular na parmasya
- Pag-aatas sa inyo na kunin ang lahat ng inyong reseta para sa mga opioid o benzodiazepine na gamot mula sa ilang partikular na doktor
- Paglilimita sa dami ng mga opioid o benzodiazepine na gamot na sasaklawin namin para sa inyo

Kung pinaplano naming limitahan kung paano ninyo makukuha ang mga gamot na ito o kung gaano karami ang puwede ninyong kunin, papadalhan namin kayo ng sulat nang maaga. Malalaman ninyo sa sulat kung lilimitahan namin ang pagsaklaw sa mga gamot na ito para sa inyo, o kung kakailanganin ninyong kunin ang mga inireresetang gamot na ito mula lang sa isang partikular na doktor o parmasya. Magkakaroon din kayo ng pagkakataon para sabihin sa amin kung sinong mga doktor o parmasya ang gusto ninyong gamitin, at ang tungkol sa anumang iba pang impormasyon na sa tingin ninyo ay mahalagang malaman namin. Pagkatapos ninyong magkaroon ng pagkakataong tumugon, kung magpapasya kaming limitahan ang saklaw sa inyo para sa mga medikasyong ito, magpapadala kami sa inyo ng isa pang sulat na nagkukumpirma sa limitasyon. Kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami o hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon o sa limitasyon, kayo at ang iyong tagapagreseta ay may karapatang mag-apela. Kung maghahain kayo ng apela, susuriin namin ang inyong kaso at bibigyan kayo ng bagong desisyon. Kung patuloy naming itatanggi ang anumang bahagi ng inyong kahilingang nauugnay sa mga limitasyong nalalapat sa inyong access sa mga medikasyon, awtomatiko naming ipapadala ang inyong kaso sa isang independienteng tagasuri na wala sa aming plano. Tingnan ang Kabanata 9 para sa impormasyon tungkol sa kung paano umapela.

Maaaring hindi mailapat sa inyo ang DMP kung mayroon kayong mga partikular na medikal na kundisyon, tulad ng aktibong pananakit na may kaugnayan sa kanser o sickle cell disease, nakakatanggap kayo ng pangangalaga sa hospisyo, palliative, o end-of-life, o kung naninirahan kayo sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga.

Seksyon 10.3 Programa ng Pamamahala sa Medication Therapy (MTM) upang tulungan ang mga miyembro na pamahalaan ang kanilang mga gamot

Mayroon kaming programang nakakatulong sa aming mga miyembrong may mga komplikadong pangangailangan. Tinatawag ang aming programa na Programa ng Pamamahala sa Medication Therapy (MTM). Kusang-loob at libre ang programang ito. Binuo ng isang pangkat ng mga parmasyutiko at doktor ang programa para sa amin para makatulong na tiyaking pinakamalaking benepisyo ang nakukuha ng aming mga miyembro sa mga gamot na ginagamit nila.

Maaaring makakuha ng mga serbisyo sa pamamagitan ng MTM na programa ang ilang miyembrong umiinom ng mga gamot para sa iba't ibang medikal na kundisyon at may matataas na gastusin sa gamot o nasa isang DMP para tulungan ang mga miyembro na gamitin ang kanilang mga opioid sa ligtas na paraan. Kung kwalipikado kayo para sa programa, bibigyan

kayo ng parmasyutiko o ng iba pang propesyonal sa kalusugan ng komprehensibong pagsusuri ng lahat ng inyong gamot. Sa panahon ng pagsusuri, maaari ninyong pag-usapan ang inyong mga gamot, ang inyong mga gastos, at anumang problema o tanong na mayroon kayo tungkol sa inyong mga reseta at nabibili nang walang reseta na gamot. Makakatanggap kayo ng nakasulat na buod na may inirerekomendang listahan ng dapat gawin na kinabibilangan ng mga hakbang na dapat ninyong gawin para makuha ang pinakamahuhusay na resulta mula sa inyong mga gamot. Makakakuha rin kayo ng listahan ng gamot na kasama ang lahat ng mga gamot na inyong ginagamit, gaano karami ang inyong ginagamit, at kailan at kung bakit ninyo ginagamit ang mga ito. Bilang karagdagan, makakatanggap ang mga miyembrong nasa MTM na programa ng impormasyon tungkol sa ligtas na pagdi-dispose ng mga inireresetang gamot na mga kontroladong substance.

Magandang ideya na makipag-usap sa inyong doktor tungkol sa inirerekomenedang listahan ng dapat gawin at listahan ng gamot. Dalhin ang inyong buod sa inyong pagpapatingin o anumang oras na makikipag-usap kayo sa inyong mga doktor, parmasyutiko, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Dalhin din ninyo ang inyong listahan ng gamot (halimbawa, kasama ang inyong ID) kung pupunta kayo sa ospital o emergency room.

Kung mayroon kaming programang nababagay sa inyong mga pangangailangan, awtomatiko namin kayong itatala sa programa at padadalhan namin kayo ng impormasyon. Kung mapagpasyahan ninyong huwag sumali, pakisabihan kami at aalisin namin kayo. Kung mayroon kayong anumang tanong tungkol sa programang ito, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

SEKSYON 11 Magpapadala kami sa inyo ng mga ulat na nagpapaliwanag ng mga pagbabayad sa inyong mga gamot at kung nasa aling yugto kayo ng pagbabayad

Seksyon 11.1 Magpapadala kami sa inyo ng buwanang buod na tinatawag na *Paliwanag ng mga Benepisyo ng Part D* (the Part D EOB)

Sinusubaybayan ng aming plano ang mga gastos sa inyong mga inireresetang gamot at ang mga pagbabayad na ginawa ninyo tuwing kukunin ninyo ang inyong mga reseta o tuwing muli kayong kumukuha sa parmasya. Sa ganitong paraan, sasabihin namin kapag nakalipat na kayo sa kasunod na yugto ng pagbabayad ng gamot. Partikular sa dalawang uri ng gastos na sinusubaybayan namin:

- Sinusubaybayan namin kung magkano na ang inyong nabayaran. Tinatawag itong inyong mga **Gastos Mula sa Bulsa na gastos**.

- Sinusubaybayan namin ang inyong **Kabuuang mga Gastos sa Gamot**. Ito ang halagang inyong binabayaran mula sa sariling bulsa o binabayaran ng iba pang tao para sa inyo kasama ang halagang binabayaran ng plano.

Kung kumuha kayo ng isa o higit pang inireresetang gamot sa pamamagitan ng plano noong nakaraang buwan, papadalhan namin kayo ng *Paliwanag ng mga Benepisyo (EOB) ng Part D* (Part D EOB). Kasama sa EOB ng Part D ang mga sumusunod:

- **Impormasyon para sa buwang iyon.** Ibinibigay ng ulat na ito ang mga detalye ng pagbabayad tungkol sa mga reseta na kinuha ninyo noong nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot, ang binayaran ng plano, at ang binayaran ninyo at ng iba pang nagbabayad para sa inyo.
- **Mga kabuuan para sa taon simula Enero 1.** Tinatawag itong impormasyong year-to-date. Ipinapakita nito ang inyong kabuuang mga gastos sa gamot at kabuuang pagbabayad para sa inyong mga gamot magmula noong simula ng taon.
- **Impormasyon sa presyo ng mga gamot.** Ipapakita ng impormasyong ito ang kabuuang presyo ng gamot, at impormasyon sa pagbabago ng presyo mula sa una ninyong pagpapapuno para sa bawat reseta sa parehong dami.
- **Mga available na mas murang alternatibong inireresetang gamot.** Kasama rito ang impormasyon tungkol sa iba pang mga gamot na may mas mababang bahagian sa gastos para sa bawat kukuning inireresetang gamot.

Seksyon 11.2 Tulungan ninyo kaming panatilihing napapanahon ang aming impormasyon tungkol sa inyong mga pagbabayad ng gamot

Upang masubaybayan ang inyong mga gastos sa gamot at ang inyong mga pagbabayad para sa mga gamot, gumagamit kami ng mga talang nakukuha namin mula sa mga parmasya. Narito ang mga paraan kung paano ninyo kami matutulungang mapanatiling tama at napapanahon ang inyong impormasyon:

- **Ipakita ang inyong membership card sa tuwing kukuha kayo ng reseta.** Tinutulungan kami nitong tiyaking alam namin ang tungkol sa mga inireresetang gamot na kinukuha ninyo at kung ano ang binabayaran ninyo.
- **Tiyaking hawak namin ang impormasyong kailangan namin.** May mga pagkakataong puwede kayong magbayad para sa buong halaga ng inireresetang gamot. Sa mga sitwasyong iyon, hindi namin awtomatikong kukunin ang impormasyon gkailangan namin para masubaybayan ang inyong mga gastos mula sa bulsa. Para tulungan kaming masubaybayan ang iyong mga gastos mula sa bulsa, bigyan kami ng mga kopya ng iynong mga resibo. Narito ang mga halimbawa kung kailan dapat ninyo kaming bigyan ng mga kopya ng inyong mga resibo:
    - Kapag bumili kayo ng saklaw na gamot sa isang parmasyang nasa network sa isang espesyal na presyo o gamit ang isang card ng diskwento na hindi bahagi ng benepisyo ng aming plano

- Kapag nagbayad kayo ng bahaginan-sa-bayad para sa mga gamot na kinukuha ninyo sa ilalim ng programang tulong sa pasyente ng gumagawa ng gamot
- Anumang oras na bumili kayo ng mga saklaw na gamot sa mga parmasyang wala sa network o iba pang oras na binayaran ninyo nang buong presyo ng isang saklaw na gamot sa ilalim ng mga espesyal na pagkakataon
- Kung siningil kayo para sa isang saklaw na gamot, maaari ninyong hilingin sa aming plano na bayaran ang aming bahagi sa gastos. Para sa mga tagubilin sa kung paano ito gawin, pumunta sa Kabanata 7, Seksyon 2.

- **Padalhan kami ng impormasyon tungkol sa mga binayaran ng ibang tao para sa inyo.** Ang mga pagbabayad na ginawa ng ilang iba pang tao at mga organisasyon ay binibilang din sa inyong mga gastos mula sa bulsa. Halimbawa, ang mga binayaran ng isang Programang Tulong ng Estado sa Gamot, Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP), Serbisyo sa Kalusugan ng Indian, at karamihan ng mga kawang-gawa ay nabibilang sa inyong mga gastos mula sa bulsa. Dapat kayong magtago ng tala ng inyong mga pagbabayad at ipadala ang mga ito sa amin upang masubaybayan namin ang inyong mga gastos.
- **Basahin ang ulat na ipinapadala namin sa inyo.** Kapag nakatanggap kayo ng Part D EOB, pakitingnan ito upang matiyak na kumpleto at tama ang impormasyon. Kung sa palagay ninyo ay mayroong mali o nawawala, o kung mayroon kayong anumang mga tanong, mangyaring tawagan kami sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Sa halip na makatanggap ng papel na *Paliwanag ng Mga Benepisyo ng Part D (Part D EOB)* sa pamamagitan ng mail, may opsyon na kayong makatanggap ng electronic na bersyon ng inyong Part D EOB. Puwede ninyo itong hilingin sa pamamagitan ng pagbisita sa https://www.express-scripts.com/. Kung pipiliin ninyong mag-opt in, makakatanggap kayo ng email kapag handa nang matingnan, ma-print, o ma-download ang inyong Part D eEOB. Ang mga electronic na Part D EOB ay tinatawag ding mga paperless na Part D EOB. Ang mga paperless na Part D EOB ay mga eksaktong kopya (larawan) ng mga naka-print na Part D EOB. Tiyaking itago ang mga ulat na ito.

KABANATA 6:

Ang binabayaran ninyo para sa inyong mga inireresetang gamot sa Part D

Paano kayo makakakuha ng impormasyon tungkol sa mga gastos sa inyong gamot?

Dahil kwalipikado kayo para sa Medicaid, kwalipikado rin kayo para sa at makakakuha kayo ng "Extra Help" mula sa Medicare upang bayaran ang inyong mga gastos sa plano sa inireresetang gamot. Dahil nasa programa kayo na "Extra Help," maaaring hindi nalalapat sa inyo ang **ilang impormasyon sa *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito tungkol sa mga gastos sa Part D na mga inireresetang gamot**. Nagpadala kami sa inyo ng isang hiwalay na kalakip, na tinatawag na *Rider ng Katibayan ng Pagsaklaw para sa Mga Taong Nakakatanggap ng Karagdagang Tulong sa Pagbabayad ng Mga Inireresetang Gamot* (na tinatawag ding Rider ng Subsidy para sa Mababa ang Kita o LIS Rider), na nagpapaalam sa inyo ng tungkol sa inyong saklaw sa gamot. Kung hindi ninyo natanggap ang kalakip na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at hilingin ang LIS Rider.

KABANATA 7:

Paghiling sa aming magbayad ng bill na natanggap ninyo para sa mga saklaw na medikal na serbisyo o gamot

SEKSYON 1 Mga sitwasyon kung saan dapat ninyong hilingin sa amin na bayaran namin ang inyong mga saklaw na serbisyo o mga gamot

Sinisingil ng aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ang plano nang direkta para sa inyong mga saklaw na serbisyo at gamot--hindi kayo dapat makatanggap ng bill para sa mga saklaw na serbisyo o mga gamot. Kung makakuha kayo ng bill para sa medikal na pangangalagang natanggap ninyo, dapat ninyong ipadala sa amin ang bill na ito upang mabayaran namin. Kapag ipinadala mo sa amin ang bill, titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo. Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang mga ito, direkta naming babayaran ang tagapagbigay ng serbisyo.

Kung nabayaran na ninyo ang serbisyo o item ng Medicaid na saklaw ng plano, maaari ninyong hilingin sa aming plano na ibalik ang ibinayad ninyo (ang pagbabayad sa inyo ay kadalasang tinatawag na **pag-reimburse** sa inyo). Karapatan ninyong maibalik ng aming plano ang ibinayad ninyo sa tuwing nagbayad kayo para sa mga medikal na serbisyo o gamot na sinasaklaw ng aming plano. Kapag nagpadala kayo sa amin ng bill na binayaran na ninyo, titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo o gamot. Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang mga ito, ibabalik namin ang inyong ibinayad para sa mga serbisyo o gamot.

Kung nabayaran na ninyo ang serbisyo o item ng Medicare na saklaw ng plano, maaari ninyong hilingin sa aming plano na ibalik ang ibinayad ninyo (ang pagbabayad sa inyo ay kadalasang tinatawag na **pag-reimburse** sa inyo). Karapatan ninyong maibalik ng aming plano ang ibinayad ninyo sa tuwing nagbayad kayo para sa mga medikal na serbisyo o gamot na sinasaklaw ng aming plano. Posibleng may mga deadline na dapat ninyong abutin para mabayaran. Pakitingnan ang Seksyon 2 ng kabanatang ito. Kapag nagpadala kayo sa amin ng bill na binayaran na ninyo, titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo o gamot. Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang mga ito, ibabalik namin ang inyong ibinayad para sa mga serbisyo o gamot.

Posibleng mayroon ding mga panahon kung kailan makaktanggap kayo ng bill mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo para sa buong halaga ng medikal na pangangalagang natanggap ninyo o posibleng na mas mataas kaysa sa inyong bahagi sa bahagian sa gastos ayon sa tinalakay sa dokumentong ito. Una, subukang lutasyin ang bill sa tagapagbigay ng serbisyo. Kung hindi nito maayos ang lahat, ipadala na lang sa amin ang bill sa halip na bayaran ito. Titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo. Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang mga ito, direkta naming babayaran ang tagapagbigay ng serbisyo. Kung magpapasya kaming huwag itong bayaran, ipapaalam namin sa tagapagbigay ng serbisyo. Hinding hindi dapat kayo magbabayad ng mas malaki kaysa sa bahagian sa gastos na pinapayagan ng plano. Kung nakakontrata ang tagapagbigay ng serbisyong ito, mayroon pa rin kayong karapatang makakuha ng paggamot.

Kabanata 7 Paghiling sa aming magbayad ng bill na natanggap ninyo para sa mga saklaw na medikal na serbisyo o gamot

Narito ang mga halimbawa ng mga pagkakataon kung saan kailangan ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong ibinayad o bayaran ang bill na natanggap ninyo.

1. **Kapag nakatanggap kayo ng medikal na pangangalagang emergency o agarang kinakailangan mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo na wala sa network ng aming plano**

   Maaari kayong tumanggap ng mga serbisyong pang-emergency o mga serbisyong agarang kinakailangan mula sa anumang tagapagbigay ng serbisyo, bahagi man o hindi ng aming network ang tagapagbigay ng serbisyo. Sa ganitong mga sitwasyon, hilingin sa tagapagbigay ng serbisyo na singilin ang plano.

   - Kapag binayaran ninyo mismo ang kabuuang halaga sa panahong natanggap ninyo ang pangangalaga, kailangan ninyong hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang inyong ibinayad. Ipadala ninyo sa amin ang bill at dokumentasyon ng anumang ibinayad ninyo.
   - Maaari kayong makakuha ng isang bill mula sa tagapagbigay ng serbisyo na humihingi ng bayad na sa palagay ninyo ay hindi ninyo dapat bayaran. Ipadala ninyo sa amin ang bill at dokumentasyon ng anumang ibinayad na ninyo.
     - Kung dapat bayaran ang tagapagbigay ng serbisyo, direkta namin silang babayaran.
     - Kung binayaran na ninyo ang serbisyo, ibabalik namin sa inyo ang inyong ibinayad.

2. **Kapag nagpadala ng bill ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network na sa palagay ninyo ay hindi ninyo dapat bayaran**

   Palaging dapat direktang singilin ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ang plano. Ngunit kung minsan ay nagkakamali sila, at sisingilin nila kayo para sa inyong mga serbisyo.

   - Sa tuwing nakakakuha kayo ng bill mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network, ipadala sa amin ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa tagapagbigay ng serbisyo at aayusin ang problema sa pagsingil.
   - Kung nakapagbayad na kayo ng bill sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network, ipadala sa amin ang bill kasama ng dokumentasyon ng anumang pagbabayad na inyong ginawa. Dapat ninyong hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang inyong ibinayad para sa inyong mga saklaw na serbisyo.

3. **Kung kayo ay retroaktibong nakatala sa aming plano**

   Kung minsan, ang pagkakatala ng isang tao sa plano ay retroaktibo. (Nangangahulugan ito na lumipas na ang unang araw ng kanilang pagpapatala. Maaari ring naganap ang petsa ng pagpapatala noong nakaraang taon.)

   Kung kayo ay retroaktibong nakatala sa aming plano at nagbayad kayo mula sa sariling bulsa para sa anuman sa inyong mga saklaw na serbisyo o gamot pagkalipas ng inyong

petsa ng pagpapatala, maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang inyong ibinayad. Kakailanganin ninyong magsumite ng mga papel gaya ng mga resibo at bill para mapangasiwaan namin ang pagbabalik ng nagastos.

4. **Kapag gumamit kayo ng parmasyang wala sa network sa pagkuha ng reseta**
   Kung pupunta kayo sa isang parmasyang wala sa network, posibleng hindi direktang maisumite ng parmasya ang claim sa amin. Kapag nangyari ito, kakailanganin ninyong bayaran ang kabuuang halaga ng inyong reseta.

   Itago ang inyong resibo at magpadala sa amin ng kopya kapag hihilingin ninyo sa amin na ibalik sa inyo ang inyong ibinayad. Tandaagn sinasaklaw lang namin ang mga parmasyang wala sa network sa mga limitadong sitwasyon. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 para sa pagtatalakay sa mga sitwasyong ito.

5. **Kapag binayaran ninyo ang kabuuang halaga para sa isang reseta dahil hindi ninyo dala ang inyong card ng membership**
   Kung hindi ninyo dala ang inyong card ng membership sa plano, maaari ninyong hilingin sa parmasyang tawagan ang plano o tingnan ang impormasyon ng inyong pagpapatala sa plano. Gayunpaman, kung hindi agad makukuha ng parmasya ang impormasyong kinakailangan nito, maaaring kailanganin ninyong bayaran mismo ang kabuuang halaga ng reseta. Itago ang inyong resibo at magpadala sa amin ng kopya kapag hihilingin ninyo sa amin na ibalik sa inyo ang inyong ibinayad.

6. **Kapag binayaran ninyo ang buong gastos para sa isang reseta sa iba pang sitwasyon**
   Maaaring kabuuang halaga ng reseta ang dapat ninyong bayaran dahil nalaman ninyong hindi sinasaklaw ang gamot batay sa ilang dahilan.

   - Halimbawa, ang gamot ay maaaring wala sa "Listahan ng Gamot" ng plano o maaaring mayroon itong kinakailangan o paghihigpit na hindi ninyo alam o sa palagay ninyo ay hindi dapat ilapat sa inyo. Kung magdesisyon kayong kunin agad ang gamot, maaaring kailangan ninyong bayaran ang kabuuang halaga nito.

   - Itago ang inyong resibo at magpadala sa amin ng kopya kapag hihilingin ninyo sa amin na ibalik sa inyo ang inyong ibinayad. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailangan naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa inyong doktor upang maibalik sa inyo ang inyong ibinayad para sa gamot.

7. **Kung nakapagpatala kayo sa plano sa retroaktibong paraan dahil kwalipikado kayo para sa Medicaid.**
   Ang Medicaid ay isang pinagsamang programa ng pamahalaang Pederal at pang-estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa ilang taong may limitadong kita at

mapagkukunan. May ilang taong may Medicaid na awtomatikong itinatala sa aming plano para makuha ang kanilang pagsaklaw sa inireresetang gamot. Kung minsan, ang pagkakatala ng isang tao sa plano ay retroaktibo. (Nangangahulugan ang retroaktibo na lumipas na ang unang araw ng kanilang pagpapatala. Maaari ring naganap ang petsa ng pagpapatala noong nakaraang taon.)

Kung kayo ay retroaktibong nakatala sa aming plano at nagbayad kayo mula sa sariling bulsa para sa anuman sa inyong mga gamot pagkalipas ng inyong petsa ng pagpapatala, maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang inyong ibinayad para sa mga gastos. Kakailanganin ninyong magsumite ng mga papel gaya ng mga resibo at bill para mapangasiwaan namin ang pagbabalik ng nagastos.

- Ipadala sa amin ang kopya ng mga resibo kapag hihilingin ninyo sa amin na bayaran kayo.
- Dapat kayong humingi ng bayad para sa inyong mga gastos mula sa sariling bulsa (hindi para sa anuamng gastusing binayaran ng isa pang insurance).
  - Posibleng hindi magbayad ang plano para sa mga gamot na wala sa aming listahan ng gamot. Mga uri ng desisyon sa pagsaklaw ang lahat ng halimbawa sa itaas. Ibig sabihin nito, kung hindi namin aaprubahan ang inyong kahilingan para sa bayad, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. May impormasyon ang Kabanata 9 (Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)) ng dokumento na ito tungkol sa kung paano maghain ng apela.

Kapag nagpadala kayo sa amin ng kahilingan para sa pambayad, susuriin namin ang inyong kahilingan at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang serbisyo o gamot. Tinatawag itong paggawa ng desisyon sa pagsaklaw. Kung mapagpasyahan naming dapat itong saklawin, babayaran namin ang serbisyo o gamot. Kung hindi namin aaprubahan ang inyong kahilingan para sa bayad, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. May impormasyon ang Kabanata 9 ng dokumento na ito tungkol sa kung paano maghain ng apela.

SEKSYON 2 Paano hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad ninyo o na bayaran ang natanggap ninyong bill

Puwede ninyong hilingin sa aming bayaran kayo sa pamamagitan ng pagpapadala sa amin ng nakasulat na kahilingan. Kung magpapadala kayo ng nakasulat na kahilingan, ipadala ang inyong bill at dokumentasyon ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo. Magandang ideya na gumawa kayo ng kopya ng inyong bill at resibo para sa inyong mga tala. **Dapat ninyong isumite sa amin ang inyong claim sa loob ng 365 araw (para sa mga medikal na claim) at sa loob ng tatlong taon (para sa mga claim sa gamot)** mula sa petsa kung kailan ninyo natanggap ang serbisyo, item, o gamot.

Kabanata 7 Paghiling sa aming magbayad ng bill na natanggap ninyo para sa mga saklaw na medikal na serbisyo o gamot

Upang matiyak na ibinibigay ninyo sa amin ang lahat ng impormasyong kailangan namin upang makagawa ng desisyon, maaari ninyong kumpletuhin ang aming form ng paghahabol upang makagawa ng kahilingan para sa bayad.

- Hindi ninyo kailangang gamitin ang form, ngunit mas mapapadali nito ang aming pagproseso ng impormasyon. Para sa Mga Pagbabalik ng Bayad ng Miyembro, mayroon kaming mga form ng claim na makukuha sa pamamagitan ng web portal. Bagama't lubos naming inirerekomendang gamitin ng aming mga miyembro ang form, para matiyak na maisusumite ang lahat ng dokumentasyon, hindi ito kinakailangan. Puwede rin silang magsumite ng kopya ng bill nang walang form. Sa alinmang paraan, dapat nilang isama ang impormasyon ng tagapagbigay ng serbisyo, mga petsa ng serbisyo, mga Current Procedural Terminology (CPT) code kapag naaangkop, mga code o paglalarawan ng diagnosis, at mga siningil na halaga kasama ng anumang medikal na talang available sa mga ito, at kung kinakailangan, maikling paglalarawan sa kung bakit kinakailangan ang pangangalaga. Dapat ding magsumite ang miyembro ng katibayan ng pagbabayad kasabay ng pagsusumite nila ng claim. Ang tinatanggap na katibayan ng pagbabayad ay mga statement ng bangko o credit card o kopya ng nakanselang tseke.

- Maaaring mag-download ng kopya ng form sa aming website na (www.wellcare.com/healthnetCA) o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro at hingiin ang form.

Para sa mga medikal na serbisyo, ipadala sa amin sa pamamagitan ng koreo ang inyong kahilingan para sa bayad kasama ang anumang bill o bayad na resibo sa address na ito:

Address ng Paghiling ng Bayad
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

Para sa Part D na mga Inireresetang Gamot, ipadala sa amin sa pamamagitan ng koreo ang inyong kahilingan para sa bayad kasama ang anumang mga bill o resibo sa address na ito:

Address ng Paghiling ng Bayad para sa Part D
Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

SEKSYON 3 Pag-iisipan namin ang inyong kahilingan para sa bayad at sasagot kami ng oo o hindi

Seksyon 3.1 Titingnan namin kung dapat naming saklawin ang serbisyo o gamot

Kapag natanggap namin ang inyong kahilingan para sa bayad, ipapaalam namin sa inyo kung kailangan namin ng anumang karagdagang impormasyon mula sa inyo. Kung hindi, pag-iisipan namin ang inyong kahilingan at gagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw.

- Kung magdesisyon kami na ang medikal na pangangalaga o gamot ay sinasaklaw at sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan, babayaran namin ang serbisyo. Kung nabayaran na ninyo ang serbisyo o gamot, ipapadala namin sa inyo sa pamamagitan ng koreo ang pagbabalik ng nagastos ninyo. Kung hindi pa ninyo nababayaran ang serbisyo o gamot, direkta naming ipapadala sa koreo ang bayad sa tagapagbigay ng serbisyo.

- Kung mapagpasyahaan namin na ang medikal na serbisyo at gamot ay *hindi* sinasaklaw, o hindi ninyo sinunod ang lahat ng panuntunan, hindi namin babayaran ang pangangalaga o gamot. Papadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag sa mga dahilan kung bakit hindi namin ipapadala ang bayad na inyong hiniling at sa inyong mga karapatan upang iapela ang desisyong iyon.

Seksyon 3.2 Kung sasabihin namin sa inyo na hindi namin babayaran ang medikal na pangangalaga o gamot, maaari kayong maghain ng apela

Kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami sa pagtanggi sa inyong kahilingan para sa bayad o sa halagang babayaran namin, maaari kayong maghain ng apela. Kung maghahain kayo ng apela, ibig sabihin nito ay hinihiling ninyo sa amin na baguhin namin ang aming desisyon na tanggihan ang inyong kahilingan para sa pagbabayad. Ang proseso ng apela ay isang pormal na proseso na may mga detalyadong pamamaraan at mga importanteng deadline. Para sa mga detalye sa kung paano gawin ang apelang ito, pumunta sa Kabanata 9 ng dokumentong ito.

KABANATA 8:

Ang inyong mga karapatan at responsibilidad

SEKSYON 1 Dapat igalang ng aming plano ang inyong mga karapatan at mga sensitivity sa kultura bilang miyembro ng plano

Seksyon 1.1 Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang madali para sa inyo at pareho sa inyong mga sensitivity sa kultura (sa mga wika bukod sa Ingles, sa audio, sa braille, sa malaking print, o sa iba pang alternatibong format, atbp.)

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We also have materials available in languages other than English that are spoken in the plan's service area. We can also give you information in audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. A parte del inglés, también disponemos de contenido para usted en otros idiomas comúnmente hablados en el área de servicio del plan. De ser necesario, también podemos brindarle información en audio, braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a ofrecerle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte de nosotros en un formato que le sea conveniente, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de tener acceso directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

Si no hay proveedores disponibles en la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen dónde acudir para obtener ese servicio con los costos de gastos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para los miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以文化適合的方式提供，並且所有投保人皆能取得，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不全，或具有不同文化和種族背景的人士。計劃符合這些協助工具要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本項計劃有免費口譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。我們還為計劃服務區域內英語不是母語者提供英語以外的其他語言的資料。]如果需要，我們也可以免費為您提供點字版、大字體印刷或替代格式的資訊。我們需要以可得取性和適合您的格式向您提供有關計劃給付的資訊。若要向我們取得適合您使用的資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃均需讓女性投保人可以選擇直接與網絡內的女性專科醫師聯絡，以取得女性例行性和預防性健康照護服務。

如果計劃網絡內的專科醫師無法提供服務，計劃有責任在網絡外尋找能提供您必要照護的專科醫師。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現計劃的網絡中沒有您所需承保服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解如何透過網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法從我們的計劃獲取適合您便於使用的格式之資訊，請致電會員服務部提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話是 1-800-368-1019，或 TTY 1-800-537-7697。

Chương trình của quý vị được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiểu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng việc dễ tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi cũng có sẵn tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh được sử dụng ở khu vực dịch vụ của chương trình. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở dạng âm thanh, chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc các định dạng khác thay thế miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch Vụ Thành Viên.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ của phụ nữ.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí dịch vụ trong mạng lưới. Nếu quý vị cho rằng mình đang trong tình huống là không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình đó để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp rắc rối trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị, vui lòng gọi để gửi đơn khiếu nại tới Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp với Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Kailangang tiyakin ng inyong plano na ang lahat ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible sa lahat ng enrollee, kabilang na ang mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Kabilang sa mga halimbawa kung paano puwedeng tugunan ng plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, mga teletypewriter, o koneksyon sa TTY (text telephone o teletypewriter phone).

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Mayroon din kaming mga materyal na magagamit sa mga wika bukod sa Ingles na sinasalita sa sineserbisyuhang lugar ng plano. Makakapagbigay rin kami sa inyo ng impormasyon sa audio, sa pamamagitan ng braille, sa malaking print, o sa iba pang alternatibong format na libre kung kailangan ninyo. Hinihingi sa amin na bigyan ka ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na madaling gamitin at naaangkop para sa iyo. Para humingi ng impormasyon mula sa amin sa paraang epektibo para sa inyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Kailangan ng aming plano na bigyan ang mga babaeng enrollee ng opsyon para direktang mag-access ng espesyalista sa kalusugan ng kababaihan na nasa network para sa mga regular at pang-agap na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng kababaihan.

Kung walang available na provider sa network ng plano para sa isang specialty, responsibilidad ng plano na maghanap ng mga specialty provider sa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahaginan sa gastos na nasa network lang (in-network cost sharing) ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahaginan sa gastos na nasa network.

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights) sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Согласно требованиям, действующим в отношении вашего плана страхования, все услуги, как клинического, так и неклинического характера, должны предоставляться с учетом культурных особенностей и быть доступны всем участникам плана, включая лиц с ограниченным владением английским языком, ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц, представляющих различные культурные и этнические общности. Примерами того, как план страхования может соблюдать эти требования к возможностям доступа, выступают в том числе обязательства предоставлять услуги устного и письменного перевода, телетайпные аппараты и возможность связи по TTY (текстовый телефон или телетайп).

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. Кроме того, наши материалы доступны на других языках, помимо английского, которыми владеют люди, проживающие в зоне обслуживания плана. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию о предусмотренных планом льготах в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана.

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к гинекологу, представленному в сети плана.

В случае отсутствия в сети плана поставщиков услуг соответствующей специализации, план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуется оплатить только долю расходов, соответствующую доле расходов за услуги в пределах сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети плана, позвоните в план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле расходов за услуги в пределах сети.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана страхования в доступном и подходящем для вас формате, вы можете подать претензию, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, вы можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), или непосредственно в Office for Civil Rights, позвонив по номеру 1-800-368-1019, TTY: 1-800-537-7697.

Seksyon 1.2 Dapat naming tiyaking nakakakuha kayo ng napapanahong access sa inyong mga saklaw na serbisyo at gamot

May karapatan kayong pumili ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP) sa network ng plano na magbibigay at mag-aayos ng inyong mga saklaw ng serbisyo. May karapatan din kayong pumunta sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan (tulad ng gynecologist) nang hindi kumukuha ng referral.

May karapatan kayong kumuha ng mga nakatakdang pagpapatingin at saklaw na serbisyo mula sa mga tagapagbigay ng sebisyo na nasa network ng plano *sa loob ng makatwirang haba ng panahon.* Kabilang dito ang karapatang makakuha ng mga napapanahong serbisyo mula sa mga espesyalista kapag kailangan ninyo ang pangangalagang iyon. May karapatan din kayong kunin o muling kunin ang inyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network nang hindi naghihintay nang matagal.

Kung sa palagay ninyo ay hindi ninyo nakukuha ang inyong medikal na pangangalaga o Part D na mga gamot sa loob ng makatuwirang tagal ng panahon, isinasaad ng Kabanata 9 kung ano ang puwede ninyong gawin.

Seksyon 1.3 Dapat naming protektahan ang pagkapribado ng inyong personal na impormasyong pangkalusugan

Pinoprotektahan ng mga Pederal na batas at batas ng estado ang pagkapribado ng inyong mga medikal na tala at personal na impormasyong pangkalusugan. Pinoprotektahan namin ang inyong personal na impormasyong pangkalusugan ayon sa inaatas ng mga batas na ito.

- Kabilang sa inyong personal na impormasyong pangkalusugan ang **personal na impormasyong** ibinigay ninyo sa amin noong nagpatala kayo sa planong ito pati ang inyong mga medikal na tala at iba pang medikal na impormasyon at impormasyong pangkalusugan.
- Mayroon kayong mga karapatang nauugnay sa inyong impormasyon at pagkontrol sa kung paano gagamitin ang inyong impormasyon ng kalusugan. Binibigyan namin kayo ng nakasulat na abiso, na tinatawag na *Abiso ng Kasanayan sa Privacy*, na nagsasabi tungkol sa mga karapatang ito at nagpapaliwanag kung paano namin pinoprotektahan ang privacy ng inyong impormasyon ng kalusugan.

Paano namin pinoprotektahan ang pagkapribado ng inyong impormasyong pangkalusugan?

- Tinitiyak naming hindi makikita o mapapalitan ng mga hindi awtorisadong tao ang inyong mga tala.
- Maliban sa mga sitwasyong tinukoy sa ibaba, kung nilalayon naming ibigay ang inyong

impormasyon ng kalusugan sa sinumang hindi nagbibigay ng inyong pangangalaga o nagbabayad para sa inyong pangangalaga, *kinakailangan naming kumuha muna ng nakasulat na pahintulot mula sa inyo o sa sinumang may legal na kapangyarihang gumawa ng mga desisyon para sa inyo.*

- May mga partikular na pagbubukod na hindi nag-aatas sa aming kunin muna ang nakasulat na pahintulot. Ang mga pagbubukod na ito ay pinahihintulutan o hinihingi ng batas.
  - Kailangan naming ilabas ang impormasyong pangkalusugan sa mga ahensiya ng pamahalaan na sumusuri sa kalidad ng aming pangangalaga.
  - Dahil miyembro kayo ng aming plano sa pamamagitan ng Medicare, kailangan naming ibigay sa Medicare ang inyong impormasyong pangkalusugan kabilang ang impormasyon tungkol sa inyong mga inireresetang Part D na mga gamot. Kung ilalabas ng Medicare ang inyong impormasyon para sa pananaliksik o para sa iba pang paggamit, gagawin ito nang naaayon sa mga batas at regulasyon ng Pederal na pamahalaan; sa karaniwan, inaatas nito na huwag ibahagi ang impormasyong partikular na makakapagtukoy sa inyo.

Makikita ninyo ang impormasyon sa inyong mga tala at malalaman ninyo kung paano ito ibinahagi sa ibang tao

May karapatan kayong tingnan ang inyong mga medikal na tala na nasa plano at kumuha ng kopya ng inyong mga tala. May pahintulot kaming singilin kayo ng bayarin para sa paggawa ng mga kopya. May karapatan din kayong hingin sa amin na dagdagan o iwasto ang inyong mga medikal na tala. Kung hihingin ninyo na gawin namin ito, makikipagtulungan kami sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan upang magdesisyon kung dapat gawin ang mga pagbabago.

May karapatan kayong malaman kung paano ibinahagi ang inyong impormasyong pangkalusugan sa ibang tao para sa anumang layunin na hindi karaniwan.

Kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin tungkol sa pagkapribado ng inyong personal na impormasyong pangkalusugan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Seksyon 1.4 Dapat namin kayong bigyan ng impormasyon tungkol sa plano, sa network nito ng mga tagapagbigay ng serbisyo, at sa mga saklaw na serbisyo

Bilang miyembro ng aming plano, may karapatan kayong makakuha ng mangilan-ngilang impormasyon mula sa amin.

Kung gusto ninyo ng alinman sa mga sumusunod na uri ng impormasyon, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro:

- **Impormasyon tungkol sa aming plano.** Kasama rito ang, halimbawa, impormasyon tungkol sa pinansyal na kundisyon ng plano.

- **Impormasyon tungkol sa aming tagapagbigay ng serbisyong nasa network at mga parmasya.** May karapatan kayong kumuha ng impormasyon sa amin tungkol sa mga pagiging kwalipikado ng mga tagapagbigay ng serbisyo at ng mga parmasya sa aming network at kung paano namin binabayaran ang mga tagapagbigay ng serbisyo sa aming network.
- **Impormasyon tungkol sa aming pagsaklaw at ang mga panuntunan na dapat ninyong sundin kapag ginagamit ang inyong pagsaklaw.** Ang Kabanata 3 at 4 ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa mga medikal na serbisyo. Ang Kabanata 5 at 6 ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa pagsaklaw sa mga inireresetang gamot sa Part D.
    - **Tandaan:** Hindi ginagantimpalaan ng aming plano ang mga practitioner, tagapagbigay ng serbisyo, o empleyadong nagsasagawa ng mga pagsusuri sa paggamit, kabilang na ang mga itinalagang entity. Gumagawa lang ng mga desisyon sa pangangalaga ang Utilization Management (UM) batay sa pagiging naaangkop ng pangangalaga at serbisyo at sa pag-iral ng pagsaklaw. Bilang karagdagan, hindi partikular na ginagantimpalaan ng plano ang mga practitioner o iba pang indibidwal para sa pagbibigay ng mga pagtanggi sa pagsaklaw. Hindi hinihikayat ng mga pinansyal na insentibo para sa mga nagdedesisyon sa UM ang mga desisyong magreresulta sa hindi pagpapagamit.
- **Impormasyon tungkol sa kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay at ano ang maaari ninyong gawin tungkol dito.** Ang Kabanata 9 ay nagbibigay ng impormasyon sa paghiling ng nakasulat na paliwanag sa kung bakit hindi sinaklaw ang isang medikal na serbisyo o Part D na gamot o kung bakit pinaghihigpitan ang pagsaklaw. Nagbibigay rin ng impormasyon ang Kabanata 9 sa paghiling sa amin na magbago ng desisyon, na tinatawag ding apela.

Seksyon 1.5 Dapat naming suportahan ang inyong karapatan na gumawa ng mga desisyon tungkol sa inyong pangangalaga

May karapatan kayong malaman ang inyong mga pagpipilian paggamot at magpasya tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan

May karapatan kayong makakuha ng kumpletong impormasyon mula sa inyong mga doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Dapat ipaliwanag sa inyo ng inyong mga tagapagbigay ng serbisyo ang inyong medikal na kundisyon at ang inyong mga pagpipilian sa paggamot *sa paraang mauunawaan ninyo*.

May karapatan din kayong sumali nang buo sa mga desisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan. Upang matulungan kayong makapagdesisyon kasama ng inyong mga doktor tungkol sa pinakamain na paggamot para sa inyo, kabilang sa inyong mga karapatan ang mga sumusunod:

- **Malaman ang tungkol sa lahat ng inyong pagpipilian.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa lahat ng opsyon ng paggamot na inirerekomenda para sa inyong kundisyon, magkano man ang gastos o sinasaklaw man ang mga ito ng aming plano. Kabilang din dito

ang pagsasabi sa inyo tungkol sa mga programang inaalok ng aming plano upang tulungan ang mga miyembro na mapamahalaan ang kanilang mga gamot at magamit ang kanilang mga ito nang ligtas.

- **Malaman ang tungkol sa mga panganib.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa anumang kaakibat na mga panganib ng inyong pangangalaga. Dapat kayong masabihan nang maaga kung may anumang inirerekomendang medikal na pangangalaga o paggamot ang bahagi ng isang pananaliksik na eksperimento. May opsyon kayong tanggihan ang anumang pang-eksperimentong paggamot.
- **Karapatang sumagot ng "hindi."** May karapatan kayong tanggihan ang anumang inirerekomendang paggamot. Kabilang dito ang karapatang umalis ng ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit pa pinapayuhan kayo ng inyong doktor na huwag umalis. May karapatan din kayong huminto sa pag-inom ng inyong gamot. Gayunpaman, kung tatanggihan ninyo ang paggamot o hihinto kayo sa pag-inom ng gamot, tinatanggap ninyo ang buong pananagutan sa mangyayari sa inyong katawan.

May karapatan kayong magbigay ng mga tagubilin tungkol sa mga dapat gawin kung hindi kayo makakagawa ng mga medikal na desisyon para sa inyong sarili

Kung minsan, hindi nakakagawa ang mga tao ng mga desisyon tungkol sa pangangalagang pangkalusugan para sa kanilang sarili dahil sa mga aksidente o sa malubhang sakit. May karapatan kayong sabihin ang gusto ninyong mangyari kung nasa ganito kayong sitwasyon. Ibig sabihin nito, *kung gusto ninyo*, magagawa ninyong:

- Kumumpleto ng form upang bigyan ang **isang tao ng legal na pahintulot na gumawa ng mga medikal na desisyon para sa inyo** kung hindi ninyo magagawang magdesisyon para sa inyong sarili.
- **Bigyan ang inyong mga doktor ng mga nakasulat na tagubilin** kung paano ninyo gustong isagawa nila ang inyong medikal na pangangalaga kung hindi na ninyo kayang gumawa ng mga desisyon para sa inyong sarili.

Ang mga legal na dokumentong maaari ninyong gamitin upang ibigay ang inyong mga tagubilin nang maaga sa mga sitwasyong ito ay tinatawag na mga paunang direktiba. May iba't ibang uri ng **mga paunang direktiba** at iba't ibang pangalan ang mga ito. Ang mga dokumentong tinatawag na **living will** at **power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan** ang mga halimbawa ng mga paunang direktiba.

Kung gusto ninyong gumamit ng paunang direktiba upang ibigay ang inyong mga tagubilin, narito ang gagawin:

- **Kunin ang form.** Maaari kayong kumuha ng form ng paunang direktiba sa inyong abogado, sa isang social worker, o sa ilang tindahan ng supply sa opisina. Kung minsan, maaari kayong kumuha ng mga form ng paunang direktiba sa mga organisasyon na nagbibigay ng impormasyon sa mga tao tungkol sa Medicare.

- **Sagutan at lagdaan ito.** Saan man ninyo kunin ang form na ito, tandaang isa itong legal na dokumento. Dapat ninyong pag-isipang magpatulong sa abogado sa paghahanda dito.
- **Magbigay ng mga kopya sa mga tamang tao.** Dapat kayong magbigay ng kopya ng form sa inyong doktor at sa taong itinalaga ninyo sa form na gagawa ng mga desisyon para sa inyo kung hindi ninyo kaya. Maaaring gustuhin din ninyong bigyan ng mga kopya ang mga malalapit na kaibigan o mga miyembro ng pamilya. Magtago ng isang kopya sa bahay.

Kung alam ninyo na kayo ay maoospital at pumirma kayo ng paunang direktiba, **magdala ng kopya nito sa ospital**.

- Tatanungin sa inyo ng ospital kung pumirma kayo ng isang form ng paunang direktiba at kung dala ninyo ito.
- Kung hindi pa kayo pumirma ng form ng paunang direktiba, may mga form na makukuha sa ospital at tatanungin nila kayo kung gusto ninyong pumirma ng isa.

Tandaan, nasa sa inyo kung gusto ninyong magkaroon ng paunang direktiba (kabilang kung gusto ninyong pumirma ng isa kung nasa ospital kayo). Ayon sa batas, walang makakatangging bigyan kayo ng pangangalaga o walang makakapagdiskrimina sa inyo batay sa kung pumirma kayo o hindi ng paunang direktiba.

Paano kung hindi sinunod ang inyong mga tagubilin?

Kung may pinirmahan kayong paunang direktiba, at naniniwala kayong hindi sinunod ng doktor o ospital ang mga tagubilin dito, maaari kayong maghain ng reklamo sa Opisina ng Attorney General ng California.

Seksyon 1.6 Mayroon kayong karapatang magreklamo at hingin sa aming pag-isipang muli ang mga desisyong ginawa namin

Kung mayroon kayong anumang problema, alalahanin, o reklamo at kailangan ninyong humiling ng pagsaklaw, o mag-apela, malalaman ninyo kung ano ang dapat ninyong gawin sa Kabanata 9 ng dokumentong ito. Anuman ang inyong gagawin – humingi ng desisyon sa pagsaklaw, maghahain ng apela, o maghahain ng reklamo – **kailangan namin kayong tratuhin nang patas.**

Seksyon 1.7 May karapatan kayong magbigay ng mga rekomendasyon tungkol sa aming patakaran sa mga karapatan at tungkulin ng miyembro

Kung mayroon kayong anumang tanong o alalahanin tungkol sa mga karapatan at responsibilidad o kung mayroon kayong mga suhestyon para mapahusay ang aming patakaran sa mga karapatan ng miyembro, ibahagi sa amin ang inyong mga saloobin sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Seksyon 1.8 Ebalwasyon sa mga bagong teknolohiya

Kabilang sa mga bagong teknolohiya ang mga procedure, gamot, biological product, o device na na-develop kamakailan bilang lunas sa mga partikular na sakit o kondisyon, o mga bagong paggamit sa mga dati nang procedure, gamot, biological product, at device. Kapag naaangkop, sinusunod ng aming plano ang Mga Pambansa at Lokal na Desisyon sa Pagsaklaw ng Medicare.

Kung walang desisyon sa pagsaklaw ng Medicare, sinusuri ng aming plano ang mga bagong teknolohiya o mga bagong paggamit sa mga dati nang teknolohiya kung isasama ba ang mga ito sa mga naaangkop na plano ng mga benepisyo para matiyak na may access ang mga miyembro sa ligtas at epektibong pangangalaga sa pamamagitan ng pagsasagawa ng masusing pagtatasa sa mga kasalukuyang naka-publish na medical literature mula sa mga peer-reviewed na publication kabilang ang mga systematic na review, randomized na controlled trial, cohort study, case control study, diagnostic test study na may mga statistically significant na resulta na nagpapakita ng pagiging ligtas at epektibo, at pagsusuri sa mga alituntuning nakabatay sa ebidensya na ginawa ng mga pambansang organisasyon at kinikilalang awtoridad. Ikinokonsidera rin ng aming plano ang mga opinyon, rekomendasyon, at pagtatasa ng mga practicing na doktor, mga medikal na asosasyong kinikilala sa bansa kabilang ang Physician Specialty Societies, mga consensus panel, o iba pang organisasyon sa pananaliksik o organisasyong nagtatasa ng teknolohiya na kinikilala sa bansa, mga ulat at publication ng mga ahensya ng pamahalaan (halimbawa, ang Food and Drug, Administration (FDA), Centers for Disease Control (CDC), National Institutes of Health (NIH)).

Seksyon 1.9 Ano ang gagawin ninyo kung naniniwala kayong hindi kayo tinatrato nang patas o hindi iginagalang ang inyong mga karapatan?

Kung tungkol ito sa diskriminasyon, tawagan ang Tanggapan para sa Mga Katapatang Sibil

Kung naniniwala kayong hindi kayo tinrato nang patas o hindi iginalang ang inyong mga karapatan dahil sa inyong lahi, kapansanan, relihiyon, kasarian, kalusugan, etniko, pananampalataya (mga paniniwala), edad, o pinagmulang bansa, dapat ninyong tawagan ang ng Department of Health and Human Services sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o tumawag sa inyong lokal na **Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil.** May karapatan kayong pakitunguhan nang may paggalang at pagkilala sa inyong dignidad.

Tungkol ba ito sa iba pang bagay?

Kung naniniwala kayong hindi kayo tinrato nang patas o hindi iginalang ang inyong mga karapatan, *at* ito ay *hindi* tungkol sa diskriminasyon, makakakuha kayo ng tulong sa pag-aayos ng inyong problema:

- Puwede kayong **tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro**.
- Maaari ninyong **tawagan ang SHIP.** Para sa mga detalye, pumunta sa Kabanata 2, Seksyon 3.

- O, **maaari ninyong tawagan ang Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (TTY 1-877-486-2048).

Seksyon 1.10 Paano kukuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan

May ilang lugar kung saan makakakuha kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan:

- Puwede kayong **tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro**.
- Maaari ninyong **tawagan ang SHIP.** Para sa mga detalye, pumunta sa Kabanata 2, Seksyon 3.
- Maaari kayong makipag-ugnayan sa **Medicare.**
  - Maaari ninyong bisitahin ang website ng Medicare upang mabasa o ma-download ang lathalaing Medicare Rights & Protections. (Makikita ang publication sa: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
  - O, maaari kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (TTY 1-877-486-2048).

SEKSYON 2 May ilang tungkulin kayo bilang miyembro ng plano

Nakalista sa ibaba ang mga bagay na kailangan ninyong gawin bilang miyembro ng plano. Kung mayroon kayong anumang katanungan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

- **Maging pamilyar sa inyong mga sinasaklaw na serbisyo at sa mga panuntunang dapat ninyong sundin upang makuha ninyo ang mga saklaw na serbisyong ito.** Gamitin ninyo itong Katibayan ng Pagsaklaw upang matutunan kung ano ang sinasaklaw para sa inyo at ang mga panuntunang kailangan ninyong sundin upang makuha ninyo ang inyong mga saklaw na serbisyo.
  - Ang Kabanata 3 at 4 ay nagbibigay ng mga detalye tungkol sa inyong mga medikal na serbisyo.
  - Ibinibigay ng Kabanata 5 at 6 ang mga detalye tungkol sa inyong pagsaklaw para sa mga Part D na inireresetang gamot.
- **Kung mayroon kayong anumang iba pang pagsaklaw sa insurance ng kalusugan o pagsaklaw sa inireresetang gamot bilang karagdagan sa aming plano, kailangan ninyong sabihin sa amin.** Malalaman ninyo sa Kabanata 1 ang tungkol sa pagkokoordina ng mga benepisyong ito.

- **Sabihin sa inyong doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo na nakatala kayo sa aming plano.** Ipakita ang inyong card ng membership at inyong card ng California Medi-Cal (Medicaid) sa tuwing kukunin ninyo ang inyong medikal na pangangalaga o Part D na mga inireresetang gamot.
- **Tulungan ninyo ang inyong mga doktor at tagapagbigay ng serbisyo na tulungan kayo sa pamamagitan ng pagbibigay sa kanila ng impormasyon, pagtatanong, at pagpapatuloy ng inyong pangangalaga.**
  - Para tumulong na makakuha ng pinakamahusay na pangangalaga, sabihin sa inyong doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalaga ang tungkol sa inyong mga problema sa kalusugan. Sundin ang mga plano at tagubilin sa paggamot na pinagkasunduan ninyo ng inyong mga doktor.
  - Tiyaking alam ng inyong mga doktor ang lahat ng gamot na iniinom ninyo, kabilang ang mga nabibili nang walang reseta na gamot, bitamina, at supplement.
  - Kung mayroon kayong anumang tanong, tiyaking magtanong at makakuha ng sagot na nauunawaan ninyo. Tungkulin ninyong unawain ang inyong mga problema sa kalusugan at tumulong na magtakda ng mga layunin ng paggamot na pinagkasunduan ninyo ng inyong doktor.
- **Maging maunawain.** Inaasahan namin na igagalang ng lahat ng aming miyembro ang mga karapatan ng ibang pasyente. Inaasahan naming kikilos kayo sa paraang makakatulong sa maayos na pagpapatakbo ng tanggapan ng inyong doktor, mga ospital, at iba pang tanggapan.
- **Bayaran ang dapat ninyong bayaran.** Bilang miyembro ng plano, tungkulin ninyong bayaran ang mga sumusunod:
  - Patuloy dapat ninyong bayaran ang mga premium ng inyong Medicare upang manatiling miyembro ng aming plano.
  - Kung inatasan kayong magbayad ng karagdagang halaga para sa Part D dahil sa inyong mas malaking sahod (ayon sa nakaulat sa inyong huling tax return), dapat ninyong bayaran nang direkta ang karagdagang halaga sa pamahalaan upang mapanatili kayong miyembro ng plano.
- **Kung lilipat kayo *sa loob* ng aming sineserbisyuhang lugar na plano, kailangan pa rin namin itong malaman** upang mapanatili namin ang tala ng inyong membership at malaman namin kung paano makikipag-ugnayan sa inyo.
- ***Kung lilipat kayo* sa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano, hindi kayo maaaring manatiling miyembro ng aming plano.**
- Kung lilipat kayo, mahalaga ring sabihin ito sa Panlipunang Seguridad (o sa Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles).

KABANATA 9:

Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

SEKSYON 1 Panimula

Seksyon 1.1 Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga proseso sa pangangasiwa ng mga problema at alalahanin. Ang prosesong ginagamit ninyo upang pangasiwaan ang inyong problema ay nakabatay sa dalawang bagay:

1. Kung ang inyong problema ay tungkol sa mga benepisyong sinasaklaw ng Medicare o Medicaid. Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpapasya kung gagamitin ninyo ang proseso ng Medicare o ang proseso ng Medicaid, o pareho, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.
2. Ang uri ng problemang mayroon kayo:
    - Para sa ilang mga problema, kailangan ninyong gamitin ang proseso para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela.
    - Para sa iba pang problema, kailangan ninyong gamitin ang proseso para sa paghahain ng mag reklamo; na tinatawag ding mga karaingan.

Inaprubahan ng Medicare ang mga prosesong ito. Ang bawat proseso ay mayroong pangkat ng mga panuntunan, pamamaraan, at deadline na dapat naming sundin at gayundin kayo.

Ang gabay sa Seksyon 3 ang tutulong sa inyong tukuyin ang tamang prosesong gagamitin at kung ano ang gagawin ninyo.

Seksyon 1.2 Ano ang mga legal na termino?

May mga legal na termino para sa ilang panuntunan, pamamaraan, at uri ng mga deadline na ipinaliwanag sa kabanatang ito. Marami sa mga terminong ito ang hindi pamilyar para sa karamihan sa mga tao at maaaring mahirap unawain. Para gawing mas madali ang mga bagay-bagay, ang kabanatang ito ay:

- Gumagamit ng mga mas simpleng salita kapalit ng ilang partikular na legal na termino. Halimbawa, sa pangkalahatan ay paghahain ng reklamo ang sinasabi ng kabanatang ito sa halip na paghahain ng karaingan, pagpapasya sa pagsaklaw sa halip na pagpapasya ng organisasyon o desisyon sa pagsaklaw, o pagpapasya ukol sa nasa panganib, at Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri sa halip na Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri.
- Hangga't maaari, madalang itong gumagamit ng mga pagdadaglat.

Gayunpaman, maaari itong makatulong – at kung minsan ay mahalaga – para malaman ninyo ang mga tamang legal na termino. Kapag alam ninyo kung aling mga termino ang gagamitin, matutulungan kayo nitong makipag-ugnayan sa mas tumpak na paraan para makuha ang tamang

tulong o impormasyon para sa inyong sitwasyon.. Upang matulungan kayong malaman kung aling mga termino ang gagamitin, nagsasama kami ng mga legal na termino kapag ibinibigay namin ang mga detalye para sa pangangasiwa ng mga partikular na sitwasyon.

SEKSYON 2 Saan makakakuha ng higit pang impormasyon at nakapersonal na tulong

Narito kami palagi upang tulungan kayo. Kahit na mayroon kayong reklamo tungkol sa paggamot namin sa inyo, obligado kaming igalang ang inyong karapatang magreklamo. Ibig sabihi, dapat ay palagi kayong makipag-ugnayan sa serbisyo sa kostumer para sa tulong. Ngunit sa ilang sitwasyon, maaaring gusto ninyo ng tulong o gabay mula sa isang taong hindi nauugnay sa amin. Nsa ibaba ang dalawang entidad na puwedeng makatulong sa inyo.

Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan (SHIP).

Ang bawat estado ay mayroong programa ng pamahalaan na may mga tagapagpayong may kasanayan. Hindi konektado ang programang ito sa amin o sa alinmang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Matutulungan kayo ng mga tagapayo sa programang ito na maunawaan kung aling proseso ang dapat ninyong gamitin upang maayos ang inyong problema. Maaari rin nilang sagutin ang inyong mga tanong, bigyan kayo ng higit pang impormasyon, at mag-alok ng patnubay sa gagawin.

Libre ang mga serbisyo ng mga tagapayo ng SHIP. Matatagpuan ninyo ang mga numero ng telepono at mga URL ng website sa Kabanata 2, Seksyon 3 ng dokumento na ito.

Medicare

Puwede rin kayong makipag-ugnayan sa Medicare para makakuha ng tulong. Para makipag-ugnayan sa Medicare:

- Maaari kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Maaari ninyong bisitahin ang website ng Medicare (www.medicare.gov).

Makakakuha rin kayo ng tulong at impormasyon mula sa California Medi-Cal (Medicaid).

Pamamaraan	California Medi-Cal (Medicaid) (Programang Medicaid ng California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 8 a.m. - 5 p.m. PT, Lunes - Biyernes

Pamamaraan	California Medi-Cal (Medicaid) (Programang Medicaid ng California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TTY	1-800-430-7077 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lamang sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pagsasalita.
SUMULAT	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
WEBSITE	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

SEKSYON 3 Upang maayos ang inyong problema, aling proseso ang dapat ninyong gamitin?

Dahil mayroon kayong Medicare at nakakakuha kayo ng tulong mula sa California Medi-Cal (Medicaid), mayroon kayong iba't ibang prosesong magagamit upang pangasiwaan ang inyong problema o reklamo. Nakabatay ang kung aling proseso ang inyong ginagamit sa kung ang problema ay tungkol sa mga benepisyo ng Medicare o mga benepisyo ng California Medi-Cal (Medicaid). Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang benepisyong sinasaklaw ng Medicare, dapat ninyong gamitin ang proseso ng Medicare. Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang benepisyong sinasaklaw ng California Medi-Cal (Medicaid), dapat ninyong gamitin ang proseso ng California Medi-Cal (Medicaid). Kung gusto ninyo ng tulong sa pagpapasya sa kung gagamitin ninyo ang proseso ng Medicare o ang proseso ng California Medi-Cal (Medicaid), mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Ang proseso ng Medicare at proseso ng California Medi-Cal (Medicaid) ay inilalarawan sa iba't ibang bahagi ng kabanatang ito. Upang alamin kung aling bahagi ang dapat ninyong basahin, gamitin ang chart sa ibaba.

Ang inyo bang problema ay tungkol sa mga benepisyo ng Medicare o mga benepisyo ng Medicaid?

Kung gusto ninyo ng tulong sa pagpapasya kung ang inyong problema ay tungkol sa mga benepisyo ng Medicare o mga benepisyo ng Medicaid, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Ang aking problema ay tungkol sa mga benepisyo ng **Medicare**.

Pumunta sa susunod na seksyon ng kabanatang ito, **Seksyon 4, Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo ng Medicare.**

Ang aking problema ay tungkol sa mga **pagsaklaw ng** Medicaid.

Lumaktaw papunta sa **Seksyon 12** ng kabanatang ito, **Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo ng Medicaid.**

MGA PROBLEMA TUNGKOL SA INYONG MGA BENEPISYO NG MEDICARE

SEKSYON 4 Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo ng Medicare

Seksyon 4.1 Dapat ba ninyong gamitin ang proseso para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela? O dapat ninyong gamitin ang proseso para sa paghahain ng mga reklamo?

Kung mayroon kayong problema o inaalala, kailangan lang ninyong basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na nalalapat sa inyong sitwasyon. Tutulong sa inyo ang chart sa ibaba na mahanap ang tamang seksyon ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo tungkol sa **mga benepisyong sinasaklaw ng Medicare**.

Upang malaman kung aling bahagi ng kabanatang ito ang tutulong sa inyong problema o alalahanin tungkol sa inyong mga benepisyo ng Medicare, gamitin ang chart na ito:

Ang problema o alalahanin ba ninyo ay tungkol sa inyong mga benepisyo o sa pagsaklaw?

Kasama rito ang mga problema tungkol sa kung sasakupin ba o hindi ang pangangalagang medikal (mga medikal na item, mga serbisyo, at/o mga Part B na inireresetang gamot), ang paraan ng pagsakop sa mga ito, at ang mga problemang may kaugnayan sa pagbabayad para sa pangangalagang medikal.

Oo.

Pumunta sa susunod na seksyon ng kabanatang ito, **Seksyon 5, Isang gabay sa mga batayan ng mga desisyon sa pagsaklaw at apela.**

Hindi.

Lumaktaw papuntang **Seksyon 11** sa dulo ng kabanatang ito: **Paano maghain ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga panahon ng paghihintay, serbisyo sa kostumer, o iba pang alalahanin.**

SEKSYON 5 Isang gabay sa mga batayan ng mga desisyon sa pagsaklaw at apela

Seksyon 5.1 Paghingi ng mga desisyon sa pagsaklaw at paghahain ng mga apela: sa kabuuan

Mga desisyon at apela sa pagsaklaw na may kinalaman sa mga problemang nauugnay sa inyong mga benepisyo at pagsaklaw para sa medikal na pangangalaga (mga serbisyo, item, at inireresetang gamot sa Part B, kabilang ang pagbabayad). Para panatilihing simple ang mga bagay-bagay, karaniwan naming tinutukoy ang mga medikal na item, serbisyo, at inireresetang gamot sa Medicare Part B **bilang medikal na pangangalaga**. Ang proseso ng pagpapasya ng desisyon at apela ang inyong gagamitin para sa mga isyu tulad ng kung sinasaklaw o hindi ang isang bagay at sa aling paraan sinasaklaw ang isang bagay.

Paghingi ng mga desisyon sa pagsaklaw bago makatanggap ng mga benepisyo

Ang desisyon sa pagsaklaw ay desisyon na ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at pagsaklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa inyong mga medikal na pangangalaga. Halimbawa, kung na-refer kayo ng inyong doktor na nasa network ng plano sa isang medikal na espesyalistang wala sa network, itinuturing na makakabuting desisyon sa pagsaklaw ang referral na ito maliban na lang kung maipapakita ng inyong doktor na nasa network na nakatanggap kayo ng karaniwang abiso ng pagtanggi para sa medikal na espesyalistang ito, o nilinaw ng Katibayan ng Pagsaklaw na hinding hindi sasaklawin ang naturang na-refer na serbisyo sa ilalim ng anumang kundisyon. Maaari kayo o ang inyong doktor na makipag-ugnayan sa amin at humiling ng desisyon sa pagsaklaw kung hindi sigurado ang inyong doktor kung sasaklawin namin o hindi ang isang partikular na medikal na serbisyo o tatanggihan naming ang pagbibigay ng medikal na pangangalagang sa tingin ninyo ay kailangan ninyo. Sa madaling salita, kung gusto ninyong malaman kung sasaklaw kami ng medikal na pangangalaga bago ninyo ito matanggap, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw para sa inyo. Sa mga limitadong pagkakataon, nadi-dismiss ang kahilingan para sa desisyon sa pagsaklaw, ibig sabihin, hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa kung kailan nadi-dismiss ang kahilingan ay kapag ito ay hindi kumpleto, kung ibang tao ang humiling para sa inyo pero wala siyang legal na awtorisasyong gawin ito, o kung hiniling ninyo na bawiin ang kahilingan. Kung magdi-dismiss kami ng kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw, magpapadala kami ng abisong nagpapaliwanag kung bakit na-dismiss ang kahilingan at kung paano hihiling na suriin ang dismissal.

Gumagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw para sa inyo tuwing magdedesisyon kami kung ano ang sinasaklaw para sa inyo at kung magkano ang babayaran namin. Sa ilang kaso, puwede naming mapagpasyahan na ang medikal na pangangalaga ay hindi saklaw o hindi na sinasaklaw ng Medicare para sa inyo. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng apela.

Maghain ng apela

Kung gagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw at hindi sapat sa inyo ang desisyong ito, bago o pagkatapos man matanggap ang benepisyo, maaari ninyong **iapela** ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin namin ang aming desisyon. Sa ilalim ng mga partikular na pagkakataon, na tatalakayin natin mamaya, maaari kayong humiling ng pinabilis o **mabilisang apela** ng desisyon sa pagsaklaw. Ibang reviewer kumpara sa gumawa ng orihinal na desisyon ang nangangasiwa ng inyong apela.

Kapag nag-apela kayo ng desisyon sa unang pagkakataon, tinatawag itong Antas 1 na apela. Sa apelang ito, sinusuri namin ang desisyon sa pagsaklaw na ginawa namin upang tingnan kung sinunod namin nang tama ang mga panuntunan. Kapag nakumpleto na namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa inyo ang aming nakasulat na desisyon.

Sa mga limitadong pagkakataon, nadi-dismiss ang kahilingan para sa Antas 1 na Apela, ibig sabihin, hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa kung kailan nadi-dismiss ang kahilingan ay kapag ito ay hindi kumpleto, kung ibang tao ang humiling para sa inyo pero wala siyang legal na awtorisasyong gawin ito, o kung hiniling ninyo na bawiin ang kahilingan. Kung magdi-dismiss kami ng kahilingan para sa isang Antas 1 na apela, magpapadala kami ng abisong nagpapaliwanag kung bakit na-dismiss ang kahilingan at kung paano hihiling na suriin ang dismissal.

Kung tatanggihan namin ang lahat o isang bahagi ng inyong Antas 1 na apela para sa medikal na pangangalaga, awtomatikong mapupunta ang inyong apela sa Antas 2 na apela na isasagawa ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na hindi konektado sa amin.

- Wala kayong kailangang gawin para magsimula ng Antas 2 na apela. Kinakailangan sa mga panuntunan ng Medicare na awtomatiko naming ipadala ang inyong apela para sa medikal na pangangalaga sa Antas 2 kung hindi kami ganap na sumasang-ayon sa inyong Antas 1 na apela.
- Tingnan ang **Seksyon 6.4** ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga Antas 2 na apela.
- Para sa mga pag-apela sa gamot sa Part D, kung tatanggihan namin ang lahat o isang bahagi ng inyong apela, kakailanganin ninyong humiling ng Antas 2 na apela. Higit na tinatalakay ang mga apela sa Part D sa Seksyon 7 ng kabanatang ito.

Kung hindi kayo nasisiyahan sa desisyon sa Antas 2 na apela, baka puwede kayong magpatuloy sa mga karagdagang antas ng pag-apela (ipinapaliwanag ng Seksyon 10 sa kabanatang ito ang mga proseso ng Antas 3, 4, at 5 na apela).

Seksyon 5.2 Paano makakuha ng tulong kapag hihingi kayo ng desisyon sa pagsaklaw o maghahain ng apela

Narito ang mga sanggunian kung magpapasya kayong humiling ng anumang uri ng desisyon sa pagsaklaw o umapela sa isang desisyon:

- Puwede ninyo kaming **tawagan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro**.
- Maaari kayong **humingi ng libreng tulong** mula sa inyong Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan.
- **Maaaring ang doktor ninyo ang humiling para sa inyo.** Kung tumutulong ang inyong doktor sa isang apela na lampas sa Antas 2, kakailanganin niyang maitalaga bilang inyong kinatawan. Mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro at hilingin ang form para sa *Pagtatalaga ng Kinatawan*. (Available din ang form na ito sa website ng Medicare sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.)
    - Para sa medikal na pangangalaga, maaaring ang doktor ninyo ang humingi ng desisyon sa pagsaklaw o ng Antas 1 na apela sa ngalan ninyo. Kung matatanggihan ang inyong apela sa Antas 1, awtomatiko itong dadalhin sa Antas 2.
    - Para sa mga inireresetang gamot ng Part D, maaaring humiling ang doktor o iba pang tagapagreseta ninyo ng desisyon sa pagsaklaw o ng Antas 1 na apela sa ngalan ninyo. Kung tinanggihan ang inyong Antas 1 na apela, puwedeng humiling ang inyong doktor o tagapagreseta ng Antas 2 na apela.
- **Maaari ninyong hilingin sa isang tao na kumilos sa ngalan ninyo.** Kung gusto ninyo, maaari kayong magpangalan ng ibang taong kikilos para sa inyo bilang inyong **kinatawan** upang humingi ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela.
    - Kung gusto ninyong maging kinatawan ang isang kaibigan, kamag-anak, o ibang tao, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at humiling ng form na Pagtatalaga ng Kinatawan. (Available din ang form na ito sa website ng Medicare sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.) Nagbibigay ang form ng pahintulot sa taong iyon na kumilos sa ngalan ninyo. Dapat kayong lumagda rito at pati ang taong gusto ninyong kumilos sa ngalan ninyo. Dapat ninyo kaming bigyan ng kopya ng nalagdaang form.
    - Bagama't matatanggap namin ang kahilingan sa apela nang hindi kasama ang form, hindi namin masisimulan o makukumpleto ang aming pagsusuri hanggang sa matanggap namin ito. Kung hindi namin matatanggap ang form sa loob ng 44 na araw ng kalendaryo makaraang matanggap ang inyong kahilingan sa apela (ang deadline namin sa paggawa ng desisyon tungkol sa inyong apela), hindi na diringgin ang inyong kahilingan sa apela. Kung mangyayari ito, magpapadala kami

sa inyo ng abiso sa sulat na nagpapaliwanag ng inyong karapatang humiling sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na suriin ang desisyon naming hindi dinggin ang inyong apela.

- **May karapatan din kayong kumuha ng abogado.** Maaari kayong makipag-ugnayan sa inyong sariling abogado, o kumuha ng pangalan ng abogado sa inyong lokal na samahan ng mga abogado o sa iba pang serbisyo ng referral. May mga pangkat na makapagbibigay sa inyo ng mga libreng legal na serbisyo kung kwalipikado kayo. Gayunpaman, **hindi ninyo kailangang kumuha ng abogado** upang humiling ng anumang uri ng desisyon sa pagsaklaw o umapela sa isang desisyon.

Seksyon 5.3 Aling seksyon ng kabanatang ito ang nagbibigay ng mga detalye para sa inyong sitwasyon?

Mayroong apat na magkakaibang sitwasyon na kinasasangkutan ng mga desisyon sa pagsaklaw at mga apela. Dahil may iba't ibang panuntunan at huling araw na nakatakda para sa bawat sitwasyon, ibinibigay namin ang mga detalye para sa bawat isa sa hiwalay na seksyon:

- **Seksyon 6** ng kabanatang ito: Ang inyong medikal na pangangalaga: Paano humingi ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela
- **Seksyon 7** ng kabanatang ito: Ang inyong mga inireresetang gamot sa Part D: Paano humingi ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela
- **Seksyon 8** ng kabanatang ito: Paano hihilingin sa aming saklawin ang mas matagal na pananatili sa ospital ng pasyenteng naka-confine kung sa palagay ninyo ay masyado pang maaga para palabasin kayo ng doktor
- **Seksyon 9** ng kabanatang ito: Paano hihilingin sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na medikal na serbisyo kung sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong pagsaklaw (*Nalalapat lang ang mga ito sa mga sumusunod na serbisyo*: pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pasilidad ng may kasanayang pangangalaga, at mga Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF) na serbisyo)

Kung hindi kayo sigurado kung aling seksyon ang dapat ninyong gamitin, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Puwede rin kayong makakuha ng tulong o impormasyon mula sa mga organisasyon ng pamahalaan tulad ng Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan

SEKSYON 6 Ang inyong medikal na pangangalaga: Paano humingi ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela ng desisyon sa pagsaklaw

Seksyon 6.1 Isinasaad sa seksyong ito kung ano ang dapat gawin kung may mga problema kayo sa pagsaklaw para sa medikal na pangangalaga o kung gusto ninyong bayaran namin kayo para sa aming bahagi sa gastusin sa inyong pangangalaga

Ang seksyong ito ay tungkol sa inyong mga benepisyo para sa medikal na pangangalaga. Ang mga benepisyong ito ay inilalarawan sa Kabanata 4 ng dokumento na ito: *Chart ng mga Medikal na Benepisyo (ano ang sinasaklaw)*. Sa ilang sitwasyon, nalalapat ang iba-ibang panuntunan sa kahilingan para sa isang inireresetang gamot ng Part B. Sa mga sitwasyong iyon, ipapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga inireresetang gamot ng Part B mula sa mga panuntunan para sa mga medikal na item at serbisyo.

Nakasaad sa seksyong ito kung ano ang maaari ninyong gawin kung mararanasan ninyo ang alinman sa limang sumusunod na sitwasyon:

1. Hindi kayo nakakatanggap ng partikular na medikal na pangangalagang gusto ninyo, at naniniwala kayong sinasaklaw ng aming plano ang pangangalagang ito. **Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 6.2.**

2. Hindi aaprubahan ng aming plano ang medikal na pangangalagang gustong ibigay sa inyo ng inyong doktor o iba pang medikal na tagapagbigay ng serbisyo, at naniniwala kayong sinasaklaw ng plano ang pangangalagang ito. **Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 6.2.**

3. Tumanggap kayo ng medikal na pangangalaga na sa paniniwala ninyo ay dapat saklawin ng plano, ngunit sinabi naming hindi kami magbabayad para sa pangangalagang ito. **Maghain ng apela. Seksyon 6.3.**

4. Tumanggap at nagbayad kayo ng medikal na pangangalaga na sa paniniwala ninyo ay dapat saklawin ng plano, at gusto ninyong hilingin sa aming plano na bayaran kayo sa nagastos ninyo para sa pangangalagang ito. **Ipadala sa amin ang bill. Seksyon 6.5.**

5. Sinabihan kayong babawasan o itititigil na ang pagsaklaw para sa partikular na medikal na pangangalagang natatanggap ninyo na dati nang naaprubahan, at sa palagay ninyo, maaaring makasama sa inyong kalusugan ang pagkabawas o pagkatigil ng pangangalagang ito. **Maghain ng apela. Seksyon 6.3.**

Tandaan: Kung ang itititigil na pagsaklaw ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pasilidad ng may kasanayang pangangalaga, o Komprehensibong

Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF), kailangan ninyong basahin ang Seksyon 8 at 9 ng Kabanatang ito. May mga espesyal na pantuntunang nalalapat sa ganitong mga uri ng pangangalaga.

Seksyon 6.2 Sunod-sunod na hakbang: Paano humingi ng desisyon sa pagsaklaw

Mga Legal na Termino
Kapag nauugnay ang desisyon sa pagsaklaw sa inyong medikal na pangangalaga, tinatawag itong **pagpapasya ng organisasyon.** Ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw ay tinatawag na **pinabilis na pagpapasya.**

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan ninyo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

Karaniwang ginagawa ang isang karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa loob ng 14 na araw o 72 oras para sa Part B na mga gamot. Karaniwang ginagawa ang isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw sa loob ng 72 oras, para sa mga medikal na serbisyo, o 24 na oras para sa Part B na mga gamot. Upang makakuha ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, dapat ninyong matugunan ang dalawang kinakailangan:

- Pagsaklaw para sa mga medikal na item at/o serbisyo *lang ang puwede ninyong hilingin* (hindi puwede ang mga kahilingan para sa pagbabayad para sa mga item at/o serbisyong ntatanggap na).
- Maaari lang kayong humingi ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw kung *lubhang makakapinsala sa inyong kalusugan o makakasama sa kakayahan ninyong gumalaw* ang pagsunod sa mga karaniwang deadline.
- **Kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kinakailangan sa kundisyon ng kalusugan ninyo ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw, awtomatiko naming sasang-ayunan ang pagbibigay sa inyo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw.**
- **Kung kayo lang mismo ang hihingi ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, nang walang suporta ng inyong doktor, magdedesisyon kami kung kinakailangan sa kundisyon ng kalusugan ninyo na mabigyan kayo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw.** Kung hindi namin aaprubahan ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw, papadalhan namin kayo ng sulat na:
    - Nagpapaliwanag na gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.
    - Paliwanag na kung hihingi ang inyong doktor ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, awtomatiko naming ibibigay ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

- Paliwanag na maaari kayong makakapaghain ng mabilis na reklamo tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na mabilisang desisyon sa pagsaklaw na inyong hiniling.

Hakbang 2: Hilingin sa aming plano na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw o mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

- Simulan sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o pag-fax sa aming plano ng kahilingan ninyong pahintulutan o ipagkaloob ang pagsaklaw para sa medikal na pangangalagang gusto ninyo. Ito ay magagawa ninyo, ng inyong doktor, o ng inyong kinatawan. May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.

Hakbang 3: Pag-iisipan namin ang tungkol sa kahilingan ninyo para sa pagsaklaw sa medikal na pangangalaga at magbibigay kami sa inyo ng sagot namin.

Para sa mga karaniwang desisyon sa pagsaklaw, ginagamit namin ang mga karaniwang deadline.

Nangangahulugan itong magbibigay kami sa inyo ng sagot sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan **para sa isang medikal na item o serbisyo.** Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang **inireresetang gamot ng Medicare Part B**, bibigyan namin kayo ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.

- **Gayunpaman,** kung hihiling kayo ng karagdagang oras, o kung kakailanganin naming mangalap ng higit pang impormasyong makakatulong sa inyo, **maaaring abutin kami nang hanggang 14 pang araw ng** kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung kailangan pa namin ng mga karagdagang araw, sasabihin namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng dagdag na panahon upang magpasya kung ang inyong kahilingan ay para sa isang inireresetang gamot ng Medicare Part B.
- Kung naniniwala kayong *hindi* dapat kami gumamit ng mga karagdagang araw, puwede kayong maghain ng mabilisang reklamo. Bibigyan namin kayo ng sagot sa inyong reklamo sa sandaling magawa namin ang desisyon. (Naiiba ang proseso ng paghahain ng reklamo sa proseso ng mga desisyon sa pagsaklaw at apela. Tingnan ang Seksyon 11 ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon sa mga reklamo.)

Para sa mga Mabilisang Desisyon sa Pagsaklaw, gumagamit kami ng pinabilis na timeframe

Ang ibig sabihin ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw ay sasagot kami sa loob ng 72 oras kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang inireresetang gamot ng Medicare Part B, sasagot kami sa loob ng 24 na oras.

- **Gayunpaman,** kung hihiling kayo ng karagdagang oras, o kung kakailanganin naming mangalap ng higit pang impormasyong makakatulong sa inyo, **maaaring abutin**

kami nang hanggang 14 pang araw ng kalendaryo. Kung kailangan pa namin ng mga karagdagang araw, sasabihin namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng dagdag na panahon upang magpasya kung ang inyong kahilingan ay para sa isang inireresetang gamot ng Medicare Part B.

- Kung naniniwala kayong hindi dapat kami gumamit ng mga karagdagang araw, puwede kayong maghain ng mabilisang reklamo. (Basahin ang Seksyon 11 ng kabanatang ito para sa impormasyon sa mga reklamo.) Tatawagan namin kayo sa sandaling magawa namin ang desisyon.
- **Kung hindi ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling**, magpapadala kami sa inyo ng pahayag sa sulat na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin.

Hakbang 4: Kung hindi ang isasagot namin sa inyong kahilingan sa pagsaklaw para sa medikal na pangangalaga, puwede kayong maghain ng apela.

- Kung sasabihin naming hindi, may karapatan kayong hilingin sa aming baguhin ang pasyang ito sa pamamagitan ng pag-apela. Ang ibig sabihin nito ay muling paghiling na makuha ang pagsaklaw sa medikal na pangangalagang gusto ninyo. Kung kayo ay maghahain ng apela, nangangahulugan itong uusad kayo sa Antas 1 ng proseso ng mga apela.

Seksyon 6.3 Sunod-sunod na hakbang: Paano maghain ng Antas 1 na Apela

Mga Legal na Termino
Ang isang apela sa plano tungkol sa desisyon sa pagsaklaw sa medikal na pangangalaga ay tinatawag na **muling pagsasaalang-alang** sa plano. Ang *mabilisang apela* ay tinatawag ding **pinabilis na muling pagsasaalang-alang.**

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan ninyo ng karaniwang apela o mabilisang apela.

Karaniwang ginagawa ang isang karaniwang apela sa loob ng 30 araw o 7 araw para sa Part B na mga gamot. Ang mabilisang apela ay ginagawa sa loob ng 72 na oras.

- Kung umaapela kayo sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa pagsaklaw sa pangangalagang hindi pa ninyo natanggap, kayo at/o ang inyong doktor ay kailangang magpasya kung kailangan ninyo ng mabilisang apela. Kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kinakailangan ng mabilisang apela, ibibigay namin sa inyo ang mabilisang apela.
- Ang mga kinakailangan sa pagkuha ng mabilisang apela ay kapareho lang ng mga kinakailangan sa paghingi ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw sa Seksyon 6.2 ng kabanatang ito.

Hakbang 2: Humiling sa aming plano ng Apela o Mabilisang Apela

- **Kung maghahain kayo ng karaniwang apela, isumite ang inyong karaniwang apela sa sulat**. May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.

- **Kung humihiling kayo ng mabilis na apela, umapela kayo sa sulat o tumawag sa amin.** May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.

- **Dapat kayong magsumite ng inyong kahilingan sa apela sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** mula sa petsa ng abiso sa sulat na ipinadala namin upang sabihin sa inyo ang aming sagot sa kahilingan ninyo para sa desisyon sa pagsaklaw. Kung hindi ninyo mahahabol ang deadline na ito at mayroon kayong magandang dahilan para dito, ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela kapag umapela kayo. Puwede namin kayong bigyan ng higit pang oras para makapag-apela kayo. Mga halimbawa ng magandang dahilan kaya hindi ninyo nagawang makipag-ugnayan sa amin ay nagkaroon kayo ng malubhang karamdaman o hindi tama o hindi kumpleto ang impormasyong ibinigay namin sa inyo tungkol sa deadline sa paghiling ng apela.

- **Puwede kayong humiling ng kopya ng impormasyon kaugnay ng inyong medikal na desisyon. Kayo at ang inyong doktor ay maaari ring magbigay ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.**

Hakbang 3: Isasaalang-alang namin ang inyong apela at bibigyan namin kayo ng aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang inyong apela, tinitingnan namin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyon. Titingnan namin kung sinusunod namin ang lahat ng panuntunan noong sumagot kami ng hindi sa inyong kahilingan.
- Mangangalap kami ng higit pang impormasyon kung kinakailangan, kung saan posibleng makipag-ugnayan sa inyo o sa inyong doktor.

Mga deadline para sa mabilisang apela

- Para sa mga mabilis na apela, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong apela.** Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan.
    - Kung hihiling kayo ng karagdagang oras, o kung kakailanganin naming mangalap ng higit pang impormasyong makakatulong sa inyo, maaaring abutin kami nang hanggang 14 pang araw ng kalendaryo kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung kailangan pa namin ng mga karagdagang araw, sasabihin namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras kung ang inyong kahilingan ay para sa iniresetang gamot ng Medicare Part B.

- Kung hindi kami magbibigay sa inyo ng sagot sa loob ng 72 oras (o bago matapos ang karagdagang yugto ng panahon kung mangangailangan kami ng mga karagdagang araw), kinakailangan namin na awtomatikong ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipinapaliwanag sa Seksyon 6.4 ang proseso ng Antas 2 na apela.

- **Kung oo ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw na napagpasyahan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- **Kung hindi ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling**, ipapadala namin sa inyo ang aming desisyon sa sulat at awtomatiko naming ipapadala ang inyong apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa Antas 2 na apela. Aabisuhan kayo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa pasulat na paraan kapag natanggap nito ang inyong apela.

Mga deadline para sa karaniwang apela

- Para sa mga karaniwang apela, dapat kaming tumugon sa inyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang inyong apela. Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang inireresetang gamot ng Medicare Part B na hindi pa ninyo natatanggap, bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 7 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong apela. Ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon nang mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan.
  - Gayunpaman, kung hihiling kayo ng karagdagang oras, o kung kakailanganin naming mangalap ng higit pang impormasyong makakatulong sa inyo, **maaaring abutin kami nang hanggang 14 pang araw ng kalendaryo** kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung kailangan pa namin ng mga karagdagang araw, sasabihin namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng dagdag na panahon upang magpasya kung ang inyong kahilingan ay para sa isang inireresetang gamot ng Medicare Part B.
  - Kung naniniwala kayong hindi dapat kami gumamit ng mga karagdagang araw, puwede kayong maghain ng mabilisang reklamo. Kapag maghahain kayo ng mabilisang reklamo, magbibigay kami ng sagot sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras. (Tingnan ang Seksyon 11 ng kabanatang ito para sa impormasyon sa reklamo.)
  - Kung hindi namin kayo bibigyan ng sagot hanggang sa deadline (o hanggang sa katapusan ng karagdagang yugto ng panahon), ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 na apela, kung saan susuriin ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang apela. Ipinapaliwanag sa Seksyon 6.4 ang proseso ng Antas 2 na apela.

- **Kung oo ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw sa loob ng 30 araw ng kalendaryo kung ang inyong kahilingan ay para sa medikal na item o serbisyo, o **sa loob ng 7 araw ng kalendaryo** kung ang inyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot ng Medicare Part B.

Kung hindi ang isasagot ng aming plano sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling, awtomatiko naming ipapadala ang inyong apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa Antas 2 na apela.

Section 6.4 Sunod-sunod na hakbang: Paano isinasagawa ang Antas 2 na apela

Legal na Termino
Ang pormal na pangalan para sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay **Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri.** Tinatawag ito minsang **IRE.**

Ang **hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay isang hiwalay na organisasyong kinuha ng Medicare**. Hindi ito konektado sa amin at hindi ito ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang nagpapasya kung tama o dapat bang baguhin ang naging desisyon namin. Pinangangasiwaan ng Medicare ang gawain nito.

Hakbang 1: Sinusuri ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang inyong apela.

- Ipapadala namin sa organisasyong ito ang impormasyon tungkol sa inyong apela. Tinatawag ang impormasyong ito na inyong **dokumento ng kaso. May karapatan kayong humingi sa amin ng kopya ng inyong dokumento ng kaso.**
- May karapatan kayong magbigay sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ng karagdagang impormasyon upang masuportahan ang inyong apela.
- Susuriing mabuti ng mga tagasuri sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Kung nagkaroon kayo ng mabilisang apela sa Antas 1, magkakaroon din kayo ng mabilisang apela sa Antas 2

- Dapat tugunan ng organisasyon sa pagsusuri ang inyong mabilis na apela sa Antas 2 **sa loob ng 72 oras** pagkatapos nitong matanggap ang inyong apela.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo at kailangan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na mangalap ng higit pang impormasyon na maaaring makatulong sa inyo, **maaaring abutin ito nang hanggang 14 pang araw ng kalendaryo**. Hindi maaaring maglaan ng dagdag na panahon ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri upang magpasya kung ang inyong kahilingan ay para sa isang inireresetang gamot ng Medicare Part B.

Kung nagkaroon kayo ng karaniwang apela sa Antas 1, magkakaroon din kayo ng karaniwang apela sa Antas 2

- Para sa karaniwang apela kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo, dapat tugunan ng organisasyon sa pagsusuri ang inyong Antas 2 na apela **sa loob ng 30 araw ng kalendaryo** pagkatapos nitong matanggap ang inyong apela.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot ng Medicare Part B, dapat tugunan ng organisasyon sa pagsusuri ang inyong Antas 2 na apela **sa loob ng 7 araw ng kalendaryo**pagkatapos nitong matanggap ang inyong apela.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo at kailangan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na mangalap ng higit pang impormasyon na maaaring makatulong sa inyo, **maaaring abutin ito nang hanggang 14 pang araw ng kalendaryo**. Hindi maaaring maglaan ng dagdag na panahon ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri upang magpasya kung ang inyong kahilingan ay para sa isang inireresetang gamot ng Medicare Part B.

Hakbang 2: Ibibigay sa inyo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang sagot nito.

Sasabihin sa inyo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang desisyon nito sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag nito ang mga dahilan ng desisyon.

- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling para sa isang medikal na item o serbisyo**, dapat naming pahintulutan ang pagsaklaw sa medikal na pangangalaga **sa loob ng 72 oras** o ibigay ang serbisyo sa loob ng **14 na araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa mga karaniwang kahilingan o pagbigay ng serbisyo **sa loob ng 72 oras** mula sa petsang natanggap namin ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa **mga pinabilis na kahilingan**.

- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling para sa isang inireresetang gamot ng Medicare Part B**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang inireresetang gamot ng Part B **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa **mga karaniwang kahilingan** o sa loob ng **24 na oras** mula sa petsang natanggap namin ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa **mga pinabilis na kahilingan**.

- **Kung hindi ang isasagot ng organisasyong ito sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong apela**, ibig sabihin nito ay sumasang-ayon sila sa aming plano na hindi dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o ang bahagi ng inyong kahilingan) para sa pagsaklaw sa medikal na pangangalaga. (Tinatawag itong **paninindigan sa desisyon. o pagtanggi sa inyong apela**). Sa sitwasyong ito, papadalhan kayo ng sulat ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na:

- Nagpapaliwanag sa desisyong ito.
- Nag-aabiso sa inyo sa tamang Antas 3 na apela kung natutugunan ng halaga sa dolyar ng pagsaklaw sa medikal na pangangalaga na hinihiling ninyo ang isang partikular na minimum. Sasabihin sa inyo sa abisong matatanggap ninyo mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang kinakailangang dolyar na halaga upang makapagpatuloy sa proseso ng mga apela.
- Nagsasabi sa inyo kung paano maghain ng Antas 3 na apela.

Hakbang 3: Kung makakatugon ang inyong kaso sa mga kinakailangan, kayo ang magpapasya kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas na antas ang inyong apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang limang antas ng apela). Kung magpapasya kayong maghain ng Antas 3 na apela, makikita ang mga detalye sa abisong sulat na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado. Seksyon 10 sa kabanatang ito ipapaliwanag ang Antas 3, 4, at 5 ng proseso ng mga apela.

Seksyon 6.5 Paano kung hihiling kayo sa amin na bayaran kayo sa bahagi namin sa bill na natanggap ninyo para sa medikal na pangangalaga?

Kung nabayaran na ninyo ang serbisyo o item ng Medicaid na saklaw ng plano, maaari ninyong hilingin sa aming plano na ibalik ang ibinayad ninyo (ang pagbabayad sa inyo ay kadalasang tinatawag na pag-reimburse sa inyo). Karapatan ninyong maibalik ng aming plano ang ibinayad ninyo sa tuwing nagbayad kayo para sa mga medikal na serbisyo o gamot na sinasaklaw ng aming plano. Kapag nagpadala kayo sa amin ng bill na binayaran na ninyo, titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo o gamot. Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang mga ito, ibabalik namin ang inyong ibinayad para sa mga serbisyo o gamot.

Ang paghingi ng bayad para sa nagastos ninyo ay paghingi sa amin ng desisyon sa pagsaklaw

Kung papadalhan ninyo kami ng dokumentasyong humihiling ng pagbabalik ng bayad, humihiling kayo ng desisyon sa pagsaklaw. Upang magawa ang desisyon na ito, susuriin namin kung saklaw na serbisyo ang medikal na pangangalagang binayaran ninyo. Titingnan din namin kung sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan sa paggamit ng inyong saklaw para sa medikal na pangangalaga.

- **Kung oo ang sagot namin sa inyong kahilingan:** Kung sinasaklaw ang medikal na pangangalaga at sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa inyo ang bayad para sa gastusin sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Kung hindi pa ninyo nababayaran ang medikal na pangangalaga, direkta naming ipapadala ang bayad sa tagapagbigay ng serbisyo.
- **Kung hindi ang sinabi namin sa inyong kahilingan:** Kung hindi sinasaklaw ang medikal na pangangalaga, o kung hindi ninyo sinunod ang lahat ng panuntunan, hindi kami magpapadala ng bayad. Sa halip, magpapadala kami sa inyo ng sulat kung saan sinasabi ang hindi namin pagbabayad sa medikal na pangangalaga at ang mga detalyadong dahilan kung bakit.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyong tanggihan kayo, **maaari kayong maghain ng apela**. Kung maghahain kayo ng apela, ibig sabihin ay hinihiling ninyo sa aming baguhin ang desisyon sa pagsaklaw na ginawa namin nang tinanggihan namin ang kahilingan ninyo para sa pagbabayad.

Upang maghain ng apelang ito, sundin ang proseso para sa mga apelang inilalarawan namin sa Seksyon 6.3. Para sa mga apela kaugnay ng pagbabalik ng bayad, pakitandaan na:

- Dapat kaming magbigay sa inyo ng aming sagot sa loob ng 60 na araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong apela. Kung hinihiling ninyo sa aming ibalik ang ibinayad ninyo para sa medikal na pangangalagang natanggap at binayaran ninyo mismo, hindi kayo maaaring maghain ng mabilisang apela.
- Kung magpasya ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na dapat kaming magbayad, papadalhan namin kayo o ang tagapagbigay ng serbisyo ng bayad sa loob ng 30 araw ng kalendaryo. Kung oo ang isasagot sa inyong apela sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala sa inyo o sa tagapagbigay ng serbisyo ang bayad na hiniling ninyo sa loob ng 60 araw ng kalendaryo.

SEKSYON 7 Ang Inyong Mga Inireresetang Gamot sa Part D: Paano humingi ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela

Seksyon 7.1 Sasabihin sa inyo sa seksyong ito kung ano ang dapat gawin kung may mga problema kayo sa pagkuha ng Part D na mga gamot o kung gusto ninyong ibalik namin ang nagastos ninyo para sa Part D na mga gamot

Kasama sa inyong mga benepisyo ang pagsaklaw para sa maraming inireresetang gamot. Upang masaklaw, dapat ay ginagamit ang gamot para sa indikasyong medikal na tinatanggap. (Basahin ang Kabanata 5 para sa higit pang impormasyon tungkol sa isang indikasyong medikal na tinatanggap.) Para sa mga detalye tungkol sa Part D na mga gamot, panuntunan, paghihigpit,

at gastusin, pakitingnan ang Kabanda 5. **Tungkol lang sa mga Part D na mga gamot ang seksyong ito**. Upang gawing simple ang mga bagay, tutukuyin natin sa pangkalahatan ang *gamot* sa kabuuan ng seksyong ito, sa halip na ulitin palagi ang *saklaw na inireresetang gamot ng outpatient o Part D na mga gamot*. Ginagamit din namin ang terminong "Listahan ng Gamot" sa halip na *Listahan ng mga Sinasaklaw na Gamot o Pormularyo*.

- Kung hindi ninyo alam kung sinasaklaw ang isang gamot o kung natutugunan ninyo ang mga panuntunan, puwede kayong magtanong sa amin. May ilang gamot na nangangailangan ng pag-apruba mula sa amin bago namin ito saklawin.
- Kung sasabihin sa inyo ng parmasya ninyo na hindi maaaring ibigay ang nakasulat sa inyong reseta, bibigyan kayo ng parmasya ng abisong sulat na nagpapaliwanag kung paano makikipag-ugnayan sa amin upang humingi ng desisyon sa pagsaklaw.

Mga desisyon sa pagsaklaw at apela sa Part D

Legal na Termino
Ang desisyon sa panimulang pagsaklaw tungkol sa inyong mga Part D na mga gamot ay tinatawag na **desisyon sa pagsaklaw.**

Ang desisyon sa pagsaklaw ay desisyon na ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at pagsaklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa inyong mga gamot. Sinasabi ng seksiyon na ito ang maaari ninyong gawin kung kayo ay nasa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Paghiling sa aming saklawin ang Part D na mga gamot na wala sa Listahan ng mga Sinasaklaw na Gamot ng plano. **Humiling ng pagbubukod. Seksyon 7.2**
- Paghiling sa amin na i-waive ang paghihigpit sa pagsaklaw ng plano para sa isang gamot (gaya ng mga limitasyon sa dami ng gamot na makukuha ninyo). **Humiling ng pagbubukod. Seksyon 7.2**
- Paghingi ng paunang pag-apruba para sa isang gamot. **Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 7.4**
- Bayaran ang inireresetang gamot na nabili na ninyo. **Maaari ninyong hilingin na bayaran namin kayo. Seksyon 7.4**

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa pagsaklaw na ginawa namin, maaari ninyong iapela ang aming desisyon.

Makikita ninyo sa seksyong ito kung paano humiling ng mga desisyon sa pagsaklaw at apela.

Seksyon 7.2 Ano ang pagbubukod?

Mga Legal na Termino
Ang paghiling para sa pagsaklaw ng gamot na wala sa "Listahan ng Gamot" ay tinatawag minsan na paghiling para sa **pagbubukod sa pormularyo.** Ang paghiling na alisin ang paghihigpit sa pagsaklaw para sa isang gamot ay tinatawag minsan na paghiling ng **pagbubukod sa pormularyo.** Ang paghiling na magbayad ng mas mababang halaga para sa sinasaklaw na hindi preferred na gamot ay tinatawag minsang paghiling ng **pagbubukod sa tier.**

Kung hindi sinasaklaw ang isang gamot sa paraang gusto ninyo, maaari kayong humiling sa amin ng pagbubukod. Ang pagbubukod ay isang uri ng desisyon sa pagsaklaw.

Para mapagbigyan namin ang inyong pagbubukod, kakailanganin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na ipaliwanag ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan ninyong mapaaprubahan ang pagbubukod. Narito ang dalawang halimbawa ng mga pagbubukod na maaaring hingin ninyo o ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta:

1. **Pagsaklaw ng Part D na gamot para sa inyo na wala sa aming "Listahan ng Gamot."** Hindi kayo maaaring humiling ng pagbubukod para sa halaga ng bahagian sa gastos na hinihingi namin na bayaran ninyo para sa gamot.

2. **Pag-alis ng paghihigpit para sa isang saklaw na gamot.** Inilalarawan ng Kabanata 5 ang mga karagdagang panuntunan o paghihigpit na nalalapat sa ilang partikular na gamot sa aming "Listahan ng Gamot."

Seksyon 7.3 Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod

Dapat sabihin sa amin ng inyong doktor ang mga medikal na dahilan

Dapat magbigay sa amin ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta ng pahayag na nagpapaliwanag sa mga medikal na dahilan para sa paghiling ng pagbubukod. Para sa mas mabilisang desisyon, isama ang medikal na impormasyong ito mula sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta kapag humiling kayo ng pagbubukod.

Karaniwan, sa aming "Listahan ng Gamot" na para sa paggamot ng isang partikular na kondisyon. Ang iba't ibang posibilidad na ito ay tinatawag na mga **alternatibong** gamot. Kung may isang alternatibong gamot na magiging kasingbisa ng gamot na hinihiling ninyo at hindi magdudulot ng mas maraming hindi kanais-nais na epekto o iba pang problema sa kalusugan, karaniwan na hindi namin aaprubahan ang inyong kahilingan para sa isang pagbubukod.

Maaaring sumagot kami ng oo o hindi sa inyong kahilingan

- Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan para sa isang pagbubukod, karaniwang may-bisa ang pag-apruba namin hanggang sa katapusan ng taon ng plano. Umiiral ito hangga't inirereseta sa inyo ng doktor ang gamot at patuloy na magiging ligtas at epektibo ang gamot para sa paggamot ng inyong kundisyon.
- Kung hindi ang isasagot namin sa inyong kahilingan, maaari kayong humiling ng pagsusuri sa aming desisyon sa pamamagitan ng paghahain ng apela.

Seksyon 7.4 Sunod-sunod na hakbang: Paano humingi ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang pagbubukod

Legal na Termino
Ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw ay tinatawag na **mabilisang desisyon sa pagsaklaw.**

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan ninyo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

Ang **mga karaniwang desisyon sa pagsaklaw** ay nagagawa sa loob ng **72 na oras** matapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor. Ang **mabilisang desisyon sa pagsaklaw** ay nagagawa sa loob ng **24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.

Kung kinakailangan ito ng kalusugan ninyo, hilingin sa aming magbigay sa inyo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw. **Upang makakuha ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, dapat ninyong matugunan ang dalawang kinakailangan:**

- Humihiling dapat kayo ng *gamot na hindi pa ninyo natatanggap*. (Hindi kayo maaaring humiling ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw kung hinihiling ninyo sa aming ibalik ang nagastos ninyo para sa isang gamot na nabili na ninyo.)
- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay *maaaring magdulot ng malubhang pinsala sa inyong kalusugan o makapinsala sa inyong kakayahang gumana.*
- **Kung sasabihin sa amin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na kinakailangan ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, awtomatiko naming sasang-ayunan ang pagbibigay sa inyo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw.**
- **Kung kayo lang mismo ang hihingi ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, nang walang suporta ng inyong doktor o tagapagreseta, magdedesisyon kami kung kinakailangan sa kundisyon ng kalusugan ninyo na mabigyan kayo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw.** Kung hindi namin aaprubahan ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw, papadalhan namin kayo ng sulat na:
  - Nagpapaliwanag na gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.

- Ipinapaliwanag dito na kung hihingi ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, awtomatiko naming ibibigay ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw.
- Sasabihin sa inyo kung paano kayo makakapaghain ng mabilisang reklamo tungkol sa desisyon naming bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw na hiniling ninyo. Sasagutin namin ang inyong reklamo sa loob ng 24 na oras mula nang matanggap namin ito.

Hakbang 2: Humiling ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

Simulan sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o pag-fax sa aming plano ng kahilingan ninyong pahintulutan o ipagkaloob ang pagsaklaw para sa medikal na pangangalagang gusto ninyo. Maaari din ninyong alamin sa aming website ang proseso ng desisyon sa pagsaklaw. Dapat ay matanggap namin ang anumang kahilingan sa sulat, kabilang ang kahilingan na isinumite sa Modelong Form ng Kahilingan sa Desisyon sa Pagsaklaw ng CMS na makukuha sa aming website. May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2. Para tulungan kami sa pagpoproseso ng inyong kahilingan, pakitiyak na isasama ninyo ang inyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyong nagtutukoy sa kung anong tinanggihang claim ang inaapela.

Ito ay magagawa ninyo, ng inyong doktor, (o ng iba ninyong tagapagreseta) o ng inyong kinatawan. Maaari din kayong kumuha ng abogadong kikilos para sa inyo. Makikita ninyo sa Seksyon 5 ng kabanatang ito kung paano ninyo maaaring bigyan ng nakasulat na pahintulot ang isang tao upang makakilos siya bilang kinatawan ninyo.

- **Kung humihiling kayo ng pagbubukod, ibigay ang pansuportang pahayag,** na mga medikal na dahilan para sa pagbubukod. Maaari ipadala sa amin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta ang pahayag sa pamamagitan ng fax o koreo. O kaya, maaari itong sabihin sa amin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta sa telepono at pagkatapos ay ipadala ang nakasulat na pahayag sa fax o sa koreo kung kinakailangan.

Hakbang 3: Isasaalang-alang namin ang inyong kahilingan at bibigyan namin kayo ng aming sagot.

Mga deadline para sa isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw

- Dapat kaming magbigay sa inyo ng aming sagot **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
  - Para sa mga pagbubukod, magbibigay kami sa inyo ng aming sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng inyong doktor. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan.

  - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

- **Kung oo ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** dapat naming ibigay ang pagsaklaw na pinayagan naming maibigay sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang pahayag ng doktor ninyo na sumusuporta sa inyong kahilingan.
- **Kung hindi ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** magpapadala kami sa inyo ng pahayag sa sulat na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa inyo kung paano mag-aapela.

Mga deadline para sa karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa isang gamot na hindi pa ninyo natanggap

- Dapat kaming magbigay sa inyo ng aming sagot **sa loob ng 72 na oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
  - Para sa mga pagbubukod, magbibigay kami sa inyo ng aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng inyong doktor. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan.
  - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** dapat naming **ibigay ang pagsaklaw** na pinayagan naming maibigay **sa loob ng 72 na oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang pahayag ng doktor ninyo na sumusuporta sa inyong kahilingan.
- **Kung hindi ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** magpapadala kami sa inyo ng pahayag sa sulat na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa inyo kung paano mag-aapela.

Mga deadline para sa karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa bayad para sa isang gamot na nabili na ninyo

- Dapat kaming magbigay sa inyo ng aming sagot **sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
  - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

- **Kung oo ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** kinakailangan din namin kayong bayaran sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- **Kung hindi ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** magpapadala kami sa inyo ng pahayag sa sulat na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa inyo kung paano mag-aapela.

Hakbang 4: Kung hindi ang aming sagot sa inyong kahilingan sa pagsaklaw, maaari kayong maghain ng apela.

- Kung sasabihin naming hindi, may karapatan kayong hilingin sa aming baguhin ang pasyang ito sa pamamagitan ng pag-apela. Ang ibig sabihin nito ay muling paghiling na makuha ang pagsaklaw sa gamot na gusto ninyo. Kung kayo ay maghahain ng apela, nangangahulugan itong uusad kayo sa Antas 1 ng proseso ng mga apela.

Seksyon 7.5 Sunod-sunod na hakbang: Paano maghain ng Antas 1 na apela

Mga Legal na Termino
Ang isang apela sa plano tungkol sa desisyon sa pagsaklaw ng Part D na mga Gamot ay tinatawag na **muling pagpapasya** ng plano. Ang mabilisang apela ay tinatawag ding **pinabilis na muling pagpapasya.**

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan ninyo ng karaniwang apela o mabilisang apela.

Karaniwang ginagawa ang isang karaniwang apela sa loob ng 7 araw. Ang mabilisang apela ay ginagawa sa loob ng 72 na oras. Kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

- Kung umaapela kayo sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa gamot na hindi pa ninyo natanggap, kakailanganin ninyo ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na magpasya kung kailangan ninyo ng mabilisang apela.
- Ang mga kinakailangan sa pagkuha ng mabilisang apela ay kapareho lang ng mga kinakailangan sa paghingi ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw sa Seksyon 7.4 ng kabanatang ito.

Hakbang 2: Kayo, ang inyong kinatawan, doktor, o iba pang tagapagreseta ay dapat makipag-ugnayan sa amin at gawin ang inyong Antas 1 na apela. Kung kailangan ninyo ng mabilis na tugon dahil sa inyong kalusugan, dapat kayong humiling ng **mabilisang apela.**

- **Para sa mga karaniwang apela, magsumite ng nakasulat na kahilingan, o tawagan kami.** May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.

- **Para sa mga mabilisang apela, isumite ang inyong apela sa pasulat na paraan o tawagan kami sa 1-800-431-9007 (TTY 711).** May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.
- **Dapat ay matanggap namin ang anumang kahilingan sa sulat,** kabilang ang kahilingan na isinumite sa Modelong Form ng Kahilingan sa Desisyon sa Pagsaklaw ng CMS na makukuha sa aming website. Pakitiyak na isama ang inyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon kaugnay ng inyong claim para tulungan kaming iproseso ang inyong kahilingan.
- **Dapat kayong magsumite ng inyong kahilingan sa apela sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** mula sa petsa ng abiso sa sulat na ipinadala namin upang sabihin sa inyo ang aming sagot sa kahilingan ninyo para sa desisyon sa pagsaklaw. Kung hindi ninyo mahahabol ang deadline na ito at mayroon kayong magandang dahilan para dito, ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela kapag umapela kayo. Puwede namin kayong bigyan ng higit pang oras para makapag-apela kayo. Mga halimbawa ng magandang dahilan kaya hindi ninyo nagawang makipag-ugnayan sa amin ay nagkaroon kayo ng malubhang karamdaman o hindi tama o hindi kumpleto ang impormasyong ibinigay namin sa inyo tungkol sa deadline sa paghiling ng apela.
- **Maaari kayong humingi ng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela at magdagdag pa ng impormasyon.** Kayo at ang inyong doktor ay maaari ring magbigay ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Hakbang 3: Isasaalang-alang namin ang inyong apela at bibigyan namin kayo ng aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang inyong apela, tinitingnan namin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan para sa pagsaklaw. Titingnan namin kung sinusunod namin ang lahat ng panuntunan noong sumagot kami ng hindi sa inyong kahilingan. Maaaring makipag-ugnayan kami sa inyo o sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta upang kumuha ng karagdagang impormasyon.

Mga deadline para sa mabilisang apela

- Para sa mga mabilis na apela, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong apela.** Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan.
  - Kung hindi kami magbibigay sa inyo ng sagot sa loob ng 72 oras, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipinapaliwanag sa Seksyon 7.6 ang proseso ng Antas 2 na apela.
- Kung oo ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling, dapat naming ibigay ang pagsaklaw na pinayagan naming maibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.

- Kung hindi ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling, magpapadala kami sa inyo ng pahayag sa sulat na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin at kung paano kayo aapela sa aming desisyon.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa pagsaklaw para sa isang gamot na hindi pa ninyo natanggap

- Para sa karaniwang mga apela, dapat kaming magbigay sa inyo ng aming sagot **sa loob ng 7 na araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela. Mas maaga kaming magbibigay sa inyo ng aming desisyon kung hindi pa ninyo natanggap ang gamot at kung kinakailangan ito dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan.
  - Kung hindi kami magbibigay sa inyo ng desisyon sa loob ng 7 araw ng kalendaryo, kinakailangan naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipinapaliwanag sa Seksyon 7.6 ang proseso ng Antas 2 na apela.
- **Kung hindi ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling**, dapat naming ibigay ang pagsaklaw sa pinakamabilis na paraan ayon sa kinakailangan ng inyong kalusugan, pero hindi tatagal sa **7 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela. **Kung hindi ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** magpapadala kami sa inyo ng pahayag sa sulat na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin at kung paano kayo aapela sa aming desisyon.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa pagsaklaw para sa isang gamot na nabili na ninyo

- Dapat kaming magbigay sa inyo ng aming sagot **sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
  - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** kinakailangan din namin kayong bayaran sa loob ng 30 na araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- **Kung hindi ang isasagot namin sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** magpapadala kami sa inyo ng pahayag sa sulat na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa inyo kung paano mag-aapela.

Hakbang 4: Kung hindi ang isasagot namin sa inyong apela, kayo ang magpapasya kung gusto ninyong magpatuloy sa proseso ng mga apela at maghain ng panibagong apela.

- Kung magpapasya kayong maghain ng panibagong apela, ibig sabihin nito ay dadalhin ang inyong apela sa Antas 2 ng proseso ng mga apela.

Seksyon 7.6 Sunod-sunod na hakbang: Paano maghain ng Antas 2 na apela

Legal na Termino
Ang pormal na pangalan para sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay **Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri.** Tinatawag ito minsang **IRE.**

Ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay isang hiwalay na organisasyong kinuha ng Medicare. Hindi ito konektado sa amin at hindi ito ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang nagpapasya kung tama o dapat bang baguhin ang naging desisyon namin. Pinangangasiwaan ng Medicare ang gawain nito.

Hakbang 1: Dapat kayong (o ang inyong kinatawan o ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta) makipag-ugnayan sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri at humiling ng pagsusuri ng inyong kaso.

- Kung hindi ang isasagot namin sa inyong Antas 1 na apela, kasama sa abisong sulat na ipapadala namin sa inyo ang **mga tagubilin kung paano maghain ng Antas 2 na apela** sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Nakasaad sa mga tagubiling ito kung sino ang maaaring maghain ng Antas 2 na apela na ito, ano ang mga deadline na dapat ninyong sundin, at paano makikipag-ugnayan sa organisasyon sa pagsusuri. Gayunpaman, kung hindi namin kukumpletuhin ang aming pagsusuri sa naaangkop na timeframe, o hindi pabor sa inyo ang desisyon namin kaugnay ng pagtukoy sa **nasa panganib** sa ilalim ng aming programa sa pamamahala ng gamot, awtomatiko naming ipapasa ang inyong claim sa IRE.
- Ipapadala namin sa organisasyong ito ang impormasyon tungkol sa inyong apela. Tinatawag ang impormasyong ito na inyong **dokumento ng kaso. May karapatan kayong humingi sa amin ng kopya ng inyong dokumento ng kaso.**
- May karapatan kayong magbigay sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ng karagdagang impormasyon upang masuportahan ang inyong apela.

Hakbang 2: Sinusuri ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang inyong apela.

Susuriing mabuti ng mga tagasuri sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Mga deadline para sa mabilisang apela

- Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa mabilisang apela.
- Kung sasang-ayon ang organisasyon sa pagsusuri na ibigay sa inyo ang mabilisang apela, dapat magbigay sa inyo ng sagot sa inyong Antas 2 na apela ang organisasyon sa

pagsusuri **sa loob ng 72 oras** matapos nitong matanggap ang inyong kahilingan para sa apela.

Mga deadline para sa karaniwang apela

- Para sa mga karaniwang apela, dapat magbigay sa inyo ng sagot sa inyong Antas 2 na apela ang organisasyon sa pagsusuri **sa loob ng 7 araw ng kalendaryo** matapos nitong matanggap ang inyong apela kung para ito sa gamot na hindi pa ninyo natanggap. Kung hinihiling ninyo na ibalik namin ang ibinayad ninyo para sa isang gamot na nabili na ninyo, dapat magbigay sa inyo ng sagot sa inyong Antas 2 na apela ang organisasyon sa pagsusuri **sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo** pagkatapos nitong matanggap ang inyong kahilingan.

Hakbang 3: Ibibigay sa inyo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang sagot nito.

Para sa mga mabilisang apela:

- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** dapat naming ibigay ang pagsaklaw sa gamot na naaprubahan ng organisasyon sa pagsusuri sa loob ng 24 na oras matapos naming matanggap ang desisyon mula sa organisasyon sa pagsusuri.

Para sa mga karaniwang apela:

- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong hiniling,** dapat naming ibigay ang pagsaklaw sa gamot na naaprubahan ng organisasyon sa pagsusuri **sa loob ng 72 na oras** matapos naming matanggap ang desisyon mula sa organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung aaprubahan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang kahilingang ibalik ang ibinayad ninyo** para sa isang gamot na nabili na ninyo, kinakailangan naming **ipadala ang bayad sa inyo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa organisasyon sa pagsusuri.

Paano kung hindi ang sagot ng organisasyon sa pagsusuri sa inyong apela?

Kung hindi ang isasagot ng organisasyong ito sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong apela, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa aming desisyong huwag aprubahan ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong kahilingan). (Ito ay tinatawag na **pagsang-ayon sa desisyon**. Tinatawag din itong**pagtanggi sa inyong apela**.). Sa sitwasyong ito, papadalhan kayo ng sulat ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na:

- Nagpapaliwanag sa desisyong ito.
- Nag-aabiso sa inyo sa tamang Antas 3 na apela kung natutugunan ng halaga sa dolyar ng pagsaklaw sa gamot na hinihiling ninyo ang isang partikular na minimum. Kung masyadong mababa ang dolyar na halaga ng pagsaklaw sa gamot na hinihiling ninyo,

hindi kayo makakapaghain ng panibagong apela at magiging pinal na ang desisyon sa Antas 2.

- Pagsasabi sa inyo ng halaga sa dolyar na dapat ay nasa di-pagkakasundo para makapagpatuloy sa proseso ng pag-apela.

Hakbang 4: Kung makakatugon ang inyong kaso sa mga kinakailangan, kayo ang magpapasya kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas na antas ang inyong apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang limang antas ng apela).
- Kung magpapasya kayong maghain ng Antas 3 na apela, makikita ang mga detalye kung paano ito gawin sa abisong sulat na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong desisyon ng Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado. May higit pang impormasyon sa Seksyon 10 sa kabanatang ito tungkol sa Antas 3, 4, at 5 ng proseso ng mga apela.

SEKSYON 8 Paano hihilingin sa aming saklawin ang mas matagal na pananatili sa ospital bilang inpatient kung sa palagay ninyo ay masyado pang maaga para ma-discharge kayo

Kapag na-confine kayo sa ospital, may karapatan kayong makuha ang lahat ng inyong saklaw na serbisyo ng ospital na kinakailangan upang masuri at magamot ang inyong karamdaman o pinsala.

Sa panahon ng inyong saklaw na pamamalagi sa ospital, makikipagtulungan sa inyo ang inyong doktor at ang mga kawani ng ospital upang maihanda kayo sa araw ng paglabas ninyo sa ospital. Tutulong din silang ayusin ang pangangalagang maaaring kailanganin ninyo pagkalabas ninyo.

- Ang araw ng paglabas ninyo ng ospital ay tinatawag na inyong **petsa ng pag-discharge.**
- Kapag napagpasyahan na ang inyong petsa ng pag-discharge, ipapaalam ito sa inyo ng doktor ninyo o ng mga kawani ng ospital.
- Kung sa palagay ninyo ay masyadong maaga ang pagpapalabas sa inyo ng ospital, maaari kayong humiling ng mas matagal na pamamalagi sa ospital at isasaalang-alang ang inyong kahilingan.

Seksyon 8.1 Sa panahon ng inyong pananatili sa ospital bilang pasyenteng naka-confine, makakatanggap kayo ng abisong sulat mula sa Medicare na nagpapaliwanag ng tungkol sa inyong mga karapatan

Sa loob ng dalawang araw ng pagkaka-admit sa ospital, bibigyan kayo ng nakasulat na abiso na tinatawag na *Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan*. Magkakaroon ng kopya ng abisong ito ang lahat ng may Medicare. Kung hindi ninyo matatanggap ang abiso mula sa sinuman sa ospital (halimbawa, isang caseworker o nurse), hingin ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan ninyo ng tulong, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. (TTY 1-877-486-2048).

1. **Basahin nang mabuti ang abisong ito at magtanong kung may hindi kayo naiintindihan tungkol dito.** Isinasaad nito sa inyo:
   - Inyong karapatang makatanggap ng mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng inyong pamamalagi sa ospital, nang ayon sa ibinilin ng inyong doktor. Kasama rito ang karapatang malaman kung ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito, at kung saan ninyo makukuha ang mga ito.
   - Ang inyong karapatang maging bahagi ng anumang desisyon tungkol sa inyong pananatili sa ospital.
   - Saan iuulat ang anumang alalahanin ninyo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga sa ospital.
   - Ang inyong **karapatang humiling ng agarang pagsusuri** sa desisyong i-discharge kayo kung sa palagay ninyo ay masyadong maaga kayong dini-discharge. Ito ay isang pormal na legal na paraan upang humiling na ipagpaliban ang petsa ng pag-discharge ninyo sa ospital nang sa gayon ay mas mahabang panahon ng inyong pangangalaga sa ospital ang masaklaw namin.
2. **Hihilingin sa inyong lagdaan ang abisong sulat upang ipahayag na natanggap ninyo ito at nauunawaan ninyo ang inyong mga karapatan.**
   - Dapat kayong lumagda sa abiso o ang taong kumikilos sa ngalan ninyo.
   - Ipinapahayag lang sa paglagda sa abiso na natanggap ninyo ang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Hindi nakalagay sa abiso ang petsa ng pag-discharge ninyo. Ang paglagda sa abiso ay hindi nangangahulugang sumasang-ayon kayo sa partikular na petsa ng pag-discharge.
3. **Itabi ang kopya ninyo** ng abiso upang madali ninyong malaman ang impormasyon tungkol sa paghahain ng apela (o pag-uulat ng alalahanin tungkol sa kalidad ng pangangalaga) kung kakailanganin ninyo ito.

- Kung lalagdaan ninyo ang abiso nang mahigit sa dalawang araw bago ang petsa ng pag-discharge ninyo, makakatanggap kayo ng panibagong kopya bago ang nakaiskedyul na petsa ng pag-discharge ninyo.
- Upang mas maagang matingnan ang kopya ng abisong ito, maaari kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Makikita rin ninyo ang abiso online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Seksyon 8.2 Sunod-sunod na hakbang: Paano maghain ng Antas 1 na apela upang baguhin ang inyong petsa ng pag-discharge sa ospital

Kung gusto ninyong hilingin sa aming saklawin nang mas matagal ang mga serbisyo ng ospital sa pasyenteng naka-confine, kailanganin ninyong gamitin ang proseso ng mga apela upang magawa ang kahilingang ito. Bago kayo magsimula, alamin kung ano ang kailangan ninyong gawin at kung ano ang mga deadline.

- **Sundin ang proseso.**
- **Sumunod sa mga deadline.**
- **Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito.** Kung may mga tanong kayo o mangailangan kayo ng tulong anumang oras, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. O kaya, tumawag sa inyong Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan, isang organisasyon ng pamahalaan na nagbibigay ng naka-personalize na tulong.

Sa panahon ng Antas 1 na apela, susuriin ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong apela. Susuriin nito upang alamin kung medikal na nararapat para sa inyo ang nakaplanong petsa ng pag-discharge ninyo sa ospital.

Ang **Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad** ay isang pangkat ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng Pederal na pamahalaan upang suriin at pahusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. Kasama rito ang pagsusuri sa mga petsa ng pag-discharge sa ospital para sa mga taong may Medicare. Ang mga ekspertong ito ay hindi bahagi ng aming plano.

Hakbang 1: Makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad para sa inyong estado at humiling ng mabilisang pagsusuri ng inyong petsa ng pag-discharge sa ospital. Dapat kayong kumilos kaagad.

Paano kayo makikipag-ugnayan sa organisasyong ito?

- Makikita sa nakasulat na abisong natanggap ninyo (*Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare Tungkol sa Inyong Mga Karapatan*) kung paano makikipag-ugnayan sa

organisasyong ito. O kaya hanapin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad para sa inyong estado sa Kabanata 2.

Kumilos kaagad:

- Upang maghain ng inyong apela, dapat kayong makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad *bago* kayo lumabas sa ospital at **bago lumampas ang hatinggabi ng araw ng petsa ng pag-discharge ninyo sa ospital.**
  - **Kung makakasunod kayo sa deadline,** papayagan kayong mamalagi sa ospital pagkalipasng petsa ng pag-discharge ninyo nang hindi kayo magbabayad para rito habang hinihintay ninyo ang desisyon sa inyong apela mula sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad.
  - **Kung *hindi* kayo makakasunod sa deadline na ito,** at magpapasya kayong mamalagi sa ospital pagkalipas ng inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang lahat ng gastos para sa pangangalaga sa ospital na natanggap ninyo pagkalipas ng inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge sa ospital.
- Kung hindi ninyo mahahabol ang deadline para sa pakikipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad, at gusto pa rin ninyong umapela, kailangan ninyong umapela na lang nang direkta sa aming plano. Para sa mga detalye tungkol sa iba pang paraang ito upang maghain ng inyong apela, tingnan ang Seksyon 8.4 ng kabanatang ito.

Kapag humiling kayo ng agarang pagsusuri sa inyong pagka-discharge sa ospital, makikipag-ugnayan sa aming ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad. Pagdating ng tanghali ng araw pagkatapos makipag-ugnayan sa amin, bibigyan namin kayo ng **Detalyadong Abiso ng Pag-discharge**. Nakalagay sa abisong ito ang nakaplanong petsa ng pag-discharge sa inyo at detalyado nitong ipinapaliwanag ang mga dahilan kung bakit sa pagalay ng inyong doktor, ng ospital, at namin, naaangkop (medikal na nararapat) na ma-discharge kayo sa petsang iyon.

Puwede kayong makakuha ng sample ng Detalyadong Abiso ng Pag-discharge sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 1-877-486-2048.) O puwede kayong makakita ng sample na abiso online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Hakbang 2: Magsasagawa ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng hiwalay na pagsusuri ng inyong kaso.

- Itatanong sa inyo (o sa inyong kinatawan) ng mga propesyonal sa kalusugan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (ang mga tagasuri) kung bakit sa palagay ninyo ay dapat ipagpatuloy ang pagsaklaw para sa mga serbisyo. Hindi ninyo kailangang maghanda ng anumang nakasulat na dokumento, ngunit maaari ninyong gawin iyon kung gusto ninyo.

- Titingnan din ng mga tagasuri ang inyong medikal na rekord, kakausapin nila ang inyong doktor, at susuriin nila ang impormasyong ibinigay namin ng ospital sa kanila.
- Bago magtanghali ng araw pagkatapos sabihin sa amin ng mga tagasuri ang tungkol sa inyong apela, makakakuha kayo ng sulat na nagsasaad ng nakatakdang petsa ng inyong petsa ng pag-discharge. Ipapaliwanag ng detalyado sa abiso kung bakit sa palagay ng inyong doktor, ng ospital, at namin, naaangkop (medikal na nararapat) sa inyong ma-discharge sa petsang iyon.

Hakbang 3: Sa loob ng isang buong araw, kapag nakuha na nito ang lahat ng kinakailangang impormasyon, magbibigay ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng sagot nito sa inyong apela.

Ano ang mangyayari kung oo ang sagot?

- Kung *oo* ang isasagot ng organisasyon sa pagsusuri, **dapat naming patuloy na ibigay ang inyong mga saklaw na serbisyo sa ospital para sa pasyenteng naka-confine hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyong ito.**
- Kakailanganin ninyong patuloy na bayaran ang inyong bahagi sa mga gastos (gaya ng mga naibabawas o bahaginan-sa-bayad, kung naaangkop ang mga ito). Bukod dito, maaaring may mga limitasyon sa inyong mga saklaw na serbisyo sa ospital.

Ano ang mangyayari kung hindi ang sagot?

- Kung *hindi* ang isasagot ng organisasyon sa pagsusuri, sinasabi nito na medikal na nararapat ang inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge sa ospital. Kung mangyayari ito, **matatapos ang aming pagsaklaw para sa inyong mga serbisyo ng ospital para sa pasyenteng naka-confine** sa tanghali nang araw *pagkatapos* ibigay sa inyo ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang sagot nito sa inyong apela.
- Kung *hindi* ang isasagot ng organisasyon sa pagsusuri sa inyong apela at magpapasya kayong manatili sa ospital, **maaaring kayo ang kinakailangang magbayad ng buong gastos** sa pangangalaga ng ospital na matatanggap ninyo sa hapon ng araw pagkatapos ibigay sa inyo ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang sagot nito sa inyong apela.

Hakbang 4: Kung hindi ang isasagot sa inyong Antas 1 na apela, magpapasya kayo kung gusto ninyong maghain ng panibagong apela.

- Kung *hindi* ang sagot ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad sa inyong apela, at nanatili kayo sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge, maaari kayong maghain ng panibagong apela. Ang paghahain ng panibagong apela ay nangangahulugang uusad kayo sa **Antas 2** ng proseso ng mga apela.

Seksyon 8.3 Sunod-sunod na hakbang: Paano maghain ng Antas 2 na apela upang baguhin ang inyong petsa ng pag-discharge sa ospital

Sa panahon ng Antas 2 na apela, hinihiling ninyo sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad na suriin ulit ang naging desisyon nila sa inyong unang apela. Kung tatanggihan ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong Antas 2 na apela, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang kabuuang halaga ng inyong pananatili pagkalipas ng inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge.

Hakbang 1: Makipag-ugnayan kayong muli sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad at humiling ng panibagong pagsusuri.

- Dapat kayong humingi ng pagsusuring ito sa loob ng **60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng *hindi* sa inyong Antas 1 na apela. Maaari lang ninyong hingin ang pagsusuring ito kung mananatili kayo sa ospital makalipas ang petsa na natapos ang inyong pagsaklaw para sa pangangalaga.

Hakbang 2: Magsasagawa ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng pangalawang pagsusuri sa inyong sitwasyon.

- Titingnan ulit nang mabuti ng mga tagasuri sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Hakbang 3: Sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo mula nang natanggap ang inyong kahilingan para sa Antas 2 na apela, gagawa ng desisyon ang mga tagasuri tungkol sa inyong apela at sasabihin nila sa inyo ang naging desisyon nila.

Kung oo ang isasagot ng organisasyon sa pagsusuri:

- **Dapat naming ibalik ang ibinayad ninyo** para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital na natanggap ninyo simula nang tanghali sa araw pagkatapos ng petsa kung kailan tinanggihan ang inyong unang apela ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad. **Dapat naming ipagpatuloy ang pagbibigay ng pagsaklaw para sa pangangalaga sa inyo sa ospital bilang pasyenteng naka-confine hangga't medikal na kinakailangan ito.**
- Dapat ninyong bayaran ang inyong bahagi sa mga gastos at maaaring may umiral na mga limitasyon sa pagsaklaw.

Kung hindi ang isasagot ng organisasyon sa pagsusuri:

- Ibig sabihin nito ay sumasang-ayon sila sa naging desisyon nila sa inyong Antas 1 na apela.

- Sasabihin sa inyo sa sulat na matatanggap ninyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng pagsusuri.

Hakbang 4: Kung hindi ang isasagot, kakailanganin ninyong magpasya kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas na antas ang inyong apela sa pamamagitan ng pagpapatuloy sa Antas 3.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang limang antas ng apela). Kung magpapasya kayong maghain ng Antas 3 na apela, makikita ang mga detalye kung paano ito gawin sa abisong sulat na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado. May higit pang impormasyon sa Seksyon 10 sa kabanatang ito tungkol sa Antas 3, 4, at 5 ng proseso ng mga apela.

Seksyon 8.4 Paano kung hindi ninyo mahahabol ang deadline para sa paghahain ng inyong Antas 1 na apela para mapalitan ang inyong petsa sa pag-discharge sa ospital?

Legal na Termino
Ang mabilisang pagsusuri (o mabilisang apela) ay tinatawag ding **pinabilis na apela**.

Maaaring sa amin na lang kayo umapela

Gaya ng ipinaliwanag sa itaas, dapat kayong kumilos kaagad para simulan ang inyong Antas 1 na apela para sa inyong petsa ng pag-discharge sa ospital. Kung hindi ninyo mahahabol ang deadline para sa pakikipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad, may iba pang paraan para maghain ng inyong apela.

Kung gagamitin ninyo ang ibang paraang ito ng paghahain ng inyong apela, *naiiba ang unang dalawang antas ng apela*.

Sunod-sunod na hakbang: Paano maghain ng *Alternatibong* Antas 1 na Apela

Hakbang 1: Makipag-ugnayan sa amin at humiling ng mabilisang pagsusuri.

- **Humiling ng isang mabilis na pagsusuri.** Ibig sabihin nito, hinihiling ninyo sa amin na magbigay kami sa inyo ng sagot gamit ang mga mabilisang deadline sa halip na ang mga karaniwang deadline. May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.

Hakbang 2: Magsasagawa kami ng mabilisang pagsusuri ng inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge, kung saan susuriin namin kung ito ay medikal na nararapat.

- Sa pagsusuring ito, titingnan namin ang lahat ng impormason tungkol sa inyong pananatili sa ospital. Susuriin namin upang alamin kung medikal na nararapat ang inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge. Tinitingnan namin kung ang desisyon tungkol sa pag-alis sa ospital ay patas at sumunod sa lahat ng mga tuntunin.

Hakbang 3: Magbibigay kami sa inyo ng aming desisyon sa loob ng 72 oras pagkatapos ninyong humiling ng mabilisang pagsusuri.

- **Kung oo ang isasagot namin para sa inyong apela,** nangangahulugan itong sumasang-ayon kaming kailangan pa ninyong manatili sa ospital pagkatapos ng petsa ng pag-discharge. Patuloy naming ibibigay ang inyong saklaw na mga serbisyo sa ospital para sa inpatient hangga't ang mga ito ay medikal na kinakailangan. Ibig sabihin din nito ay sumasang-ayon kaming ibalik ang ibinayad ninyo para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang natanggap ninyo mula sa petsang sinabi naming magwawakas ang inyong pagsaklaw. (Dapat ninyong bayaran ang inyong bahagi sa mga gastos at maaaring may umiral na mga limitasyon sa pagsaklaw.)
- **Kung hindi ang isasagot namin sa inyong apela,** ibig sabihin ay sinasabi naming medikal na nararapat ang inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge. Ang pagsaklaw namin sa inyong mga serbisyo ng ospital para sa pasyenteng naka-confine ay matatapos sa araw na sinabi naming matatapos ang pagsaklaw.
  - Kung nanatili kayo sa ospital pagkataposng inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang kabuuang halaga ng pangangalaga sa ospital na natanggap ninyo pagkatapos ng nakaplanong petsa ng pag-discharge.

Hakbang 4: Kung *hindi* ang isasagot namin sa inyong apela, awtomatikong ipadadala ang inyong kaso sa susunod na antas ng proseso ng mga apela.

Sunod-sunod na hakbang: *Alternatibong* Proseso ng Antas 2 na apela

Legal na Termino
Ang pormal na pangalan para sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay **Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri.** Tinatawag ito minsang **IRE.**

Ang **hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay isang hiwalay na organisasyong kinuha ng Medicare**. Hindi ito konektado sa aming plano at hindi ito isang ahensiya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang nagpapasya kung tama o dapat bang baguhin ang naging desisyon namin. Pinangangasiwaan ng Medicare ang gawain nito.

Hakbang 1: Awtomatiko naming ipadadala ang inyong kaso sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

- Kinakailangan naming ipadala ang impormasyon ng inyong Antas 2 na apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa loob ng 24 na oras mula nang sinabi namin

sa inyong hindi ang sagot namin sa inyong unang apela. (Kung sa tingin ninyo ay hindi namin nasusunod ang deadline na ito o ang iba pang deadline, maaari kayong maghain ng reklamo. Nakasaad sa Seksyon 11 ng kabanatang ito kung paano maghain ng reklamo.)

Hakbang 2: Magsasagawa ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ng mabilisang pagsusuri ng inyong apela. Magbibigay sa inyo ang mga tagasuri ng sagot sa loob ng 72 oras.

- Susuriing mabuti ng mga tagasuri sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela tungkol sa inyong pag-discharge sa ospital.
- **Kung oo ang isasagot ng organisasyong ito sa inyong apela,** kailangan naming ibalik ang ibinayad ninyo para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital na natanggap ninyo mula sa petsa ng inyong nakaplanong pag-discharge sa ospital. Dapat din naming ipagpatuloy ang pagsaklaw ng plano sa inyong mga serbisyo ng ospital para sa pasyenteng naka-confine hangga't medikal na kinakailangan ito. Dapat ninyong patuloy na bayaran ang inyong bahagi sa mga gastos. Kung may mga limitasyon sa pagsaklaw, maaaring makaapekto ang mga ito sa kung magkano ang ibabalik namin o kung gaano namin katagal maipagpapatuloy ang pagsaklaw sa inyong mga serbisyo.
- **Kung *hindi* ang isasagot ng organisasyong ito sa inyong apela,** ibig sabihin nito ay sumasang-ayon sila sa amin na medikal na nararapat ang inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge sa ospital.
- Sasabihin sa nakasulat na abisong makukuha ninyo mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri kung paano magsimula ng proseso ng pagsusuri sa Antas 3 na apela, na papangasiwaan ng isang Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado.

Hakbang 3: Kung tatanggihan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang inyong apela, magpapasya kayo kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas na antas ang inyong apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang limang antas ng apela). Kung hindi ang isasagot ng mga tagasuri sa inyong Antas 2 na apela, magpapasya kayo kung tatanggapin ninyo ang desisyon nila o kung magpapatuloy kayo sa Antas 3 na apela.
- May higit pang impormasyon sa Seksyon 10 sa kabanatang ito tungkol sa Antas 3, 4, at 5 ng proseso ng mga apela.

SEKSYON 9 Paano hihilingin sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na mga medikal na serbisyo kung sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong pagsaklaw

Seksyon 9.1 *Tatlong serbisyo lang ang tinatalakay sa seksyong ito:* Pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pasilidad ng may kasanayang pangangalaga, at mga serbisyo ng Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF)

Kapag tumatanggap kayo ng mga saklaw na **serbisyo sa kalusugan sa bahay, kasanayang pangangalaga, o rehabilitasyong pangangalaga (Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient)**, may karapatan kayong patuloy na makatanggap ng inyong mga serbisyo para sa uri ng pangangalagang iyon hangga't kinakailangan ang pangangalaga upang masuri at magamot ang inyong karamdaman o pinsala.

Kapag magpapasya kami na panahon nang itigil ang pagsaklaw sa alinman sa tatlong uri ng pangangalaga sa inyo, kinakailangan naming sabihin ito sa inyo nang maaga. Kapag tapos na ang inyong pagsaklaw para sa pangangalagang iyon, *ititigil na namin ang pagbabayad para sa pangangalaga sa inyo*.

Kung sa tingin ninyo ay masyadong maaga ang paghinto namin sa pagsaklaw ng inyong pangangalaga, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Makikita ninyo sa seksyong ito kung paano humiling ng apela.

Seksyon 9.2 Sasabihin namin sa inyo nang maaga kung kailan matatapos ang inyong pagsaklaw

Legal na Termino
Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare. Sasabihin nito sa inyo kung paano humiling ng **mabilisang apela**. Ang paghiling ng mabilisang apela ay isang pormal na legal na paraan upang humiling na baguhin ang aming desisyon sa pagsaklaw tungkol sa kung kailan ihihinto ang inyong pangangalaga.

1. **Nakatanggap kayo ng abiso sa pasulat na paraan** nang mas maaga nang kahit man lang dalawang araw bago huminto ang aming plano sa pagsaklaw sa inyong pangangalaga. Sasabihin sa inyo ng abiso:
   - Ang petsa kung kailan kami hihinto sa pagsaklaw ng inyong pangangalga para sa inyo.

- Paano humiling ng mabilisang apela para hilingin sa aming patuloy na saklawin ang inyong pangangalaga sa loob ng mas matagal na panahon.

2. **Kayo, o ang taong kumikilos sa ngalan ninyo, ay sasabihang lagdaan ang nakasulat na para maipakitang natanggap ninyo ito.** Ipinapahayag *lang* sa paglagda sa abiso na natanggap ninyo ang impormasyon tungkol sa kung kailan ititigil ang inyong pagsaklaw. **Ang paglagda rito ay hindi nangangahulugang sumasang-ayon kayo** sa desisyon ng plano na ihinto ang pangangalaga.

Seksyon 9.3 Sunod-sunod na hakbang: Paano maghain ng Antas 1 na apela upang mas matagal na panahong saklawin ng aming plano ang inyong pangangalaga

Kung gusto ninyong hilingin sa aming saklawin nang mas matagal ang inyong pangangalaga, kakailanganin ninyong gamitin ang proseso ng mga apela upang magawa ang kahilingang ito. Bago kayo magsimula, alamin kung ano ang kailangan ninyong gawin at kung ano ang mga deadline.

- **Sundin ang proseso.**
- **Sumunod sa mga deadline.**
- **Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito.** Kung may mga tanong kayo o mangailangan kayo ng tulong anumang oras, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. O kaya, tumawag sa inyong Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan, isang organisasyon ng pamahalaan na nagbibigay ng naka-personalize na tulong.

Sa panahon ng Antas 1 na apela, susuriin ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong apela. Magpapasya ito kujng medikal na nararapat ang petsa ng pagtatapos para sa inyong pangangalaga.

Hakbang 1: Gawin ang iyong Antas 1 na Apela: makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad at humiling ng mabilisang apela. Dapat kayong kumilos kaagad.

Paano kayo makikipag-ugnayan sa organisasyong ito?

- Sasabihin sa inyo sa nakasulat na abiso na natanggap ninyo (*Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare*) kung paano makikipag-ugnayan sa organisasyong ito. (O kaya, hanapin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad para sa inyong estado sa Kabanata 2.)

Kumilos kaagad:

- Dapat kayong makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad para simulan ang inyong apela hanggang **tanghali ng araw bago ang epektibong** petsa ng *Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare*.

- Kung hindi ninyo mahahabol ang deadline para sa pakikipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad at gusto pa rin ninyong umapela, dapat kayong umapela na lang nang direkta sa amin. Para sa mga detalye tungkol sa iba pang paraang ito upang maghain ng inyong apela, tingnan ang Seksyon 9.5 ng kabanatang ito.

Hakbang 2: Magsasagawa ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng hiwalay na pagsusuri ng inyong kaso.

Legal na Termino
Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw. Abisong nagbibigay ng mga detalye sa mga dahilan para sa pagwawakas ng pagsaklaw.

Ano ang nangyayari sa panahon ng pagsusuring ito?

- Itatanong sa inyo (o sa inyong kinatawan) ng mga propesyonal sa kalusugan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (mga tagasuri) kung bakit sa palagay ninyo ay dapat ipagpatuloy ang pagsaklaw para sa mga serbisyo. Hindi ninyo kailangang maghanda ng anumang nakasulat na dokumento, ngunit maaari ninyong gawin iyon kung gusto ninyo.
- Titingnan din ng organisasyon sa pagsusuri ang inyong medikal na rekord, kakausapin nila ang inyong doktor, at susuriin nila ang impormasyong ibinigay ng aming plano sa kanila.
- Bago lumipas ang araw ipinabatid sa amin ng mga tagasuri ang tungkol sa inyong apela, makakatanggap din kayo ng **Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw** mula sa amin na detalyadong nagpapaliwanag ng mga dahilan namin sa pagwawakas ng pagsaklaw namin sa inyong mga serbisyo.

Hakbang 3: Sa loob ng isang buong araw pagkatapos nilang makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila, sasabihin sa inyo ng mga tagasuri ang desisyon.

Ano ang mangyayari kung oo ang sinabi ng mga tagasuri?

- Kung oo ang isasagot ng mga tagasuri sa inyong apela, **dapat naming patuloy na ipagkaloob ang inyong mga saklaw na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.**.
- Kakailanganin ninyong patuloy na bayaran ang inyong bahagi sa mga gastos (gaya ng mga naibabawas o bahaginan-sa-bayad, kung naaangkop ang mga ito). Maaaring may mga limitasyon sa inyong mga saklaw na serbisyo.

Ano ang mangyayari kung hindi ang sinabi ng mga tagasuri?

- Kung hindi ang isasagot ng mga tagasuri, matatapos ang inyong pagsaklaw **sa petsang sinabi namin sa inyo.**

- Kung magpapasyang patuloy na tumanggap ng pangangalaga sa kalusugan sa bahay, o Pasilidad ng May Kasanayang Pangangalaga, o mga serbisyo ng Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF) *pagkatapos*ng petsang ito kung kailan magwawakas ang inyong pagsaklaw, **kakailanganin ninyong bayaran mismo ang kabuuang gastos** sa pangangalagang ito.

Hakbang 4: Kung hindi ang isasagot sa inyong Antas 1 na apela, magpapasya kayo kung gusto ninyong maghain ng panibagong apela.

- Kung *hindi* ang isasagot ng mga tagasuri sa inyong Antas 1 na apela – at pipiliin ninyong patuloy na makatanggap ng pangangalaga pagkatapos na magwakas ang pagsaklaw para sa inyong pangangalaga – maaari kayong maghain ng Antas 2 na apela.

Seksyon 9.4 Sunod-sunod na hakbang: Paano maghain ng Antas 2 na apela upang mas matagal na panahong saklawin ng aming plano ang inyong pangangalaga

Sa panahon ng Antas 2 na apela, hinihiling ninyo sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad na suriin ulit ang naging desisyon sa inyong unang apela. Kung tatanggihan ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong Antas 2 na apela, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang kabuuang gastos para sa inyong pangangalaga sa kalusugan sa bahay, o pasilidad ng may kasanayang pangangalaga, o mga serbisyo sa Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF) *pagkatapos* ng petsa kung kailan namin sinabing magwawakas ang inyong pagsaklaw.

Hakbang 1: Makipag-ugnayan kayong muli sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad at humiling ng panibagong pagsusuri.

- Dapat kayong humingi ng pagsusuring ito sa loob ng 60 araw **pagkatapos ng araw kung kailan sumagot ng hindi sa inyong Antas 1 na apela ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad.** Maaari lang ninyong hingin ang pagsusuring ito kung ipinagpatuloy ninyo ang pagkuha ng pangangalaga makalipas ang petsa na natapos ang inyong pagsaklaw para sa pangangalaga.

Hakbang 2: Magsasagawa ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng pangalawang pagsusuri sa inyong sitwasyon.

- Titingnan ulit nang mabuti ng mga tagasuri sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Hakbang 3: Sa loob ng 14 na araw mula nang natanggap ang inyong kahilingan para sa apela, gagawa ng desisyon ang mga tagasuri tungkol sa inyong apela at sasabihin nila sa inyo ang naging desisyon nila.

Ano ang mangyayari kung oo ang sinabi ng organisasyon sa pagsusuri?

- **Dapat naming bayaran ang nagastos ninyo** para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang natanggap ninyo pagkatapos ng petsang sinabi naming matatapos ang inyong pagsaklaw. **Kailangan naming patuloy na magbigay ng pagsaklaw** para sa pangangalaga hangga't ito ay medikal na kinakailangan.
- Dapat ninyong patuloy na bayaran ang inyong bahagi sa mga gastos at maaaring may umiral na mga limitasyon sa pagsaklaw.

Ano ang mangyayari kung hindi ang isasagot ng organisasyon sa pagsusuri?

- Ibig sabihin nito ay sumasang-ayon sila sa naging desisyon namin sa inyong Antas 1 na apela.
- Sasabihin sa inyo sa sulat na matatanggap ninyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng pagsusuri. Ibibigay sa inyo rito ang mga detalye tungkol sa kung paano kayo makakapagpatuloy sa sunod na antas ng apela, na pinangangasiwaan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado.

Hakbang 4: Kung hindi ang sagot, kakailanganin ninyong magpasya kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas na antas ang inyong apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuang limang antas ng apela. Kung magpapasya kayong maghain ng Antas 3 na apela, makikita ang mga detalye kung paano ito gawin sa abisong sulat na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong desisyon sa Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado. May higit pang impormasyon sa Seksyon 10 sa kabanatang ito tungkol sa Antas 3, 4, at 5 ng proseso ng mga apela.

Seksyon 9.5 Paano kung hindi ninyo mahahabol ang deadline para sa paghahain ng inyong Antas 1 na apela?

Maaaring sa amin na lang kayo umapela

Katulad ng ipinaliwanag sa itaas, dapat kayong kumilos kaagad sa pakikipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad upang masimulan ang inyong unang apela (sa loob ng isang araw o pinakamatagal na dalawang araw). Kung hindi ninyo mahahabol ang deadline para sa pakikipag-ugnayan sa organisasyong ito, may iba pang paraan para maghain ng inyong apela. Kung gagamitin ninyo ang ibang paraang ito ng paghahain ng inyong apela, *naiiba ang unang dalawang antas ng apela*.

Sunod-sunod na hakbang: Paano maghain ng *Alternatibong* Antas 1 na Apela

Legal na Termino
Ang mabilisang pagsusuri (o mabilisang apela) ay tinatawag ding **pinabilis na apela**.

Hakbang 1: Makipag-ugnayan sa amin at humiling ng mabilisang pagsusuri.

- **Humiling ng isang mabilis na pagsusuri.** Ibig sabihin nito, hinihiling ninyo sa amin na magbigay kami sa inyo ng sagot gamit ang mga mabilisang deadline sa halip na ang mga karaniwang deadline. May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.

Hakbang 2: Magsasagawa kami ng mabilisang pagsusuri ng naging desisyon namin tungkol sa kung kailan namin tatapusin ang pagsaklaw sa inyong mga serbisyo.

- Sa pagsusuring ito, titingnan ulit namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kaso. Susuriin namin upang malaman kung nasusunod namin ang lahat ng panuntunan nang itinakda namin ang petsa kung kailan matatapos ang pagsaklaw ng plano para sa mga serbisyong natatanggap ninyo.

Hakbang 3: Magbibigay kami sa inyo ng aming desisyon sa loob ng 72 oras pagkatapos ninyong humiling ng mabilisang pagsusuri.

- **Kung oo ang isasagot namin sa inyong mabilisang apela,** ibig sabihin nito ay sumang-ayon kami sa inyo na mas matagal pa ninyong kailangan ang mga serbisyo, at patuloy naming ipagkakaloob ang inyong mga saklaw na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ito. Ibig sabihin din nito ay sumasang-ayon kaming ibalik ang ibinayad ninyo para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang natanggap ninyo mula sa petsang sinabi naming magwawakas ang inyong pagsaklaw. (Dapat ninyong bayaran ang inyong bahagi sa mga gastos at maaaring may umiral na mga limitasyon sa pagsaklaw.)
- **Kung hindi ang isasagot namin sa inyong apela,** matatapos ang pagsaklaw ninyo sa petsang sinabi namin sa inyo at hindi kami magbabayad ng anumang bahagi sa mga gastos pagkatapos ng petsang ito.
- Kung nagpatuloy kayo sa pagtanggap ng pangangalagang pangkalusugan sa bahay, o pasilidad ng may kasanayang pangangalaga, o mga serbisyo ng Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF) *pagkatapos* ng petsa kung kailan namin sinabing matatapos ang inyong pagsaklaw, kakailanganin ninyo mismong bayaran ang kabuuang gastos ng pangangalagang ito.

Hakbang 4: Kung hindi ang isasagot namin sa inyong mabilisang apela, awtomatikong ipadadala ang inyong kaso sa susunod na antas ng proseso ng mga apela.

Legal na Termino
Ang pormal na pangalan para sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay **Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri.** Tinatawag ito minsang **IRE.**

Sunod-sunod na hakbang: *Alternatibong* Proseso ng Antas 2 na apela

Sa oras ng Antas 2 na apela, susuriin ng **hiwalay na organisasyon sa pagsusuri** ang naging desisyon namin sa inyong mabilisang apela. Ang organisasyong ito ang nagpapasya kung dapat bang baguhin ang naging desisyon. **Ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay isang hiwalay na organisasyong kinuha ng Medicare.** Ang organisasyong ito ay hindi konektado sa aming plano at hindi ito ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ay isang kumpanyang pinili ng Medicare upang pangasiwaan ang trabaho ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Pinangangasiwaan ng Medicare ang gawain nito.

Hakbang 1: Awtomatiko naming ipadadala ang inyong kaso sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

- Kinakailangan naming ipadala ang impormasyon ng inyong Antas 2 na apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa loob ng 24 na oras mula nang sinabi namin sa inyong hindi ang sagot namin sa inyong unang apela. (Kung sa tingin ninyo ay hindi namin nasusunod ang deadline na ito o ang iba pang deadline, maaari kayong maghain ng reklamo. Nakasaad sa Seksyon 11 ng kabanatang ito kung paano maghain ng reklamo.)

Hakbang 2: Magsasagawa ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ng mabilisang pagsusuri ng inyong apela. Magbibigay sa inyo ang mga tagasuri ng sagot sa loob ng 72 oras.

- Susuriing mabuti ng mga tagasuri sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- **Kung *oo* ang isasagot ng organisasyong ito sa inyong apela,** kailangan naming ibalik ang ibinayad ninyo para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang natanggap ninyo mula sa petsang sinabi naming magtatapos ang inyong pagsaklaw. Dapat din naming ipagpatuloy ang pagsaklaw sa pangangalaga hangga't medikal na kinakailangan ito. Dapat ninyong patuloy na bayaran ang inyong bahagi sa mga gastos. Kung may mga limitasyon sa pagsaklaw, maaaring makaapekto ang mga ito sa kung magkano ang ibabalik namin o kung gaano namin katagal maipagpapatuloy ang pagsaklaw sa mga serbisyo.
- **Kung *hindi* ang isasagot ng organisasyong ito sa inyong apela,** ibig sabihin nito ay sumasang-ayon sila sa naging desisyon ng aming plano sa inyong unang apela at hindi nila babaguhin ito.
- Sasabihin sa inyo sa abisong sulat mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang Antas 3 na apela.

Hakbang 3: Kung tatanggihan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang inyong apela, magpapasya kayo kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas na antas ang inyong apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuang limang antas ng apela. Kung magpapasya kayong maghain ng Antas 3 na apela, makikita ang mga detalye kung paano ito gawin sa abisong sulat na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong desisyon sa Antas 2 na apela.
- Ang inyong Antas 3 na apela ay susuriin ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado. May higit pang impormasyon sa Seksyon 10 sa kabanatang ito tungkol sa Antas 3, 4, at 5 ng proseso ng mga apela.

SEKSYON 10 Pagdadala ng inyong apela sa Antas 3 at sa antas pagkatapos niyon

Seksyon 10.1 Apela sa Antas 3, 4, at 5 para sa Mga Kahilingan sa Medikal na Serbisyo

Maaaring naaangkop para sa inyo ang seksyong ito kung naghain kayo ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela, at parehong tinanggihan ang mga apela ninyong ito.

Kung nakatutugon sa mga partikular na kinakailangang pinakamababang antas ang dolyar na halaga ng item o medikal na serbisyong inapela ninyo, maaaring makapagpatuloy kayo sa mga karagdagang antas ng apela. Kung hindi umabot sa kinakailangang pinakamababang antas ang dolyar na halaga, hindi kayo makakapaghain ng apela sa alinmang mas mataas na antas. Ipapaliwanag ng nakasulat na tugon na natanggap ninyo sa inyong Antas 2 na apela kung paano gumawa ng Antas 3 na apela.

Para sa karamihan ng mga sitwasyon na may kinalaman sa mga apela, halos magkakapareho ang pagsasagawa sa huling tatlong antas ng apela. Narito kung sino ang nangangasiwa sa pagsusuri ng inyong apela sa bawat isa sa mga antas na ito.

Antas 3 na apela	**Isang Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado na nagtatrabaho para sa Pederal na pamahalaan ang** susuri sa inyong apela at magbibigay sa inyo ng sagot.

- **Kung oo ang isasagot ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado sa inyong apela, ang proseso ng mga apela *ay maaaring tapos na o maaaring hindi pa tapos.*** Hindi katulad ng desisyon sa Antas 2 na apela, may karapatan kaming iapela ang isang desisyon sa Antas 3 na pabor sa inyo. Kung magpasya kaming mag-apela, mapupunta ito sa Antas 4 na apela.

- Kung magpapasya kaming hindiumapela, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa inyo ang medikal na pangagalaga sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado.
- Kung magpapasya kaming umapela sa desisyon, magpapadala kami sa inyo ng kopya ng kahilingan sa Antas 4 na apela kalakip ang anumang kasamang dokumento. Maaaring hintayin muna namin ang desisyon sa Antas 4 na apela bago namin pahintulutan o ipagkaloob ang medikal na pangangalagang pinag-uusapan.

- **Kung hindi ang isasagot ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado sa inyong apela, maaaring *tapos na*o maaaring *hindi pa tapos* ang proseso ng mga apela.**
  - Kung magpapasya kayong tanggapin ang desisyong tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
  - Kung ayaw ninyong tanggapin ang desisyon, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong matatanggap ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na apela.

Antas 4 na apela	Ang **Konseho ng mga Apela sa Medicare** (Konseho) ang susuri sa inyong apela at magbibigay sa inyo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng Pederal na pamahalaan**.**

- **Kung oo ang isasagot, o kung tatanggihan ng Konseho ang kahilingan naming suriin ang isang desisyong pabor sa Antas 3 na apela, *maaaring tapos na* o *maaaring hindi pa tapos* ang proseso ng mga apela.** Hindi katulad ng desisyon sa Antas 2, may karapatan kaming iapela ang isang desisyon sa Antas 4 na pabor sa inyo. Magpapasya kami kung iaapela ang desisyong ito sa Antas 5.
  - Kung magpapasya kaming hindi umapela sa desisyon, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa inyo ang medikal na pangangalaga sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Konseho.
  - Kung magpapasya kaming iapela ang desisyon, ipababatid namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat.
- **Kung hindi ang sagot o kung tatanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, *maaaring tapos na* o *maaaring hindi pa tapos* ang proseso ng mga apela.**
  - Kung magpapasya kayong tanggapin ang desisyong tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
  - Kung ayaw ninyong tanggapin ang desisyon, maaaring makapagpatuloy kayo sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Kung hindi ang isasagot ng Konseho sa inyong apela, sasabihin sa inyo sa abisong matatanggap ninyo kung pinapayagan kayo

ng mga panuntunan na magpatuloy sa Antas 5 na apela at kung paano magpatuloy sa Antas 5 na apela.

Antas 5 na apela	Isang hukom sa **Pederal na Korte ng Distrito** ang susuri sa inyong apela.

- Susuriin ng isang hukom ang lahat ng impormasyon at magpapasya siya kung *oo* o *hindi* ang tugon sa iyong kahilingan. Pinal na ang sagot na ito. Walang ibang antas ng apela pagkatapos ng Hukuman ng Pederal na Distrito.

Seksyon 10.2 Apela sa Antas 3, 4, at 5 para sa Mga Kahilingan sa Part D na mga Gamot

Maaaring naaangkop para sa inyo ang seksyong ito kung naghain kayo ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela, at parehong tinanggihan ang mga apela ninyong ito.

Kung nakatutugon sa partikular na dolyar na halaga ang halaga ng gamot na inapela ninyo, maaaring makapagpatuloy kayo sa mga karagdagang antas ng apela. Kung mas mababa ang dolyar na halaga, hindi na kayo makakapag-apela sa alinmang mas mataas na halaga. Ipapaliwanag sa abisong sulat na matatanggap ninyo sa inyong Antas 2 na apela kung kanino makikipag-ugnayan at ano ang dapat gawin upang makapaghain ng Antas 3 na apela.

Para sa karamihan ng mga sitwasyon na may kinalaman sa mga apela, halos magkakapareho ang pagsasagawa sa huling tatlong antas ng apela. Narito kung sino ang nangangasiwa sa pagsusuri ng inyong apela sa bawat isa sa mga antas na ito.

Antas 3 na apela	**Isang Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado na nagtatrabaho para sa Pederal** na pamahalaang ang susuri sa inyong apela at magbibigay sa inyo ng sagot.

- **Kung oo ang isasagot, ang proseso ng mga apela ay tapos na.** Dapat naming **pahintulutan o ipagkaloob ang pagsaklaw sa gamot** na inaprubahan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado sa loob ng **72 oras (24 na oras para sa mga pinabilis na apela) o dapat kaming magbayad sa loob nang hindi lalampas sa 30 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon.
- **Kung hindi ang sagot, *maaaring tapos na* o *maaaring hindi pa tapos* ang proseso ng mga apela**.
  - Kung magpapasya kayong tanggapin ang desisyong tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
  - Kung ayaw ninyong tanggapin ang desisyon, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong matatanggap ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na apela.

Antas 4 na apela	Ang **Konseho ng mga Apela sa Medicare** (Konseho) ang susuri sa inyong apela at magbibigay sa inyo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng Pederal na pamahalaan.

- **Kung oo ang isasagot, ang proseso ng mga apela ay tapos na.** Dapat naming **pahintulutan o ipagkaloob ang pagsaklaw sa gamot** na inaprubahan ng Konseho **sa loob ng 72 oras (24 na oras para sa mga pinabilis na apela) o dapat kaming magbayad sa loob nang hindi lalampas sa 30 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon.
- **Kung hindi ang sagot, *maaaring tapos na* o *maaaring hindi pa tapos* ang proseso ng mga apela.**
  - Kung magpapasya kayong tanggapin ang desisyong tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
  - Kung ayaw ninyong tanggapin ang desisyon, maaaring makapagpatuloy kayo sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Kung hindi ang isasagot ng Konseho sa inyong apela o kung tatanggihan nito ang inyong kahilingan sa pagsusuri sa apela, sasabihin sa inyo sa abisong matatanggap ninyo kung pinapayagan kayo ng mga panuntunan na magpatuloy sa Antas 5 na apela. Sasabihin din nito sa inyo kung kanino makikipag-ugnayan at kung ano ang susunod na gagawin kung pipiliin ninyong magpatuloy sa inyong apela.

Antas 5 na apela	Isang hukom sa **Pederal na Korte ng Distrito** ang susuri sa inyong apela.

- Susuriin ng isang hukom ang lahat ng impormasyon at magpapasya siya kung *oo* o *hindi* ang tugon sa iyong kahilingan. Pinal na ang sagot na ito. Walang ibang antas ng apela pagkatapos ng Hukuman ng Pederal na Distrito.

SEKSYON 11 Paano maghain ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga tagal ng paghihintay, serbisyo sa kostumer, o iba pang alalahanin

Seksyon 11.1 Anong mga klase ng mga problema ang pinangangasiwaan sa pamamagitan ng proseso ng reklamo?

Ginagamit *lang* ang proseso ng reklamo para sa ilang partikular na uri ng mga problema. Kasama rito ang mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, mga tagal ng paghihintay, at ang serbisyo sa kostumer. Narito ang ilang halimbawa ng mga uri ng mga problemang pinapangasiwaan sa pamamagitan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng inyong medikal na pangangalaga	• Hindi ba kayo nasisiyahan sa kalidad ng pangangalagang natanggap ninyo (kabilang ang pangangalaga sa ospital)?
Pagrespeto sa inyong pagkapribado	• Mayroon bang hindi gumalang sa inyong karapatan sa privacy o nagbahagi ng kumpidensyal na impormasyon?
Kawalan ng respeto, hindi magandang serbisyo sa kostumer, o iba pang negatibong pag-uugali	• Naging bastos o walang galang ba sa inyo ang isang tao? • Hindi ba kayo nasisiyahan sa aming Mga Serbisyo para sa Miyembro? • Pakiramdam ba ninyo ay hinihikayat kayong umalis sa plano?
Mga tagal ng paghihintay	• Nahihirapan ba kayong kumuha ng appointment, o masyadong matagal ang paghihintay ninyo upang makuha ito? • Pinaghihintay ba kayo nang matagal ng mga doktor, parmasyutiko, o iba pang propesyonal sa kalusugan? O ng aming Mga Serbisyo para sa Miyembro o iba pang kawani sa plano? ○ Kabilang sa mga halimbawa ang paghihintay nang matagal sa telepono, sa silid para sa paghihintay o eksaminasyon, o sa pagkuha ng inireresetang gamot.
Kalinisan	• Hindi ba kayo nasisiyahan sa kalinisan o kundisyon ng klinika, ospital, o tanggapan ng doktor?
Ang impormasyong makukuha ninyo sa amin	• Hindi ba namin kayo nabigyan ng kinakailangang abiso? • Mahirap bang unawain ang aming nakasulat na impormasyon?

Reklamo	Halimbawa
Pagiging Tama sa Oras (Ang mga ganitong uri ng mga reklamo ay nauugnay lahat sa pagiging tama sa oras ng aming mga pagkilos na may kinalaman sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela)	Kung humingi na kayo sa amin ng desisyon sa pagsaklaw o naghain na kayo ng apela, at sa palagay ninyo ay mabagal ang pagtugon namin, maaari din kayong maghain ng reklamo tungkol sa pagiging mabagal namin. Narito ang mga halimbawa: • Humiling kayo sa amin na bigyan kayo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw o mabilisang apela, at sinabi naming hindi namin gagawin iyon; maaari kayong maghain ng reklamo. • Naniniwala kayong hindi namin natutugunan ang mga deadline para sa mga desisyon sa pagsaklaw o apela; maaari kayong maghain ng reklamo. • Naniniwala kayong hindi namin natutugunan ang mga deadline para sa pagsaklaw o pagbabalik ng bayad para sa ilang partikular na medikal na gamit o serbisyo o gamot na naaprubahan; maaari kayong maghain ng reklamo. • Naniniwala kayong hindi namin natutugunan ang mga kinakailangang deadline para sa pagpapasa ng inyong kaso sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri; maaari kayong maghain ng reklamo.

Seksyon 11.2 Paano maghain ng reklamo

Mga Legal na Termino
• Ang **Reklamo** ay tinatawag ding **karaingan.** • Ang **Paghahain ng reklamo** ay tinatawag ding **paghahain ng karaingan.** • Ang **Paggamit sa proseso para sa paghahain ng reklamo** ay tinatawag ding **paggamit sa proseso para sa paghahain ng karaingan.** • Ang **mabilisang reklamo** ay tinatawag ding **pinabilis na karaingan.**

Seksyon 11.3 Sunod-sunod na hakbang: Paghahain ng reklamo

Hakbang 1: Makipag-ugnayan kaagad sa amin – sa pamamagitan ng telepono o sulat.

- **Kadalasan, ang pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ang unang hakbang.** Kung may iba pa kayong kailangang gawin, ipapaalam ito sa inyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro.

- **Kung ayaw ninyong tumawag (o kung tumawag kayo at hindi kayo nasiyahan), maaari ninyong isulat ang inyong reklamo at ipadala ito sa amin.** Kung isusulat ninyo ang inyong reklamo, sasagutin namin ang inyong reklamo sa pamamagitan ng sulat.
- **Kung hindi namin mareresolba ang inyong reklamo sa pamamagitan ng telepono, mayroon kaming pormal na proseso para suriin ang inyong reklamo. Tinatawag namin itong Proseso ng Karaingan**. Para maghain ng reklamo, o kung may mga tanong kayo tungkol sa prosesong ito, pakitawagan ang mga Serbisyo para sa Miyembro. O, puwede ninyong ipadala ang nakasulat ninyong kahilingan sa pamamagitan ng mail sa address na nakalista sa ilalim mga *Reklamo sa Medikal na Pangangalaga* o *Mga reklamo para sa mga inireresetang Part D na mga Gamot* sa Kabanata 2 ng dokumento na ito.
    - Kung hihiling kayo ng nakasulat na tugon, kung naghain kayo ng nakasulat na reklamo (karaingan), o kung ang reklamo ninyo ay nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, sasagutin namin kayo sa pamamagitan ng sulat.
    - Kailangan ninyong ihain ang inyong reklamo sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos ng pangyayari. Puwede ninyong isumite nang pormal ang inyong reklamo, sa pamamagitan ng pagsulat sa address na nakalista sa ilalim mga Reklamo sa Medikal na Pangangalaga o mga Reklamo para sa mga inireresetang Part D na mga Gamot sa Kabanata 2 ng dokumento na ito.
    - Dapat naming sabihin sa inyo ang aming desisyon tungkol sa inyong reklamo sa pinakamabilis na panahong kailangan sa inyong kaso batay sa kalagayan ng inyong kalusugan, at hindi lalampas nang 30 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong reklamo. Puwede naming palawigin ang tagal ng panahon nang hanggang 14 na araw ng kalendaryo kung hihilingin ninyo ang pagpapalawig, o kung mapapatunayan namin na may mga karagdagang impormasyong kailangan at makabubuti sa inyo ang pagkaantala.
    - Sa ilang partikular na pagkakataon, may karapatan kayong humiling ng mabilisang pagsusuri sa inyong reklamo. Tinatawag itong Proseso ng Pinabilis na Karaingan. May karapatan kayo para sa pinabilis na pagsusuri sa inyong reklamo kung tutol kayo sa aming desisyon sa mga sumusunod na sitwasyon:
        - Tinanggihan namin ang kahilingan ninyo para sa isang pinabilis na pagsusuri sa medikal na pangangalaga Part D na mga gamot.
        - Tinanggihan namin ang kahilingan ninyo para sa pinabilis na pagsusuri sa isang apela para sa mga tinanggihang serbisyo o Part D na mga gamot.
        - Nagdesisyon kami na kailangan ng dagdag na panahon para suriin ang inyong kahilingan para sa medikal na pangangalaga.
        - Nagdesisyon kami na kailangan ng dagdag na panahon para suriin ang inyong apela sa tinanggihang medikal na pangangalaga.

- Puwede ninyong isumite ang ganitong uri ng reklamo sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Puwede rin ninyong isumite sa amin ang reklamo sa pamamagitan ng sulat sa address na nakalista sa ilalim *mga Reklamo sa Medikal na Pangangalaga* o *mga Reklamo para sa mga inireresetang Part D na mga Gamot* sa Kabanata 2 ng dokumento na ito. Kapag natanggap na namin ang pinabilis na karaingan, susuriin ng isang Clinical Practitioner ang kaso para tukuyin ang mga dahilan ng pagtanggi sa inyong kahilingan para sa isang pinabilis na pagsusuri o kung nararapat ba ang pagpapalawig ng kaso. Sasabihin namin sa inyo ang desisyon tungkol sa pinabilis na kaso nang pasalita at sa pamamagitan ng pagsulat sa loob ng 24 na oras pagkatapos matanggap ang reklamo.
- Ang **deadline** para sa paghahain ng reklamo ay 60 araw sa kalendaryo mula sa oras na nagkaroon kayo ng problemang gusto ninyong ireklamo.

Hakbang 2: Susuriin namin ang inyong reklamo at magbibigay kami sa inyo ng aming sagot.

- **Kung maaari, sasagot kami kaagad sa inyo.** Kung tatawag kayo sa amin kaugnay ng isang reklamo, maaaring mabigyan namin kayo ng sagot sa tawag ding iyon.
- **Ang karamihan ng mga reklamo ay nasasagot sa loob ng 30 araw ng kalendaryo.** Kung kailangan namin ng higit pang impormasyon at makakabuti para sa inyo ang pagbinbin o kung hihingi kayo ng mas mahabang panahon, maaari kayong magdagdag ng hanggang 14 pang araw ng kalendaryo (44 na araw ng kalendaryo sa kabuuan) upang masagot ang inyong reklamo. Kung magpapasya kami na kailangan pa namin ng mga karagdagang araw, sasabihin namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat.
- **Kung naghahain kayo ng reklamo dahil tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa mabilisang desisyon sa pagsaklaw o mabilisang apela, awtomatiko naming ibibigay sa inyo ang mabilisang reklamo.** Kung mayroon kayong mabilisang reklamo, ibig sabihin nito ay magbibigay kami sa inyo **ng sagot sa loob ng 24 na oras.**
- **Kung hindi kami sumasang-ayon** sa isang bahagi o sa kabuuan ng inyong reklamo o kung hindi kami pananagutan ang problemang inirereklamo ninyo, ipapaalam namin ito sa inyo.

Seksyon 11.4 Maaari din kayong maghain ng mga reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad

Kapag tungkol sa *kalidad ng pangangalaga* ang inyong reklamo, mayroon din kayong dalawang karagdagang opsyon:

- **Maaari kayong maghain ng inyong reklamo direkta sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad.** Ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ay isang pangkat ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na

binabayaran ng Pederal na pamahalaan upang suriin at pahusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.

O

- **Maaari ninyong gawin ang inyong reklamo sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad at sa amin sa parehong oras.**

Seksyon 11.5 Maaari din ninyong sabihin sa Medicare ang tungkol sa inyong reklamo

Maaari kayong direktang magsumite ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Upang magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Maaari din kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY/TDD ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048.

MGA PROBLEMA TUNGKOL SA INYONG MGA BENEPISYO NG MEDICAID

SEKSYON 12 Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo ng Medicaid

Kung naniniwala kayong itinanggi sa inyo sa maling paraan ang isang serbisyo o pagbabayad para sa isang serbisyo na saklaw ng Medicaid, may karapatan kayong iapela ang aming desisyon sa Medicaid. Para maghain ng karaingan (reklamo) o mag-apela tungkol sa isang serbisyo ng Medicaid, mangyaring makipag-uganyan sa Medicaid. Makikita ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6.

KABANATA 10:

Pagtatapos ng inyong membership sa plano

SEKSYON 1 Introduksyon sa pagwawakas ng inyong membership sa aming plano

Ang pagtatapos ng inyong membership sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ay maaaring **boluntaryo** (sarili ninyong kagustuhan) o **hindi boluntaryo** (hindi ninyo sariling kagustuhan):

- Maaaring aalis kayo sa aming plano dahil napagpasyahan ninyo na *gusto* na ninyong umalis. Nagbibigay ang Seksyon 2 at 3 ng impormasyon sa boluntaryong pagwawakas ng inyong membership.
- May mga limitadong sitwasyon din kung saan hindi ninyo piniling umalis, ngunit kailangan naming wakasan ang inyong membership. Sinasabi sa inyo sa Seksyon 5 ang tungkol sa mga sitwasyon kung saan dapat naming wakasan ang inyong membership.

Kung aalis na kayo sa aming plano, dapat patuloy na ibigay ng aming plano ang inyong medikal na pangangalaga at mga inireresetang gamoit at patuloy ninyong babayaran ang inyong bahagian sa gastos hanggang sa magwakas ang inyong membership.

SEKSYON 2 Kailan ninyo maaaring wakasan ang inyong membership sa aming plano?

Seksyon 2.1 Maaari ninyong wakasan ang inyong membership dahil mayroon kayong Medicare at Medicaid

Maaaring wakasan ng karamihan ng taong may Medicare ang kanilang membership sa ilang partikular na panahon lang ng taon. Dahil mayroon kayong Medicaid, maaari ninyong wakasan ang inyong membership sa aming plano o lumipat sa ibang plano nang isang beses sa bawat sumusunod na Natatanging Panahon ng Pagpapatala:

- Enero hanggang Marso
- Abril hanggang Hunyo
- Hulyo hanggang Setyembre

Kung sasali kayo sa aming plano sa isa sa mga panahong ito, kakailanganin ninyong hintayin ang susunod na panahon upang wakasan ang inyong membership o lumipat sa ibang plano. Hindi ninyo magagamit ang Natatanging Panahon ng Pagpapatala ito upang wakasan ang inyong membership sa aming plano sa pagitan ng Oktubre at Disyembre. Gayunpaman, maaaring gumawa ng mga pagbabago ang lahat ng taong may Medicare mula sa Oktubre 15 – Disyembre 7 sa Panahon ng Taunang Pagpapatala. Ipinapaalam sa inyo ng Seksyon 2.2 ang higit pa tungkol sa Panahon ng Taunang Pagpapatala.

- Pumili ng alinman sa mga sumusunod na uri ng plano ng Medicare:
  - Isa pang planong pangkalusugan ng Medicare, na mayroon o walang saklaw sa inireresetang gamot

- Original Medicare na mayroong hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare
- Original Medicare na walang hiwalay na plano ng Medicare sa inireresetang gamot
  - Kung pipiliin ninyo ang opsyong ito, puwede kayong itala ng Medicare sa isang plano ng gamot, maliban kung hindi kayo lalahok sa awtomatikong pagpapatala.

Tandaan: Kung maalis kayo sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare at magpapatuloy kayo nang walang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot sa loob ng tuloy-tuloy na 63 araw o higit pa, maaaring kailanganin ninyong magbayad ng multa sa huling pagpapatala sa Part D kung sasali kayo sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon. Makipag-ugnayan sa Tanggapan ng Medicaid sa Inyong Estado upang malaman ang tungkol sa inyong mga opsyon sa plano ng Medicaid (nasa Kabanata 2, Seksyon 6 ng dokumento na ito ang mga numero ng telepono).

- **Kailan magwawakas ang inyong membership?** Kadalasang magwawakas ang inyong membership sa unang araw ng buwan pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingang baguhin ang inyong mga plano. Magsisimula rin sa araw na ito ang inyong pagpapatala sa inyong bagong plano.

Seksyon 2.2 Maaari ninyong wakasan ang inyong membership sa loob ng Panahon ng Taunang Pagpapatala

Maaari ninyong wakasan ang inyong membership sa loob ng **Panahon ng Taunang Pagpapatala** (tinatawag ding Panahon ng Taunang Bukas na Pagpapatala). Sa panahong ito, suriin ang inyong pagsaklaw sa kalusugan at gamot at magpasya kaugnay ng saklaw para sa susunod na taon.

- Ang **Panahon ng Taunang Pagpapatala** mula **Oktubre 15 hanggang Disyembre** 7.
- **Maaari kayong magpasyang panatilihin ang inyong kasalukuyang pagsaklaw o magbago ng inyong pagsaklaw para sa susunod na taon**. Kung magpapasya kayong lumipat sa panibagong plano, maaari ninyong piliin ang alinman sa mga sumusunod na uri ng mga plano:
  - Iba pang planong pangkalusugan ng Medicare, na mayroon o walang pagsaklaw sa inireresetaong gamot.
  - Original Medicare na mayroong hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare

    O

  - Original Medicare na walang kasamang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare.
- **Magwawakas ang inyong membership sa aming plano** kapag nagsimula ang inyong pagsaklaw sa bagong plano sa Enero 1.

Kung tumatanggap kayo ng "Extra Help" mula sa Medicare upang mabayaran ang inyong mga inireresetang gamot: Kung lilipat kayo ng Original Medicare at hindi kayo magpapatala sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, maaari kayong ipatala ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung hindi kayo sumali sa awtomatikong pagpapatala.

Tandaan: Kung maalis kayo sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare at magpapatuloy kayo nang walang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot sa loob ng 63 sunod-sunod na araw o higit pa, maaaring kailanganin ninyong magbayad ng multa sa huling pagpapatala sa Part D kung sasali kayo sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Seksyon 2.3 Maaari ninyong wakasan ang inyong membership sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medicare Advantage

May pagkakataon kayong magsagawa ng *isang* pagbabago sa inyong pagsaklaw sa kalusugan sa panahon ng **Bukas na Pagpapatala ng Medicare Advantage.**

- **Ang Panahon ng Taunang Bukas na Pagpapatala ng Medicare** ay tumatagal mula Enero 1 hanggang Marso 31.
- **Sa Panahon ng Taunang Bukas na Pagpapatala para sa Medicare Advantage,** magagawa mong:
  - Lumipat sa ibang Medicare Advantage na Plano nang mayroon o walang pagsaklaw sa inireresetang gamot.
  - Maalis sa pagkakatala sa aming plano at makatanggap ng pagsaklaw sa pamamagitan ng Original Medicare. Kung magpapasya kayong lumipat sa Original Medicare sa loob ng panahong ito, maaari din kayong sumali sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare sa panahong iyon.
- **Magwawakas ang inyong membership** osa unang araw ng buwan pagkatapos ninyong magpatala sa ibang Medicare Advantage na plano o pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingang lumipat sa Original Medicare. Kung pipiliin din ninyong magpatala sa isang plano sa inireresetang gamot ng Medicare, magsisimula ang inyong membership sa plano sa gamot sa unang araw ng buwan pagkatapos makuha ng plano sa gamot ang inyong kahilingan sa pagpapatala.

Seksyon 2.4 Sa ilang partikular na sitwasyon, mawawakasan ninyo ang inyong membership sa Natatanging Panahon ng Pagpapatala

Sa ilang partikular na sitwasyon, maaari kayong maging kwalipikadong wakasan ang inyong membership sa iba pang panahon ng taon. Kilala ito bilang **Natatanging Panahon ng Pagpapatala.**

Posibleng kwalipikado kayong wakasan ang inyong membership sa panahon ng Natatanging Panahon ng Pagpapatala kung nalalapat sa inyo ang alinman sa mga sitwasyong ito. Mga halimbawa lang ang mga ito, para sa kumpletong listahan, maaaring kayong makipag-ugnayan sa plano, tumawag sa Medicare, o bumisita sa website ng Medicare (www.medicare.gov):

- Kadalasan, kapag lumipat kayo.
- Kung mayroon kayong California Medi-Cal (Medicaid).
- Kung kwalipikado kayo para sa "Extra Help" sa pagbabayad ng inyong mga reseta sa Medicare.
- Kung lalabag kami sa aming kontrata sa inyo.
- Kung tumatanggap kayo ng pangangalaga sa isang institusyon, gaya ng tahanang may nangangalaga o ospital para sa pangmatagalang pangangalaga (LTC).
- Kung magpapatala kayo sa Programa ng Pangkalahatang Pangangalaga para sa Mga Nakatatanda (PACE).
- **Tandaan:** Kung kayo ay nasa isang programa sa pamamahala ng gamot, maaaring hindi kayo makapagpalit ng plano. Makikita ninyo sa Kabanata 5, Seksyon 10 ang higit pang impormasyon tungkol sa mga programa sa pamamahala ng gamot.
- **Tandaan:** Ipinapaalam sa inyo ng Seksyon 2.1 ang higit pa tungkol sa natatanging panahon ng pagpapatala para sa mga taong may Medicaid.

Iba-iba ang mga panahon ng pagpapatala depende sa inyong sitwasyon.

Upang malaman kung kwalipikado kayo para sa Natatanging Panahon ng Pagpapatala, pakitawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kwalipikado kayong wakasan ang inyong membership dahil sa espesyal na sitwasyon, maaari kayong magpasyang palitan ang pareho ninyong pagsaklaw sa kalusugan at pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare. Maaari kayong pumili:

- Isa pang Planong Pangkalusugan ng Medicare na mayroon o walang saklaw ng inireresetang gamot.
- Original Medicare na *mayroong* hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare
- -*o*- Original Medicare na walang kasamang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare.

  Tandaan: Kung maalis kayo sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare at magpapatuloy kayo nang walang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot sa loob ng 63 sunod-sunod na araw o higit pa, maaaring kailanganin ninyong magbayad ng multa sa huling pagpapatala sa Part D kung sasali kayo sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Kung tumatanggap kayo ng "Extra Help" mula sa Medicare upang mabayaran ang inyong mga inireresetang gamot: Kung lilipat kayo ng Original Medicare at hindi kayo magpapatala sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, maaari kayong ipatala ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung hindi kayo sumali sa awtomatikong pagpapatala.

Karaniwang magwawakas ang inyong membership sa unang araw ng buwan pagkatapos matanggap ang kahilingan ninyong magpalit ng inyong plano.

Tandaan: Ipinapaalam sa inyo ng Seksyon 2.1 at 2.2 ang higit pa tungkol sa natatanging panahon ng pagpapatala para sa mga taong may Medicaid at Extra Help.

Seksyon 2.5 Saan kayo makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan ninyo maaaring wakasan ang inyong membership?

Kung mayroon kayong kahit anong katanungan tungkol sa pagwakas sa inyong membership maaari niyong:

- **Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.**
- Makakakuha kayo ng impormasyon sa ***Medicare at Ikaw 2024*** na handbook.
- Makipag-ugnayan sa **Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. (TTY 1-877-486-2048).

SEKSYON 3 Paano ninyo mawawakasan ang inyong membership sa aming plano?

Ipinapaliwanag sa talahanayan sa ibaba kung paano ninyo dapat wakasan ang inyong membership sa aming plano.

Kung gusto ninyong lumipat mula sa aming plano papunta sa:	Ito ang dapat ninyong gawin:
• Iba pang planong pangkalusugan ng Medicare	• Magpatala sa bagong planong pangkalusugan ng Medicare. Magsisimula ang inyong bagong pagsaklaw sa unang araw ng susunod na buwan. • Awtomatiko kayong maaalis sa pagkakatala sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) kapag nagsimula ang inyong pagsaklaw sa bagong plano.

Kung gusto ninyong lumipat mula sa aming plano papunta sa:	Ito ang dapat ninyong gawin:
• Original Medicare na *mayroong* hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare	• Magpatala sa bagong plano sa inireresetang gamot ng Medicare. Magsisimula ang inyong bagong pagsaklaw sa unang araw ng susunod na buwan. • Awtomatiko kayong maaalis sa pagkakatala sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) kapag nagsimula ang inyong pagsaklaw sa bagong plano.
• Original Medicare na *walang* hiwalay na plano ng Medicare sa inireresetang gamot ○ Kung lilipat kayo sa Original Medicare at hindi kayo magpapatala sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, maaari kayong ipatala ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung hindi kayo sumali sa awtomatikong pagpapatala. ○ Kung maalis kayo sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare at magpapatuloy kayo nang walang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot sa loob ng 63 sunod-sunod na araw, maaaring kailanganin ninyong magbayad ng multa sa huling pagpapatala kung sasali kayo sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.	• **Magpadala sa amin ng nakasulat na kahilingan para maalis sa pagkakatala.** Tumawag sa mga Miyembro ng Serbisyo kung kailangan ninyo ng karagdagang kaalaman sa kung paano ito gawin. • Puwede rin kayong makipag-ugnayan sa **Medicare**, sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, at hilinging maalis sa pagkakatala. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. • Aalisin kayo sa pagkakatala sa Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) kapag nagsimula ang inyong pagsaklaw sa Original Medicare.

Tandaan: Kung maalis kayo sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare at magpapatuloy kayo nang walang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot sa loob ng 63 sunod-sunod na araw o higit pa, maaaring kailanganin ninyong magbayad ng multa sa huling pagpapatala sa Part D kung sasali kayo sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Para sa katanungan tungkol sa inyong benepisyo sa California Medi-Cal (Medicaid), tumawag sa California Medi-Cal (Medicaid), 1-800-541-5555, TTY 1-800-430-7077, 8 a.m. - 5 p.m. PT, Lunes - Biyernes. Itanong kung paano makakaapekto ang pagsali sa ibang plano o pagbalik sa Original Medicare sa pagkuha ninyo ng inyong saklaw sa California Medi-Cal (Medicaid).

SEKSYON 4 Hangga't hindi nagwawakas ang inyong membership, dapat kayong patuloy na tumanggap ng inyong mga medikal na gamit, serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano

Hanggang sa magwakas ang inyong membership, at magsimula ang inyong bagong pagsaklaw ng Medicare at Medicaid, dapat ninyong patuloy na kunin ang inyong mga medikal na gamit, serbisyo, at inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano.

- **Ipagpatuloy ang paggamit ng aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network para makatanggap ng medikal na pangangalaga.**
- **Ipagpatuloy ang paggamit ng aming parmasyang nasa network *o mail order* para mapuno ang inyong mga inireresetang gamot.**
- **Kung maospital kayo sa araw na matatapos ang inyong membership, karaniwang sasaklawin ng aming plano ang pananatili ninyo sa ospital hanggang sa ma-discharge kayo sa ospital** (kahit na ma-discharge kayo pagkatapos na magsimula ang inyong bagong pagsaklaw sa kalusugan).

SEKSYON 5 Dapat naming wakasan ang inyong membership sa plano sa ilang partikular na sitwasyon

Seksyon 5.1 Kailan namin dapat wakasan ang inyong membership sa plano?

Dapat naming wakasan ang inyong membership sa plano kung mangyayari ang alinman sa mga sumusunod:

- Kung wala na kayong Part A at Part B ng Medicare.
- Kung hindi na kayo kwalipikado para sa Medicaid. Gaya ng ipinapahayag sa Kabanata 1, Seksyon 2.1, ang aming plano ay para sa mga taong kwalipikado para sa parehong Medicare at Medicaid. Kung hindi na ninyo natutugunan ang mga kinakailangan sa espesyal na pagiging karapat-dapat ng aming plano, matatapos ang inyong membership sa planong ito pagkalipas ng anim na buwan. Makakatanggap kayo ng abiso mula sa amin na nagbibigay ng impormasyon sa inyo tungkol sa pagtatapos ng inyong membership at

inyong mga opsyon. Kung mayroon kayong anumang tanong tungkol sa inyong pagiging karapat-dapat, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

  - Ang panahon ng itinuring na patuloy na pagiging kwalipikado ng plano ay anim na buwan. Ang panahon ng itinuring na patuloy na pagiging karapat-dapat ay magsisimula sa unang araw ng buwan kasunod ng buwan kung saan nawalan kayo ng katayuan sa mga espesyal na pangangailangan.

- Kung aalis kayo sa aming sineserbisyuhang lugar.
- Kung aalis kayo sa aming sineserbisyuhang lugar sa loob ng mahigit sa anim na buwan.
  - Kung lilipat kayo o magbibiyahe nang matagal, kailangan ninyong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman kung nasa sineserbisyuhang lugar ng aming plano ang lugar na lilipatan o pupuntahan ninyo.
- Kung makukulong kayo (papasok sa bilangguan).
- Kung hindi na kayo isang mamamayan ng Estados Unidos o hindi na legal ang pananatili ninyo sa Estados Unidos.
- Kung magsisinungaling kayo o magtatago kayo ng impormasyon tungkol sa iba pa ninyong insurance na nagbibigay ng pagsaklaw sa inireresetang gamot
- Kung kailangan ninyong bayaran ang karagdagang halaga sa Part D dahil sa inyong kita at hindi ninyo ito binayaran, aalisin kayo ng Medicare sa pagkakatala sa aming plano.

Saan kayo makakakuha ng higit pang impormasyon?

Kung mayroon kayong mga tanong o gusto ng karagdagang impormasyon tungkol sa kung kailan namin maaaring tapusin ang inyong membership, tumawag sa Mga Serbiyso para sa Miyembro.

Seksyon 5.2 Hindi namin kayo maaaring paalisin sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa inyong kalusugan

Hindi pinapahintulutan ang Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) na hilingin sa inyong umalis sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa inyong kalusugan.

Ano ang dapat ninyong gawin kung mangyayari ito?

Kung pakiramdam ninyong hinihiling na umalis kayo sa aming plano sa kadahilanang nauugnay sa kalusugan, tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 na oras sa isang araw, 7 na araw sa isang linggo (TTY: 1-877-486-2048).

Seksyon 5.3 May karapatan kayong maghain ng reklamo kung wawakasan namin ang inyong membership sa aming plano

Kung wawakasan namin ang inyong membership sa aming plano, dapat naming sabihin sa inyo sa sulat ang aming mga dahilan sa pagwawakas ng inyong membership. Dapat din naming ipaliwanag kung paano kayo makakapaghain ng karaingan o makakapagreklamo tungkol sa aming desisyong wakasan ang inyong membership.

KABANATA 11:

Mga legal na abiso

SEKSYON 1 Abiso tungkol sa nangangasiwang batas

Ang pangunahing batas na nalalapat sa *Katibayan ng Pagsaklaw* dokumentong ito ay ang Pamagat XVIII ng Batas sa Panlipunang Seguridad at ang mga regulasyong ginawa sa ilalim ng Batas sa Panlipunang Seguridad ng Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid, o CMS. Bilang karagdagan, maaaring may malapat na iba pang Pederal na batas at, sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon ay may malapat na mga batas ng estado kung saan kayo nakatira. Maaari nitong maapektuhan ang inyong mga karapatan at responsibilidad kahit na hindi isinama o ipinaliwanag ang mga batas sa dokumentong ito.

SEKSYON 2 Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina

Sumusunod ang aming planong pangkalusugan sa Mga Pederal na Batas sa Mga Karapatang Sibil. **Hindi kami nandidiskrimina** batay sa lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, sekswal na oryentasyon, kapansanan sa pag-iisip o katawan, kundisyon ng kalusugan, karanasan sa mga paghahabol, medikal na kasaysayan, impormasyon hinggil sa genes, katibayan ng pagiging kwalipikado para sa seguro, o heograpikong lokasyon sa loob ng sineserbisyuhang lugar. Ang lahat ng organisasyong naghahatid ng mga Medicare Advantage na plano, tulad ng aming plano, ay dapat sumunod sa mga Pederal na batas laban sa pandidiskrimina, kabilang ang Pamagat VI ng Batas sa mga Karapatang Sibil ng 1964, ang Batas sa Rehabilitasyon ng 1973, ang Batas sa Pandidiskrimina Batay sa Edad ng 1975, ang Batas para sa mga Amerikanong may mga Kapansanan, Seksyon 1557 ng Batas sa Abot-kayang Pangangalaga, lahat ng iba pang batas na nalalapat sa mga organisasyong tumatanggap ng pondo mula sa Pederal na pamahalaan, at anupamang batas at panuntunang nalalapat para sa anupamang dahilan.

Kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon o kung may mga alalahanin kayo tungkol sa pandidiskrimina o hindi patas na pagtrato, pakitawagan ang **Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil** ng Departamento ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao sa 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o ang inyong lokal na Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil. Puwede rin ninyong suriin ang impormasyon mula sa Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Departamento ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao sa http://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Kung mayroon kayong kapansanan at kailangan ninyo ng tulong sa pag-access ng pangangalaga, mangyaring tumawag sa amin sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Kung mayroon kayong reklamo, gaya ng problema sa daraanan ng wheelchair, makakatulong sa inyo ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

SEKSYON 3 Abiso tungkol sa mga karapatan sa subrogasyon ng Medicare na Pangalawang Nagbabayad

May karapatan at responsibilidad kaming mangolekta para sa mga sinasaklaw na serbisyo ng Medicare kung saan hindi ang Medicare ang pangunahing nagbabayad. Ayon sa mga regulasyon ng CMS sa 42 CFR seksyon 422.108 at 423.462, gagamitin ng aming plano, bilang Medicare Advantage Organization, ang parehong mga karapatan sa pagbawi na ginagamit ng Kalihim sa ilalim ng mga regulasyon ng CMS sa subpart B hanggang D ng bahagi 411 ng 42 CFR at ang mga panuntunang nakatakda sa seksyong ito ang mananaig kaysa sa anumang batas ng Estado.

SEKSYON 4 Pagbawi ng mga benepisyong binayaran ng aming plano sa ilalim ng inyong Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) plan

Kapag na-injure kayo

Kung sakaling kayo ay magkakaroon ng injury, magkakasakit, o magkakaroon ng kondisyon dahil sa mga aksyon ng ibang tao, kumpanya, o ng inyong sarili (“may pananagutang partido”), magbibigay ang aming plano ng mga benepisyo para sa mga saklaw na serbisyong natatanggap ninyo.

Gayunpaman, kung nakatanggap kayo ng pera o kung dapat kayong makatanggap ng pera dahil sa inyong pinsala, karamdaman, o kondisyon, sa pamamagitan man ng areglo, hatol, o anumang iba pang bayad na nauugnay sa inyong pinsala, karamdaman, o kondisyon, may karapatan ang aming plano at/o mga nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo na bawiin ang halaga ng anumang serbisyong ibinigay sa inyo sa pamamagitan ng planong ito alinsunod sa naaangkop na batas ng Estado.

Gaya ng kung paano ito ginamit sa kabuuan ng probisyong ito, ang salitang “may pananagutang partido” ay sinumang tao o entity na aktwal o posibleng may pananagutan sa inyong injury, karamdaman, o kondisyon. Kasama sa salitang may pananagutang partido ang liability o iba pang insurer ng may pananagutang tao o entity.

Ilang halimbawa ng kung paano kayo maaaring magkaroon ng pinsala, magkasakit, o magkaroon ng kondisyon sa kagagawan ng may pananagutang partido, pero hindi limitado sa:

- Aksidente sa sasakyan;
- Nadulas at natumba kayo sa tindahan; o
- Na-expose kayo sa isang mapanganib na kemikal sa trabaho.

Ang karapatan ng aming plano para sa pagbawi ay nalalapat sa anuman at sa lahat ng halagang natanggap ninyo mula sa may pananagutang partido, kabilang ang mga sumusunod, pero hindi limitado sa mga ito:

- Mga bayad ng ikatlong partido o anumang kumpanya ng insurance sa ngalan ng ikatlong partido;
- Saklaw para sa hindi insured o underinsured na motorista;
- Proteksyon mula sa personal na injury, no fault, o iba pang saklaw para sa unang partido;
- Award o areglo para sa Kabayaran sa Manggagawa (Workers Compnesation) o Kapansanan (Disability);
- Saklaw sa mga medikal na bayad sa ilalim ng anumang automobile policy, saklaw na insurance o umbrella na saklaw para sa mga premise o homeowner;
- Anumang areglo o hatol na natanggap mula sa demanda o iba pang legal na aksyon; o
- Anumang iba pang pagbabayad mula sa anumang iba pang pinagmulan bilang kabayaran para sa mga ginawa o pagkukulang ng may pananagutang partido.

Sa pamamagitan ng pagtanggap ng mga benepisyo sa ilalim ng planong ito, sumasang-ayon kayo na ang aming plano ay may unang priyoridad na karapatan para sa subrogation at reimbursement na nagiging kalakip kapag ang planong ito ay nagbayad ng mga benepisyo para sa Mga Saklaw na Serbisyong natanggap ninyo dahil sa mga ginawa o pagkukulang ng may pananagutang partido, at nakabawi kayo o ang inyong kinatawan, o may karapatan kayong magbawi, ng anumang halaga mula sa may pananagutang partido.

Sa pamamagitan ng pagtanggap ng mga benepisyo mula sa planong ito, (i) itinatalaga rin ninyo sa aming plano ang karapatan ninyong magbawi ng mga medikal na gastusin mula sa anumang pagsaklaw na available hanggang sa kabuuang gastos sa lahat ng Saklaw na Serbisyo na ibinigay ng plano kaugnay ng inyong pinsala, karamdaman, o kondisyon, at (ii) sumasang-ayon kayo na partikular na atasan ang may pananagutang partido na direktang i-reimburse ang plano sa ngalan ninyo.

Sa pamamagitan ng pagtanggap ng mga benepisyo sa ilalim ng planong ito, binibigyan rin ninyo ang aming plano ng unang priyoridad na lien sa anumang pagbawi, areglo, o hatol, o iba pang pinagmumulan ng kompensasyon at lahat ng reimbursement para sa buong gastos sa Mga Saklaw na Serbisyo na binayaran ng plano kaugnay ng inyong injury, karamdaman, o kondisyon sa kagagawan o kakulangan ng may pananagutang partido. Ilalapat ang priyoridad na ito, partikular man na tinukoy ang mga halaga bilang pagbawi sa mga medikal na gastusin, at naibigay man sa inyo ang buo o kumpletong kompensasyon para sa nawala sa inyo. Puwedeng bawiin ng aming plano ang buong gastos ng lahat ng benepisyong ibinigay ng planong ito nang hindi ikinokonsidera kung may anumang claim ng pagkakasala sa inyong bahagi, sa pamamagitan man ng comparative negligence o iba pa. Walang kakaltasing bayad sa abogado sa mababawi ng aming plano, at hindi kailangan ng aming plano na magbayad o mag-ambag sa pagbabayad ng mga gastusin sa korte o mga bayad sa abogado para sa abogadong na-hire para isulong ang claim o demanda laban sa may pananagutang partido.

Mga hakbang na dapat mong gawin

Kung magkakaroon kayo ng injury, magkakasakit, o magkakaroon ng kondisyon dahil sa may pananagutang partido, dapat kayong makiisa sa mga hakbang ng aming plano at/o nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo para mabawi ang mga gastusin nito, kabilang ang mga sumusunod:

- Pagsasabi sa aming plano o nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo, kung naaangkop, ng pangalan at address ng may pananagutang partido at/o kanyang abogado, kung kilala ninyo; pangalan at address ng inyong abogado, kung may abogado kayo, pangalan at address ng anumang kasaling kumpanya ng insurance, kasama na ang isang paglalarawan ng pangyayaring nagdulot ng pinsala, karamdaman, o kondisyon.
- Pagkumpleto sa anumang papeles na makatuwirang hihingiin ng aming plano o ng nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo para makatulong sa pagsusulong ng lien o karapatan sa pagbawi.
- Maagap na pagsagot sa mga tanong mula sa aming plano o nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo tungkol sa status ng kaso o claim at anumang usapin sa areglo.
- Agad na pagsasabi sa aming plano kung nakatanggap kayo o ang inyong abogado ng anumang pera mula sa (mga) may pananagutang partido o anumang iba pang pinagmulan.
- Pagbabayad ng lien para sa pangangalagang pangkalusugan o halagang babawiin ng plano mula sa anumang pagbawi, areglo o hatol, o iba pang pinagmulan ng kompensasyon, kabilang ang pagbabayad ng lahat ng reimbursement na dapat bayaran sa aming plano para sa kabuuang halaga ng mga benepisyong binayaran sa ilalim ng plano kaugnay ng inyong pinsala, karamdaman o kondisyon dahil sa may pananagutang partido, partikular man na tinukoy bilang pagbawi sa mga medikal na gastusin at naibigay man sa inyo ang buo o kumpletong kompensasyon para sa nawala sa inyo;
- Hindi paggawa ng anumang bagay na makakasira sa mga karapatan ng aming plano alinsunod sa nakasaad sa itaas. Kabilang dito ang, pero hindi limitado sa, hindi pagtatangka na kaltasan o hindi ibigay ang halagang naareglo o nabawi para sa buong gastos ng lahat ng binayarang serbisyo ng plano, o hindi pagtatangka na ipagkait sa aming plano ang unang priyoridad na karapatan para sa pagbawi o lien.
- Paghawak sa anumang perang natanggap ninyo o ng inyong abogado mula sa (mga) may pananagutang partido, o mula sa anumang iba pang pinagmulan, para ipagkatiwala sa inyo, at pag-reimburse sa aming plano o nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo, kung naaangkop, ng nabawing halaga na dapat ibayad sa plano sa sandaling mabayaran kayo at bago ang pagbabayad sa anumang iba pang mga potensyal na lien holder o mga ikatlong partidong nagke-claim ng karapatang magbawi.
- Kinakailangan ninyong makipagtulungan sa amin sa paghahabol ng mga naturang pagbawi o sobrang bayad.

SEKSYON 5 Membership card

Gagamitin lang para sa identipikasyon ang membership card na ibibigay ng aming plano sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito. Ang pagkakaroon ng membership card ay hindi nagbibigay ng anumang karapatan para sa mga serbisyo o iba pang benepisyo sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito. Para maging kwalipikado sa mga serbisyo at benepisyo sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito, ang nagmamay-ari ng card ay dapat kwalipikado sa saklaw at nakatala bilang miyembro sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito. Ang sinumang tatanggap ng mga serbisyong hindi niya dapat matanggap sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito ay mananagot sa pagbabayad ng mga serbisyong iyon. Dapat ipakita ng miyembro ang membership card ng plano, hindi ang Medicare card, sa oras ng serbisyo. Maaaring tawagan ang mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) kung kinakailangan ninyong palitan ang inyong membership card.

Tandaan: Puwedeng maalis sa pagkakatala ang sinumang miyembrong sinasadyang hayaan ang mapang-abuso o maling paggamit sa membership card. Kailangan ng aming plano na iulat sa Office of the Inspector General ang isang pag-alis sa pagkakatala na resuta ng pang-aabuso o maling paggamit sa membership card, na puwedeng humantong sa kriminal na kaso.

SEKSYON 6 Mga independienteng contractor

Ang ugnayan sa pagitan ng aming plano at bawat kalahok na tagapagbigay ng serbisyo ay isang pakikipag-ugnayan sa independienteng contractor. Ang mga kasaling tagapagbigay ng serbisyo ay hindi mga empleyado o ahente ng aming plano, at hindi rin empleyado o ahente ng tagapagbigay ng serbisyo ang sinumang empleyado ng aming plano. Hindi kailanman mananagot ang aming plano para sa kapabayaan, maling gawa, o kakulangan ng sinumang kalahok o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Ang mga kasaling doktor, at hindi ang aming plano, ang nagpapanatili ng ugnayang 'doktor at pasyente' sa Miyembro. Hindi tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan ang aming plano.

SEKSYON 7 Panloloko sa plano sa pangangalagang pangkalusugan

Ang ibig sabihin ng panloloko sa plano sa pangangalagang pangkalusugan ay ang panlilinlang o pagsisinungaling sa plano ng isang tagapagbigay ng serbisyo, miyembro, employer o sinumang taong kumikilos sa kanilang ngalan. Isa itong krimen na puwedeng sampahan ng kaso. Ang sinumang tao na kusa at sadyang magsasagawa ng aktibidad na may layuning linlangin ang plano sa pangangalagang pangkalusugan, halimbawa, paghahain ng claim na naglalaman ng mali o mapanlinlang na pahayag, ay guilty sa panloloko sa plano sa pangangalagang pangkalusugan.

Kung nag-aalala kayo sa anumang singil na nasa isang bill o form ng Paliwanag ng Mga Benepisyo, o kung may alam kayo o naghihinala kayong may anumang ilegal na aktibidad, tawagan ang toll-free na Fraud Hotline ng aming plano sa 1-866-685-8664 (TTY: 711). Bukas ang Fraud Hotline 24 na oras bawat araw, pitong araw bawat linggo. Lubos na kumpidensyal ang lahat ng tawag.

SEKSYON 8 Mga sitwasyong hindi kontrolado ng plano

Kung sakaling ang isang natural na kalamidad, digmaan, kaguluhan, insureksyong sibil, epidemya, ganap o hindi ganap na pagkasira ng mga pasilidad, atomic na pagsabog o iba pang pag-release ng nuclear energy, disabilidad ng maraming tauhan sa medikal na pangkat, state of emergency, o iba pang katulad na pangyayari na hindi kontrolado ng aming plano, ay hahantong sa kawalan ng kakayahan ng mga pasilidad o personnel ng aming plano na makapagbigay o makapag-ayos ng mga serbisyo o benepisyo sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito, ang obligasyon ng plano para maihatid ang mga naturang serbisyo o benepisyo ay lilimitahan sa pangangailangan na dapat magsagawa ang aming plano ng tapat na pagsisikap na maibigay o makapag-ayos ng mga naturang serbisyo o benepisyo ayon sa kasalukuyang kakayahan ng mga pasilidad o personnel nito.

KABANATA 12:

Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Center ng Ambulatoryong Operasyon – Ang isang Center ng Ambulatoryong Operasyon ay isang entidad na eksklusibong pinapatakbo para sa layunin ng pagbibigay ng mga serbisyong operasyon para sa outpatient na hindi kinakailangang maospital at inaasahang manatili sa center nang hindi lalagpas sa 24 na oras.

Apela – Ang apela ay isang bagay na ginagawa ninyo kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyong tanggihan ang kahilingan para sa pagsaklaw ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan o mga inireresetang gamot o sa pagbabayad para sa mga serbisyo o gamot na natanggap na ninyo. Maaari din kayong maghain ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyong ihinto ang mga serbisyong natatanggap ninyo.

Biological na Produkto – Isang inireresetang gamot na ginawa mula sa mga natural at buhay na mapagkukunan tulad ng mga selyula ng hayop, selyula ng halaman, bacteria, o yeast. Mas kumplikado ang mga biological na produkto kaysa sa iba pang gamot at hindi kayang kopyahin nang eksakto ang mga ito, kaya mga biosimilar ang tawag sa mga alternatibong anyo. Karaniwang kasingbisa at kasingligtas ng mga orihinal na biological na produkto ang mga biosimilar.

Biosimilar – Isang inireresetang gamot na itinuturing na may malaking pagkakatulad sa, pero hindi eksaktong kapareho ng, orihinal na biological na produkto. Karaniwang kasingbisa at kasingligtas ng mga orihinal na biological na produkto ang mga biosimilar; pero, karaniwang nangangailangan ang mga biosimilar ng bagong reseta para maipamalit sa orihinal na biological na produkto. Natugunan ng mga interchangeable na biosimilar ang mga karagdagang kinakailangan para payagan ang mga ito na maipamalit sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang walang bagong reseta, na napapailalim sa mga batas ng estado.

Branded na Gamot – Isang inireresetang gamot na ginagawa at ibinebenta ng kumpanya ng gamot na orihinal na nagsaliksik at nagpaunlad sa gamot. Ang mga branded na gamot ay may formula ng aktibong sangkap na kapareho ng nasa generic na bersyon ng gamot. Gayunpaman, ang mga generic na gamot ay ginagawa at ibinebenta ng iba pang manufacturer ng gamot at karaniwang hindi makukuha hangga't hindi nag-e-expire ang patent sa branded na gamot.

Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw – Ang yugto sa Part D na Benepisyo sa Gamot na nagsisimula kapag kayo (o ang iba pang kwalipikadong partido sa ngalan ninyo) ay nakagastos ng $8,000 para sa Part D na mga saklaw na gamot sa panahon ng saklaw na taon. Sa panahon ng yugto ng pagbabayad na ito, babayaran ng plano ang buong gastusin para sa inyong saklaw na Part D na mga gamot. Wala kayong babayaran.

Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS) – Ang Pederal na ahensyang nangangasiwa ng Medicare.

Coinsurance – Halagang posibleng kailangan ninyong bayaran, na nasa anyong porsyento (halimbawa 20%) bilang bahagi ninyo sa gastos para mga serbisyo o mga inireresetang gamot.

Reklamo – Ang pormal na katawagan para sa paghahain ng reklamo ay **paghahain ng karaingan**. Ginagamit *lang* ang proseso ng reklamo para sa ilang partikular na uri ng mga problema. Kasama rito ang mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, mga tagal

ng paghihintay, at ang serbisyo sa kostumer na natatanggap ninyo. Kabilang din dito ang mga reklamo kung hindi sinunod ng inyong plano ang mga yugto ng panahon sa proseso ng pag-apela

Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF) – Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo ng rehabilitasyon matapos magkasakit o mapinsala, kabilang ang physical therapy, mga serbisyong social o psychological, respiratory therapy, occupational therapy, at mga serbisyo sa speech-language pathology, at mga serbisyo ng pagsusuri sa kapaligiran ng tahanan.

Bahaginan-sa-bayad (o copay) – Ang halaga na maaaring kailangan ninyong bayaran bilang inyong bahagi sa gastos para sa medikal na serbisyo o supply, tulad ng pagpapatingin sa doktor, pagbisita sa ospital ng outpatient, o inireresetang gamot. Ang bahaginan-sa-bayad ay isang nakatakdang halaga (halimbawa $10), sa halip na porsyento.

Bahagian sa Gastos – Ang bahaginan sa gastos ay tumutukoy sa mga halagang kailangang bayaran ng miyembro kapag tumatanggap ng mga serbisyo o gamot. Kasama sa bahaginan sa gastos ang anumang kumbinasyon ng mga sumusunod na tatlong uri ng mga pagbabayad: (1) anumang naibabawas na halagang puwedeng ipataw ng plano bago masaklaw ang mga serbisyo o gamot; (2) anumang naka-fix na halaga ng bahaginan-sa-bayad na hihingiin ng plano kapag nakatanggap ng isang partikular na serbisyo o gamot; o (3) anumang halaga ng coinsurance, isang porsyento ng kabuuang halagang binayaran para sa isang serbisyo o gamot, na hihingiin ng plano kapag nakatanggap ng isang partikular na serbisyo o gamot.

Desisyon sa Pagsaklaw – Isang pagpapasya kung sasaklawin ng plano ang gamot na inirereseta para sa inyo at kung magkano ang halaga, kung mayroon man, na kailangan ninyong bayaran para sa reseta. Sa pangkalahatan, kung dadalhin ninyo ang inyong reseta sa parmasya at sasabihin ng parmasya na hindi sinasaklaw ang reseta sa ilalim ng inyong plano, hindi iyon desisyon sa pagsaklaw. Kailanganin ninyong tumawag o sumulat sa inyong plano upang humingi ng pormal na desisyon tungkol sa pagsaklaw. Ang mga pagpapasya sa pagsaklaw ay tinatawag na mga desisyon sa pagsaklaw sa dokumentong ito.

Mga Saklaw na Gamot – Ang terminong ginagamit namin upang tukuyin ang lahat ng mga inireresetang gamot na sinasaklaw ng aming plano.

Mga Saklaw na Serbisyo – Ang pangkalahatang terminong ginagamit namin upang tukuyin ang lahat ng mga serbisyo at supply sa pangangalagang pangkalusugan na sinasaklaw ng aming plano.

Kinikilalang Pagsaklaw sa Inireresetang Gamot – Pagsaklaw sa inireresetang gamot (halimbawa, mula sa isang employero o unyon) na inaasahang magbayad, sa average, ng kahit katumbas lamang ng pamantayang pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare. Ang mga taong may ganitong uri ng pagsaklaw nang maging kwalipikado sila para sa Medicare ay mapapanatili sa pangkalahatan ang pagsaklaw na iyon nang hindi nagbabayad ng multa, kung magpapasya silang magpatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Pantulong na Pangangalaga – Ang pantulong na pangangalaga ay personal na pangangalagang ibinibigay sa isang tahanang may nangangalaga, hospisyo o iba pang pasilidad kapag hindi kayo nangangailangan ng sanay na medikal na pangangalaga o sanay na pag-aalaga. Ang pantulong na pangangalaga, maaaring ibigay ng mga taong walang propesyonal na kasanayan o pagsasanay, gaya ng tulong sa mga pang-araw-araw na gawaing tulad ng pagligo, pagbibihis, pagkain, paghiga o pagbangon sa kama o pag-upo o pagtayo mula sa upuan, paggalaw-galaw at paggamit ng banyo. Maaaring kasama rin dito ang uri ng pangangalagang nauugnay sa kalusugan na mag-isang ginagawa ng karamihan sa mga tao, tulad ng paggamit ng mga pampatak sa mata. Hindi nagbabayad ang Medicare para sa pantulong na Pangangalaga.

Pang-araw-araw na rate ng bahagian sa gastos – Maaaring may nalalapat na pang-araw-araw na rate ng bahagian sa gastos kapag wala pang isang buwan na supply ang inireseta ng inyong doktor at kinakailangan ninyong magbayad ng bahaginan-sa-bayad. Ang pang-araw-araw na rate ng bahagian sa gastos ay ang bahaginan-sa-bayad na hinati sa bilang ng mga araw sa isang buwang supply. Narito ang isang halimbawa: Kung ang inyong bahaginan-sa-bayad para sa isang buwang supply ng gamot ay $30, at ang isang buwang supply sa inyong plano ay 30 araw, ang inyong "pang-araw-araw na rate ng bahagian sa gastos" ay $1 kada araw.

Naibabawas – Ang halagang dapat ninyong bayaran para sa pangangalagang pangkalusugan o mga inireresetang gamot bago magsimulang magbayad ang aming plano.

Maalis sa pagkakatala o **Pag-alis sa pagkakatala** – Ang proseso ng pagtatapos sa inyong membership sa aming plano.

Bayarin sa Pagpapamahagi – Isang bayaring sinisingil sa tuwing ipapamahagi ang isang saklaw na gamot para mabayaran ang gastos sa pagkuha ng inireresetang gamot, tulad ng oras ng parmasyutiko sa paghahanda at pagbabalot ng inireresetang gamot.

Indibidwal na Dalawang Beses na Kwalipikado – Isang taong kwalipikado para sa pagsaklaw ng Medicare at Medicaid.

Special Needs Plan para sa Indibidwal na Dalawang Beses na Kwalipikado (D-SNP) – Itinatala ng mga D-SNP ang mga indibidwal na may karapatan sa parehong Medicare (pamagat XVIII ng Batas sa Panlipunang Seguridad) at medikal na tulong mula sa isang plano ng estado sa ilalim ng Medicaid (pamagat XIX). Sinasaklaw ng mga estado ang ilang gastusin ng Medicare, depende sa katayuan at pagiging kwalipikado ng indibidwal.

Matitibay na Medikal na Kagamitan (DME) – Ilang partikular na medikal na kagamitang ibinilin ng inyong doktor para sa mga medikal na kadahilanan. Kabilang sa mga halimbawa ang mga walker, wheelchair, saklay, powered mattress system, mga supply para sa diabetes, IV infusion pump, mga kagamitan pantulong sa pagsasalita, oxygen equipment, nebulizer, o kama sa ospital na ibinilin ng tagapagbigay ng serbisyong gamitin sa bahay.

Emergency – Ang medikal na emergency ay kapag kayo, o sinupamang taong may karaniwang kaalaman tungkol sa kalusugan at medisina, ay naniniwalang mayroon kayong mga medikal

na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon upang maiwasan ang pagkamatay (at kung kayo ay buntis, pagkalaglag ng sanggol sa sinapupunan), pagkawala ng isang bahagi ng katawan, o pagkawala ng silbi ng isang bahagi ng katawan, pagkawala ng o matinding kapansanan sa silbi ng bahagi ng katawan. Ang mga medikal na sintomas ay posibleng karamdaman, pinsala, matinding pananakit, o isang medikal na kundisyon na mabilis ang paglala.

Emergency na Pangangalaga – Mga saklaw na serbisyo na: (1) ipinahayag ng tagapagbigay ng serbisyo na kwalipikadong mabigyan ng mga serbisyo sa emergency; at (2) kinakailangan upang magamot, masuri o ma-stabilize ang isang pang-emergency na medikal na kundisyon.

Katibayan ng Pagsaklaw (EOC) at Impormasyon sa Pagsisiwalat – Ang dokumentong ito kasama ng inyong form ng pagpapatala at anupamang kalakip, rider, o iba pang opsyonal na pagsaklaw na napili, ay nagpapaliwanag sa inyong pagsaklaw, sa dapat naming gawin, sa inyong mga karapatan, at sa dapat ninyong gawin bilang miyembro ng aming plano.

Pagbubukod – Isang uri ng desisyon sa pagsaklaw na kung maaaprubahan, ay magbibigay-daan sa inyong makuha ang isang gamot na wala sa aming pormularyo (pagbubukod sa pormularyo), o makuha ang isang gamot na hindi pinili sa mas mababang antas ng bahagian sa gastos (isang pagbubukod sa tier). Maaari din kayong humiling ng pagbubukod kung iaatas sa inyo ng isponsor na planong sumubok ng ibang gamot bago kayo tumanggap ng gamot na hinihiling ninyo, o kung nililimitahan ng plano ang dami o dosis ng gamot na hinihiling ninyo (isang pagbubukod sa pormularyo).

Extra Help – Isang programa ng Medicare o ng isang Estado na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na mabayaran ang mga gastusin sa programa sa inireresetang gamot ng Medicare, gaya ng mga premium, naibabawas, at coinsurance.

Generic na Gamot – Inireresetang gamot na aprubado ng Pangasiwaan ng Pagkain at Gamot (FDA) na may (mga) aktibong sangkap na katulad ng branded na gamot. Sa pangkalahatan, ang isang generic na gamot ay kasing bisa ng isang branded na gamot at karaniwang mas mura.

Karaingan – Isang uri ng reklamong inihahain ninyo tungkol sa aming plano, mga tagapagbigay ng serbisyo, o mga parmasya, kabilang ang reklamo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga. Hindi kasama rito ang mga problema sa pagsaklaw o pagbabayad.

Mga Tulong sa Kalusugan sa Bahay – Ang mga tulong sa kalusugan sa bahay ay nagbibigay ng mga serbisyong hindi nangangailangan ng mga kasanayan ng lisensiyadong nurse o therapist, gaya ng tulong sa pangangalaga ng sarili (hal., pagligo, paggamit ng banyo, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga inirekomendang ehersisyo).

Hospisyo – Isang benepisyong nagbibigay ng espesyal na paggamot para sa isang miyembrong medikal na nasertipikahan bilang may nakamamatay na sakit, na ngangahulugang mayroon siyang inaasahang 6 na buwan o wala pa para mabuhay. Bilang inyong plano, dapat kaming magbigay sa inyo ng listahan ng mga hospisyo sa inyong heograpikong lugar. Kung pipili kayo ng hospisyo at patuloy na magbabayad ng mga premium, mananatili kayong miyembro ng aming

plano. Makukuha pa rin ninyo ang lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo gayundin ang mga inaalok na pandagdag na serbisyo.

Pananatili sa Ospital ng Inpatient – Ang pananatili sa ospital kapag pormal kayong na-confine sa ospital para sa mga sanay na medikal na serbisyo. Kahit manatili kayo sa ospital nang magdamag, posibleng ituring pa rin kayong outpatient.

Buwanang Halaga ng Adjustment na Nauugnay sa Kita (IRMAA) – Kung ang inyong nabago at naisaayos na gross na kita gaya ng nakaulat sa inyong IRS tax return mula sa nakaraang 2 taon ay mas malaki sa isang partikular na halaga, babayaran ninyo ang karaniwang halaga ng premium at ang Income Related Monthly Adjustment Amount, na kilala rin bilang IRMAA. Ang IRMAA ay dagdag na pagsingil na ipinapatong sa inyong premium. Wala pa sa 5% ng mga taong may Medicare ang apektado, kaya marami sa mga tao ang hindi magbabayad ng mas mataas na premium.

Samahan ng mga Independienteng Doktor (IPA) – Samahan ng mga doktor, kabilang ang mga PCP at espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga ospital, na nakikipagkontrata sa plano upang magbigay ng mga serbisyo sa mga miyembro. Tingnan.

Limitasyon sa Inisyal na Saklaw – Ang pinakamataas na limitasyon ng pagsaklaw sa ilalim ng Yugto ng Paunang Saklaw.

Yugto ng Paunang Saklaw – Ito ang yugto bago umabot sa $5,030 ang kabuuan ninyong mga gastos sa gamot kabilang ang mga halagang binayaran ninyo at ang halagang binayaran ng inyong plano sa ngalan ninyo para sa kasalukuyang taon.

Inisyal na Panahon ng Pagpapatala – Kapag una kayong naging kwalipikado para sa Medicare, ang panahon kung kailan kayo puwedeng magpatala sa Medicare Part A at Part B Kung kwalipikado kayo para sa Medicare kapag naging 65 taong gulang na kayo, ang inyong Inisyal na Panahon ng Pagpapatala ay ang 7 buwang panahong magsisimula 3 buwan bago kayo maging 65 taong gulang, kabilang ang buwan kung kailan kayo magiging 65 taong gulang, at magtatapos 3 buwan pagkatapos ninyong maging 65 taong gulang.

Listahan ng mga Sinasaklaw na Gamot (Pormularyo o "Listahan ng Gamot") – Listahan ng mga inireresetang gamot na sinasaklaw ng aming plano.

Subsidy para sa Mababa ang Kita (LIS) – Tingnan ang "Extra Help"

Maximum na Halaga Mula sa Sariling Bulsa – Ang pinakamataas na halagang gagastusin ninyo mula sa sariling bulsa sa kasalukuyang taon ng kalendaryo para sa mga sinasaklaw na serbisyo ng Part A at Part B na nasa network. Ang mga halagang binabayaran ninyo para sa mga premium ng Medicare Part A at Part B, at hindi binibilang ang mga inireresetang gamot sa maximum na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa. (**Tandaan**: Dahil nakakakuha rin ang aming mga miyembro ng tulong mula sa Medicaid, iilang miyembro lang ang nakakaabot sa maximum na halagang ito mula sa sariling bulsa.)

Medicaid (o Medikal na Tulong) – Magkasamang programa ng Pederal na pamahalaan at estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa mga taong may mababang kita at limitadong mapagkukunan. Magkakaiba ang mga programa ng Medicaid sa bawat Estado, ngunit sinasaklaw ang karamihan ng mga gastusin sa pangangalagang pangkalusugan kung kwalipikado kayo para sa Medicare at Medicaid.

Medikal na Pangkat – Samahan ng mga doktor, kabilang ang mga PCP at espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan, kabilang ang mga ospital, na nakikipagkontrata sa plano upang magbigay ng mga serbisyo sa mga nagpapatala. Tingnan ang Kabanata 1, Seksyon 3.2.

Indikasyong Medikal na Tinatanggap – Ang paggamit ng gamot na aprubado ng Pangasiwaan ng Pagkain at Gamot o suportado sa ilang partikular na batayang aklat.

Medikal na Kinakailangan – Mga serbisyo, supply, o gamot na kinakailangan para sa pag-iwas sa pagkakasakit, diyagnosis, o paggamot ng inyong medikal na kundisyon at nakatutugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng kasanayang medikal.

Medicare – Ang programang insurance sa kalusugan ng Pederal na pamahalaan para sa mga taong edad 65 taon o mas matanda, ilang taong wala pang 65 taong gulang na may mga kapansanan, at mga taong mayroong Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (sa pangkalahatan ay mga taong may permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o transplant ng bato).

Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medicare Advantage – Ang nakatakdang panahon mula Enero 1 hanggang Marso 31 kung kailan magagawa ng mga miyembro ng Medicare Advantage na plano na kanselahin ang kanilang pagpapatala sa plano at lumipat sa ibang Medicare Advantage na plano, o makakuha ng saklaw sa pamamagitan ng Original Medicare. Kung magpapasya kayong lumipat sa Original Medicare sa loob ng panahong ito, maaari din kayong sumali sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare sa panahong iyon. Available din ang Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medicare Advantage sa loob ng 3 buwan pagkatapos unang maging kwalipikado ang isang indibidwal sa Medicare.

Medicare Advantage (MA) Plan – Tinatawag minsan na Medicare Part C. Isang plano na iniaalok ng pribadong kumpanya na nakikipagkontrata sa Medicare upang maibigay sa inyo ang lahat ng inyong benepisyo sa Medicare Part A at Part B. Ang Medicare Advantage na Plano ay maaaring isang i) HMO, ii) PPO, iii) Private Fee-for-Service (PFFS) na plano, o iv) Medicare Medical Savings Account (MSA) na plano. Bukod sa pagpili sa mga ganitong uri ng mga plano, ang Medicare Advantage HMO o PPO na plano ay puwede ring Special Needs Plan (SNP). Madalas, nag-aalok din ang mga Medicare Advantage na Plano ng Part D ng Medicare (pagsaklaw sa inireresetang gamot). Ang mga planong ito ay tinatawag na **Mga Medicare Advantage na Plano na may kasamang Pagsaklaw sa Inireresetang Gamot**.

Programang Diskwento sa Pansamantalang Limitasyon sa Pagsaklaw ng Medicare – Isang programang nagbibigay ng mga diskwento sa karamihan ng mga sinasaklaw na branded na gamot sa Part D para sa mga miyembro ng Part D na naabot na ang Yugto ng Pansamantalang

Limitasyon at hindi pa nakakatanggap ng "Extra Help." Ang mga diskwento ay nakabatay sa mga kasunduan sa pagitan ng Pederal na pamahalaan at ilang partikular na nagmamanupaktura ng gamot.

Mga Serbisyong Sinasaklaw ng Medicare – Mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A at Part B. Ang lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare ay dapat saklawin ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Part A at B ng Medicare. Ang terminong Mga Serbisyong Sinasaklaw ng Medicare ay hindi kinabibilangan ng mga karagdagang benepisyo, tulad ng sa paningin, ngipin, o pandinig, na puwedeng inaalok ng isang Medicare Advantage na plano.

Planong Pangkalusugan ng Medicare – Ang planong pangkalusugan ng Medicare ay iniaalok ng pribadong kumpanyang nakikipagkontrata sa Medicare upang maibigay ang mga benepisyo ng Part A at Part B sa mga taong may Medicare na nagpatala sa plano. Kasama sa terminong ito ang lahat ng Medicare Advantage na Plano, mga Medicare Cost na Plano, mga Special Needs Plan, mga Demonstration/Pilot Program, at Programa ng Pangkalahatang Pangangalaga para sa Mga Nakatatanda (PACE).

Pagsaklaw sa Inireresetang Gamot ng Medicare (Medicare Part D) – Insurance na tumutulong sa pagbabayad para sa mga inireresetang gamot ng outpatient, mga bakuna, biological, at ilang supply na hindi sinasaklaw ng Part A o Part B ng Medicare.

Polisa ng Medigap (Dagdag na Insurance ng Medicare) – Dagdag na insurance ng Medicare na ibinebenta ng mga pribadong kumpanya ng insurance upang mapunan ang "mga gap" sa Original Medicare. Magagamit lang ang mga polisa ng Medigap sa Original Medicare. (Ang Medicare Advantage na Plano ay hindi isang polisa ng Medigap.)

Miyembro (Miyembro ng aming Plano, o Miyembro ng Plano) – Isang taong may Medicare na kwalipikadong makatanggap ng mga saklaw na serbisyo, na nagpatala sa aming plano at ang pagpapatala ay nakumpirma ng Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS).

Mga Serbisyo para sa Miyembro – Ang departamento sa loob ng aming plano na responsable sa pagsagot sa inyong mga tanong tungkol sa inyong membership, mga benepisyo, mga karaingan, at mga apela.

Parmasyang nasa Network – Isang parmasyang nakakontrata kung saan makukuha ng mga miyembro ng aming plano ang kanilang mga benepisyo sa inireresetang gamot. Kadalasan, sasaklawin lang ang inyong mga reseta kung kukunin ang mga ito sa isa sa aming mga parmasyang nasa network.

Tagapagbigay ng Serbisyong Nasa Network – Ang **tagapagbigay ng serbisyo** ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para sa mga doktor, iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, mga ospital, at iba pang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan na lisensyado o sertipikado ng Medicare at ng Estado upang magbigay ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. **Mga Tagapagbigay ng Serbisyong Nasa Network** kapag mayroon silang kasunduan sa aming plano na tanggapin ang bayad namin bilang kabuuang

bayad, at sa ilang sitwasyon, ay magkoordina at magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ang mga tagapagbigay na nasa network ay tinatawag ding "mga tagapagbigay ng plano."

Pagpapasya ng Organisasyon – Isang desisyon tungkol sa kung sinasaklaw ba ang mga item o serbisyo o kung magkano ang dapat ninyong bayaran para sa mga sinasaklaw na item o serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na mga desisyon sa pagsaklaw sa dokumento na ito.

Original Medicare (Traditional Medicare o Fee-for-service Medicare) – Ang Original Medicare ay iniaalok ng pamahalaan, at hindi ito isang pribadong planong pangkalusugan tulad ng mga Medicare Advantage na Plano at plano sa inireresetang gamot. Sa ilalim ng Original Medicare, ang mga serbisyo ng Medicare ay sinasaklaw sa pamamagitan ng pagbabayad sa mga doktor, ospital, at pagbabayad ng iba pang halagang binabayaran sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na itinakda ng Kongreso. Maaari kayong magpatingin sa sinuman o alinmang doktor, ospital, o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. Dapat ninyong bayaran ang naibabawas. Nagbabayad ang Medicare ng bahagi nito sa halagang inaprubahan ng Medicare, at dapat kayong magbayad ng inyong bahagi. May dalawang bahagi ang Original Medicare: Part A (Insurance sa Ospital) at Part B (Medikal na Insurance) at available ito sa kahit saan sa Estados Unidos.

Parmasyang Wala sa Network – Isang parmasya na walang kontrata sa aming plano upang magkoordina o magbigay ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo sa mga parmasyang wala sa network ay hindi sinasakop ng aming plano maliban kung lalapat ang ilang kundisyon.

Tagapagbigay ng Serbisyong Wala sa Network o Pasilidad na Wala sa Network – Isang tagapagbigay ng serbisyo o pasilidad na hindi namin kinontratang magkoordina o magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ang mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network ay mga tagapagbigay ng serbisyo na hindi nagtatrabaho para sa, pagmamay-ari ng, o pinapagana ng aming plano.

Mga Gastos Mula sa Bulsa – Tingnan ang kahulugan ng bahagian sa gastos sa itaas. Ang kinakailangang bahagian sa gastos ng miyembro upang mabayaran ang isang bahagi ng mga serbisyo o gamot na natanggap ay tinatawag din na kinakailangang mga gastos mula sa bulsa ng miyembro.

PACE na Plano – Sa PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly), pinagsasama ang mga serbisyong medikal, sosyal, at pangmatagalang pangangalaga (LTSS) para sa mahihinang tao upang matulungan silang makapamuhay nang mag-isa at makapamuhay sa komunidad (sa halip na tumira sa tahanang may nangangalaga) hangga't maaari. Ang mga taong nakatala sa mga PACE na plano ay tumatanggap ng kanilang mga benepisyo sa Medicare at Medicaid sa pamamagitan ng plano.

Part C – Tingnan ang Medicare Advantage (MA) na Plano.

Part D – Ang boluntaryong Programang Benepisyo sa Inireresetang Gamot ng Medicare.

Part D na mga Gamot – Mga gamot na puwedeng masaklaw sa ilalim ng Part D. Puwede naming maialok ang lahat ng Part D na mga gamot, puwede ring hindi. Ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot ay hindi isinama ng Kongreso sa pagsaklaw ng Part D. Ang ilang partikular na kategorya ng Part D na mga gamot ay dapat saklawin sa bawat plano.

Multa sa Huling Pagpapatala sa Part D – Ang halagang idinagdag sa inyong buwanang premium para sa pagsaklaw sa gamot ng Medicare kung magpapatuloy kayo nang walang kinikilalang pagsaklaw (pagsaklaw na inaasahang magbabayad, sa average, ng kahit katumbas lamang ng pamantayang pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare) sa loob ng tuloy-tuloy na 63 araw o higit pa pagkatapos ninyong unang maging kwalipikado na sumali sa isang Part D na plano. Kung mawawalan kayo ng Extra Help, maaari kayong singilin ng multa sa huling pagpapatala kung magpapatuloy kayo sa loob ng 63 araw o higit pa na wala kayong Part D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa Inireresetang gamot.

Premium – Ang pana-panahong pagbabayad sa Medicare, kumpanya ng insurance, o plano ng pangangalagang pangkalusugan para sa pagsaklaw sa kalusugan o inireresetang gamot.

Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (PCP) – Ang doktor o ibang tagapagbigay ng serbisyo kung kanino kayo unang nagpapatingin para sa karamihan ng mga problemang pangkalusugan. Sa maraming planong pangkalusugan ng Medicare, dapat muna kayong magpatingin sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga bago kayo magpatingin sa iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan.

Paunang Awtorisasyon – Maagang pag-apruba para makakuha ng mga serbisyo o ilang partikular na gamot. Ang mga Saklaw na serbisyong nangangailangan ng paunang awtorisasyon ay namarkahan sa Chart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4. Ang mga Saklaw na gamot na nangangailangan ng paunang awtorisasyon ay namarkahan sa pormularyo.

Prosthetics at Orthotics – Kasama sa mga saklaw na gamit ang, ngunit hindi limitado sa mga brace para sa braso, likod, at leeg; artipisyal na paa; artipisyal na mata; at mga device na kinakailangan upang palitan ang isang panloob na bahagi o paggana ng katawan, kabilang ang mga supply para sa ostomy at enteral at parenteral na nutrition therapy.

Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) – Isang pangkat ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng Pederal na pamahalaan upang suriin at pahusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare.

Mga Limitasyon sa Dami – Isang kasangkapan sa pamamahala na ginawa upang limitahan ang paggamit sa mga piling gamot para sa mga kadahilanang may kinalaman sa kalidad, kaligtasan, o paggamit. Ang mga limitasyon ay maaaring sa halaga ng gamot na sinasaklaw namin sa bawat reseta o para sa tinukoy na yugto ng panahon.

Tool para sa Real Time na Benepisyo – Isang portal o computer application kung saan matitingnan ng mga nagpapatala ang kumpleto, tumpak, napapanahon, klinikal na naaangkop, at

partikular sa nagpapatala na pormularyo at impormasyon ng benepisyo. Kabilang dito ang mga halaga ng bahagian sa gastos, alternaibong gamot sa pormularyo na puwedeng gamitin para sa mga parehong kundisyon ng kalusugan bilang isang ibinibigay na gamot, at mga limitasyon sa pagsaklaw (Paunang Awtorisasyon, Step Therapy, Mga Limitasyon sa Dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

Mga Serbisyo ng Rehabilitasyon – Kasama sa mga serbisyong ito ang physical therapy, speech at language therapy, at occupational therapy.

Sineserbisyuhang Lugar – Isang heograpikong lugar kung saan dapat kayo nakatira para makasali sa isang partikular na planong pangkalusugan. Para sa mga planong naglilimita kung aling mga doktor at ospital ang maaari ninyong gamitin, ito rin sa pangkalahatan ang lugar kung saan ninyo kukunin ang mga regular (hindi emergency) na mga serbisyo. Maaari kayong maalis sa pagkakatala ng plano kung tuluyan na kayong aalis sa sineserbisyuhang lugar ng plano.

Pasilidad ng Dalubhasang Pangangalaga (SNF) – Sanay na pag-aalaga at mga serbisyo ng rehabilitasyon na ibinibigay nang tuloy-tuloy, araw-araw, sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. Ang mga halimbawa ng pangangalaga ay kinabibilangan ng physical therapy o mga intravenous na iniksyong maaari lang ibigay ng rehistradong nurse o doktor.

Special Needs Plan – Isang espesyal na uri ng Medicare Advantage na Plano na nagbibigay ng mas nakatuong pangangalagang pangkalusugan para sa mga partikular ba grupo ng mga tao, gaya ng mayroong parehong Medicare at Medicaid, nakatira sa tahanang may nangangalaga, o may ilang partikular na hindi gumagaling na medikal na kundisyon.

Step Therapy – Isang paraan ng paggamit na nag-aatas sa inyong subukan muna ang ibang gamot para sa inyong medikal na kundisyon bago namin saklawin ang gamot na maaaring unang inireseta ng inyong doktor.

Suplementong Seguridad sa Kita (SSI) – Buwanang benepisyong binabayaran ng Panlipunang Seguridad sa mga taong may limitadong kita at pinagkukunan na may kapansanan, bulag, o edad 65 taon o mas matanda. Ang mga benepisyo sa SSI ay iba sa mga benepisyo sa Panlipunang Seguridad.

Mga Serbisyong Agarang Kinakailangan – Mga saklaw na serbisyo na hindi mga serbisyo sa emergency, na ibinibigay kapag pansamantalang wala o hindi maabot ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, o kapag wala sa sineserbisyuhang lugar ang nagpapatala. Halimbawa, kailangan ninyo ng agarang pangangalaga sa weekend. Dapat ay agarang kinakailangan at medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Wellcare Spendables™ Card – Isang debit card, na paunang na-load ng plano na puwedeng gamitin para makatulong sa pagbabayad para sa mga item gayan ng inilarawan sa Chart ng mga Medikal na Benepisyo.

Sadyang blangko ang pahinang ito.

Sadyang blangko ang pahinang ito.

Sadyang blangko ang pahinang ito.

Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) Mga Miyembro ng Serbisyo

Pamamaraan	Mga Serbisyo para sa Miyembro – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Gayunpaman, pakitandaan na kapag Sabado at Linggo at kapag pista-opisyal mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, posibleng ang automated phone system namin ang sumagot sa inyo. Pakiiwan ang inyong pangalan at numero ng telepono, at tatawagan namin kayo sa loob ng isang (1) araw ng negosyo. Mayroong ding makukuhang libreng serbisyo ng interpreter sa wika mula sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
SUMULAT	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
WEBSITE	www.wellcare.com/healthnetCA

Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan ng California (HICAP)

Ang Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan ng California (HICAP) ay isang programa ng estado na kumukuha ng pera mula sa pamahalaang Pederal upang magbigay ng libreng lokal na pagpapayo sa insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare.

Pamamaraan	Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG	1-800-434-0222
TTY	711
SUMULAT	Department of Aging ng California 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
WEBSITE	https://www.aging.ca.gov/hicap/

Pahayag tungkol sa Pagsisiwalat ng PRA *Ayon sa Paperwork Reduction Act ng 1995, hindi kinakailangan ng mga taong tumugon sa pangongolekta ng impormasyon maliban na lang kung nagpapakita ito ng wastong numero ng kontrol ng OMB. Ang wastong numero ng kontrol ng OMB para sa pangongolekta ng impormasyong ito ay 0938-1051. Kung mayroon kayong mga komento o suhestyon para mapahusay ang form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*