Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), ang inyong *Handbook ng Miyembro* para sa Medicare Medi-Cal Plan

Enero 1, 2024 – Disyembre 31, 2024

Ang inyong Saklaw sa Kalusugan at Gamot sa ilalim ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

Panimula ng *Handbook ng Miyembro*

Isinasaad ng *Handbook ng Miyembro na ito, na kilala rin bilang Katibayan ng Pagsaklaw*, ang tungkol sa inyong saklaw sa ilalim ng aming plano hanggang Disyembre 31, 2024. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng pag-iisip at karamdaman sa pag-abuso sa paggamit ng droga o alak), pagsaklaw sa inireresetang gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa **Kabanata 12** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

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

Kapag sinabi ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang “kami,” “tayo,” “amin,” o “aming plano,” nangangahulugan itong Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), ang inyong plano sa Medicare Medi-Cal.

Ang dokumentong ito ay available nang libre sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga traditional na character), Farsi, Hmong, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, at Vietnamese.

Makukuha ninyo nang libre ang dokumentong ito sa iba pang format, gaya ng malaking print, braille, at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahinang ito. Libre ang tawag.

Gustong tiyakin ng Wellcare by Health Net na nauunawaan ninyo ang impormasyon ng inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “standing request.” Isasadokumento namin ang opsyon mo.

CA4CNCEOC35806T_0008

H3561_008

Pakitawagan kami kung:

- Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na character), Farsi, Hmong, Korean, Russian, Espanyol, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
- Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyong mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa sa mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula sa Oktubre 1 hanggang sa Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Gayunpaman, pakitandaan na tuwing Sabado at Linggo at mga pista opisyal mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, ang aming awtomatikong sistema ng telepono ang posibleng makasagot ng inyong tawag. Pakiiwan ang inyong pangalan at numero ng telepono, at tatawagan namin kayo sa loob ng isang (1) araw ng negosyo.

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng inyong wika. Isa itong libreng serbisyo.

Arabic

نوفّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. يمكن لشخص يتحدث باللغة العربية مساعدتك. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Armenian

Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ բժշկական ապահովագրության մեր ծրագրի կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ ձեր ցանկացած հարցի պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ՝ 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին՝ ժամը 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը: Հայերեն խոսող օպերատորը կարող է օգնել ձեզ: Այս ծառայությունն անվճար է:

Cambodian

យើងមានសេវាបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថ ឬគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (ᴛ ᴛ ʏ : 711)។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងរង់ចាំបម្រើពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8 យប់។ អ្នកដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Chinese

我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。會說中文的人員可以幫助您。此為免費服務。

Farsi

برای پاسخگویی به همه پرسش‌هایی که ممکن است درباره طرح بهداشتی یا دارویی ما داشته باشید، خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم. برای درخواست مترجم شفاهی کافی است از طریق شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. از 1 اکتبر تا 31 مارس نمایندگان ما از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستند. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر نمایندگان ما از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 شب در دسترس خواهند بود. فردی که به زبان فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات به‌طور رایگان ارائه می‌شود.

French

Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au 1-800-431-9007 (TTY : 711). Les représentants sont disponibles du lundi au dimanche, de 8 h à 20 h, entre le 1er octobre et le 31 mars ; et du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h, entre le 1er avril et 30 septembre. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

French Creole

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, senpleman rele nou nan 1-800-431-9007 (TTY:711). Ant 1ye oktòb ak 31 mas, reprezantan yo disponib Lendi pou Dimanch, 8è a.m. rive nan 8è p.m. Ant 1ye avril ak 30 septanm, reprezantan yo disponib Lendi pou Vandredi, 8è a.m. rive 8è p.m. Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen kapab ede w. Se yon sèvis gratis.

Hindi

हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ़्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, हमें 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें। 1 अक्टूबर से 31 मार्च के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से रविवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। 1 अप्रैल से 30 सितंबर के बीच, प्रतिनिधि सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक उपलब्ध हैं। कोई व्यक्ति जो हिंदी बोलता है आपकी सहायता कर सकता है। यह एक नि:शुल्क सेवा है।

Hmong

Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pub dawb los teb rau txhua cov lus nug uas koj muaj hais txog peb txoj phiaj xwm kho mob los sis tshuaj.Yog xav tau ib tug kws txhais lus tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711).Thaum Lub Kaum Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Peb Hlis Ntuj Tim 31, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Sunday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Thaum Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 txog Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, yuav muaj cov neeg sawv cev rau Hnub Monday-Hnub Friday, thaum 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj. Ib tug neeg uas hais Lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj.Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.

Italian

Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero 1-800-431-9007 (TTY: 711). Dal 1° ottobre al 31 marzo, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì alla domenica, dalle 8:00 alle 20:00. Dal 1° aprile al 30 settembre, i rappresentanti sono disponibili dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

German

Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: 1-800-431-9007 (TTY: 711). Zwischen dem 1. Oktober und dem 31. März sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Sonntag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Zwischen dem 1. April und dem 30. September sind unsere Mitarbeiter von Montag bis Freitag von 8 Uhr bis 20 Uhr erreichbar. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Japanese

弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-800-431-9007（TTY：711）にお電話ください。担当者の対応時間は、10 月 1 日から3 月 31 日までは、月曜～日曜日、午前 8 時～午後 8 時です。4 月 1 日から9 月 30 日までは、月曜日～金曜日、午前 8 時～午後 8 時です。日本語を話す者が対応いたします。これは無料のサービスです。

Korean

당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우,1-800-431-9007(TTY:711)번으로 당사에 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에, 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 연락하시면 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບບໍລິການລ່າມແປພາສາ, ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ໃນລະຫວ່າງວັນທີ 1 ຕຸລາ ຫາ 31 ມີນາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນອາທິດ, 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ລະຫວ່າງວັນທີ 1 ເມສາ ຫາ 30 ກັນຍາ, ຕົວແທນໃຫ້ບໍລິການແຕ່ວັນຈັນ - ວັນສຸກ, 8 ໂມງເຊົ້າ ເຖິງ 8 ໂມງແລງ. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວໄດ້ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າ.

Mien

Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiemx naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se korh waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Yiem naaiv ziepc hlaax saengh 1 mingh taux faah hlaax 31 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv–leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungh ndorm mingh taux 8 diemv lungh muonx oc. Yiem naaiv feix hlaax saengh 1 mingh taux juov hlaax 30 nyei bouc dauh, ninh mbuo liuc leiz dengv gong mienh se liepc zoux gong yiem leiz-baaix yietv–leiz-baaix cietv, yiem naaiv 8 diemv lungh ndorm mingh taux 8 diemv lungh muonx. Liepc duqv maaih faan waac mienh tengx meih faan benx mienh waac bun muangx. Naaiv diuc gong-bou se wangv-henh tengx mv zuqc bun nyaanh oc.

Polish

Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-800-432-9007 (TTY: 711). W okresie od 1 października do 31 marca przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 8:00 do 20:00. W okresie od 1 kwietnia do 30 września przedstawiciele są dostępni od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 Osoba mówiąca po polsku może udzielić pomocy. Usługa ta jest bezpłatna.

Portuguese

Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre 1 de outubro e 31 de março, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a domingo, das 08:00 às 20:00. Entre 1 de abril e 30 de setembro, os representantes estão disponíveis de segunda-feira a sexta-feira, das 08:00 às 20:00. Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Punjabi

ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1 ਅਕਤੂਬਰ ਅਤੇ 31 ਮਾਰਚ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਐਤਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। 1 ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ 30 ਸਤੰਬਰ ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ, ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8 ਵਜੇ ਤੱਕ ਉਪਲਬਧ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Russian

Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Spanish

Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder las cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Alguien que habla español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Tagalog

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

Thai

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-431-9007 (TTY: 711) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมถึง 31 มีนาคม เรามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันอาทิตย์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. และในช่วง 1 เมษายนถึง 30 กันยายน รามีล่ามแปลภาษาให้บริการในวันจันทร์ - วันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 20.00 น. คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถให้ความช่วยเหลือแก่คุณ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian

Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які свої запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-431-9007 (TTY: 711). У період з 1 жовтня по 31 березня ви можете звертатися до представників із понеділка по неділю з 8:00 до 20:00. У період з 1 квітня по 30 вересня звернутися до представників можна з понеділка по п’ятницю з 8:00 до 20:00. Спеціаліст, який володіє українською мовою, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Vietnamese

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ 8 a.m. đến 8 p.m. Nhân viên nói tiếng Việt có thể hỗ trợ quý vị. Dịch vụ này miễn phí.

2024 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) *Handbook ng Miyembro*

Talaan ng Mga Nilalaman

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro 12

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at sanggunian 26

Kabanata 3: Paggamit sa pagsaklaw ng aming plano para sa inyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang saklaw na serbisyo 53

Kabanata 4: Chart ng mga Benepisyo 89

Kabanata 5: Pagkuha ng inyong mga inireresetang gamot para sa outpatient 178

Kabanata 6: Ang binabayaran ninyo para sa inyong mga inireresetang gamot mula sa Medicare at Medi-Cal Medicaid 204

Kabanata 7: Paghiling sa aming bayaran ang isang bill na natanggap ninyo para sa mga saklaw na serbisyo o gamot 213

Kabanata 8: Ang inyong mga karapatan at responsibilidad 221

Kabanata 9: Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo) 255

Kabanata 10: Pagwawakas ng inyong membership sa aming plano 322

Kabanata 11: Mga legal na abiso 333

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita 339

Mga Disclaimer

- Ang Wellcare ang brand ng Medicare para sa Centene Corporation, isang HMO, PPO, PFFS, PDP na plano na may kontrata sa Medicare at isang aprubadong Sponsor ng Part D. Ang aming mga D-SNP na plano ay may kontrata sa programang Medicaid ng estado. Ang pagpapatala sa aming mga plano ay nakadepende sa pag-renew ng kontrata.
- Walang obligasyon ang mga wala sa network/hindi kinontratang tagapagbigay ng serbisyo na gamutin ang mga miyembro ng Plano, maliban sa mga emergency na sitwasyon. Mangyaring tumawag sa numero ng aming Mga Serbisyo para sa Miyembro o basahin ang inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon, kasama ang bahagian sa gastos na nalalapat sa mga serbisyong wala sa network.
- Inaprubahan ng Medicare ang Wellcare na magbigay ng 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.
- Batay sa isang pagsusuri sa Modelo ng Pangangalaga, naaprubahan ang Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ng National Committee for Quality Assurance (NCQA) na magpatakbo ng Special Needs Plan (SNP) hanggang 2024.
- Ang pagsaklaw sa ilalim ng Wellcare Duel Align (HMO D-SNP) ay kwalipikadong saklaw sa kalusugan na tinatawag na “minimum na mahalagang pagsaklaw.” Nakakatugon ito sa iniaatas na responsibilidad sa bawat indibidwal ng Batas sa Proteksyon ng Pasyente at Abot-kayang Pangangalaga (ACA). Pakibisita ang website ng Serbisyo sa Panloob na Kita (Internal Revenue Service o IRS) sa www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para sa higit pang impormasyon sa kinakailangan sa indibidwal na nakabahaging pananagutan.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro

Panimula

Napapaloob sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), isang planong pangkalusugan na sumasaklaw sa lahat ng inyong serbisyo ng Medicare at nangangasiwa sa lahat ng inyong serbisyo sa Medicare at Medi-Cal, at ang pagiging miyembro ninyo rito. Sinasabi rin nito sa iyo kung ano ang aasahan at kung ano pang impormasyon ang makukuha ninyo mula sa amin. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Maligayang pagdating sa aming plano 14

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal 15

B1. Medicare 15

B2. Medi-Cal 15

C. Mga bentahe ng aming plano 16

D. Ang sineserbisyuhang lugar ng aming plano 17

E. Paano kayo magiging karapat-dapat na maging miyembro ng plano 17

F. Ano ang aasahan sa unang pagkakataon na sumali kayo sa aming planong pangkalusugan 18

G. Ang inyong grupo sa pangangalaga at plano ng pangangalaga 19

G1. Grupo sa pangangalaga 19

G2. Plano ng pangangalaga 20

H. Ang inyong buwanang gastos para sa Wellcare by Health Net 20

I. Ang inyong *Handbook ng Miyembro* 20

J. Iba pang mahahalagang impormasyon na makukuha ninyo mula sa amin 21

J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro 21

J2. *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* 22

J3. *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* 23

J4. Ang *Paliwanag ng mga Benepisyo* 24

K. Pagpapanatiling napapanahon sa inyong rekord ng pagiging miyembro 24

K1. Pagkapribado ng personal na impormasyon ng kalusugan (personal health information o PHI) 25

A. Maligayang pagdating sa aming plano

Ang aming plano ay nagbibigay ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa mga indibidwal na kwalipikado para sa parehong programa. Kasama sa aming plano ang mga doktor, ospital, parmasya, tagapagbigay ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga tagapagbigay ng serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo. Mayroon rin kaming mga tagapangasiwa ng pangangalaga at pangkat ng nangangalaga upang tulungan kayong pangasiwaan ang lahat ng inyong tagapagbigay ng serbisyo at mga serbisyo. Nagtutulungan silang lahat upang maibigay ang pangangalagang kailangan ninyo.

Karanasang maaasahan ninyo

Nagpatala kayo sa isang planong pangkalusugan na inyong maaasahan.

Tinutulungan ng Wellcare by Health Net ang mga taga-California na may Medicare at Medi-Cal na makuha ang mga serbisyong kailangan nila. Ginagawa namin ito sa pamamagitan ng pag-aalok ng mas madaling access sa inyong mga benepisyo at serbisyo sa Medicare at Medi-Cal, at marami pang iba:

- Ipinagmamalaki naming makapagbigay ng napakahusay na serbisyo sa kostumer; naisasakatuparan ito sa pamamagitan ng pagbibigay ng nakatuon, positibo, personalized na atensyon sa inyo bilang aming miyembro. Hindi kayo paghihintayin ng aming mga sinanay na kawani ng Mga Serbisyo para sa Miyembro at makatutulong sa maraming mga wika sa pamamagitan ng paggamit ng mga serbisyo ng tagasalin. Bibigyan namin kayo ng isang “tagapangasiwa” (“concierge”) na antas ng serbisyo na tutulong sa inyong pangasiwaan ang mga benepisyo tulad ng gagawin namin sa aming sariling pamilya, mabilis nitong makukuha ang mga sagot na kailangan ninyo para ma-access ang pangangalaga.
- Bumubuo kami ng mga de-kalidad na network ng mga doktor sa loob ng halos 25 taon. Ang mga doktor at espesyalista sa aming Wellcare by Health Net network ay nakikipagtulungan sa mga medikal na pangkat upang matiyak na makukuha ninyo ang pangangalaga na inyong kailangan, kapag kailangan ninyo ito.
- Ang komunidad ninyo ay komunidad namin – Isa kaming pambansang kumpanya na may lokal na presensya. Marami sa aming mga empleyado ay nakatira sa komunidad kung saan kayo nakatira. Sinusuportahan namin ang aming mga lokal na komunidad sa mga sumusunod:
    - Mga pagsusuri sa kalusugan sa mga lokal na kaganapan sa kalusugan at sentro sa komunidad
    - Mga walang bayad na pag-aaral sa edukasyong pangkalusugan

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal

B1. Medicare

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

- mga taong 65 taong gulang pataas,
- ilang taong wala pang 65 taong gulang ngunit may ilang partikular na kapansanan, **at**
- mga taong may sakit sa bato na wala nang lunas (pagpalya ng bato).

B2. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ay ang pangalan ng programa ng Medi-Cal ng California. Ang Medi-Cal ay pinapatakbo ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na pamahalaan. Tinutulungan ng Medi-Cal ang mga tao na may mga limitadong kita at mga magpagkukunan na bayaran ang Mga Serbisyo at Suporta na Pangmatagalan (LTSS) at mga medikal na gastusin. Sinasaklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi saklaw ng Medicare.

Ang bawat estado ang nagpapasya:

- kung ano ang maituturing na kita at mga mapagkukunan,
- kung sino ang karapat-dapat,
- kung anong mga serbisyo ang sinasaklaw, **at**
- sa gastos para sa mga serbisyo.

Maaaring magpasya ang mga estado kung paano patakbuhin ang kanilang mga programa, basta't sinusunod nila ang mga pederal na tuntunin.

Inaprubahan ng Medicare at ng estado ng California ang aming plano. Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo mula sa Medicare at Medi-Cal sa pamamagitan ng aming plano hangga't:

- pinili naming ialok ang plano, **at**
- pinahihintulutan kami ng Medicare at Estado ng California na patuloy na ialok ang planong ito.

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

C. Mga bentahe ng aming plano

Makukuha na ninyo ngayon ang lahat ng inyong mga saklaw na serbisyo sa Medicare at Medi-Cal mula sa aming plano, kabilang ang mga iniresetang gamot. **Wala kayong dagdag na babayaran upang sumali sa planong pangkalusugan na ito.**

Tumutulong kami na mas mapahusay ang inyong mga benepisyo mula sapinagsamang Medicare at Medi-Cal at mas gumana ang mga ito nang mahusay para sa inyo. Kasama sa ilang bentahe ang:

- Maaari kayong makipagtulungan sa amin para sa **karamihan** ng inyong pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Mayroon kayong isang pangkat ng nangangalaga na tutulong kayong pagsama-samahin. Maaaring kasama sa inyong pangkat ng nangangalaga ang inyong sarili, ang inyong tagapangalaga, mga doktor, nurse, tagapayo, o ibang mga propesyonal sa kalusugan.
- Mayroon kayong access sa isang tagapangasiwa ng pangangalaga. Ito ay isang tao na makikipagtulungan sa inyo, sa aming plano, at sa inyong pangkat ng nangangalaga upang tumulong sa paggawa ng isang plano ng pangangalaga.
- Magagawa ninyong pangasiwaan ang inyong sariling pangangalaga sa tulong ng inyong pangkat ng nangangalaga at tagapangasiwa ng pangangalaga.
- Ang inyong pangkat ng nangangalaga at tagapangasiwa ng pangangalaga ay makikipagtulungan sa inyo upang gumawa ng plano sa pangangalaga na idinisenyo upang matugunan ang **inyong** mga pangangailangan sa kalusugan. Tutulong ang pangkat ng nangangalaga na pangasiwaan ang mga kailangan ninyong serbisyo. Halimbawa, nangangahulugan ito na tinitiyak ng inyong pangkat ng nangangalaga na:
    - Alam ng inyong mga doktor ang tungkol sa lahat ng gamot na inyong iniinom upang matiyak nilang tama ang inyong mga gamot at maaaring mabawasan ang anumang mga side effect na maaaring mayroon kayo mula sa mga gamot.
    - Ang inyong mga resulta ng pagsusuri ay maibabahagi sa lahat ng inyong mga doktor at iba pang mga tagapagbigay ng serbisyo, kung naaangkop.

Mga bagong miyembro sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP): Sa karamihan ng mga pagkakataon, itatala kayo sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) para sa mga benepisyo ninyo sa Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging maitala sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Maaari niyo pa ring matanggap ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal

mula sa inyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap niyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Walang magiging gap sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) kung mayroon kayong anumang tanong. Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

D. Ang sineserbisyuhang lugar ng aming plano

Kabilang sa aming sineserbisyuhang lugar ang mga county na ito sa California: Los Angeles, Sacramento, at Tulare.

Tanging ang mga tao lamang na nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar ang maaaring sumali sa aming plano.

Hindi kayo maaaring manatili sa aming plano kung lilipat kayo sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar. Sumangguni sa **Kabanata 8** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga epekto ng pag-alis sa aming sineserbisyuhang lugar.

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

Karapat-dapat kayo sa aming plano basta't kayo ay:

- nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar (ang mga nakakulong na indibidwal ay hindi itinuturing na nakatira sa sineserbisyuhang lugar kahit na sila ay pisikal na nandito), **at**
- 21 taong gulang pataas sa oras ng pagpapatala, **at**
- mayroong Medicare Part A at Medicare Part B, **at**
- mamamayan ng Estados Unidos o naaayon sa batas ang pamamalagi sa Estados Unidos, **at**
- kasalukuyang kwalipikado sa Medi-Cal, **at**

Kung nawalan kayo ng kwalipikasyon sa Medi-Cal pero inaasahang magiging kwalipikado kayo ulit sa loob ng anim na buwan, kwalipikado pa rin kayo sa plano namin.

Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

F. Ano ang aasahan sa unang pagkakataon na sumali kayo sa aming planong pangkalusugan

Sa una ninyong pagsali sa aming plano, sasailalim kayo sa pagsusuri sa panganib sa kalusugan (HRA) sa loob ng 90 araw bago o pagkatapos ng inyong epektibong petsa ng pagpapatala.

Kailangan naming kumpletuhin ang isang HRA para sa inyo. Ang HRA na ito ang batayan para sa pagbuo ng inyong plano sa pangangalaga. Kasama sa HRA ang mga tanong na tutukoy sa inyong mga pangangailangang medikal, mga pangangailangan sa kalusugan sa pag-uugali, at mga pangangailangan sa pagganap.

Makikipag-ugnayan kami sa inyo upang kumpletuhin ang HRA. Puwede naming kumpletuhin ang HRA sa pamamagitan ng isang personal na pagbisita, o sa pamamagitan ng mail.

Padadalhan namin kayo ng karagdagang impormasyon hinggil sa HRA na ito.

Kung bago para sa inyo ang aming plano, maaari kayong patuloy na magpatingin sa mga doktor na pinupuntahan ninyo ngayon sa loob ng isang partikular na tagal ng panahon, kung wala sila sa aming network. Tinatawag namin itong pagpapatuloy ng pangangalaga. Kung wala sila sa aming network, maaari ninyong panatilihin ang inyong mga kasalukuyang tagapagbigay ng serbisyo at awtorisasyon sa serbisyo sa oras na magpatala kayo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang lahat ng sumusunod na kundisyon:

- Kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ay humihiling sa amin na hayaan kayong magpatuloy sa paggamit ng inyong kasalukuyang tagapagbigay ng serbisyo.

- Kinumpirma namin na mayroon kayong umiiral na ugnayan sa isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahin o may espesyalidad na pangangalaga, na may ilang pagbubukod. Kapag sinabi naming “umiiral na ugnayan,” ang ibig sabihin namin ay nagpatingin kayo sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network nang hindi bababa sa isang beses para sa isang hindi pang-emergency na pagpapatingin sa loob ng 12 buwan bago ang petsa ng inyong unang pagpapatala sa aming plano.
    - Tinutukoy namin ang isang umiiral na ugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa inyong impormasyon ng kalusugan na mayroon kami o impormasyong inyong ibinigay sa amin.
    - Mayroon kaming 30 araw upang sumagot sa inyong kahilingan. Maaari rin ninyong hilingin sa amin na gumawa ng isang mas mabilis na pagpapasiya, at dapat kaming sumagot sa loob ng 15 araw. Kung nasa panganib kayo, dapat kaming sumagot sa loob ng 3 araw.

- Kayo o ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ay dapat magpakita ng mga dokumentasyon ng isang umiiral na ugnayan at sumang-ayon sa ilang partikular na tuntunin kapag ginawa ninyo ang kahilingan.

Tandaan*:* Puwede ninyong ibigay ang kahilingang ito sa mga tagapagbigay ng serbisyo sa Matitibay na Medikal na Kagamitan (DME) sa loob ng hindi bababa sa 90 araw o hanggang sa mapahintulutan namin ang isang bagong rental at maipahatid namin ang rental sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Bagama't hindi kayo makakahiling ng ganito para sa mga tagapagbigay ng serbisyo sa transportasyon o iba pang pansuportang tagapagbigay ng serbisyo, puwede kayong humiling ng mga serbisyo sa transportasyon o iba pang pansuportang serbisyong hindi kasama sa aming plano.

Kapag natapos na ang panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga, kakailanganin ninyong gumamit ng mga doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) na kaakibat ng medikal na pangkat ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga*,* maliban kung gumawa kami ng kasunduan sa inyong doktor na wala sa network. Ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay isang tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Kapag nagpatala kayo sa aming plano, pipili kayo ng kalahok na Medikal na Pangkat mula sa network ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). May itatalaga rin sa inyong PCP mula sa kasaling 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 para sabihin ang pinili ninyo. Nasa network dapat namin ang inyong PCP. Sumangguni sa **Kabanata 3**, Seksyon D, pahina 59 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga.

G. Ang inyong grupo sa pangangalaga at plano ng pangangalaga

G1. Grupo sa pangangalaga

Matutulungan kayo ng pangkat ng nangangalaga na patuloy na makuha ang pangangalaga na kailangan ninyo. Maaaring kasama sa ng pangkat ng nangangalaga ang inyong doktor, tagapangasiwa ng pangangalaga, o iba pang taong nauugnay sa kalusugan na pinili ninyo.

Ang tagapangasiwa ng pangangalaga ay isang tao na sinanay upang tulungan kayo na pangasiwaan ang pangangalagang kailangan ninyo. Makakakuha kayo ng tagapangasiwa ng pangangalaga kapag nagpatala kayo sa aming plano. Ang taong ito ay nagre-refer din sa inyo sa iba pang mga mapagkukunan ng komunidad na maaaring hindi ibigay ng aming plano at

makikipagtulungan sa inyong pangkat ng nangangalaga upang tumulong na pangasiwaan ang inyong pangangalaga. Tawagan kami sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga at pangkat ng nangangalaga.

G2. Plano ng pangangalaga

Ang inyong pangkat ng nangangalaga ay makikipagtulungan sa inyo upang gumawa ng plano ng pangangalaga. Ang isang plano sa pangangalaga ay nagsasabi sa inyo at sa inyong mga doktor kung anong mga serbisyo ang kailangan ninyo at kung paano makukuha ang mga ito. Kasama rito ang inyong mga serbisyong medikal, mga serbisyo sa kalusugan sa pag-uugali, at LTSS o iba pang serbisyo.

Kasama sa inyong plano ng pangangalaga ang:

- inyong mga layunin sa pangangalaga sa kalusugan, **at**
- isang timeline para sa pagkuha ng mga serbisyong kailangan ninyo.

Makikipag-usap sa inyo ang inyong pangkat ng pangangalaga pagkatapos ng inyong HRA. Itatanong nila sa inyo ang tungkol sa mga serbisyong kailangan ninyo. Sasabihin din nila sa inyo ang tungkol sa mga serbisyo na maaari ninyong maisipang kunin. Ang inyong plano ng pangangalaga ay ginawa batay sa inyong mga pangangailangan at layunin. Ang inyong pangkat ng nangangalaga ay makikipagtulungan sa inyo upang i-update ang inyong plano ng pangangalaga nang hindi bababa sa isang beses sa bawat taon.

H. Ang inyong buwanang gastos para sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP)

Ang aming plano ay walang buwanang premium sa plano.

I. Ang inyong *Handbook ng Miyembro*

Ang inyong *Handbook ng Miyembro* ay bahagi ng aming kontrata sa inyo. Nangangahulugan ito na dapat naming sundin ang lahat ng tuntunin sa dokumentong ito. Kung sa tingin ninyo ay may nagawa kaming labag sa mga panuntunang ito, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9,** Seksyon D, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro* o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Maaari kayong humingi ng *Handbook ng Miyembro* sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina. Maaari rin kayong sumangguni sa *Handbook ng Miyembro* sa aming website sa web address sa ibaba ng pahina.

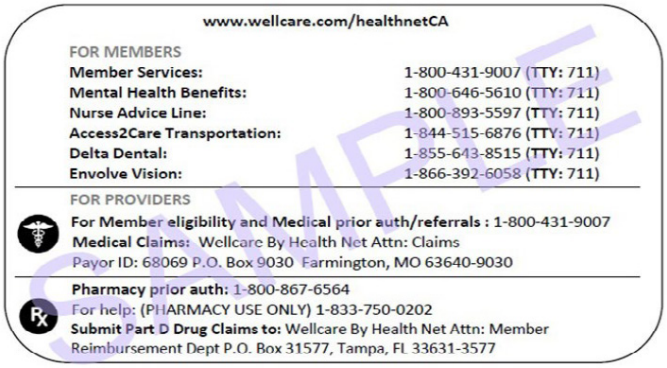
May bisa ang kontrata para sa mga buwang kayo ay nakatala sa aming plano sa pagitan ng Enero 1, 2024 at Disyembre 31, 2024.

J. Iba pang mahahalagang impormasyon na makukuha ninyo mula sa amin

Kabilang sa iba pang mahalagang impormasyong ibinibigay namin sa inyo ang inyong ID Card ng Miyembro, impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, at impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot,* na kilala rin bilang *Pormularyo*.

J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro

Sa ilalim ng aming plano, magkakaroon kayo ng isang card para sa mga serbisyo sa inyo ng Medicare at Medi-Cal, kasama ang mga LTSS, ilang partikular na mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga reseta. Ipapakita ninyo ang card na ito kapag kumukuha kayo ng anumang mga serbisyo o reseta. Narito ang isang sample na ID Card ng Miyembro:



Kung ang inyong ID Card ng Miyembro ay nasira, nawala, o ninakaw, tawagan kaagad ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina. Padadalhan namin kayo ng isang bagong card.

Hangga't miyembro kayo ng aming plano, hindi ninyo kailangan gamitin ang inyong pula, puti, at asul na card ng Medicare o ang inyong card ng Medi-Cal upang makuha ang karamihan sa mga serbisyo. Itago ang mga card na iyon sa isang ligtas na lugar, sakaling kailanganin ninyo ang mga ito sa ibang pagkakataon. Kung ipapakita ninyo ang inyong Medicare card sa halip na ang

inyong ID Card ng Miyembro, maaaring singilin ng tagapagbigay ng serbisyo ang Medicare sa halip na ang aming plano, at maaaring makatanggap kayo ng bill. Sumangguni sa **Kabanata 7**, Seksyon A, pahina 214 ng inyong *Handbook ng Miyembro* upang malaman kung ano ang gagawin kung makatanggap kayo ng bill mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo.

Tandaan, kailangan ninyo ang inyong Medi-Cal card o Benefits Identification Card (BIC) upang ma-access ang mga sumusunod na serbisyo:

- Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Tahanan (IHSS)
- Mga Serbisyo ng County sa Espesyal na Kalusugan ng Pag-iisip at Karamdaman sa Paggamit ng Pinagbabawal na Gamot at Inumin (SUD)
- Mga Serbisyso sa Programa ng mga Pangmaramihang Layunin para sa Matatanda (Multipurpose Senior Services Program o MSSP)
- Mga Saklaw ng Medi-Cal Rx na Serbisyo o Mga Tagapagbigay ng Serbisyo “Medi-Cal Rx”
- “Mga Serbisyo sa Pangangalaga ng Ngipin na saklaw ng Medi-Cal”
- Waiver ng Mga Serbisyo sa Bahay at Komunidad (HCBS)

J2. *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*

Inililista ng *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ang mga tagapagbigay ng serbisyo at parmasyang nasa network ng aming plano. Habang miyembro kayo ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo.

Maaari kayong humiling ng *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* (electronic o sa hard copy na anyo) sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina. Ipapadala sa inyo sa mail ang mga hiniling na hard copy ng Mga Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at parmasya sa loob ng tatlong araw ng negosyo.

Maaari rin kayog sumangguni sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* sa web address sa ibaba ng pahina.

Mabibigyan kayo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro at ng website ng pinakanapapanahong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga tagapagbigay ng serbisyo at parmasyang nasa network. Nakalista sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan (tulad ng mga doktor, nurse practitioner at psychologist), mga pasilidad (tulad ng mga ospital o klinika), at tagapagbigay ng suporta (tulad ng Mga Serbisyong Pang-adulto na Nakabatay sa Komunidad) kung saan maaari kayong magpatingin bilang miyembro ng Wellcare by Health Net. Inililista rin namin ang mga parmasya na maaari ninyong gamitin upang makuha ang inyong mga iniresetang gamot. Kasama sa mga parmasyang nakalista sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ang Retail, Mail Order, Home Infusion, Pangmatagalang Pangangalaga (LTC).

Kahulugan ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network

- Kasama sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ang:
  - mga doktor, nurse, at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na maaari ninyong puntahan bilang isang miyembro ng aming plano;
  - mga klinika, ospital, pasilidad ng pangangalaga, at iba pang lugar na nagbibigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa aming plano; **at,**
  - LTSS, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, mga ahensiyang pangkalusugan sa tahanan, mga taga-supply ng matitibay na medikal na kagamitan (DME), at ibang mga nagbibigay ng mga produkto at serbisyo na nakukuha ninyo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

Ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay sumang-ayon na tumanggap ng kumpletong bayad mula sa aming plano para sa mga saklaw na serbisyo.

Kahulugan ng mga parmasyang nasa network

- Ang mga parmasyang nasa network ay mga parmasya na sumang-ayon na punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* para mahanap ang parmasyang nasa network na nais ninyong gamitin.
- Maliban sa panahon ng isang emergency, dapat ninyong punan ang inyong mga inireresetang gamot sa isa sa aming parmasyang nasa network kung nais ninyong tulungan kayo ng aming plano na bayaran ang mga ito.

Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon. Mabibigyan kayo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro at ng aming website ng pinakanapapanahong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga tagapagbigay ng serbisyo at parmasyang nasa network.

J3. *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*

Ang plano ay mayroong *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*. Sa madaling salita, tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot.” Sinasabi nito sa inyo kung aling mga iniresetang gamot ang saklaw ng aming plano.

Sinasabi rin sa inyo ng Listahan ng Gamot kung mayroong anumang mga tuntunin o paghihigpit sa anumang mga gamot, tulad ng isang limitasyon sa dami ng maaari ninyong makuha.

Sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon C, pahina 219 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon.

Taun-taon, magpapadala kami sa inyo ng impormasyon tungkol sa kung paano ma-access ang Listahan ng Gamot, ngunit maaaring may mangyaring ilang pagbabago sa loob ng taon. Upang makuha ang pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang saklaw, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o bisitahin ang aming website sa address na nasa ibaba ng pahina.

J4. Ang *Paliwanag ng mga Benepisyo*

Kapag ginamit ninyo ang inyong mga benepisyo sa inireresetang Medicare Part D na gamot, padadalhan namin kayo ng isang buod upang tulungan kayong maunawaan at masubaybayan ang mga pagbabayad para sa inyong mga inireresetang Medicare Part D na gamot. Ang buod na ulat na ito ay tinatawag na *Paliwanag ng mga Benepisyo* (EOB).

Isinasaad ng EOB sa inyo ang kabuuang halaga na ginastos ninyo, o ng iba sa ngalan niyo, sa inyong mga inireresetang Medicare Part D na gamot at ang kabuuang halaga na binayaran namin para sa bawat isa sa inyong mga inireresetang Medicare Part D na gamot sa loob ng buwan. Hindi bill ang EOB na ito. Naglalaman ang EOB ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom ninyo. Nagbibigay ang **Kabanata 6,** Seksyon A, pahina 207 ng inyong *Handbook ng Miyembro* ng higit pang impormasyon tungkol sa EOB at kung paano ito makakatulong sa inyo na masubaybayan ang inyong saklaw sa gamot.

Maaari rin kayong humingi ng EOB. Upang makakuha ng kopya, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina.

K. Pagpapanatiling napapanahon sa inyong rekord ng pagiging miyembro

Maaari ninyong mapanatiling napapanahon ang inyong rekord ng pagiging miyembro sa pamamagitan ng pagbibigay-alam sa amin kapag nagbago ang inyong impormasyon.

Kailangan namin ang impormasyong ito upang matiyak na mayroon kaming tamang impormasyon sa aming mga talaan. Ang aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network at parmasya ay nangangailangan din ng tamang impormasyon tungkol sa inyo. **Ginagamit nila ang inyong rekord ng pagiging miyembro upang malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang makukuha ninyo at magkano ang magagastos ninyo dito.**

Ipaalam kaagad sa amin ang tungkol sa mga sumusunod:

- mga pagbabago sa inyong pangalan, sa inyong address, o sa inyong numero ng telepono;
- mga pagbabago sa anumang iba pang saklaw ng insurance sa kalusugan, tulad ng mula sa inyong pinagtatrabahuhan, pinagtatrabahuhan ng inyong asawa, pinagtatrabahuhan ng inyong kinakasama, o kompensasyon sa mga manggagawa;
- anumang paghahabol para sa pananagutan, tulad ng mga paghahabol mula sa isang aksidente sa sasakyan;
- pagpasok sa pasilidad ng pangangalaga o ospital;
- pangangalaga mula sa isang ospital o emergency room;
- mga pagbabago sa inyong tagapangalaga (o sinumang responsable para sa inyo); **at,**
- kung kasali kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral. (**Tandaan:** Hindi ninyo kinakailangang sabihin sa amin ang tungkol sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral kung saan kayo kasali o naging bahagi, ngunit hinihikayat namin kayong gawin ito.)

Kung may pagbabago sa anumang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina.

K1. Pagkapribado ng personal na impormasyon ng kalusugan (personal health information o PHI)

Ang impormasyong nasa inyong rekord ng pagiging miyembro ay maaaring may kasamang personal na impormasyon ng kalusugan (personal health information o PHI). Hinihiling ng mga batas ng pederal at estado na panatilihin naming pribado ang inyong PHI. Pinoprotektahan namin ang inyong PHI. Para sa higit pang mga detalye tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI, sumangguni sa **Kabanata 8**, Seksyon C1, pahina 243 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at sanggunian

Panimula

Ibinibigay sa inyo ng kabanatang ito ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa mahahalagang mapagkukunan na makakatulong sa inyong sagutin ang inyong mga tanong tungkol sa aming plano at ang inyong mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Magagamit din ninyo ang kabanatang ito upang makakuha ng impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga at iba pang maaaring magtaguyod sa inyong ngalan. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Mga Serbisyo para sa Miyembro 28

B. Ang inyong Tagapangasiwa ng Pangangalaga 32

C. Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) 36

D. Linya ng Pagtawag para sa Pagpapayo ng Nurse 37

E. Crisis line para sa mga may Problema sa Kalusugan ng Pag-uugali 38

F. Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) 39

G. Medicare 40

H. Medi-Cal 41

I. Tanggapan ng Ombudsman ng Medi-Cal Managed Care at Kalusugan ng Pag-iisip 42

J. Mga Serbisyong Panlipunan sa County 43

K. Espesyalidad na Plano sa Kalusugan ng Pag-iisip ng County 46

L. Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California 47

M. Mga Programa para Tulungan ang Mga Tao na Bayaran ang Kanilang Mga Inireresetang Gamot 48

M1. Extra Help 48

N. Panlipunang Seguridad 49

O. Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles (RRB) 50

P. Iba pang mapagkukunan 51

Q. Programang Dental ng Medi-Cal 52

A. Mga Serbisyo para sa Miyembro

TUMAWAG	1-800-431-9007 Libre ang tawag na ito. Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Gayunpaman, pakitandaan sa mga weekend at holiday mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, ang aming awtomatikong sistema ng telepono ang maaaring makasagot ng inyong tawag. Pakiiwan ang inyong pangalan at numero ng telepono, at tatawagan namin kayo sa loob ng isang (1) araw ng negosyo. Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng tagasalin para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Gayunpaman, pakitandaan sa mga weekend at holiday mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, ang aming awtomatikong sistema ng telepono ang maaaring makasagot ng inyong tawag. Pakiiwan ang inyong pangalan at numero ng telepono, at tatawagan namin kayo sa loob ng isang (1) araw ng negosyo.
SUMULAT	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
WEBSITE	www.wellcare.com/healthnetCA

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang makatanggap ng tulong sa:

- mga tanong tungkol sa plano
- mga tanong tungkol sa mga paghahabol o pagsingil

- mga desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
  - Ang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan ay isang desisyon tungkol sa:
    - inyong mga benepisyo at saklaw na serbisyo, **o**
    - ang halaga na binabayaran namin para sa inyong mga serbisyo sa kalusugan.
  - Tawagan kami kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa desisyon sa pagsaklaw tungkol sa pangangalaga ng inyong kalusugan.
  - Para malaman ang higit pa tungkol sa mga desisyon sa pagsaklaw, sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon E, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- mga apela tungkol sa pangangalaga ng inyong kalusugan
  - Ang isang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pagsaklaw sa inyo at paghiling sa amin na baguhin ito kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami o kung kayo ay hindi sumasang-ayon sa desisyon.
  - Upang malaman ang higit pa tungkol sa paghahain ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon E, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro* o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- mga reklamo tungkol sa pangangalaga ng inyong kalusugan
  - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o sa sinumang tagapagbigay ng serbisyo (kasama ang isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network o nasa network). Ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay isang tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa aming plano. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa amin o sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap ninyo (sumangguni sa **Seksyon F**, pahina 39).
  - Maaari ninyo kaming tawagan at ipaliwanag ang inyong reklamo sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.

- Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan, puwede kayong maghain ng apela (sumangguni sa seksyon sa itaas).
- Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online form sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O maaari ninyong tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.
- Maaari kayong maghain ng reklamo tungkol sa aming plano sa Programa ng Ombuds ng Medicare Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-804-3536.
- Upang malaman ang higit pa tungkol sa paghahain ng reklamo sa inyong pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon K, pahina 315 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

- mga desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong mga gamot
  - Ang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong mga gamot ay isang desisyon tungkol sa:
    - inyong mga benepisyo at saklaw na gamot, **o**
    - ang halaga na binabayaran namin para sa inyong mga gamot.
  - Ang mga gamot na hindi saklaw ng Medicare, gaya ng mga gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari niyo ring tawagan ang Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273.
  - Para sa higit pa tungkol sa mga desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong mga inireresetang gamot sa Medicare, sumangguni sa **Kabanata 9,** Seksyon G, pahina 283 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- mga apela tungkol sa inyong mga gamot.
  - Ang apela ay isang paraan upang hilingin sa amin na baguhin ang isang desisyon sa pagsaklaw.
  - Para sa higit pa tungkol sa paghahain ng apela tungkol sa inyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon G, pahina 283, ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

- mga reklamo tungkol sa inyong mga gamot.
  - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o sa anumang parmasya. Kasama rito ang isang reklamo tungkol sa inyong mga iniresetang gamot.
  - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa pagsaklaw sa inyong mga inireresetang gamot, maaari kayong umapela. (Sumangguni sa seksyon sa itaas)
  - Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online form sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O maaari ninyong tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.
  - Para sa higit pa tungkol sa paghahain ng reklamo tungkol sa inyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon K, pahina 315, ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- pagbabayad para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot na binayaran na ninyo
  - Para sa higit pa tungkol sa kung paano hihilingin sa amin na bayaran kayo, o bayaran ang isang bill na natanggap ninyo, sumangguni sa **Kabanata 7**, Seksyon A, pahina 214 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
  - Kung hihilingin ninyo sa amin na bayaran ang isang bill at tinanggihan namin ang anumang bahagi ng inyong kahilingan, maaari kayong umapela sa aming desisyon. Sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon E, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

B. Ang inyong Tagapangasiwa ng Pangangalaga

Ang tagapangasiwa ng pangangalaga ay isang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa inyo, sa planong pangkalusugan, at sa inyong mga doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo upang tiyakin na nakukuha ninyo ang pangangalagang pangkalusugan na inyong kailangan.

Maaari ding ipaalam sa inyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro kung paano ninyo magagawang makipag-ugnayan sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga. Ang tagapangasiwa ng pangangalaga ay:

- Tumutulong na pagsama-samahin ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan upang matugunan ang inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Nakikipagtulungan sa inyo para gawin ang inyong plano sa pangangalaga.
- Tutulong sa inyong magpasya kung sino ang magiging pangkat ng inyong pangangalaga.
- Magbibigay sa inyo ng impormasyong kailangan ninyo para pamahalaan ang inyong pangangalagang pangkalusugan.

Maaari ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kung kailangan ninyo ng tulong sa pakikipag-ugnayan sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga. Kung nais ninyong palitan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga o mayroong anumang mga karagdagang katanungan, mangyaring tawagan ang numero ng telepono na nakalista sa ibaba. Maaari rin ninyong tawagan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga bago sila makipag-ugnayan sa inyo. Tawagan ang numero sa ibaba at humiling na makipag-usap sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga.

TUMAWAG	1-833-340-0083 Libre ang tawag na ito. Available ang mga kinatawan mula Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. EST. Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng tagasalin para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.

TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. Available ang mga kinatawan mula Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. EST.
SUMULAT	Wellcare by Health Net, Attention: Care Coordination Team 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
WEBSITE	www.wellcare.com/healthnetCA

Makipag-ugnayan sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga upang makatanggap ng tulong sa:

- mga tanong tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
- mga tanong tungkol sa pagkuha ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng pag-iisip at karamdaman sa pag-abuso sa paggamit ng droga o alak)
- mga tanong tungkol sa mga benepisyo sa pangangalaga sa ngipin
- mga tanong tungkol sa transportasyon papunta sa inyong mga medikal na appointment

Kasama sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (LTSS) ang Mga Serbisyong Pang-adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS) at Mga Pasilidad ng Pangangalaga (NF).

Paminsan-minsan maaari kayong makakuha ng tulong sa inyong pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan at pamumuhay.

Maaari ninyong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyong Pang-adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS),
- may kasanayang pangangalaga,
- physical therapy,
- occupational therapy,

- speech therapy,
- mga medikal na serbisyong panlipunan, **at**
- pangangalagang pangkalusugan sa tahanan.
- Mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Bahay, sa pamamagitan ng ahensya ng serbisyong panlipunan ng inyong county, at
- Mga benepisyo sa Mga Suporta sa Komunidad.

Mga Serbisyong Pang-adulto na Nakabatay sa Komunidad (Community-Based Adult Services o CBAS):
Ang mga miyembro ng Medi-Cal na may pisikal, mental o panlipunang kapansanan na naganap pagkatapos ng edad na 18, at maaaring makinabang mula sa mga serbisyong pang-adulto na nakabatay sa komunidad (CBAS), ay maaaring maging kwalipikado.

Dapat matugunan ng mga kwalipikadong miyembro ang isa sa mga sumusunod na pamantayan:

- Mga pangangailangan na sapat na mahalaga upang matugunan ang antas ng pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga A (NF-A), gaya ng pangangailangan ng mga serbisyo ng dalubhasang pangangalaga, obserbasyon mula sa dalubhasang pangangalaga, pamamahala ng medikasyon, tulong sa mga pisikal na limitasyon at/o mental na limitasyon, o higit pa.
- Isang katamtaman hanggang sa matinding kapansanan sa isipan, kasama ang katamtaman hanggang sa malubhang Alzheimer’s o ibang demensya.
- Isang kapansanan na nabuo habang lumalaki
- Isang hindi matindi hanggang sa malubhang kapansanan sa pag-iisip kasama ang Alzheimer's o demensya at ang pangangailangan para sa tulong o pamamahala sa dalawa sa mga sumusunod:
    - Pagligo
    - Pagbibihis
    - Pagkain nang mag-isa
    - Pagpunta sa banyo
    - Paglalakad
    - Paglipat
    - Pamamahala sa paggamot
    - Kalinisan sa katawan

- Isang hindi gumagaling na karamdamang pangkaisipan o pinsala sa utak at ang pangangailangan para sa tulong o pamamahala sa dalawa sa mga sumusunod:
  - Pagligo
  - Pagbibihis
  - Pagkain nang mag-isa
  - Pagpunta sa banyo
  - Paglalakad
  - Paglipat
- Pangangasiwa sa paggamot, o pangangailangan ng tulong o pamamahala ng isang pangangailangan mula sa listahan sa itaas at isa sa mga sumusunod:
  - Kalinisan sa katawan
  - Pangangasiwa sa pera
  - Pag-access sa mga mapagkukunan
  - Paghahanda ng pagkain
  - Transportasyon
- Isang makatuwirang pag-asa na ang mga serbisyo na pang-iwas sa sakit ay mapapanatili o mapapahusay ang kasalukuyang antas ng kakayahang gumana (halimbawa, sa mga kaso ng pinsala sa utak dahil sa trauma o impeksiyon)
- Isang mataas na potensiyal para sa karagdagang pagkasira at malamang na ilagay sa isang institusyon kung walang magagamit na CBAS (halimbawa, sa mga kaso ng mga tumor sa utak o demensiya na may kaugnayan sa HIV)

C. Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP)

Ang Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan (SHIP) ay nagbibigay ng walang bayad na pagpapayo tungkol sa insurance sa kalusugan sa mga tao na may Medicare. Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP). Masasagot ng mga tagapayo sa HICAP ang inyong mga tanong at tutulungan nila kayong maunawaan kung ano ang dapat gawin upang mapangasiwaan ang inyong problema. Mayroong mga sinanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre.

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

TUMAWAG	1-800-434-0222 Lunes hanggang Biyernes, 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
TTY	711 (National Relay Service) Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. Lunes hanggang Biyernes, 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
SUMULAT	HICAP Bisitahin ang https://cahealthadvocates.org/hicap/ para sa mga lokasyon ng tanggapan ng county
WEBSITE	https://cahealthadvocates.org/hicap/

Makipag-ugnayan sa HICAP para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa Medicare
- Masasagot ng mga tagapayo sa HICAP ang inyong mga tanong tungkol sa pagpapalit sa bagong plano at tutulungan nila kayong:
  - maunawaan ang inyong mga karapatan,
  - maunawaan ang inyong mga opsiyon sa plano,
  - maghain ng reklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan o paggamot, **at**
  - lutasin ang mga problema sa inyong mga bayarin.

D. Linya ng Pagtawag para sa Pagpapayo ng Nurse

Ang Linya para sa Pagpapayo ng Nurse ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ay isang serbisyo na nagbibigay ng toll-free na paggabay sa telepono at pagpapayo ng nurse mula sa mga may kasanayang clinician na available 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, 365 araw sa isang taon. Nagbibigay ang Linya para sa Pagpapayo ng Nurse ng mga real time na pagsusuri sa pangangalaga sa kalusugan upang tulungan ang miyembro na tukuyin ang antas ng pangangalagang kinakailangan sa kasalukuyan. Nagbibigay ang mga doktor ng one-on-one na konsultasyon, mga sagot sa mga tanong sa kalusugan at suporta sa pamamahala ng sintomas na nagbibigay ng dahilan sa mga miyembro na gumawa ng may kumpiyansa at angkop na mga desisyon tungkol sa kanilang pangangalaga at paggamot. Maaaring ma-access ng mga miyembro ang Linya para sa Pagpapayo ng Nurse sa pamamagitan ng pagtawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa likod ng kanilang ID Card ng Miyembro. Maaari kayong makipag-ugnayan sa Linya ng Pagtawag para sa Pagpapayo ng Nurse para sa mga tanong tungkol sa inyong kalusugan o pangangalaga sa kalusugan.

TUMAWAG	1-800-893-5597 Libre ang tawag na ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng tagasalin para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Mayroon dapat kayong espesyal na equipment sa telepono para matawagan ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

E. Crisis line para sa mga may Problema sa Kalusugan ng Pag-uugali

Nagpapatakbo ang Pinamamahalaang Network para sa Kalusugan (Managed Health Network o MHN) ng 24/7 na crisis line para sa kalusugan ng pag-uugali para sa mga miyembrong nangangailangan ng ganitong uri ng tulong. Anumang sandali sa tawag, maaaring hilingin ng mga miyembro na makipag-usap sa isang lisensiyadong doktor, na makakatulong sa kanilang makuha ang mga serbisyong kinakailangan nila. Maaaring ma-access ng mga miyembro ang crisis line na ito sa pamamagitan ng pagtawag sa numero sa ibaba.

TUMAWAG	1-855-464-3571 Libre ang tawag na ito. Available ang mga Lisensiyadong Doktor sa Kalusugan ng Pag-uugali 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, 365 araw sa isang taon. Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng tagasalin para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 (National Relay Service). Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Mayroon dapat kayong espesyal na equipment sa telepono para matawagan ito. Available ang mga Lisensiyadong Doktor sa Kalusugan ng Pag-uugali 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, 365 araw sa isang taon.

Makipag-ugnayan sa Crisis line para sa mga may Problema sa Kalusugan ng Pag-uugali para sa tulong sa:

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

Binibigyan kayo ng Wellcare by Health Net ng araw-gabing access sa medikal na impormasyon at payo. Kapag tumawag kayo, sasagutin ng aming mga espesyalista sa Kalusugan ng Pag-uugali ang inyong mga tanong na may kaugnayan sa wellness. Kung mayroon kayong agarang pangangailangan sa kalusugan ngunit hindi ito isang emergency, puwede ninyong tawagan ang aming Linya para sa Mga Problemang Pangkalusugang Nauugnay sa Pag-uugali 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, 365 araw sa isang taon para sa mga klinikal na tanong sa kalusugan ng pag-uugali. Para sa mga tanong tungkol sa mga espesyalistang serbisyo sa kalusugan ng isip ng inyong county, sumangguni sa **Seksyon K.**

F. Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO)

Ang aming estado ay mayroong isang organisasyon na tinatawag na Livanta. Grupo ito ng mga doktor at ibang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong pahusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Hindi konektado ang Livanta sa aming plano.

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

Makipag-ugnayan sa Livanta para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa inyong mga karapatan sa pangangalagang pangkalusugan
- paghahain ng reklamo tungkol sa pangangalagang natanggap ninyo kung kayo ay:
  - mayroong problema sa kalidad ng pangangalaga,
  - naniniwalang masyadong maagang matatapos ang inyong pananatili sa ospital, **o**
  - naniniwalang masyadong maagang matatapos ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o pasilidad sa komprehensibong rehabilitasyon para sa outpatient (CORF).

G. Medicare

Ang Medicare ay ang pederal na programa ng insurance sa kalusugan para sa mga tao na 65 taong gulang o mas matanda pa, ilang tao na wala pang 65 na may mga kapansanan, at mga tao na may sakit sa bato na wala nang lunas (permanenteng pagpalya ng bato na kailangan ng dialysis o transplant ng bato).

Ang pederal na ahensiya na namamahala sa Medicare ay ang Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid, o CMS.

TUMAWAG	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Walang bayad ang mga pagtawag sa numerong ito, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY	1-877-486-2048. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
WEBSITE	www.medicare.gov Ito ang opisyal na website ng Medicare. Nagbibigay ito sa inyo ng napapanahong impormasyon tungkol sa Medicare. May mga impormasyon din ito tungkol sa mga ospital, tahanang may nangangalaga, doktor, ahensyang pangkalusugan sa tahanan, pasilidad para sa dialysis, inpatient na pasilidad para sa rehabilitasyon, at hospisyo. Kabilang dito ang mga kapaki-pakinabang na website at numero ng telepono. Kasama rin dito ang mga dokumento na maaari ninyong i-print mula mismo sa inyong computer. Kung wala kayong computer, puwede kayong tulungan ng inyong lokal na aklatan o sentro para sa matanda na puntahan ang website na ito gamit ang kanilang computer. O, maaari ninyong tawagan ang Medicare sa numero na nasa itaas at sabihin sa kanila kung ano ang hinahanap ninyo. Hahanapin nila ang impormasyon sa website at susuriin nila ang impormasyon kasama ninyo.

H. Medi-Cal

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

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

Nakatala kayo sa Medicare at sa Medi-Cal. Kung mayroon kayong anumang tanong tungkol sa inyong mga benepisyo ng Medi-Cal, tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga sa plano. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa pagpapatala sa Medi-Cal na plano, tawagan ang Health Care Options.

TUMAWAG	1-800-430-4263 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m.
TTY	711 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Mayroon dapat kayong espesyal na equipment sa telepono para matawagan ito.
SUMULAT	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
WEBSITE	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

I. Tanggapan ng Ombudsman ng Medi-Cal Managed Care at Kalusugan ng Pag-iisip

Ang Tanggapan ng Ombudsman ay kumikilos bilang tagapagtaguyod sa inyong ngalan. Masasagot nila ang mga tanong kung mayroon kayong problema o reklamo at matutulungan kayong maunawaan ang dapat gawin. Makakatulong din sa inyo ang Office of the Ombudsman sa mga problema sa serbisyo o pagsingil. Hindi sila konektado sa aming plano o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang kanilang mga serbisyo ay libre.

TUMAWAG	1-888-452-8609 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m.
TTY	711 Libre ang tawag na ito.
SUMULAT	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
WEBSITE	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. Mga Serbisyong Panlipunan sa County

Kung kailangan ninyo ng tulong sa *inyong mga serbisyo para sa kung aling Mga Serbisyong Panlipunan ng County ang nagbibigay ng tulong, ayon sa nalalapat, kabilang ang pagiging kwalipikado sa IHSS at Medi-Cal*, mga benepisyo, makipag-ugnayan sa inyong lokal na Departamento ng mga Serbisyong Panlipunan ng County.

Makipag-ugnayan sa ahensya ng mga serbisyong panlipunan ng inyong county para mag-apply para sa mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Bahay, na makakatulong sa pagbabayad ng mga serbisyong ibinibigay sa inyo para manatili kayong ligtas sa sarili ninyong bahay. Posibleng kasama sa mga uri ng mga serbisyo ang paglilinis ng bahay, tulong sa paghahanda ng mga pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga (gaya ng tulong sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, paglilinis ng katawan, at mga paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal na appointment, at pagbabantay bilang proteksyon para sa mga may problema sa pag-iisip.

Makipag-ugnayan sa ahensya ng mga serbisyong panlipunan ng inyong county para sa anumang tanong tungkol sa pagiging kwalipikado ninyo sa Medi-Cal.

County ng Los Angeles	
TUMAWAG	1-866-613-3777. Libre ang tawag na ito. Maliban sa mga pista opisyal: Lunes hanggang Biyernes: 7:30 a.m. hanggang 7:30 p.m. Sabado: 8:00 a.m. hanggang 4:30 p.m.
TTY	711 Libre ang tawag Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Mayroon dapat kayong espesyal na equipment sa telepono para matawagan ito. Lunes hanggang Biyernes: 7:30 a.m. hanggang 7:30 p.m. Sabado: 8:00 a.m. hanggang 4:30 p.m.

SUMULAT	Para sa mga pinakamalapit na opisina ng serbisyong panlipunan, sumangguni sa https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html
WEBSITE	dpss.lacounty.gov

County ng Sacramento	
TUMAWAG	1-916-874-2888 Libre ang tawag. Lunes hanggang Biyernes: 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
TTY	711 Libre ang tawag. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Mayroon dapat kayong espesyal na equipment sa telepono para matawagan ito. Lunes hanggang Biyernes: 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
SUMULAT	IHSS Public Authority 3700 Branch Center Road, Suite A Sacramento, CA 95827
EMAIL	hhs-pa@saccounty.net
WEBSITE	http://pubauth.saccounty.net/

County ng Tulare	
TUMAWAG	1-800-571-9555 Libre ang tawag. Lunes hanggang Huwebes: 7:30 a.m. hanggang 5:00 p.m. Biyernes: 8:00 a.m.-12:00 p.m.
TTY	711 Libre ang tawag. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Mayroon dapat kayong espesyal na equipment sa telepono para matawagan ito. Lunes hanggang Huwebes: 7:30 a.m. hanggang 5:00 p.m. Biyernes: 8:00 a.m.-12:00 p.m.
SUMULAT	Tulare County Human Services 4025 W. Noble Ave., Suite A Visalia, CA 93277
WEBSITE	www.tchhsa.org/eng/human-services/in-home-supportive-services-ihss/

K. Espesyalidad na Plano sa Kalusugan ng Pag-iisip ng County

Ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip ng Medi-Cal ay makukuha ninyo sa pamamagitan ng plano sa kalusugan ng pag-iisip (MHP) ng county kung matutugunan ninyo ang mga pamantayan sa pag-access.

TUMAWAG	**Hotline ng Departamento ng Kalusugan ng Pag-iisip (Department of Mental Health, DMH) ng Los Angeles County:** Agaran: Linya ng Access Center 1-800-854-7771 Libre ang tawag na ito. Regular: 800-854-7771 Problema sa Paggamit ng Substance (SUD): Helpline ng Serbisyo para sa Pang-aabuso sa Substance (SASH) 844-804-7500 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, 365 araw bawat taon Mayroon kaming walang bayad na mga serbisyo ng tagasalin para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 (National Relay Service) Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Mayroon dapat kayong espesyal na equipment sa telepono para matawagan ito. 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, 365 araw bawat taon

Makipag-ugnayan sa espesyalidad na plano sa kalusugan ng pag-iisip ng county para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa mga espesyalidad na serbisyo ng kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng county
- Para sa libre, kompidensiyal na impormasyon ng kalusugan ng pag-iisip, mga referral sa mga tagapagbigay ng serbisyo, at pagpapayo sa krisis sa anumang araw o oras, tawagan ang hotline ng Kagawaran ng Kalusugan ng Pag-iisip ng Los Angeles.

L. Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Ang Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) ng California ang may pananagutan sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Matutulungan kayo ng DMHC Help Center sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal.

TUMAWAG	1-888-466-2219 Ang mga kinatawan ng DMHC ay nariyan mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m., Lunes hangggang Biyernes.
TDD	1-877-688-9891 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Mayroon dapat kayong espesyal na equipment sa telepono para matawagan ito.
SUMULAT	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
FAX	1-916-255-5241
WEBSITE	www.dmhc.ca.gov

M. Mga Programa para Tulungan ang Mga Tao na Bayaran ang Kanilang Mga Inireresetang Gamot

Nagbibigay ang website na Medicare.gov (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) ng impormasyon sa kung paano mapapababa ang inyong mga gastos sa inireresetang gamot. Para sa mga taong limitado ang kita, mayroon ding iba pang programang makakatulong, ayon sa inilarawan sa ibaba.

M1. Extra Help

Dahil kwalipikado kayo para sa Medi-Cal, 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. Wala kayong kailangang gawin upang makuha ang "Extra Help" na ito.

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

N. Panlipunang Seguridad

Panlipunang Seguridad ang nagpapasya at nangangasiwa sa pagpapatala para sa Medicare. Kwalipikado sa Medicare ang mga mamamayan at legal na permanenteng residente ng U.S. na may edad 65 o mas matanda, o may kapansanan o Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (ESRD) at nakakatugon sa ilang partikular na kundisyon. 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.

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

TUMAWAG	1-800-772-1213 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available nang 8:00 am hanggang 7:00 pm, Lunes hanggang Biyernes. Maaari ninyong gamitin ang kanilang awtomatikong serbisyo sa telepono upang makakuha ng mga naka-record na impormasyon at makipag-interaksyon 24 na oras sa isang araw.
TTY	1-800-325-0778 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Social Security Administration Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235
WEBSITE	www.ssa.gov

O. Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles (RRB)

Ang RRB 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 RRB, mahalagang ipaalam ninyo sa kanila kung lilipat o magpapalit kayo ng mailing address. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa inyong mga benepisyo mula sa RRB, makipag-ugnayan sa ahensya.

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 a.m. hanggang 3:30 p.m. kapag Lunes, Martes, Huwebes at Biyernes, at mula 9 a.m. hanggang 12 p.m. kapag 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 para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. Ang mga pagtawag sa numerong ito ay *hindi* libre.
WEBSITE	www.rrb.gov

P. Iba pang mapagkukunan

Nag-aalok ang Programa ng Ombuds ng Medicare Medi-Cal ng LIBRENG tulong upang matulungan ang mga taong nahihirapang makakuha o makapagpanatili ng saklaw sa kalusugan at lutasin ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan.

Kung mayroon kayong problema sa:

- Medi-Cal
- Medicare
- sa inyong planong pangkalusugan
- pagkuha ng mga medikal na serbisyo
- pag-apela sa mga tinanggihang serbisyo, gamot, matitibay na medikal na kagamitan (DME), serbisyo sa kalusugan ng isip, atbp.
- bayarin sa pagpapagamot
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Tahanan (IHSS)

Tumutulong ang Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa mga reklamo, apela, at pagdinig. Ang numero ng telepono para sa Programa ng Ombuds ay 1-888-804-3536.

Q. 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

TUMAWAG	1-800-322-6384 Libre ang tawag. Available ang mga benepisyo sa pangangalaga sa ngipin sa pamamagitan ng mga Programang Medi-Cal Dental Fee-for-Service at Dental Managed Care (DMC). Available ang mga kinatawan ng Programang Medi-Cal Dental Fee-For-Service para tulungan kayo mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
TTY	1-800-735-2922 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
WEBSITE	www.dental.dhcs.ca.gov

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.

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

Panimula

Ang kabanatang ito ay may mga partikular na patakaran at tuntunin na kailangan ninyong malaman upang makakuha ng pangangalagang pangkalusugan at iba pang mga saklaw na serbisyo sa aming plano. Isinasaad rin nito sa inyo ang tungkol sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga, kung paano makakuha ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng mga tagapagbigay ng serbisyo at sa ilalim ng ilang mga espesyal na pangyayari (kabilang ang mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network o mga parmasya), ano ang gagawin kung direkta kayong singilin para sa mga serbisyong saklaw namin, at ang mga panuntunin para sa pagmamay-ari ng Matitibay na Medikal na Kagamitan (DME). Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at tagapagbigay ng serbisyo 56

B. Mga panuntunan para sa pagkuha ng mga serbisyong saklaw ng aming plano 56

C. Ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga 59

C1. Ano ang tagapangasiwa ng pangangalaga 59

C2. Paano kayo makikipag-ugnayan sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga 59

C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga 59

D. Pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo 59

D1. Pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP) 59

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network 64

D3. Kapag umalis sa aming plano ang isang tagapagbigay ng serbisyo 66

D4. Mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network 67

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) 68

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng pag-iisip at karamdaman sa pag-abuso sa paggamit ng droga o alak) 70

F1. Mga serbisyo sa kalusugang pang-ugali ng Medi-Cal na ibinibigay sa labas ng aming plano 70

G. Mga serbisyo sa transportasyon 75

G1. Medikal na transportasyon ng mga sitwasyong hindi pang-emergency 75

G2. Transportasyong hindi pangmedikal 76

H. Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag agarang kinakailangan, o sa panahon ng sakuna 78

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency 78

H2. Pangangalagang agarang kinakailangan 80

H3. Pangangalaga sa panahon ng kalamidad 81

I. Ano ang dapat gawin kung direkta kayong singilin para sa mga serbisyong saklaw ng aming plano 82

I1. Ano ang gagawin kung hindi saklaw ng aming plano ang mga serbisyo 82

J. Pagsaklaw ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral 83

J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral 83

J2. Bayad para sa serbisyo kapag kayo ay nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral 83

J3. Higit pa tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral 84

K. Paano sinasaklaw ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan 84

K1. Kahulugan ng relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan 84

K2. Pangangalaga mula sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan..... 85

L. Matitibay na Medikal na Kagamitan (DME) 86

L1. DME bilang miyembro ng aming plano 86

L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat kayo sa Original Medicare 86

L3. Mga benepisyo sa kagamitan para sa oxygen bilang miyembro ng aming plano 87

L4. Kagamitan para sa oxygen kapag lumipat kayo sa Original Medicare o sa ibang Medicare Advantage (MA) na Plano 88

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at tagapagbigay ng serbisyo

Ang **mga serbisyo** ay pangangalagang pangkalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS), supply, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, mga inireseta at nabibili nang walang reseta na gamot, kagamitan at iba pang serbisyo. Ang mga **saklaw na serbisyo** ay ang alinman sa mga serbisyong ito na binabayaran ng aming plano. Ang saklaw na pangangalagang pangkalusugan, kalusugan sa pag-uugali, at LTSS ay nasa **Kabanata 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro*. Ang inyong mga saklaw na serbisyo para sa mga reseta at nabibili nang walang reseta na gamot ay napapaloob sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

Ang **mga tagapagbigay ng serbisyo** ay mga doktor, nurse, at iba pang tao na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kabilang rin sa mga tagapagbigay ng serbisyo ang mga ospital, ahensya sa kalusugang pantahanan, klinika, at iba pang mga lugar na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, kagamitang medikal, at ilang partikular na (LTSS).

Ang mga **tagapagbigay ng serbisyong nasa network** ay mga tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa aming plano. Sumang-ayon ang mga tagapagbigay ng serbisyo na ito na tanggapin ang aming bayad bilang buong bayad. Direkta kaming sinisingil ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa inyo. Kapag nagpatingin kayo sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network, karaniwang wala kayong babayaran para sa mga saklaw na serbisyo.

B. Mga panuntunan para sa pagkuha ng mga serbisyong saklaw ng aming plano

Saklaw ng aming plano ang lahat ng serbisyong saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Kabilang dito ang ilang partikular na serbisyo sa kalusugan sa pag-uugali at LTSS.

Sa pangkalahatan ay babayaran ng aming plano ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at LTSS na makukuha ninyo kapag sinunod ninyo ang aming mga panuntunan. Upang saklawin ng aming plano:

- Ang pangangalaga na inyong makukuha ay dapat isang **benepisyo ng plano.** Nangangahulugan ito na isinama namin ito sa aming Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4**, Seksyon D, pahina 95 ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

- Ang pangangalaga ay kailangang **medikal na kinakailangan**. Sa medikal na kinakailangan, ang ibig naming sabihin ay mahahalagang serbisyo na makatwiran at nagpoprotekta sa buhay. Kinakailangan ang medikal na kinakailangang pangangalaga upang maiwasan ang mga indibidwal na magkasakit nang malubha o maging baldado at mabawasan ang matinding pananakit sa pamamagitan ng paggamot sa sakit, karamdaman, o sugat. Para sa mga serbisyong medikal, dapat ay mayroon kayong isang **tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP)** na nasa network na nag-utos ng pangangalaga o sinabihan kayo na magpatingin sa ibang doktor. Bilang isang miyembro ng plano, kailangan ninyong pumili ng isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network para maging inyong PCP.
    - Sa karamihan ng mga kaso, ang inyong PCP na nasa network o ang aming plano ay dapat magbigay sa inyo ng pag-apruba bago kayo magpatingin sa ibang tagapagkaloob na hindi ninyo PCP o gumamit ng ibang tagapagkaloob na nasa network ng aming plano. Tinatawag itong **referral**. Kung hindi kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo. Para malaman ang higit pa tungkol sa mga referral, sumangguni sa pahina 59, Seksyon D ng kabanatang ito.
    - Nauugnay ang mga PCP ng aming plano sa mga medikal na pangkat. Kapag pinili ninyo ang inyong PCP, pinipili rin ninyo ang nauugnay na medikal na pangkat. Nangangahulugan itong ire-refer kayo ng inyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong kaakibat din ng kanilang medikal na pangkat. Ang isang medikal na pangkat ay isang grupo ng mga PCP, espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na magkasamang nagtatrabaho at kinontratang makipagtulungan sa aming plano.
    - Hindi ninyo kailangan ng referral mula sa inyong PCP para sa pang-emergency na pangangalaga o pangangalagang agarang kinakailangan, para gumamit ng tagapagbigay ng serbisyo para sa kababaihan, o para sa anumang iba pang serbisyong nakalista sa Seksyon D1 ng kabanatang ito.
- **Dapat ninyong kunin ang inyong pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network na kaakibat ng medikal na pangkat ng inyong PCP.** Kadalasan, hindi namin sasaklawin ang pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo na hindi nakikipagtulungan sa aming planong pangkalusugan at sa medikal na pangkat ng inyong PCP. Nangangahulugan ito na kailangan ninyong bayaran nang buo ang tagapagbigay ng serbisyo para sa mga serbisyong ibibigay. Narito ang ilang kaso kung saan hindi naaangkop ang tuntunin na ito:
    - Sinasaklaw namin ang emergency o pangangalagang agarang kinakailangan mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network (para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa seksyon H sa kabanatang ito).

- Kung kailangan ninyo ng pangangalaga na sinasaklaw ng aming plano at hindi ito maibibigay sa inyo ng aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, maaari ninyong makuha ang pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Kung kinakailangan ninyong magpatingin sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, kakailanganin ang paunang awtorisasyon (PA). Kapag naaprubahan na ang paunang awtorisasyon, aabisuhan ang humiling na tagapagbigay ng serbisyo at ang tatanggap na tagapagbigay ng serbisyo tungkol sa naaprubahang pahintulot. Sa sitwasyong ito, sasaklawin namin ang pangangalaga nang wala kayong babayaran.
- Sasaklawin namin ang mga serbisyo sa kidney dialysis kung kayo ay nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano sa maikling panahon o kapag ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ay pansamantalang hindi available o hindi naa-access. Maaari ninyong makuha ang mga ganitong serbisyo sa isang pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare.
- Sa unang pagkakataon ng pagsali ninyo sa aming plano, puwede ninyong hilingin sa amin na patuloy na magpatingin sa inyong mga kasalukuyang tagapagbigay ng serbisyo. Kasama ng ilang mga pagbubukod, dapat naming aprubahan ang kahilingang ito kung mapapatunayan namin na mayroon kayong umiiral na kaugnayan sa mga tagapagbigay ng serbisyo. Sumangguni sa **Kabanata 1**, Seksyon F, pahina 18 ng inyong *Handbook ng Miyembro*. Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan, puwede kayong patuloy na magpatingin sa mga tagapagbigay ng serbisyo na ginagamit ninyo ngayon hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyon, makikipag-ugnayan sa inyo ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga upang tulungan kayong humanap ng mga tagapagbigay ng serbisyo sa aming network na kaakibat ng medikal na pangkat ng inyong PCP. Pagkatapos ng 12 buwan, hindi na namin sasaklawin ang inyong pangangalaga kung patuloy kayong magpapatingin sa mga tagapagbigay ng serbisyo na wala sa aming network at hindi kaakibat ng medikal na pangkat ng inyong PCP.

Mga bagong miyembro sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP): Sa karamihan ng mga pagkakataon, itatala kayo sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) para sa mga benepisyo ninyo sa Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging maitala sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Maaari niyo pa ring matanggap ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa inyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap niyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Walang magiging gap sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-800-431-9007 (TTY: 711), kung mayroon kayong anumang tanong. Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

C. Ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga

C1. Ano ang tagapangasiwa ng pangangalaga

Ang tagapangasiwa ng pangangalaga ay isang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa inyo, sa planong pangkalusugan, at sa inyong mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalaga upang tiyakin na nakukuha ninyo ang pangangalagang pangkalusugan na kailangan ninyo. Ang isang tagapangasiwa ng pangangalaga ay tumutulong na pagsamahin ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan upang matugunan ang inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan. Nakikipagtulungan sila sa inyo upang gumawa ng inyong plano ng pangangalaga. Matutulungan nila kayong magpasiya kung sino ang magiging nasa inyong pangkat ng nangangalaga. Ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga ay magbibigay sa inyo ng impormasyon na kailangan ninyo upang pangasiwaan ang inyong pangangalagang pangkalusugan. Makakatulong din ito sa inyo na gumawa ng mga pagpipilian na tama para sa inyo.

C2. Paano kayo makikipag-ugnayan sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga

Ang isang tagapangasiwa ng pangangalaga ay itatalaga sa inyo kapag naging miyembro kayo ng plano. Makikipag-ugnayan sa inyo ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga kapag nagpatala kayo sa aming plano. Maaari ding ipaalam sa inyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro kung paano ninyo magagawang makipag-ugnayan sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga. Maaari ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kung kailangan ninyo ng tulong sa pakikipag-ugnayan sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga.

C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga

Kung gusto ninyong palitan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

D. Pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo

D1. Pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP)

Dapat kayong pumili ng PCP na magbibigay at mamamahala ng pangangalaga sa inyo. Nauugnay ang mga PCP ng aming plano sa mga medikal na pangkat. Kapag pinili ninyo ang inyong PCP, pinipili rin ninyo ang nauugnay na medikal na pangkat.

Kahulugan ng PCP at ang ginagawa ng PCP para sa inyo

Kapag naging miyembro kayo ng aming plano, dapat kayong pumili ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng Wellcare by Health Net upang maging inyong PCP. Ang inyong

PCP ay isang doktor na nakakatugon sa mga kinakailangan ng estado at sinanay upang magbigay sa inyo ng pangunahing pangangalagang medikal. Kasama sa mga ito ang mga doktor na nagbibigay ng pangkahalatan at/o pampamilyang pangangalagang medikal, pangangalagang medikal para sa loob ng katawan, at mga Obstetrician-gynecologist (OB/GYN) na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga kababaihan.

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

- inyong 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. Kung kailangan ninyo ng ilang partikular na uri ng mga saklaw na serbisyo o supply, dapat muna kayong kumuha ng maagang pag-apruba mula sa inyong PCP (gaya ng pagbibigay sa inyo ng referral upang magpatingin sa isang espesyalista). Para sa ilang 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 o sa inyong medikal na pangkat. 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.

Katulad ng ipinaliwanag namin sa itaas, karaniwan muna kayong magpapatingin sa inyong PCP para sa karamihan sa inyong mga karaniwang pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan. Kapag naisip ng inyong PCP na kailangan ninyo ng espesyal na paggamot, kakailanganin nilang magbigay sa inyo ng referral (pag-apruba nang maaga) upang magpatingin sa isang espesyalista sa plano o iba pang partikular na tagapagbigay ng serbisyo. Mayroon lang ilang uri ng saklaw na serbisyo na maaari ninyong makuha nang hindi muna kumukuha ng pag-apruba mula sa inyong PCP, katulad ng ipapaliwanag namin sa ibaba.

Ang bawat Miyembro ay mayroong PCP. Ang isang PCP ay maaaring maging isang klinika. Ang mga kababaihan ay maaaring pumili ng isang OB/GYN o klinika para sa pagpaplano ng pamilya bilang kanilang PCP.

Maaari kayong pumili ng isang hindi manggagamot na medikal practitioner bilang inyong PCP. Kasama sa mga hindi manggagamot na medikal practitioner ang: mga sertipikadong nurse na kumadrona, mga sertipikadong nurse practitioner, at mga assistant ng mga doktor. Iuugnay kayo sa nangangasiwang PCP, ngunit patuloy kayong makakatanggap ng mga serbisyo mula sa napili ninyong hindi manggagamot na practitioner. Pinahihintulutan kayong magpalit ng inyong piniling practitioner sa pamamagitan ng pagpapalit sa nangangasiwang PCP. Ipi-print ang inyong ID card nang may pangalan ng nangangasiwang PCP. Maaari kayong magkaroon ng isang espesyalista bilang inyong PCP. Ang mga espesyalista ay dapat na handa at kayang magbigay ng pangangalagang inyong kailangan.

Pagpili ng isang Pederal na Kuwalipikadong Sentrong Pangkalusugan (Federally Qualified Health Center o FQHC) o Klinikang Pangkalusugan sa Kanayunan (Rural Health Clinic o RHC) bilang inyong PCP

Ang isang FQHC o RHC ay isang klinika at maaari ninyong maging PCP. Ang mga FQHC at mga RHC ay mga health center na maaaring magbigay ng mga serbisyo para sa pangunahing pangangalaga. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa mga pangalan at address ng mga FQHC at RHC na nakikipagtulungan sa Wellcare by Health Net o tingnan ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya.*

Ang pipiliin ninyong PCP

Kapag nagpatala kayo sa aming plano, pipili kayo ng isang nakikipagkontratang medikal na pangkat mula sa aming network. Ang isang medikal na pangkat ay isang grupo ng mga PCP, espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na magkasamang nagtatrabaho at kinontratang makipagtulungan sa aming plano. Pipili rin kayo ng isang PCP mula sa nakikipagkontratang medikal na pangkat na ito. Dapat madali ninyong mapupuntahan ang tanggapan ng inyong doktor ng pangunahing pangangalaga. Maaari kayong humiling ng isang PCP na nasa loob ng 10 milya o 30 minuto mula sa kung saan kayo nakatira o nagtatrabaho. Makikita ang mga medikal na pangkat (at ang kanilang mga affiliate na PCP at ospital) sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* o maaari kayong bumisita sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.

Para kumpirmahin ang pagiging available ng isang tagapagbigay ng serbisyo, o para magtanong tungkol sa isang partikular na PCP, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Ang bawat medikal na pangkat at PCP ay gumagawa ng mga referral sa ilang espesyalista ng plano at gumagamit ng ilang 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 ospital ay nasa medikal na pangkat at network ng PCP. Ang pangalan at numero ng telepono ng tanggapan ng inyong PCP ay naka-print sa inyong card ng membership.

Kung hindi kayo pipili ng isang 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 na malapit sa inyong tahanan.

Para sa impormasyon kung paano palitan ang inyong PCP, mangyaring tingnan ang “Opsyong palitan ang inyong PCP” sa ibaba.

Opsiyong palitan ang inyong PCP

Maaari ninyong palitan ang inyong PCP para sa anumang dahilan, anumang oras. Gayundin, posible ring umalis ang inyong PCP sa network ng aming plano. Kung aalis ang inyong PCP sa aming network, matutulungan namin kayong maghanap ng bagong PCP sa aming network.

Ang inyong kahilingan ay magkakabisa sa unang araw ng buwan na kasunod ng petsa na matatanggap ng aming plano ang inyong kahilingan. Para palitan ang inyong PCP, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. o kaya ay bisitahin ang aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA upang magsagawa ng inyong kahilingan.

Kapag nakipag-ugnayan kayo sa amin, tiyakin na ipaalam sa amin kung kayo ay magpapatingin sa mga espesyalista o kukuha ng ibang mga saklaw na serbisyo na kailangan ng pag-apruba ng inyong PCP (tulad ng mga serbisyo ng kalusugan sa bahay at matitibay na medikal na kagamitan). Ipapaalam sa inyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro kung paano kayo maaaring magpatuloy sa may espesyalidad na pangangalaga at ibang mga serbisyo na nakukuha ninyo kapag pinalitan ninyo ang inyong PCP. Titingnan rin nila para matiyak kung ang PCP na gusto ninyong lipatan ay tumatanggap ng mga bagong pasyente. Papalitan ng Mga Serbisyo para sa Miyembro ang inyong talaan ng pagiging miyembro upang ipakita ang pangalan ng inyong bagong PCP at sasabihin sa inyo kung kailan magkakabisa ang paglipat sa bago ninyong PCP.

Magpapadala rin sila sa inyo ng isang bagong membership card na nagpapakita ng pangalan at numero ng telepono ng bagong ninyong PCP.

Nauugnay ang mga PCP ng aming plano sa mga medikal na pangkat. Kung papalitan ninyo ang inyong PCP, maaaring papalitan din ninyo ang inyong mga medikal na pangkat. Kapag humiling kayo ng pagbabago, sabihin sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung gumagamit kayo ng isang espesyalista o kukuha ng iba pang saklaw na serbisyo na dapat may pag-apruba ng PCP. Tutulungan kayo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na ipagpatuloy ang inyong espesyal na pangangalaga at iba pang mga serbisyo kapag binago ninyo ang inyong PCP.

Mga serbisyong puwede ninyong makuha nang walang pag-apruba mula sa inyong PCP

Sa karamihan ng mga kaso, kakailanganin ninyo ng pag-apruba mula sa inyong PCP bago gumamit ng ibang tagapagbigay ng serbisyo. Ang pag-aprubang ito ay tinatawag na isang

referral. Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo tulad ng mga nakalista sa ibaba nang hindi muna kumukuha ng pag-apruba mula sa inyong PCP:

- mga serbisyo sa emergency mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network o mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network
- pangangalagang agarang kinakailangan mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network
- pangangalagang agarang kinakailangan mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network kapag hindi kayo makapunta sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network (halimbawa, kung nasa labas kayo ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano o tuwing Sabado at Linggo)

  Tandaan: Ang pangangalagang agarang kinakailangan ay dapat na kailangan kaagad at medikal na kinakailangan.
- Mga serbisyo ng dialysis ng bato na inyong nakukuha sa isang pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag kayo ay nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro bago kayo umalis sa sineserbisyuhang lugar. Matutulungan namin kayong makakuha ng dialysis habang kayo ay nasa malayo.
- Mga bakuna para sa trangkaso at COVID-19 pati na mga bakuna para sa hepatitis B at pulmonya, hangga’t kukunin ninyo ang mga ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network.
- Regular na pangangalagang pangkalusugan ng mga kababaihan at mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Kasama rito ang mga eksaminasyon sa suso, mga mammogram na screening (mga X-ray sa suso), Pap test, at mga eksaminasyon sa balakang basta't nakukuha ninyo ang mga ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network.
- Bukod pa rito, kung kwalipikado na makakuha ng mga serbisyo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng kalusugan ng Indian, maaari ninyong gamitin ang mga tagapagbigay ng serbisyo na ito nang walang referral.
- Mga serbisyo sa pagplaplano ng pamilya mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network o tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.
- Karaniwang pangangalaga bago manganak, mga serbisyo para sa sakit na naipapasa sa pamamagitan ng pakikipagtalik, at pagsusuri sa HIV.

Tingnan ang **Kabanata 4**, Seksyon D, pahina 95 para sa mga detalye tungkol sa kung aling mga saklaw na serbisyo ang maaaring mangailangan ng paunang pag-apruba, gaya ng referral o paunang awtorisasyon mula sa inyong PCP.

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network

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

- Ang mga oncologist ay nangangalaga ng mga pasyenteng may kanser.
- Mga Cardiologist na nangangalaga sa mga pasyenteng may problema sa puso.
- Mga Orthopedist na nangangalaga sa mga pasyenteng may problema sa buto, kasu-kasuan, o kalamnan.

Ang isang nakasulat na referral ay puwedeng para sa isang pagbisita, o puwedeng isa itong tuloy-tuloy na referral para sa lampas isang pagbisita kung kailangan ninyo ng tuloy-tuloy na serbisyo. Dapat namin kayong bigyan ng isang tuloy-tuloy na referral sa isang kwalipikadong espesyalista para sa alinman sa mga kondisyong ito:

- isang chronic (tulooy-tuloy) na kondisyon;
- isang nakamamatay na sakit sa pag-iisip o katawan;
- isang degenerative na sakit o kapansanan;
- anumang iba pang kondisyon o sakit na seryoso o kumplikado para mangailangan ng paggamot ng isang espesyalista.

Kung hindi kayo makakakuha ng nakasulat na referral kapag kailangan, hindi babayaran ang bill. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahinang ito.

Kung hindi namin kayo maihahanap ng kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyong nasa Network, dapat namin kayong bigyan ng tuloy-tuloy na awtorisasyon para sa isang kwalipikadong espesyalista para sa alinman sa mga kondisyong ito:

- isang chronic (tulooy-tuloy) na kondisyon;
- isang nakamamatay na sakit sa pag-iisip o katawan;
- isang degenerative na sakit o kapansanan;

- anumang iba pang kondisyon o sakit na seryoso o kumplikado para mangailangan ng paggamot ng isang espesyalista.

Kung hindi kayo makakakuha ng awtorisasyon ng serbisyo mula sa amin kapag kailangan, hindi babayaran ang bill. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng teleponong naka-print sa ibaba ng pahinang ito.

Para makapagpatingin kayo sa isang espesyalista, kadalasan ay kailangan muna kayong payagan ng inyong PCP nang pasulat (tinatawag ito na pagkuha ng “referral” sa isang espesyalista). Napakahalagang makakuha ng isang referral (maagang pag-apruba) mula sa inyong PCP bago kayo magpatingin sa isang espesyalista ng plano o ilang ibang mga tagapagbigay ng serbisyo (mayroong ilang mga pagbubukod, kabilang ang regular na pangangalagang pangkalusugan ng mga kababaihan). Kung wala kayong nakasulat na referral (paunang pag-apruba) bago kayo makakuha ng mga serbisyo mula sa isang espesyalista, kayo mismo ang magbabayad ng mga serbisyong ito.

Kung gusto kayong pabalikin ng espesyalista para sa higit pang pangangalaga, tingnan muna para tiyakin na ang referral (maagang pag-apruba) na nakuha ninyo mula sa inyong PCP para sa unang pagpapatingin ay sinasaklaw ang marami pang pagpapatingin sa espesyalista.

Ang bawat medikal na pangkat at PCP ay gumagawa ng mga referral sa ilang espesyalista ng plano at gumagamit ng ilang 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 kabanatang ito sa ilalim ng “Opsiyong palitan ang inyong PCP,” ipinapaalam namin sa inyo kung paano palitan ang inyong PCP.

Ang ilang uri ng mga serbisyo ay mangangailangan ng pagkuha ng maagang pag-apruba mula sa aming plano o sa inyong medikal na pangkat (tinatawag itong pagkuha ng “paunang awtorisasyon”). Ang paunang awtorisasyon ay isang proseso ng pag-apruba na nangyayari bago kayo makakuha ng ilang serbisyo. Kung ang kailangan ninyong serbisyo ay nangangailangan ng paunang awtorisasyon, ang inyong PCP o ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay hihiling ng pahintulot mula sa aming plano o sa inyong Medikal na Pangkat. Ang kahilingan ay susuriin at ang isang desisyon (pagpapasya ng organisasyon) ay ipapadala sa inyo at sa inyong tagapagbigay ng serbisyo. Tingnan ang Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4**, Seksyon D, pahina 95 ng booklet na ito para sa mga partikular na serbisyo na nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

D3. Kapag umalis sa aming plano ang isang tagapagbigay ng serbisyo

Maaaring umalis sa aming plano ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network na inyong ginagamit. Kung umalis sa aming plano ang isa sa inyong mga tagapagbigay ng serbisyo, mayroon kayong ilang partikular na karapatan at proteksyon na ibinubuod sa ibaba:

- Kahit na magbago ang aming network ng mga tagapagbigay ng serbisyo sa buong taon, dapat namin kayong bigyan ng walang patid na access sa mga kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo.
- 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 pumili ng isang bagong kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyong nasa network para ipagpatuloy ang pamamahala sa inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Kung kasalukuyan kayong sumasailalim sa mga medikal na paggamot o therapy sa kasalukuyan ninyong tagapagbigay ng serbisyo, may karapatan kayong hilingin, at tutulungan namin kayong matiyak, na magpapatuloy ang mga medikal na kinakailangang paggamot o therapy na nakukuha 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.
- Kung wala kaming mahanap na kwalipikadong espesyalistang nasa network na accessible para sa inyo, dapat kaming mag-ayos ng espesyalistang wala sa network para ibigay ang pangangalaga sa inyo kapag hindi available ang tagapagbigay ng serbisyong nasa network o benepisyo para tugunan ang inyong mga medikal na pangangailangan. Dapat muna kayong makakuha ng pasulat na pag-apruba para rito, kung hindi ay hindi babayaran ang bill.

- Kung sa tingin ninyo ay hindi namin pinalitan ang inyong dating tagapagbigay ng serbisyo ng isang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo o hindi namin pinamamahalaan nang maayos ang inyong pangangalaga, may karapatan kayong maghain ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga sa QIO, sa isang karaingan sa kalidad ng pangangalaga, o sa pareho. (Sumangguni sa **Kabanata 9** para sa karagdagang impormasyon.)

Kung nalaman ninyong aalis ang isa sa inyong mga tagapagbigay ng serbisyo sa aming plano, makipag-ugnayan sa amin. Matutulungan namin kayo sa paghahanap ng bagong tagapagbigay ng serbisyo at pamamahala sa inyong pangangalaga. Para makipag-ugnayan sa amin, pakitingnan ang impormasyon sa ibaba ng pahinang ito.

D4. Mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network

Puwede kayong magpunta sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network nang walang referral, o paunang awtorisasyon para sa emergency, o mga serbisyong agarang kinakailangan. Saklaw rin nang walang paunang awtorisasyon ang Mga Serbisyo ng Dialysis para sa mga miyembrong may ESRD na bumiyahe sa labas ng sineserbisyuhang lugar ng plano.

- Kung hindi, kung gagamit kayo ng tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, dapat ay mayroon muna kayong nakasulat na paunang awtorisasyon. Hindi kami makakapagbayad ng tagapagbigay ng serbisyong wala sa network na hindi inaprubahang makapagbigay sa inyo ng mga serbisyo.
- Kung pipili kayo ng tagapagbigay ng serbisyo na hindi aprubado, babayaran ninyo ang buong gastos sa mga serbisyong makukuha ninyo.

Kung pupunta kayo sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, kuwalipikado dapat ang tagapagbigay ng serbisyo na sumali sa Medicare at/o Medi-Cal.

- Hindi namin mababayaran ang isang tagapagbigay ng serbisyo na hindi karapat-dapat lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.
- Kung pupunta kayo sa isang tagapagbigay ng serbisyo na hindi kuwalipikadong sumali sa Medicare, babayaran ninyo ang buong gastos ng mga serbisyong makukuha ninyo.
- Dapat sabihin ng mga tagapagbigay ng serbisyo sa inyo kung hindi sila karapat-dapat lumahok sa Medicare.

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS)

Ang LTSS ay isang serbisyong may benepisyo ng Medi-Cal na may malawak na hanay ng mga serbisyo at suportang makakatulong sa mga kwalipikadong benepisyaryo na matugunan ang kanilang mga pang-araw-araw na pangangailangan at mapaganda ang kalidad ng kanilang buhay. Kabilang sa mga halimbawa ang tulong sa paliligo, pagbibihis, at iba pang aktibidad sa pang-araw-araw na buhay at pangangalaga sa sarili, pati na suporta sa mga pang-araw-araw na gawain gaya paglalaba, pamimili, at transportasyon. Ipinagkakaloob ang LTSS sa loob ng mahabang panahon, kadalasan sa mga bahay at komunidad, pero puwede rin sa mga pasilidad gaya ng mga pasilidad sa pangangalaga o nursing facility. Ayon sa nakalarawan sa WIC Seksyon 14186.1, kasama sa LTSS na saklaw ng Medi-Cal ang lahat ng sumusunod:

a. Mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Bahay (IHSS) na ipinagkakaloob alinsunod sa Artikulo 7 ng California Welfare and Institutions Code (simula sa Seksyon 12300) ng **Kabanata 3**, at mga Seksyon 14132.95, 14132.952, at 14132.956.

b. Mga Serbisyong Pang-adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS)

c. Mga serbisyo ng Multipurpose Senior Services Program (MSSP)

d. Mga serbisyo ng pasilidad ng dalubhasang pangangalaga at mga subacute na serbisyo sa pangangalaga.

Matutulungan kayo ng LTSS na makapanatili sa bahay at maiwasan ang pagkakaospital o pananatili sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. May access kayo sa ilang partikular na LTSS sa pamamagitan ng aming plano, gaya ng pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, Community Based Adult Services (CBAS), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang isa pang uri ng LTSS, ang programang Mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Bahay, ay available sa ahensya ng serbisyong panlipunan ng inyong county.

Dapat matugunan ng miyembro ang mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado at mga itinakdang pamantayan para sa alinman sa isa (1) o higit pa na nasa mga sumusunod na kategorya para ma-access nila ang LTSS:

1. Mga miyembrong pasok sa antas ng pangangalaga na Pasilidad ng Pangangalaga-A (NF-A) pataas, at sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado at sa Medikal na Pangangailang nakasaad sa Welfare and Institutions Code, mga seksyon, 14525(a), (c), (d) and (e); 14526.1(d)(1), (3), (4) at (5); at 14526(e).

2. Mga indibidwal na may organic, acquired, o traumatic brain injury at/o chronic na sakit sa pag-iisip, at nagpapakita ng pangangailangan ng tulong o pagbabantay sa hindi bababa sa:
    a. Dalawa (2) sa mga sumusunod na aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay/mahahalagang aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (ADL/IADL): pagligo, pagbibihis, pagkain nang mag-isa, pagbabanyo, paglalakad, paglipat, pamamahala sa medikasyon, at kalinisan ng katawan o,

    b. Isang (1) ADL/IADL na nakalista sa itaas, at isa (1) sa mga sumusunod: paghawak ng pera, pag-access sa mga mapagkukunan, paghahanda ng pagkain, o transportasyon.

3. Mga miyembrong may katamtaman hanggang malalang Alzheimer's disease o iba pang dementia na nasa mga ganitong yugto:
    a. Yugto 5: Medyo malalang pagbaba sa kakayahang mag-isip: Kinakikitaan ng malalaking puwang sa alaala at kakulangan sa kakayahang mag-isip. Mahalaga ang kaunting tulong sa mga pang-araw-araw na aktibidad.

    b. Yugto 6: Matinding pagbaba sa kakayahang mag-isip: Patuloy na lumalala ang mga problema sa alaala, puwedeng magkaroon ng matitinding pagbabago sa personalidad, at kailangan ng matinding tulong ang mga apektadong indibidwal pagdating sa mga pang-araw-araw na aktibidad.

    c. Yugto 7: Sobrang tinding pagbaba sa kakayahang mag-isip: Ito ang pinakahuling yugto ng sakit kung saan nawawalan ang mga indibidwal ng kakayahang tumugon sa kanilang kapaligiran, magsalita, at higit sa lahat, kontrolin ang galaw.

4. Mga miyembrong may banayad na problema sa pag-iisip kabilang ang katamtamang Alzheimer's disease o iba pang dementia, na may mga katangiang tumutugma sa mga paglalarawan sa Yugto 4 ng Alzheimer's Disease, na itinuturing na banayad o maagang yugtong Alzheimer's, na may isa (1) o higit pa sa mga sumusunod na katangian:

    a. Mas mahinang kaalaman sa mga kamakailang kaganapan.

    b. May problema o walang kakayahang magsagawa ng mahihirap na mental arithmetic.

    c. Mas mahinang kakayahang magsagawa ng mga kumplikadong gawain.

d. Mas mahinang alaala tungkol sa personal na kasaysayan.

e. Mukhang kimi at malayo ang apektadong indibidwal, lalo na sa mahihirap na sitwasyong may kinalaman sa pakikisalamuha o pag-iisip.

f. Nangangilangan din ang benepisyaryo ng tulong o pagsubaybay sa dalawa (2) sa mga sumusunod na ADL/IADL: paliligo, pagbibihis, pagkain nang mag-isa, pagbabanyo, paglalakad, paglilipat, pamamahala ng medikasyon, at kalinisan sa sarili.

5. Mga indibidwal na may mga developmental na kapansanan na nakakatugon sa mga pamantayan at kwalipikasyon ng Regional Center.

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng pag-iisip at karamdaman sa pag-abuso sa paggamit ng droga o alak)

Mayroon kayong access sa mga medikal na kinakailangang serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo sa kalusugan sa pag-uugali na saklaw ng Medicare at pinamamahalaang pangangalaga ng Medi-Cal. Hindi nagbibigay ang aming plano ng mga specialty na serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan sa pag-iisip o mga serbisyo sa county para sa problema sa paggamit ng substance, ngunit available ang mga serbisyong ito sa inyo sa pamamagitan ng ahensya sa kalusugan ng pag-uugali ng inyong lokal na county.

F1. Mga serbisyo sa kalusugang pang-ugali ng Medi-Cal na ibinibigay sa labas ng aming plano

Ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip ng Medi-Cal ay magagamit ninyo sa pamamagitan ng plano sa kalusugan ng isip ng county (MHP) kung natutugunan ninyo ang pamantayan upang ma-access ang mga espesyal na serbisyo sa kalusugan ng isip. Kabilang sa mga espesyalistang serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip ng Medi-Cal na ibinibigay ng mga ahensyang nakalista sa talahanayan sa ibaba ang mga sumusunod:

- mga serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip
- mga serbisyo sa suporta sa gamot
- pang-umagang intensive na paggamot
- pang-umagang rehabilitasyon
- pamamagitan sa krisis

- istabilisasyon sa krisis
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot sa nasa hustong gulang
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot sa krisis
- mga serbisyo ng pasilidad sa kalusugan ng may karamdamang pangkaisipan
- mga inpatient na serbisyo para sa mga psychiatric na pasyente
- pamamahala sa partikular na kaso

Available sa inyo ang mga serbisyo ng Medi-Cal o Sistema ng Organisadong Paghahatid ng Drug Medi-Cal sa pamamagitan ng mga tagapagbigay ng serbisyo ng Medi-Cal Fee for Service (FFS) kung natutugunan ninyo ang pamantayan upang matanggap ang mga serbsiyong ito. Kasama sa mga serbisyo sa gamot ng Medi-Cal na ibinibigay ng mga county ng Los Angeles, Sacramento, at Tulare ang mga sumusunod:

County	Ahensya
Los Angeles	Substance Abuse Prevention and Control (SAPC) Los Angeles County Health Agency
Sacramento	Department of Health Services Substance Use Prevention and Treatment Services
Tulare	Alcohol and Other Drug (AOD) Prevention, Treatment and Recovery Services

- mga serbisyo sa intensive na paggamot sa outpatient
- mga pantahanang serbisyo sa paggamot
- mga serbisyong hindi gumagamit ng gamot sa outpatient
- mga serbisyo sa paggamot sa narkotiko
- mga serbisyo ng naltrexone para sa umaasa sa opioid

Kabilang sa mga Serbisyo ng Organisadong Sistema ng Paghahatid ng Gamot ng Medi-Cal ang:

- mga serbisyo ng outpatient at intensive na paggamot sa outpatient

- mga gamot para sa paggamot sa pagkalulong (tinatawag ding Paggamot na Tinulungan ng Gamot)
- pantahanan/inpatient
- pamamahala sa pagtigil
- mga serbisyo sa paggamot sa narkotiko
- mga serbisyo sa pagpapagaling
- pangangasiwa ng pangangalaga

Bilang karagdagan sa mga serbisyong nakalista sa itaas, maaari kayong magkaroon ng access sa boluntaryong mga inpatient na serbisyo sa detoxification kung natutugunan ninyo ang pamantayan.

Magkakaroon din kayo ng access sa mga serbisyong medikal na kinakailangan sa Kalusugan sa Pag-uugali na saklaw ng Medicare at pinangangasiwaan sa pamamagitan ng Wellcare by Health Net. Kabilang sa mga serbisyo sa Kalusugan sa Pag-uugali ang, pero hindi limitado sa:

- Mga outpatient na serbisyo: Outpatient na pamamagitan sa krisis, pansamantalang pagtatasa at therapy, pangmatagalang therapy na may espesyalidad at anumang pangangalaga para sa rehabilitasyon na may kaugnayan sa karamdaman sa pag-abuso sa paggamit ng droga o alak.
- Mga inpatient na serbisyo at supply: Mga akomodasyon sa isang silid na may dalawa o higit pang kama, kabilang ang mga yunit ng espesyal na paggamot, mga supply at mga karagdagang serbisyo na karaniwang ibinibigay ng pasilidad.
- Mga inpatient at alternatibong antas ng pangangalaga: Bahagyang pagkakaospital at mga intensive na outpatient na serbisyo sa isang pasilidad na Sertipikado ng Medicare.
- Detoxification: Mga inpatient na serbisyo para sa acute na detoxification at paggamot ng mga acute na medikal na kundisyong may kaugnayan sa karamdaman sa pag-abuso sa paggamit ng substance.
- Mga pang-emergency na serbisyo: screening, eksaminasyon at pagtatasa para matukoy kung may umiiral na pang-emergency na medikal na kundisyon na may kaugnayan sa karamdamang pangkaisipan, at ang pangangalaga at paggamot na kinakailangan para maibsan o alisin ang pang-emergency na medikal na kundisyon.

Para sa impormasyon ng tagapagbigay ng serbisyo, tingnan ang inyong Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya. Maaari niyo ring kontakin ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. o kaya ay bisitahin ang aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.

Mga hindi kasama at limitasyon sa mga serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali

Para sa listahan ng mga pagbubukod at limitasyon sa mga serbisyo sa Kalusugan sa Pag-uugali, pakitingnan ang **Kabanata 4**, Seksyon F, pahina 175: Mga benepisyong *hindi* saklaw ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal.

Proseso na ginagamit upang matukoy ang medikal na pangangailangan para sa mga serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali

Dapat pahintulutan ng plano ang ilang partikular na serbisyo at supply ng Kalusugan ng Pag-uugali na sasaklawin. Para sa mga detalye sa mga serbisyo na maaaring mangailangan ng paunang awtorisasyon, mangyaring sumangguni sa **Kabanata 4,** Seksyon D, pahina 95. Upang makakuha ng paunang awtorisasyon para sa mga serbisyong ito, dapat kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ire-refer kayo ng plano sa isang malapit na kinontratang propesyonal sa kalusugan ng isip na susuri sa inyo upang matukoy kung kailangan ng karagdagang paggamot. Kung kailangan ninyo ng paggamot, ang kinontratang propesyonal sa kalusugan ng isip ay gagawa ng isang plano sa paggamot at ipapadala ang planong iyon sa Wellcare by Health Net para sa pagsusuri. Ang mga serbisyo na kasama sa plano ng paggamot ay sasaklawin kapag pinahintulutan ng plano. Kung hindi aaprubahan ng plano ang plano ng paggamot, wala nang mga serbisyo o supply ang sasaklawin para sa kundisyong iyon. Gayunpaman, maaaring idirekta kayo ng plano sa kagawaran ng kalusugan ng pag-iisip ng county upang tulungan kayong makakuha ng pangangalaga na kailangan ninyo.

Mga pamamaraan ng referral sa pagitan ng Wellcare by Health Net at ng Kagawaran ng Kalusugan ng Pag-iisip (DMH) ng Los Angeles County at ng Kagawaran ng Kalusugan ng Publiko (Pag-iwas at Pagkontrol sa Paggamit sa Substance) (DPH/SAPC) ng Los Angeles County, ang Kagawaran ng Kalusugan ng Pag-iisip ng Riverside County, Kagawaran ng Kalusugan sa Pag-uugali ng San Bernadino, at Mga Serbisyong Pangkalusugan sa Pag-uugali ng San Diego County:

Ang mga referral para sa mga serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng Wellcare by Health Net ay maaaring gawin mula sa maraming mapagkukunan, kabilang ang: mga tagapagbigay ng serbisyo ng County sa Kalusugan ng Pag-uugali, tagapamahala ng kaso ng county, PCP, mga miyembro at kanilang mga pamilya. Ang mga nagre-refer na source na ito ay maaaring makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa numerong makikita sa inyong ID Card ng Miyembro. Kukumpirmahin namin ang pagiging kwalipikado at papahintulutan ang mga serbisyo kapag naaangkop.

Makikipagtulungan kami sa county upang magbigay ng naaangkop na referral at koordinasyon ng pangangalaga para sa inyo.

Ang mga referral para sa Mga Espesyalidad na Serbisyo ng County sa Kalusugan ng Pag-iisip at/o Alak o Droga ay maaari ninyong direktang gawin.

Kasama sa mga serbisyo sa pangangasiwa ng pangangalaga ang pangangasiwa ng mga serbisyo sa pagitan ng mga PCP, tagapagbigay ng serbisyo ng County sa Kalusugan ng Pag-uugali, tagapamahala ng kaso ng county, kayo, at ang inyong pamilya o tagapag-alaga, ayon sa nararapat.

Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o reklamo tungkol sa serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali

Ang mga benepisyong kasama sa seksyon na ito ay sumasailalim sa parehong proseso ng mga apela katulad ng anumang ibang benepisyo. Sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon K, pahina 315 para sa impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo.

Pagpapatuloy ng pangangalaga para sa mga miyembro na kasalukuyang tumatanggap ng mga serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali

Kung kayo ay kasalukuyang tumatanggap ng Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali, maaari ninyong hilingin na patuloy na magpatingin sa inyong tagapagbigay ng serbisyo. Kinakailangan naming aprubahan ang kahilingan na ito kung maipapakita ninyo ang isang umiiral na ugnayan sa isang tagapagbigay ng serbisyo sa 12 buwan bago ang pagpapatala. Kung naaprubahan ang inyong kahilingan, maaari kayong patuloy na magpatingin sa tagapagbigay ng serbisyo kung saan kayo nagpapatingin ngayon hanggang 12 buwan. Pagkatapos ng unang 12 buwan, maaaring hindi na namin saklawin ang pangangalaga sa inyo kung patuloy kayong magpapatingin sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Para sa tulong sa inyong kahilingan, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

G. Mga serbisyo sa transportasyon

G1. Medikal na transportasyon ng mga sitwasyong hindi pang-emergency

May karapatan kayo sa medikal na transportasyong hindi pang-emergency kung mayroon kayong mga medikal na pangangailangan na hindi nagpapahintulot sa inyo na gumamit ng kotse, bus, o taxi sa inyong mga appointment. Ang medikal na transportasyong hindi pang-emergency ay maaaring ibigay para sa mga saklaw na serbisyo tulad ng medikal, dental, kalusugan ng isip, paggamit ng ipinagbabawal na substance, at mga appointment sa parmasya. Kung kailangan ninyo ng medikal na transportasyong hindi pang-emergency, maaari kayong makipag-usap sa inyong PCP at hilingin ito. Ang inyong PCP ang magpapasya sa pinakamahusay na uri ng transportasyon upang matugunan ang inyong mga pangangailangan. Kung kailangan ninyo ng medikal na transportasyong hindi pang-emergency, ireresetа nila ito sa pamamagitan ng pagkumpleto ng isang form at pagsusumite nito sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) para sa pag-apruba. Depende sa inyong medikal na pangangailangan, ang pag-apruba ay magagamit para sa isang taon. Susuriin muli ng inyong PCP ang inyong pangangailangan para sa medikal na transportasyong hindi pang-emergency para sa muling pag-apruba bawat 12 buwan.

Ang medikal na transportasyong hindi pang-emergency ay isang ambulansya, litter van, wheelchair van, o air transport. Nagbibigay-daan ang Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) sa pinakamababang gastos na saklaw na paraan ng transportasyon at pinakaangkop na medikal na transportasyong hindi pang-emergency para sa inyong mga medikal na pangangailangan kapag kailangan ninyo ng masasakyan patungo sa inyong appointment. Halimbawa, kung maaari kayong pisikal o medikal na maisakay ng isang wheelchair van, hindi magbabayad ang Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) para sa isang ambulansya. May karapatan lamang kayo sa air transport kung ang inyong medikal na kundisyon ay ginagawang imposible ang anumang uri ng transportasyon sa lupa.

Ang medikal na transportasyong hindi pang-emergency ay dapat gamitin kapag:

- Pisikal o medikal na kailangan ninyo ito ayon sa tinutukoy ng nakasulat na awtorisasyon mula sa inyong PCP *o* iba pang tagapagbigay ng serbisyo dahil hindi kayo makakagamit ng bus, taxi, kotse, o van para makarating sa inyong appointment.

- Kailangan ninyo ng tulong mula sa driver papunta at mula sa inyong tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang pisikal o mental na kapansanan.

Para humiling ng medikal na transportasyong inireseta ng inyong doktor para sa mga hindi urgent na **regular na appointment**, tawagan ang Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) sa loob ng hindi bababa sa 72 oras na mas maaga (Lunes-Biyernes) bago ang inyong appointment. Para sa **mga agarang appointment,** tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang inyong ID Card ng Miyembro kapag tumawag kayo. Maaari rin kayong tumawag kung kailangan ninyo ng karagdagang impormasyon. Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.

Mga limitasyon sa medikal na transportasyon

Sinasaklaw ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ang pinakamababang gastos na medikal na transportasyon na nakakatugon sa inyong mga medikal na pangangailangan mula sa inyong tahanan hanggang sa pinakamalapit na tagapagbigay ng serbisyo kung saan may available na appointment. Hindi ibibigay ang medikal na transportasyon kung hindi saklaw ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo. Kung ang uri ng appointment ay saklaw ng Medi-Cal ngunit hindi sa pamamagitan ng planong pangkalusugan, tutulungan kayo ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) na iiskedyul ang inyong transportasyon. Ang isang listahan ng mga saklaw na serbisyo ay nasa **Kabanata 4** ng handbook na ito. Hindi saklaw ang transportasyon sa labas ng network o sineserbisyuhang lugar ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) maliban kung pinahintulutan nang maaga.

G2. Transportasyong hindi pangmedikal

Kabilang sa mga benepisyo sa transportasyong hindi pangmedikal ang paglalakbay papunta at mula sa inyong mga appointment para sa isang serbisyong pinahintulutan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo. Maaari kayong sumakay, nang walang bayad, kung kayo ay:

- Naglalakbay papunta at mula sa isang appointment para sa isang serbisyong pinahintulutan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo, o
- Kukuha ng mga reseta at mga medikal na supply.

Pinapayagan kayo ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) na gumamit ng kotse, taxi, bus, o iba pang pampubliko/pribadong paraan ng pagpunta sa inyong walang kaugnayan sa medikal na appointment para sa mga serbisyong pinahintulutan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo. Gumagamit ang Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ng Access2Care para mag-ayos ng mga transportasyong hindi medikal. Sinasaklaw namin ang pinakamababang halaga, na uri ng transportasyong hindi medikal na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan.

Minsan, maaari kayong mabayaran para sa mga pagsakay sa isang pribadong sasakyan na inyong inayos. Dapat itong aprubahan ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) **bago** kayo sumakay, at dapat ninyong sabihin sa amin kung bakit hindi kayo maaaring sumakay sa ibang paraan, tulad ng pagsakay sa bus. Puwede kayong magsabi sa amin sa pamamagitan ng pagtawag o pag-email, o nang personal. **Hindi kayo maaaring mabayaran sa pagmamaneho ng inyong sarili.**

Ang reimbursement ng mileage ay nangangailangan ng lahat ng sumusunod:

- Ang lisensya sa pagmamaneho ng driver.
- Ang rehistro ng sasakyan ng driver.
- Katibayan ng insurance ng sasakyan para sa driver.

Para humiling ng sakay para sa mga serbisyong napahintulutan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) sa loob ng hindi bababa sa 72 oras na mas maaga (Lunes-Biyernes) bago ang appointment ninyo. Para sa **mga agarang appointment,** tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang inyong ID Card ng Miyembro kapag tumawag kayo. Maaari rin kayong tumawag kung kailangan ninyo ng karagdagang impormasyon.

Tandaan: Maaaring makipag-ugnayan ang mga American Indian sa kanilang lokal na Indian Health Clinic upang humingi ng transportasyong hindi pang-medikal.

Mga limitasyon sa transportasyong hindi pangmedikal

Nagbibigay ang Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ng pinakamababang gastos na transportasyong hindi pangmedikal na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan mula sa inyong tahanan hanggang sa pinakamalapit na tagapagbigay ng serbisyo kung saan may available na appointment. **Hindi kayo maaaring magmaneho ng inyong sarili o direktang mabayaran.**

Hindi nalalapat ang transportasyong **hindi** pangmedikal kung:

- Kailangan ng ambulansya, litter van, wheelchair van, o iba pang paraan ng medikal na transportasyong hindi pang-emergency upang makapunta sa isang serbisyo.
- Kailangan ninyo ng tulong mula sa driver papunta at mula sa inyong tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang pisikal o medikal na kundisyon.

- Kayo ay naka-wheelchair at hindi makagalaw sa loob at labas ng sasakyan nang walang tulong mula sa driver.
- Ang serbisyo ay hindi saklaw ng Medicare o Medi-Cal.

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

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency

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

- malubhang panganib sa inyong kalusugan o sa sanggol na nasa inyong sinapupunan; **o**
- malubhang pinsala sa mga paggana ng katawan; **o**
- malubhang hindi wastong paggana ng anumang organ o bahagi ng katawan; **o**
- Sa sitwasyon ng buntis na babaeng nasa isang aktibong paghilab ng tiyan (active labor), kapag:
  - Walang sapat na panahon upang ligtas na ilipat kayo sa isa pang ospital bago manganak.
  - Maaaring magdulot ng banta sa inyong kalusugan o kaligtasan o sa inyong hindi pa naisisilang na sanggol ang paglipat sa isa pang ospital.

Kung mayroon kayong medikal na emergency:

- **Humingi kaagad ng tulong sa lalong madaling panahon.** Tumawag sa 911 o pumunta sa pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansiya kung kailangan ninyo ito. **Hindi** ninyo kailangan ng pag-apruba o referral mula sa inyong PCP. Hindi ninyo kailangang gumamit ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Maaari kayong makakuha ng pang-emergency na pangangalagang medikal sa tuwing kailangan ninyo ito, saanman sa U.S. o sa mga teritoryo nito o sa buong mundo, mula sa sinumang tagapagbigay ng serbisyo na may naaangkop na lisensya ng estado.

- **Sa lalong madaling panahon, sabihin sa aming plano ang tungkol sa inyong emergency.** Susundan namin ang inyong pang-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. Gayunpaman, hindi kayo magbabayad para sa mga serbisyong pang-emergency kung maantala kayo sa pagsasabi sa amin. Tumawag sa mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng teleponong nakalista sa ibaba ng pahinang ito.

Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency

Kung kailangan ninyo ng isang ambulansiya para pumunta sa emergency room, sinasaklaw iyon ng aming plano. Sinasaklaw din namin ang mga medikal na serbisyo sa panahon ng emergency. Upang matuto pa, sumangguni sa Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4**, Seksyon D, pahina 95 ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

Maaari kayong makakuha ng saklaw na emergency na pangangalaga sa labas ng Estados Unidos. Limitado ang benepisyong ito sa $50,000 kada taon. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang “Saklaw sa Emergency/Agarang Pangangalaga sa Buong Mundo” sa Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4**, Seksyon D, pahina 95 ng booklet na ito o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Ang mga tagapagbigay ng serbisyo na nagbibigay sa inyo ng emergency na pangangalaga ay magpapasya kung ang inyong kondisyon ay stable na at ang medikal na emergency ay tapos na. Patuloy nila kayong gagamutin at makikipag-ugnayan sa amin para gumawa ng mga plano kung kailangan ninyo ng follow-up na pangangalaga para gumaling.

Sinasaklaw ng aming plano ang inyong follow-up na pangangalaga. Kung makuha ninyo ang pang-emergency na pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, susubukan naming kumuha ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network para mamahala sa pangangalaga sa inyo sa lalong madaling panahon.

Pagkuha ng emergency na pangangalaga kung hindi naman ito isang emergency

Kung minsan, maaaring mahirap malaman kung mayroon kayong medikal na emergency o emergency sa kalusugan ng pag-iisip. Maaaring piliin ninyo ang emergency na pangangalaga at sasabihin ng doktor na hindi naman talaga ito isang medikal na emergency. Hangga’t makatwiran ninyong inaakala na ang inyong kalusugan ay nasa malubhang panganib, sasaklawin namin ang pangangalaga sa inyo.

Pagkatapos sabihin ng doktor na hindi ito isang emergency, sasaklawin lang namin ang karagdagang pangangalaga sa inyo kung:

- Pumunta kayo sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network, **o**
- Ang karagdagang pangangalaga na nakukuha ninyo ay itinuturing na "pangangalagang agarang kinakailangan" at sinusunod ninyo ang mga patakaran para sa pagkuha ng pangangalagang ito. Sumangguni sa susunod na seksyon.

H2. Pangangalagang agarang kinakailangan

Ang pangangalagang agarang kinakailangan ay pangangalagang nakukuha ninyo para sa isang sitwasyong hindi isang emergency ngunit nangangailangan kaagad ng pangangalaga. Halimbawa, maaari kayong magkaroon ng flare-up ng isang umiiral na kondisyon o isang matinding pananakit ng lalamunan na nangyayari sa katapusan ng linggo at nangangailangan ng paggamot.

Pangangalagang agarang kinakailangan sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano

Sa karamihan ng mga kaso, sinasaklaw lang namin ang pangangalagang agarang kinakailangan kung:

- Kukunin ninyo ang pangangalagang ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network, **at**
- Sinusunod ninyo ang mga tuntunin na inilarawan sa kabanatang ito.

Kung hindi posible o makatwiran na makapunta sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network, sasaklawin namin ang pangangalagang agarang kinakailangan na makukuha ninyo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.

Sa mga seryosong emergency: Tumawag sa "911" o pumunta sa pinakamalapit na ospital.

Kung hindi ganoong kalubha ang sitwasyon ninyo: Tawagan ang inyong PCP o medikal na pangkat, kung hindi ninyo sila matatawagan o kung kailangan ninyo kaagad ng pangangalagang medikal, pumunta sa pinakamalapit na medical center, urgent care center, o ospital.

Kung hindi kayo sigurado kung nasa emergency kayo o kung kailangan ninyo ng agarang pangangalaga, available para sa inyo ang aming Linya para sa Pagpapayo ng Nurse, araw man o gabi. Puwede ninyong tawagan ang aming Linya para sa Pagpapayo ng Nurse sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-893-5597 (TTY: 711) na available 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo.

Bilang miyembro ng Wellcare by Health Net, mayroon kayong access sa mga serbisyo ng triage o screening, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, 365 araw sa isang taon. Puwede rin kayong makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa

numero sa likod ng inyong ID Card o sa ibaba ng pahinang ito kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng tagapagbigay ng serbisyo. Puwede rin kayong i-transfer ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa Linya para sa Pagpapayo ng Nurse.

Pangangalagang agarang kinakailangan sa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano

Kapag kayo ay nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano, maaaring hindi kayo makakuha ng pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Sa kasong iyon, sasaklawin ng aming plano ang pangangalagang agarang kinakailangan na makukuha ninyo mula sa sinumang tagapagbigay ng serbisyo.

Hindi sinasaklaw ng aming plano ang pangangalagang agarang kinakailangan o anumang ibang pangangalaga na makukuha ninyo sa labas ng Estados Unidos.

Maaaring ituring na emergency ang mga serbisyong *agarang kinakailangan* na natanggap sa labas ng Estados Unidos sa ilalim ng saklaw sa pandaigdigang benepisyo ng emergency/agarang pangangalaga. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang “Emergency na Pangangalaga” sa Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4**, Seksyon D, pahina 95 ng booklet na ito.

H3. Pangangalaga sa panahon ng kalamidad

Kung magdedeklara ang gobernador ng California, ang Kalihim ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. o ang pangulo ng Estados Unidos ng estado ng sakuna o emergency sa inyong heograpikong lugar, makakatanggap pa rin kayo ng pangangalaga mula sa aming plano.

Bisitahin ang aming website para sa impormasyon tungkol sa kung paano makakuha ng pangangalagang kailangan ninyo sa panahon ng idineklarang sakuna: www.wellcare.com/healthnetCA.

Sa panahon ng idineklarang sakuna, kung hindi ninyo magagamit ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network, maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network nang walang bayad. Kung hindi ninyo magagamit ang isang parmasyang nasa network sa panahon ng idineklarang sakuna, maaari ninyong punan ang inyong mga inireresetang gamot sa isang parmasyang wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5,** Seksyon A8, pahina 187 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon.

I. Ano ang dapat gawin kung direkta kayong singilin para sa mga serbisyong saklaw ng aming plano

Kung padadalhan kayo ng isang tagapagbigay ng serbisyo ng bill sa halip na ipadala ito sa aming plano, dapat ninyong hilingin sa amin na bayaran ang bill.

Hindi ninyo dapat bayaran mismo ang bill. Kung kayo ang magbabayad, maaaring hindi namin maibalik sa inyo ang inyong ibinayad.

Kung nagbayad kayo para sa inyong mga saklaw na serbisyo o kung nakatanggap kayo ng bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal, sumangguni sa **Kabanata 7**, Seksyon A, pahina 214 ng inyong *Handbook ng Miyembro* upang malaman kung ano ang gagawin.

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

Sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng serbisyo:

- natukoy na medikal na kinakailangan, **at**
- na nakalista sa Chart ng mga Benepisyo ng aming plano (sumangguni sa **Kabanata 4,** Seksyon D, pahina 95 ng inyong *Handbook ng Miyembro*), **at**
- nakukuha ninyo ayon sa pagsunod sa mga tuntunin ng plano.

Kung makakatanggap kayo ng mga serbisyong hindi saklaw ng aming plano, **kayo mismo ang magbabayad ng lahat ng gastos,** maliban kung saklaw ito ng iba pang programa ng Medi-Cal sa labas ng inyong plano.

Kung gusto ninyong malaman kung babayaran namin ang anumang serbisyong medikal o pangangalaga, mayroon kayong karapatan na tanungin kami. May karapatan din kayong sumulat upang hilingin ito. Kung sasabihin namin na hindi namin babayaran ang inyong mga serbisyo, mayroon kayong karapatan na iapela ang aming desisyon.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9**, Seksyon E, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro* kung ano ang gagawin kung gusto ninyong saklawin namin ang isang serbisyong medikal o bagay. Sinasabi rin nito kung paano umapela sa aming desisyon sa pagsaklaw. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman ang higit pa tungkol sa inyong mga karapatan sa pag-apela.

Babayaran namin ang ilan sa mga serbisyo hanggang sa isang partikular na limitasyon. Kung lumampas kayo sa limitasyon, babayaran ninyo ang buong gastos para makakuha na higit pa ng ganoong uri ng serbisyo. Sumangguni sa **Kabanata 4** para sa mga partikular na limitasyon sa benepisyo. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para malaman kung ano ang mga limitasyon sa benepisyo at kung gaano karami sa inyong mga benepisyo ang inyong nagamit.

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

J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Ang isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding klinikal na pagsubok) ay isang paraan ng pagsusuri ng mga doktor sa mga bagong uri ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot. Ang isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare ay karaniwang humihiling ng mga boluntaryo na makilahok sa pag-aaral.

Kapag inaprubahan ng Medicare ang isang pag-aaral na gusto ninyong salihan, at nagpahayag kayo ng interes, ang isang taong gumagawa sa pag-aaral ay makikipag-ugnayan sa inyo. Sasabihin sa inyo ng taong iyon ang tungkol sa pag-aaral at titingnan kung kwalipikado kayong sumali rito. Maaari kayong sumali sa pag-aaral basta't natutugunan ninyo ang mga kinakailangang kundisyon. Dapat rin ninyong maunawaan at tanggapin kung ano ang kailangan ninyong gawin para sa pag-aaral.

Habang kayo ay nasa pag-aaral, maaari kayong manatiling nakatala sa aming plano. Sa ganoong paraan, patuloy kayong sasaklawin ng aming plano para sa mga serbisyo at pangangalaga na hindi nauugnay sa pag-aaral.

Kung gusto ninyong lumahok sa anumang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, **hindi** ninyo kailangang kumuha ng pag-apruba mula sa amin o sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga. Ang mga tagapagbigay ng serbisyo na nagbibigay sa inyo ng pangangalaga bilang bahagi ng pag-aaral ay **hindi** kailangang maging tagapagbigay ng serbisyong nasa network. 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.

Hinihikayat namin kayong sabihin sa amin bago kayo makilahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.

Kung pinaplano ninyong sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, na saklaw ng Original Medicare para sa mga nagpatala, kayo o ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga ay dapat makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang ipaalam sa amin na lalahok kayo sa isang klinikal na pagsubok.

J2. Bayad para sa serbisyo kapag kayo ay nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Kung nagboluntaryo kayo para sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, wala kayong babayaran para sa mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral. Binabayaran ng Medicare ang mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral gayundin ang mga karaniwang gastos na nauugnay sa inyong pangangalaga. Kapag sumali kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, saklaw kayo para sa karamihan ng mga serbisyo at item na nakukuha ninyo bilang bahagi ng pag-aaral. Kabilang dito ang:

- silid at pagkain para sa pamamalagi sa ospital na binabayaran ng Medicare kahit pa hindi kayo kasali sa pag-aaral
- isang operasyon o ibang medikal na pamamaraan na bahagi ng pag-aaral sa pananaliksik
- paggamot ng anumang side effect at komplikasyon ng bagong pangangalaga

Kung bahagi kayo ng isang pag-aaral na **hindi** inaprubahan ng Medicare, babayaran ninyo ang anumang mga gastos para sa pagsali sa pag-aaral.

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

Puwede ninyong alamin ang higit pa tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral sa pamamagitan ng pagbasa sa “Medicare at Klinikal na Pananaliksik na Pag-aaral” sa website ng Medicare 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.

K. Paano sinasaklaw ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan

K1. Kahulugan ng relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan

Ang isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga na karaniwan ninyong makukuha sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. Kung ang pagkuha ng pangangalaga sa isang ospital o isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga ay labag sa inyong mga paniniwala sa relihiyon, sasaklawin namin ang pangangalaga sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan.

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

K2. Pangangalaga mula sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan

Para makakuha ng pangangalaga mula sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan, kailangan kayong pumirma ng isang legal na dokumento na nagsasabi na kayo ay labag na makakuha ng medikal na paggamot na "hindi excepted."

- Ang "hindi excepted" na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga na **boluntaryo at hindi kinakailangan** sa anumang batas ng pamahalaan, estado o lokal.
- Ang "excepted" na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga na **hindi boluntaryo at kinakailangan** sa ilalim ng batas ng pamahalaan, estado o lokal.

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 pagsakop ng aming plano sa mga serbisyo ay limitado sa mga hindi panrelihiyong aspeto ng pangangalaga.
- Kung makakakuha kayo ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ibinibigay sa inyo sa isang pasilidad:
    - Kailangan mayroon kayong isang medikal na kundisyon na magpapahintulot sa inyo na makakuha ng mga saklaw na serbisyo para sa inpatient na pangangalaga sa ospital o pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga.
    - Kailangan makakuha kayo ng pag-apruba mula sa amin bago kayo ipasok sa pasilidad at kung hindi, ang inyong pamamalagi ay **hindi** sasaklawin.

Walang limitasyon ang pagsaklaw para sa inpatient na pangangalaga sa ospital hangga't natutugunan ninyo ang mga kinakailangan sa itaas.

L. Matitibay na Medikal na Kagamitan (DME)

L1. DME bilang miyembro ng aming plano

Kabilang sa DME ang ilang partikular na medikal na kinakailangang bagay na iniutos ng isang tagapagbigay ng serbisyo gaya ng mga wheelchair, saklay, powered mattress system, mga supply para sa diabetes, mga kama sa ospital na iniutos ng isang tagapagbigay ng serbisyo para gamitin sa bahay, mga intravenous (IV) infusion pump, mga device sa pagbuo ng pagsasalita, mga kagamitan at supply ng oxygen, nebulizer, at walker.

Palagi kayong magmamay-ari ng ilang gamit, tulad ng mga prosthetics. Sa seksyon na ito, tinatalakay namin ang DME na kailangan 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 isang miyembro ng aming plano, maaaring mapasainyo ang DME hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito at mayroon kayong pangmatagalang pangangailangan para sa gamit. Bilang karagdagan, ang item ay dapat na awtorisado, nakaayos at pinangangasiwaan ng inyong PCP, medikal na pangkat at/o Wellcare by Health Net. Tumawag sa aming Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711), upang malaman ang tungkol sa mga kinakailangan sa pagrenta o pagmamay-ari ng matitibay na medikal na kagamitan at dokumentong kailangan ninyong ibigay. Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, makakausap ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, makakausap ang mga kinatawan Lunes– Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Kung makakuha kayo ng pagmamay-ari ng isang matibay na medikal na kagamitan habang kayo ay miyembro ng aming plano, at ang kagamitan ay nangangailangan ng pagpapanatili, kung gayon pahihintulutan ang tagapagbigay ng serbisyo na singilin ang halaga ng pagkukumpuni.

Sa ilang partikular na limitadong sitwasyon, inililipat namin sa inyo ang pagmamay-ari ng item ng DME. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman ang tungkol sa mga kinakailangan ninyong matugunan at ang mga dokumento na kailangan ninyong ibigay. Kahit nagkaroon kayo ng DME sa loob ng hanggang 12 buwang sunod-sunod sa ilalim ng Medicare bago kayo sumali sa aming plano, **hindi** ninyo magiging pag-aari ang equipment.

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

Sa program ng Original Medicare, nagiging pagmamay-ari na ng mga tao ang ilang partikular na uri ng DME na nirerentahan nila pagkalipas ng 13 buwan. Sa isang Medicare Advantage (MA) na plano, maaaring itakda ng plano kung ilang buwan dapat rentahan ng mga tao ang ilang partikular na uri ng DME bago nila ito maging pagmamay-ari.

Tandaan: Makikita ninyo ang mga kahulugan ng Mga Original Medicare at MA na Plano sa **Kabanata 12**. Makikita rin ninyo ang higit pang impormasyon tungkol sa mga ito sa handbook na *Medicare at Ikaw* 2024. Kung wala kayong kopya ng booklet na ito, maaari ninyo itong kunin sa website ng Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o sa pamamagitan ng pagtawag 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.

Kung hindi pipiliin ang Medi-Cal, kakailanganin ninyong magsagawa ng sunod-sunod na 13 pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare, o ng bilang ng mga pagbabayad na itatakda ng MA na plano, upang mapasainyo ang gamit na DME kung:

- hindi kayo naging may-ari ng gamit na DME habang kayo ay nasa aming plano, **at**
- aalis kayo sa aming plano at kukunin ninyo ang inyong mga benepisyo sa Medicare sa labas ng anumang planong pangkalusugan sa program ng Original Medicare o sa isang MA na plano.

Kung nagsagawa na kayo ng mga pagbabayad para sa gamit na DME sa ilalim ng Original Medicare o MA na plano bago kayo sumali sa aming plano, **ang mga pagbabayad na iyon sa ilalim ng Original Medicare o MA na plano ay hindi isasama sa magiging bilang ng mga pagbabayad na kailangan ninyong gawin pagkaalis ninyo sa aming plano**.

- Kakailanganin ninyong magsagawa ng sunod-sunod na 13 panibagong pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare o ng bilang ng mga panibagong pagbabayad na itatakda ng MA na plano upang mapasainyo ang DME na item.
- Walang pagbubukod sa ganitong kinakailangan kapag bumalik kayo sa Original Medicare o sa isang MA na plano

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

Kung kwalipikado kayo para sa kagamitan para oxygen na saklaw ng Medicare at miyembro kayo ng aming plano, sasaklawin namin ang:

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

Dapat ibalik ang kagamitan para sa oxygen kapag hindi na ninyo ito medikal na kinakailangan o kung aalis kayo sa aming plano.

L4. Kagamitan para sa oxygen kapag lumipat kayo sa Original Medicare o sa ibang Medicare Advantage (MA) na Plano

Kapag ang kagamitan para sa oxygen ay medikal na kinakailangan at **aalis kayo sa aming plano at lilipat sa Original Medicare**, rerentahan ninyo ito mula sa isang supplier sa loob ng 36 na buwan. Saklaw ng inyong mga buwanang pagbabayad para sa pagrenta ang kagamitan para sa oxygen at ang mga supply at serbisyong nakalista sa itaas.

Kung medikal na kinakailangan ang kagamitan para sa oxygen **pagkatapos ninyo itong rentahan sa loob ng 36 na buwan**, ang inyong supplier ay dapat magbigay ng:

- kagamitan para sa oxygen, supply, at serbisyo para sa isa pang 24 na buwan
- mga kagamitan at suplay ng oxygen hanggang sa 5 taon kung medikal na kinakailangan

Kung medikal na kinakailangan pa rin ang kagamitan para sa oxygen **sa pagwawakas ng 5 taong panahon**:

- Hindi na ito kailangang ibigay ng inyong supplier, at maaari kayong kumuha ng kapalit na kagamitan mula sa sinumang supplier.
- May magsisimulang bagong 5 taong panahon.
- Nagrenta kayo mula sa isang supplier para sa 36 na buwan.
- Pagkatapos ay ibibigay ng inyong supplier ang kagamitan, suplay, at serbisyo ng oxygen para sa isa pang 24 na buwan.
- May magsisimulang bagong cycle bawat 5 taon hangga't medikal na kinakailangan ang kagamitan para sa oxygen.

Kapag ang kagamitan para sa oxygen ay medikal na kinakailangan at **aalis kayo sa aming plano at lilipat sa MA na plano**, sasaklawin ng plano ang hindi bababa sa kung ano ang sinasaklaw ng Original Medicare. Maaari ninyong itanong sa bago ninyong MA na plano kung anong kagamitan para sa oxygen at mga supply ang sinasaklaw nito at kung magkano ang babayaran ninyo.

Kabanata 4: Chart ng mga benepisyo

Panimula

Isinasaad ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyo na sinasaklaw ng aming plano at anumang mga paghihigpit o limitasyon sa mga serbisyong iyon. Isinasaad din sa inyo rito ang tungkol sa mga benepisyong hindi sakop ng aming plano. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Mga bagong miyembro sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP): Sa karamihan ng mga pagkakataon, itatala kayo sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) para sa mga benepisyo ninyo sa Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging maitala sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Maaari niyo pa ring matanggap ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa inyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap niyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP). Walang magiging gap sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) kung mayroon kayong anumang tanong. Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, makakausap ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, makakausap ang mga kinatawan Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang inyong mga saklaw na serbisyo 91

A1. Sa panahon ng mga emergency sa kalusugan ng publiko 91

B. Mga panuntunan laban sa mga tagapagbigay ng serbisyo na naniningil sa inyo para sa mga serbisyo 91

C. Tungkol sa Chart ng mga Benepisyo ng aming plano 92

D. Ang Chart ng mga Benepisyo ng aming plano 95

E. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano 168

E1. California Community Transitions (CCT) 168

E2. Programang Dental ng Medi-Cal 169

E3. Pangangalaga sa hospisyo 169

E4. Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Tahanan (IHSS) 170

E5. Mga Waiver Program sa 1915(c) Mga Serbisyo sa Bahay at Komunidad (HCBS) 171

F. Mga benepisyong hindi saklaw ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal 175

A. Ang inyong mga saklaw na serbisyo

Isinasaad sa kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano. Maaari rin ninyong malaman ang tungkol sa mga serbisyo na hindi sinasaklaw. Ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa gamot ay nasa **Kabanata 5** Seksyon A, pahina 182 ng inyong *Handbook ng Miyembro*. Ipinapaliwanag rin ng kabanatang ito ang mga limitasyon sa ilang serbisyo.

Dahil nakakakuha kayo ng tulong mula sa Medi-Cal, wala kayong babayaran para sa inyong mga saklaw na serbisyo basta't sinusunod ninyo ang mga panuntunan ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 3,** Seksyon B, pahina 56 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa mga detalye tungkol sa mga tuntunin ng plano.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa kung anong mga serbisyo ang saklaw, tawagan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga *at/o* Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

A1. Sa panahon ng mga emergency sa kalusugan ng publiko

Ang Wellcare by Health Net ay susunod sa anuman at lahat ng pang-estado at/o pederal na patnubay na may kaugnayan sa isang emergency na kalusugan ng publiko (public health emergency, PHE). Sa panahon ng PHE, ibibigay ng plano ang lahat ng kinakailangang saklaw para sa aming mga miyembro. Puwedeng mag-iba ang saklaw depende sa mga serbisyong matatanggap at tagal ng PHE. Bisitahin ang aming website para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano makakakuha ng kinakailangang pangangalaga sa panahon ng PHE sa www.wellcare.com/healthnetCA o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Maaari ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

B. Mga panuntunan laban sa mga tagapagbigay ng serbisyo na naniningil sa inyo para sa mga serbisyo

Hindi namin pinapayagan ang aming mga tagapagbigay ng serbisyo na singilin kayo para sa mga saklaw na serbisyo sa network. Direkta naming binabayaran ang aming mga tagapagbigay ng serbisyo, at pinoprotektahan namin kayo mula sa anumang mga singil. Totoo ito kahit na

mas mababa ang ibinabayad namin sa tagapagbigay ng serbisyo kaysa sa sinisingil ng tagapagbigay ng serbisyo para sa serbisyo.

Hindi kayo dapat makatanggap ng bill mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo para sa mga saklaw na serbisyo. Kung makakatanggap kayo, sumangguni sa **Kabanata 7,** Seksyon A, pahina 214 ng inyong *Handbook ng Miyembro* o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

C. Tungkol sa Chart ng mga Benepisyo ng aming plano

Nakasaad sa Chart ng mga Benepisyo ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano. Inililista nito ang mga saklaw na serbisyo sa alpabetong pagkakasunud-sunod at ipinapaliwanag ang mga ito.

Binabayaran namin ang mga nakalistang serbisyo sa Chart ng mga Benepisyo kapag natutugunan ang mga sumusunod na panuntunan. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo, hangga't natutugunan ninyo ang mga kinakailangan na inilarawan sa ibaba.

- Ibinibigay namin ang mga saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal ayon sa mga tuntuning itinakda ng Medicare at Medi-Cal.
- Ang mga serbisyo kabilang ang mga serbisyo sa medikal na pangangalaga, kalusugan sa pag-uugali, at paggamit ng substance, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, mga equipment, at mga gamot ay dapat “medikal na kinakailangan.” Ang mga medikal na kinakailangang serbisyo ay mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan ninyo para maiwasan, ma-diagnose, o malunasan ang isang medikal na kundisyon o para mapanatili ang kasalukuyang katayuan ng inyong kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga para maiwasan ninyo na pumunta sa isang ospital o pasilidad sa pangangalaga. Nangangahulugan rin ito na natutugunan ng mga serbisyo, supply, o gamot ang mga tinatanggap na pamantayan ng pagsasagawa ng mga bagay ukol sa medisina. *“Ang isang serbisyo ay medikal na kinakailangan” kapag ito ay* makatwiran at kinakailangan upang protektahan ang buhay, upang maiwasan ang malubhang sakit o makabuluhang kapansanan, o upang mapawi ang matinding pananakit.
- Makukuha ninyo ang inyong pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Ang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay

isang tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa amin. Sa karamihan ng mga pagkakataon, hindi sasaklawin ang pangangalagang tatanggapin ninyo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network maliban kung isa itong emergency o pangangalagang agarang kinakailangan o maliban kung binigyan kayo ng referral ng inyong plano o tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Ang **Kabanata 3, Seksyon D**, pahina 59 ng inyong *Handbook ng Miyembro* ay may higit pang impormasyon tungkol sa paggamit ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network at wala sa network.

- Mayroon kayong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP) o isang pangkat ng nangangalaga na nagbibigay at namamahala sa inyong pangangalaga. Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat muna kayong mabigyan ng pag-apruba ng inyong PCP bago kayo magpatingin sa iba na hindi ninyo PCP, o bago kayo gumamit ng ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng plano. Tinatawag itong referral. Ang **Kabanata 3, Seksyon D**, pahina 59 ng inyong *Handbook ng Miyembro* ay may higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng referral at kung kailan ninyo ito **hindi** kailangan.
- Sinasaklaw lamang namin ang ilang mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo kung ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay kumuha muna ng aming pag-apruba. Tinatawag itong paunang awtorisasyon (PA). Minarkahan namin ang mga saklaw na serbisyo sa Chart ng Mga Benepisyo na nangangailangan ng PA bilang italic.

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

- Dahil lumalahok ang Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) sa Value-Based Insurance Wellness and Health Care 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.
- 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**, **Seksyon D**, pahina 95 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 Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) na magbigay ng 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.

- Ang lahat ng pang-agap na serbisyo ay walang bayad. Makikita ninyo ang mansanas na ito sa tabi ng mga pang-agap na serbisyo sa Chart ng mga Benepisyo.

- **Mga Suporta sa Komunidad:** *Maaaring available ang Mga Suporta sa Komunidad sa ilalim ng inyong Plano ng Pangangalaga para sa Indibidwal.* Ang Mga Suporta sa Komunidad aymedikal na nararapat at matipid sa gastos na mga alternatibong serbisyo o setting. Ang mga serbisyong ito ay opsyonal para sa mga miyembro. Kung kwalipikado kayo, ang mga serbisyong ito ay maaaring makatulong sa inyo na mamuhay nang higit na nakapag-iisa. Hindi pinapalitan ng mga ito ang mga benepisyong natatanggap na ninyo sa ilalim ng Medi-Cal. Kasama sa mga halimbawa ng Mga Suporta sa Komunidad na inaalok namin ang nakakatulong na medikal na pagkain at mga pagkain o mga pagkain na iniayon sa medikal, tulong para sa inyo o sa inyong tagapag-alaga, o mga shower grab bar at rampa. Kung kailangan ninyo ng tulong o gusto ninyong malaman kung aling Mga Suporta sa Komunidad ang maaari ninyong magamit, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711), sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga o tawagan ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Mga oras ng Mga Serbisyo para sa Miyembro: Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

D. Ang Chart ng mga Benepisyo ng aming plano

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pagsusuri para sa abdominal aortic aneurysm Babayaran namin ang isang beses na ultrasound na pagsusuri 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.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Acupuncture Babayaran namin ang hanggang dalawang serbisyo ng acupuncture para sa outpatient sa alinmang buwan sa kalendaryo, o nang mas madalas kung medikal na kinakailangan ang mga ito. Babayaran din namin ang hanggang 12 pagbisita para sa acupuncture sa loob ng 90 araw kung mayroon kayong pabalik-balik na pananakit ng ibabang bahagi ng likod, na tinutukoy na: • tumatagal nang 12 linggo o mas matagal pa; • hindi partikular (walang matukoy na sistematikong dahilan, tulad ng hindi nauugnay sa metastatic, pamamaga, o nakakahawang sakit); • hindi nauugnay sa surgery; **at** • hindi nauugnay sa pagbubuntis. Bukod pa rito, magbabayad kami para sa karagdagang walong sesyon ng acupuncture para sa chronic na kirot sa ibabang bahagi ng likod kung bubuti ang inyong kalagayan. Maaaring hindi kayo makakuha ng higit sa 20 na paggamot ng acupuncture para sa malalang pananakit sa ibabang bahagi ng likod bawat taon. Dapat itigil ang mga acupuncture treatment kung hindi bubuti o kung lalala pa ang inyong kalagayan. Sinasaklaw din ng aming plano ang mga karagdagang (Hindi saklaw ng Medicare) na serbisyo ng acupuncture na hanggang sa kabuuang 24 na pagpapatingin bawat taon. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Acupuncture (ipinagpatuloy) 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. 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 madaliang serbisyo. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Screening at pagpapayo sa pagkalulong sa alak Babayaran namin ang isang pagsusuri para sa pagkalulong sa alak (SABIRT) para sa mga nasa hustong gulang na nalulong sa alak ngunit hindi umaasa sa alak. Kasama rito ang mga buntis na kababaihan. Kung magpositibo kayo sa pagsusuri para sa pagkalulong sa alak, maaari kayong makakuha ng hanggang apat na maikli at harapang mga sesyon ng pagpapayo bawat taon (kung makakaya ninyo at nakahanda kayo sa panahon ng pagpapayo) sa isang kuwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP) o practitioner sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo ng ambulansya Ang mga saklaw na serbisyo ng ambulansya, ito man ay pang-emergency o hindi pang-emergency, ay kinabibilangan ng mga serbisyo ng fixed-wing, rotary-wing, at ground ambulance. Dadalhin kayo ng ambulansiya sa pinakamalapit na lugar na maaaring makapagbigay sa inyo ng pangangalaga. Ang inyong kondisyon ay dapat sapat na malubha na ang ibang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga ay maaaring ilagay sa panganib ang inyong kalusugan o buhay. Ang mga serbisyo ng ambulansiya para sa ibang mga kaso (hindi emergency) ay kailangang aprubado namin. Sa mga pangyayaring hindi emergency, maaari kaming magbayad para sa isang ambulansiya. Ang inyong kundisyon ay kailangang sapat na malubha na ang ibang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar para sa pangangalaga ay maaaring ilagay sa panganib ang inyong buhay o kalusugan.	$0
	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

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Taunang pagpapatingin para sa wellness Maaari kayong makakuha ng taunang checkup. Ito ay upang gumawa o i-update ang pang-agap na plano batay sa inyong kasalukuyang mga kadahilanan ng panganib. Babayaran namin 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 na **Welcome sa Medicare**. Gayunpaman, hindi ninyo kailangan ng pagsaklaw sa pagpapatingin na **Welcome sa Medicare** para sa taunang pagpapatingin para sa wellness kung mayroon kayong Part B sa loob ng 12 buwan.	$0
	Mga Serbisyong Pang-iwas sa Hika Maaari kayong makatanggap ng edukasyon sa hika at isang pagtatasa sa kapaligiran sa bahay para sa mga trigger na karaniwang makikita sa tahanan para sa mga taong may mahirap kontrolin na hika.	$0
	Pagsukat sa bone mass Babayaran namin ang ilang procedure para sa mga kwalipikadong miyembro (karaniwan, isang tao na nasa panganib na mabawasan ng bone mass o nasa panganib ng osteoporosis). Tinutukoy ng mga procedure na ito ang bone mass, natutuklasan ang pagrupok ng buto, o nalalaman ang kalidad ng buto. Babayaran namin ang mga serbisyo nang isang beses kada 24 na buwan, o mas malimit kung ang mga ito ay medikal na kinakailangan. Nagbabayad din kami para sa isang doktor upang tumingin at magkomento sa mga resulta.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Screening para sa kanser sa suso (mga mammogram) Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • 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	$0
	Mga cardiac na serbisyo ng rehabilitasyon (puso) Babayaran namin ang mga serbisyo ng rehabilitasyon sa puso tulad ng ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo. Dapat matugunan ng mga miyembro ang ilang kundisyon nang may referral ng doktor. Saklaw din namin ang mga intensive na programa ng rehabilitasyon para sa puso, na mas matindi kaysa sa mga programa ng rehabilitasyon para puso.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pagpapatingin para sa pagbawas ng panganib sa cardiovascular na sakit (sakit sa puso) (therapy para sa sakit sa puso) Binabayaran namin ang isang pagpapatingin kada isang taon, o higit pa kung medikal na kinakailangan, sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP) upang tumulong na pababain ang inyong panganib sa sakit sa puso. Sa panahon ng pagpapatingin, ang inyong doktor ay maaaring: • talakayin ang paggamit ng aspirin, • tingnan ang presyon ng inyong dugo, **at/o** • bigyan kayo ng mga payo upang tiyakin na kumakain kayo nang tama.	$0
	Cardiovascular na pagsusuri (pagsusuri sa sakit sa puso) Binabayaran namin ang mga pagsusuri sa dugo upang suriin ang sakit sa puso nang isang beses kada limang taon (60 buwan). Sinusuri rin ng mga pagsusuri sa dugong ito ang mga depekto na sanhi ng mataas na panganib ng sakit sa puso.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Screening para sa kanser sa cervix at sa ari ng babae Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • para sa lahat ng kababaihan: mga Pap test at eksaminasyon ng balakang isang beses kada 24 na buwan • para sa mga kababaihang mataas ang panganib na magkaroon ng kanser sa cervix o ari: isang Pap test kada 12 buwan • para sa kababaihang nagkaroon ng hindi normal na resulta sa Pap test sa loob ng nakaraang tatlong taon na nasa edad na maaaring magkaanak: isang Pap test kada 12 buwan • para sa mga babaeng 30-65 taong gulang: pagsusuri para sa human papillomavirus (HPV) o Pap plus HPV testing isang beses bawat 5 taon	$0
	Mga serbisyong chiropractic Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • mga pag-aayos sa gulugod upang iwasto ang pagkakahanay Sinasaklaw din ng aming plano ang mga karagdagan (hindi saklaw ng Medicare) na mga serbisyo sa chiropractic hanggang 24 na pagpapatingin bawat taon. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pagsusuri para sa colorectal cancer Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Walang minimum o maximum na limitasyon sa edad ang colonoscopy at saklaw ito nang isang beses kada 120 buwan (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. • 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 Blood-based Biomarker Test para sa mga pasyenteng edad 45 hanggang 85 at hindi pasok sa mga pamantayan ng 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 mga pasyenteng hindi mataas ang panganib at edad 45 pataas. 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.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga Serbisyong Pang-adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS) Ang CBAS ay isang programa sa kalusugan sa araw na nakabase sa komunidad na nagbibigay ng mga serbisyo sa mga nakatatanda at mga adultong may chronic na problema at/o kapansanang medikal, sa pag-iisip, o sa kalusugan ng pag-uugali na nanganganib na mangailangan ng institusyonal na pangangalaga. Ang CBAS Program ay isang alternatibo sa institusyunal na pangangalaga para sa mga benepisyaryo ng Medi-Cal na puwedeng manirahan sa bahay sa tulong ng mga naaangkop na serbisyong pangkalusugan, serbisyong rehabilitative, serbisyo sa personal na pangangalaga, at serbisyong panlipunan. Binibigyang-diin ng CBAS Program ang pagtutulungan ng kalahok, pamilya at/o tagapangalaga, doktor ng pangunahing pangangalaga, at komunidad para mapanatili ang personal na kakayahang makapagsarili. Kasama sa mga serbisyong ibinibigay sa center ang mga sumusunod: • Mga propesyonal na serbisyo sa pag-aalaga • Mga physical, occupational, at speech therapy • Mga serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip • Mga therapeutic na aktibidad • Mga Serbisyong Panlipunan • Personal na Pangangalaga • Maiinit na pagkain at pagpapayo sa nutrisyon • Transportasyon papunta at mula sa bahay ng kalahok **Tandaan:** Kung walang pasilidad para sa CBAS, maaari naming ibigay sa inyo ang mga serbisyong ito nang hiwalay.	$0

	Mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin Bilang miyembro ng Medi-Cal, maraming karaniwang serbisyo sa pangangalaga sa ngipin ang available sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Program; kabilang sa mga ito ang mga sumusunod, pero hindi limitado sa mga ito: • Mga dental na pagsusuri (kada 12 buwan) • Pagpapalinis ng ngipin (kada 12 na buwan) • Scaling at root planing • Fluoride varnish (kada 12 buwan) • Mga X-ray • Mga filling • Mga crown (puwedeng saklawin ang mga crown sa mga molar o premolar (bagang) sa ilang pagkakataon) • Mga root canal • Mga partial at buong pustiso • Mga denture reline • Pagbunot ng ngipin • Mga serbisyo sa emergency Makikita ninyo ang mga detalye tungkol sa inyong mga benepisyo sa Medi-Cal sa pangangalaga sa ngipin sa https://smilecalifornia.org o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-322-6384. Libre ang tawag. Available ang mga benepisyo sa pangangalaga sa ngipin sa Mga Programang Medi-Cal Dental Fee-for-Service at Dental Managed Care (DMC). Available ang mga kinatawan ng Programang Medi-Cal Dental Fee-For-Service para tulungan kayo mula 8:00a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin (ipinagpatuloy) Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-800-735-2922. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. Nagbabayad kami para sa ilang serbisyo sa pangangalaga sa ngipin kapag ang serbisyo ay mahalagang bahagi ng 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. Bukod pa sa inyong Mga Benepisyo sa Serbisyo para sa Ngipin ng Medi-Cal, sinasaklaw rin ng plano ng Wellcare Dual Align ang mga karagdagang serbisyo at procedure para sa ngipin. Kasama sa mga serbisyong ito ang, pero hindi limitado sa, mga sumusunod: • Mga crown – mga noble metal - isang beses kada ngipin sa bawat 5 taon ng kalendaryo • Prosthodontics (mga pustiso) – bawat 2 taon ng kalendaryo bawat arch **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin (ipinagpatuloy) • Mga bridge - bawat 5 taon ng kalendaryo bawat ngipin Nalalapat ang mga pagbubukod at limitasyon. 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. 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 Align (HMO D-SNP) sa listahan para hanapin ang Mga Detalye ng Benepisyo sa Pangangalaga sa Ngipin para sa planong ito. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	
	Pagsusuri para sa depresyon Binabayaran namin ang isang screening para sa depresyon kada taon. Ang pagsusuri ay kailangang gawin sa isang lugar ng pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga referral.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pagsusuri para sa diabetes Binabayaran namin ang pagsusuring ito (kasama ang mga pagsusuri sa fasting glucose) kung mayroon kayong alinman sa mga sumusunod na salik ng panganib: • mataas na presyon ng dugo (altapresyon) • kasaysayan ng hindi normal na antas ng kolesterol at triglyceride (dyslipidemia) • labis na katabaan • kasaysayan ng mataas na asukal sa dugo (glucose) Ang mga pagsusuri ay maaaring saklawin sa ilang kaso, tulad ng kung kayo ay may sobrang timbang at mayroong kasaysayan ng diabetes sa pamilya. Depende sa mga resulta ng pagsusuri, maaari kayong maging kwalipikado para sa dalawang pagsusuri sa diabetes kada 12 buwan.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pagsasanay, mga serbisyo at supply para sa pamamahala sa sarili ng isang diabetic Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng taong may diabetes (gumagamit man sila ng insulin o hindi): • Mga supply upang masubaybayan ang glucose ng inyong dugo, kasama ang mga sumusunod: ○ isang monitor ng glucose sa dugo ○ mga strip sa pagsusuri ng glucose sa dugo ○ mga kagamitan para sa lanseta at mga lanseta ○ mga solution para sa pagkontrol ng glucose para matingnan ang kawastuhan ng mga strip sa pagsusuri at monitor • Para sa mga taong may diabetes na mayroong matinding sakit sa paa ng diabetic, babayaran namin ang mga sumusunod: ○ isang pares ng pang-therapy na ipinasadyang sapatos (kabilang ang mga ipinapasok sa sapatos), kabilang ang pagsusukat, at dalawang dagdag na pares ng mga ipinapasok sa sapatos sa bawat taon sa kalendaryo, **o** ○ isang pares ng mga malalim na sapatos, kabilang ang pagsusukat, at tatlong pares ng mga ipinapasok sa sapatos bawat taon (hindi kasama ang mga hindi pasadyang ipinapasok sa sapatos na maaaring alisin na ibinibigay kasama ng mga ganitong sapatos) **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pagsasanay, mga serbisyo at supply para sa pamamahala sa sarili ng isang diabetic (ipinagpatuloy) • Sa ilang mga kaso, binabayaran namin ang mga pagsasanay upang matulungan kayong pamahalaan ang inyong diabetes. Upang matuto nang higit pa, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang mga produkto ng OneTouch™ na ginawa ng Lifescan ang aming preferred na supply para sa diabetic testing (mga glucose monitor at test strip). Ang iba pang brand ay hindi sinasaklaw maliban kung medikal na kinakailangan at paunang pinahintulutan. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	
	Mga serbisyo ng Doula Para sa mga buntis na indibidwal nagbabayad kami para sa siyam na pagbisita sa isang doula sa panahon ng prenatal at postpartum pati na rin ang suporta sa panahon ng labor at panganganak.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Matitibay na medikal na kagamitan (DME) at mga nauugnay na supply Sumangguni sa **Kabanata 12** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa kahulugan ng "Matitibay na Medikal na Kagamitan (DME)." Sinasaklaw namin ang mga sumusunod na item: • mga wheelchair, kabilang ang mga electric wheelchair • mga saklay • powered mattress systems • dry pressure pad para sa mattress • mga supply para sa may diabetes • mga kama ng ospital na inorder ng isang tagapagbigay ng serbisyo para gamitin sa tahanan **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Matitibay na medikal na kagamitan (DME) at mga nauugnay na supply (ipinagpatuloy) • mga pump at pole para sa intravenous (IV) infusion • mga speech generating device • kagamitan at mga supply sa oxygen • mga nebulizer • mga walker • standard curved na handle o quad cane at mga pamalit na kagamitan • cervical traction (sa pinto) • bone stimulator • kagamitan ng pangangalaga sa dialysis Ang ilan sa mga gamit ay maaaring masakop. Babayaran namin ang lahat ng medikal na kinakailangang DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung ang aming supplier sa inyong lugar ay hindi nagtitinda ng isang partikular na brand o tagagawa, maaari ninyo silang tanungin kung maaari nilang espesyal na i-order ito para sa inyo. Pakikontak ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para tulungan kayo sa paghahanap ng ibang supplier na puwedeng may available na partikular na item. Ang matitibay na medikal na kagamitan na hindi sinasaklaw ng Medicare na gagamitin sa labas ng bahay ay sinasaklaw rin. *Dapat ninyong kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo at kumuha ng referral. Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran

	Pang-emergency na pangangalaga
	
	Ang emergency na pangangalaga ay nangangahulugang mga serbisyo na:
	• ibinigay ng isang tagapagbigay ng serbisyo na sinanay upang magbigay ng mga serbisyong pang-emergency, **at**
	• kinakailangan upang gamutin ang isang medikal na emergency.
	
	Ang medikal na emergency ay isang medikal na kundisyon na may matinding pananakit o malubhang sugat. Napakalala ng kalagayan na, kapag hindi ito nakakuha ng agarang medikal na atensyon, sinumang may katamtamang kaalaman sa kalusugan at medisina ay maaaring umasa na magresulta ito sa:
	• malubhang panganib sa inyong kalusugan o sa sanggol na nasa inyong sinapupunan; **o**
	• malubhang pinsala sa mga paggana ng katawan; **o**
	• matinding pagpalya ng anumang organ o bahagi ng katawan.
	• Sa sitwasyon ng buntis na babaeng nasa isang aktibong paghilab ng tiyan (active labor), kapag:
	  ○ Walang sapat na panahon upang ligtas na ilipat kayo sa isa pang ospital bago manganak.
	  ○ Maaaring magdulot ng banta sa inyong kalusugan o kaligtasan o sa inyong hindi pa naisisilang na sanggol ang paglipat sa isa pang ospital.
	
	Pandaigdigang Pagsaklaw sa emergency/Agarang pagsaklaw.
	
	Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.
		$0
		
		Kung makakakuha kayo ng pang-emergency na pangangalaga sa isang ospital na wala sa network at kailangan ng inpatient na pangangalaga pagkatapos ma-stabilize ang inyong emergency, kailangan ninyong bumalik sa isang ospital na nasa network para patuloy na mabayaran ang pangangalaga sa inyo.
		
		Maaari kayong mamalagi sa ospital na wala sa network para sa pangangalaga sa inyo bilang inpatient kung aaprubahan lamang ng plano ang inyong pamamalagi.

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pang-emergency na pangangalaga (ipinagpatuloy) Inilalarawan bilang agaran, pang-emergency, at post-stabilization na pangangalaga na natanggap sa labas ng Estados Unidos. Limitado lamang sa mga serbisyong mauuri bilang pang-emergency, pangangalagang agarang kinakailangan, o post-stabilization na pangangalaga kung sila ay naibigay sa Estados Unidos. • Sinasaklaw ang mga serbisyo ng ambulansiya sa mga sitwasyon kung saan ang pagpunta sa emergency room sa anupamang paraan ay maaaring maglagay sa inyong kalusugan sa panganib. • Hindi saklaw ang mga buwis at bayarin sa ibang bansa (kabilang ang, pero hindi limitado sa, • pag-convert ng currency o mga bayad sa transaksyon). May taunang limitasyong nagkakahalaga ng $50,000 para sa Pandaigdigang pagsaklaw sa emergency/agarang saklaw. Ang Estados Unidos ay binubuo ng 50 estado, ang Distrito ng Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands, at American Samoa.	$100 Hindi mawe-wave ang bahagi sa gastos sa pang-buong mundong pagpapatingin para sa mga serbisyo sa emergency room/na agarang kinakailangan kung ma-confine kayo para sa inpatient na pangangalaga sa ospital.
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya Pinapayagan kayo ng batas na pumili ng anumang tagapagbigay ng serbisyo – ito man ay tagapagbigay ng serbisyong nasa network o tagapagbigay ng serbisyong wala sa network – para sa ilang partikular na serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Ang ibig sabihin nito ay kahit sinuman o anumang doktor, klinika, ospital, parmasya o opisina sa pagpaplano ng pamilya. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya (ipinagpatuloy) Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • eksaminasyon para sa pagpaplano ng pamilya at medikal na paggamot • laboratoryo para sa pagpaplano ng pamilya at mga diyagnostikong pagsusuri • mga pamamaraan sa pagpaplano ng pamilya (IUC/IUD, mga implant, mga iniksiyon, mga pill na pamigil sa pagbubuntis, patch, o ring) • mga supply para sa pagpaplano ng pamilya na may reseta (condom, sponge, foam, film, diaphragm cap) • pagpapayo at diagnosis sa pagkabaog at mga nauugnay na serbisyo • pagpapayo, pagsusuri, at paggamot para sa mga naipapasang impeksyon sa pakikipagtalik (STI) • pagpapayo at screening para sa HIV at AIDS, at iba pang kundisyong nauugnay sa HIV • permanenteng contraception (Dapat nasa edad 21 pataas na kayo para mapili ang pamamaraang ito ng pagpaplano ng pamilya. Dapat kayong lumagda sa isang form ng pagpapahintulot para sa federal sterilization nang hindi bababa sa 30 araw, ngunit hindi lalampas ng 180 araw bago ang petsa ng operasyon.) • genetic na pagpapayo Babayaran rin namin ang ilan sa ibang mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Gayunpaman, dapat kayong magpatingin sa isang tagapagbigay ng serbisyo sa aming network ng tagapagbigay ng serbisyo para sa mga sumusunod na serbisyo: • paggamot para sa mga medikal na kundisyon ng pagkabaog (Hindi kasama sa serbisyong ito ang mga artipisyal na paraan para mabuntis.) • paggamot para sa AIDS at iba pang mga kundisyon na nauugnay sa HIV • genetic na pagsusuri		

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga programang edukasyon sa kalusugan at wellness Naghahandog kami ng maraming programa na nakatuon sa ilang kundisyon ng kalusugan. Kasama sa mga ito ang: • Mga pag-aaral sa Edukasyong Pangkalusugan; • Mga pag-aaral sa Edukasyong Pang Nutrisyon; • Paghinto sa Paninigarilyo at Paggamit ng Tabako; **at** • Nursing Hotline • Fitness benefit 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. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga programang edukasyon sa kalusugan at wellness (ipinagpatuloy) • 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.	
	Mga serbisyo sa pandinig Babayaran namin ang mga pagsusuri sa pandinig at balanse na ginagawa ng inyong tagapagbigay ng serbisyo. Sinasabi sa inyo ng ganitong mga pagsusuri kung kailangan ninyo ng medikal na paggamot. Ang mga ito ay sinasaklaw bilang pangangalaga sa outpatient kapag nakuha ninyo ang mga ito mula sa isang doktor, audiologist, o ibang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo. Kung kayo ay buntis o nakatira sa isang pasilidad ng pangangalaga, babayaran din namin ang mga hearing aid, kasama ang: **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo sa pandinig (ipinagpatuloy) • mga hulmahan, supply, at mga ipinapasok sa tainga • mga pag-aayos na nagkakahalaga ng mahigit sa $25 kada pag-aayos • isang pangunahing set ng mga baterya • anim na pagbisita para sa pagsasanay, pag-aayos, at pagsukat sa parehong vendor pagkatapos ninyong makuha ang hearing aid • panahon ng pagsubok sa mga hearing aid • mga device na pantulong sa pakikinig, mga surface-worn bone conduction hearing device Sinasaklaw rin ng aming plano ang mga sumusunod na pandagdag (ibig sabihin, karaniwan) na mga serbisyo sa pagdinig: • 1 karaniwang pagsusuri sa pandinig kada taon. • 1 pagpapakabit ng hearing aid at pagsusuri kada taon. • 1 non-implantable hearing aid hanggang $1000 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. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Screening para sa HIV Babayaran namin ang isang pagsusuring eksaminasyon para sa HIV tuwing 12 buwan para sa mga taong: • hihiling ng screening para sa HIV, **o** • may mataas na panganib na magkaroon ng HIV. Para sa mga buntis na kababaihan, babayaran namin ang hanggang sa tatlong screening para sa HIV sa panahon ng pagbubuntis. Babayaran din namin ang karagdagang (mga) screening para sa HIV kapag inirekomenda ng inyong tagapagbigay ng serbisyo.	$0
	Pangangalaga mula sa ahensya ng kalusugang pantahanan Bago kayo makakakuha ng mga serbisyo ng kalusugan sa tahanan, dapat sabihin sa amin ng isang doktor na kailangan ninyo ang mga ito, at dapat ibigay ang mga ito ng ahensiya para sa kalusugan sa tahanan. Kailangan ay nananatili kayo sa bahay, na nangangahulugang nahihirapan kayo sa pag-alis sa bahay. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil pati ang ibang mga serbisyo na hindi nakalista dito: • 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 tahanan, 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 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 *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency*	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Home infusion therapy Babayaran ng aming plano ang home infusion therapy, na tinutukoy bilang mga gamot o biological na sangkap na itinuturok sa ugat o inilalapat sa ilalim ng balat at ibinibigay sa inyo sa tahanan. Kinakailangan ang mga sumusunod para magsagawa ng home infusion: • ang gamot o biological na sangkap, tulad ng antiviral o immune globulin; • kagamitan, tulad ng pump; **at** • mga supply, tulad ng mga tubo o catheter. Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng home infusion na kinabibilangan ng ngunit hindi limitado sa: • mga serbisyo ng propesyunal, kabilang ang mga serbisyo ng nurse, na ibinibigay alinsunod sa inyong plano sa pangangalaga; • pagsasanay at edukasyon ng miyembro na hindi pa kasama sa benepisyo ng DME; • malayuang pagsubaybay; **at** • 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. *Dapat ninyong kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo at kumuha ng referral.* *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga sa hospisyo May karapatan kayong humingi ng hospisyo kung mapag-alaman ng inyong tagapagbigay ng serbisyo at direktor ng hospisyong medical na mayroon kayong nakamamatay na karamdaman. Nangangahulugan itong mayroon kayong nakakamatay na sakit at inaasahang mayroon na lang anim na buwan o mas kaunti pa para mabuhay. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare. Dapat kayong tulungan ng aming plano na makahanap ng mga hospisyong sertipikado ng Medicare sa sineserbisyuhang lugar ng plano. 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 upang gamutin ang mga sintomas at pananakit • panandaliang pangangalaga upang makapagpahinga ang tagapangalaga • pangangalaga sa tahanan **Sisingilin sa Medicare ang mga serbisyo ng hospisyo at mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na may kaugnayan sa inyong terminal prognosis.** • Sumangguni sa **Seksyon F**, pahina 175 ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga sa hospisyo (ipinagpatuloy) **Para sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano ngunit hindi sinasaklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B:** • Saklaw ng aming plano ang mga serbisyong hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B. Saklaw namin ang mga serbisyo, ang mga ito man • ay nauugnay o hindi sa inyong terminal prognosis. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito. **Para sa mga gamot na maaaring saklaw ng benepisyo ng Medicare Part D ng aming plano:** • Hindi kailanman sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plano ang mga gamot nang magkasabay. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5, Seksyon F3**, pahina 200 ng inyong *Handbook ng Miyembro*. **Tandaan:** Kung kailangan ninyo ng pangangalaga na hindi mula sa hospisyo, tawagan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga at/o mga serbisyo para sa miyembro upang ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na hindi mula sa hospisyo ay pangangalaga na **hindi** nauugnay sa inyong nakamamatay na karamdaman. Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo sa konsultasyon sa hospisyo (isang beses lang) para sa isang miyembrong may nakamamatay na sakit na hindi pinili ang benepisyo ng hospisyo. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pagpapabakuna Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • 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 • Mga bakuna para 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 Babayaran namin ang ibang mga bakuna na tumutugon sa mga patakaran sa pagsaklaw ng Medicare Part D. Sumangguni sa **Kabanata 6**, **Seksyon D**, pahina 211 ng inyong *Handbook ng Miyembro* upang matuto nang higit pa tungkol sa mga serbisyo sa rehabilitasyon. *Nangangailangan ng paunang awtorisasyon ang ilang gamot sa Part B para masaklaw ang mga ito.*	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	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. Dapat ninyong gamitin ang inyyong mga benepisyo ng Wellcare Dual Align IHSS bago gamitin ang mga benepisyo ng Medi-Cal FFS IHSS. 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. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga pansuportang serbisyo sa loob ng bahay (ipinagpatuloy) Ang mga serbisyo ay ibibigay sa loob ng 4 na oras na mga pagtaas na may maximum na 12 pagbisita bawat taon. Para malaman ang higit pang impormasyon tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.	
	Inpatient na pangangalaga sa ospital Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at iba pang serbisyong medikal na kinakailangan na hindi nakalista rito: • semi-private na kwarto (o pribadong kwarto kung medikal na kinakailangan) • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga regular na serbisyong pangangalaga • mga halaga ng mga yunit ng espesyal na pangangalaga tulad ng mga yunit ng intensive na pangangalaga o yunit ng pangangalaga ng puso • mga gamot at medikasyon • mga pagsusuri sa laboratoryo • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo sa radiology • kinakailangan na mga supply para sa operasyon at medikal • mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair • mga serbisyo ng silid ng operasyon at pagpapagaling • physical, occupational, at speech therapy • mga inpatient na serbisyo para sa pag-abuso sa substance **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0 Dapat kayong makakuha ng pag-apruba mula sa aming plano upang makakuha ng pangangalaga para sa inpatient sa isang ospital na wala sa network pagkatapos mapahupa ang inyong emergency.

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Inpatient na pangangalaga sa ospital (ipinagpatuloy) • sa ilang sitwasyon, ang mga sumusunod na uri ng transplant: cornea, bato, bato/pancreas, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell, at sa bituka/multivisceral. Kung kailangan ninyo ng transplant, susuriin ng isang transplant center na aprubado ng Medicare ang inyong kaso at pagpapasyahan kung kwalipikado kayong makatanggap ng transplant. Maaaring lokal o wala sa sineserbisyuhang lugar ang mga tagapagbigay ng serbisyo ng transplant. Kung papayag ang mga lokal na tagapagbigay ng serbisyo para sa transplant sa presyo ng Medicare, makukuha ninyo ang inyong mga serbisyo para sa transplant sa inyong lugar o nang hindi naaayon sa modelo ng pangangalaga para sa inyong komunidad. Kung ang aming plano ay nagbibigay ng mga serbisyo sa transplant sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa aming komunidad at pinili ninyong isagawa ang inyong transplant doon, aayusin o babayaran namin ang mga gastos sa panunuluyan at paglalakbay para sa inyo at sa isa pang tao. • dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • mga serbisyo ng doktor **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Inpatient na pangangalaga sa ospital (ipinagpatuloy) **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 "Kayo ba ay Inpatient o Outpatient sa Ospital? Kung Mayroon Kayong Medicare – Magtanong!". Makikita ang fact sheet na ito sa web sa www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 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. Dapat kayong makakuha ng pag-apruba mula sa aming plano upang patuloy kayong makakuha ng pangangalaga bilang inpatient sa isang ospital na wala sa network pagkatapos ma-stabilize ang inyong emergency. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga inpatient na serbisyo sa isang psychiatric na ospital Babayaran namin ang mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip na nangangailangan ng pamamalagi sa ospital. • Kung kailangan ninyo ng mga inpatient na serbisyo sa isang nagsasariling ospital para sa may karamdaman sa isipan, babayaran namin ang unang 190 araw. Pagkatapos nito, ang lokal na ahensya ng kalusugan ng pag-iisip ng county ang magbabayad para sa mga inpatient na psychiatric na serbisyong medikal na kinakailangan. Ang pahintulot para sa pangangalaga na lampas sa 190 araw ay pangangasiwaan sa lokal na ahensiya ng county sa kalusugan ng pag-iisip. ○ 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 kayo ay 65 taong gulang pataas, babayaran namin ang mga serbisyong natanggap sa isang Institusyon para sa mga Sakit sa Pag-iisip (Institute for Mental Diseases, IMD). *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Inpatient na pananatili: Mga saklaw na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) sa hindi saklaw na inpatient na pananatili Hindi namin babayaran ang inyong inpatient na pananatili kung nagamit na ninyo ang lahat ng inyong inpatient na benepisyo o kung hindi makatuwiran at hindi medikal na kinakailangan ang inyong pananatili. Gayunpaman, sa ilang pangyayaring hindi saklaw ang inpatient na pangangalaga, maaari pa rin naming bayaran ang mga serbisyong inyong nakukuha habang kayo ay nasa isang ospital o isang pasilidad ng pangangalaga. Upang matuto nang higit pa, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil pati ang ibang mga serbisyo na hindi nakalista dito: • mga serbisyo ng doktor • mga diyagnostikong pagsusuri, katulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo • X-ray, radium, at isotope therapy, kasama ang mga materyales at serbisyo ng technician • mga benda ng sugat sa operasyon • mga splint, cast, at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon • mga prosthetics at orthotics, bukod sa pangngipin, kasama ang pagpapalit o mga pag-aayos ng mga ganitong kagamitan. Ito ang mga device na pumapalit sa lahat o bahagi ng: **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Inpatient na pananatili: Mga saklaw na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) sa hindi saklaw na inpatient na pananatili (ipinagpatuloy) ○ isang panloob na organ ng katawan (kabilang ang magkadikit na tissue), **o** ○ ang function ng isang hindi gumaganang panloob na organ ng katawan. • mga brace sa binti, braso, likod, at leeg, mga truss (pansuporta), at mga artipisyal na binti, braso, at mga mata. Kasama rito ang mga pag-aayos, pagkukumpuni, at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkasira, pagkawala, o isang pagbabago sa kundisyon mo • physical therapy, speech therapy, at occupational therapy *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	
	Mga serbisyo at supply para sa sakit sa bato Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Mga serbisyong pang-edukasyon tungkol sa sakit sa bato upang magturo ng pangangalaga sa bato at tulungan kayong gumawa ng mabubuting desisyon tungkol sa inyong pangangalaga. Kailangan mayroon kayong stage IV na hindi gumagaling na sakit sa bato, at dapat i-refer kayo ng inyong doktor. Sinasaklaw namin ang hanggang sa anim na sesyon ng mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo at supply para sa sakit sa bato (ipinagpatuloy) • Mga paggamot na dialysis ng outpatient, kabilang ang mga paggamot na dialysis kapag pansamantalang wala sa sineserbisyuhang lugar, gaya ng ipinaliwanag sa **Kabanata 3**, **Seksyon D4**, pahina 67 ng inyong *Handbook ng Miyembro*, o kapag pansamantalng hindi magamit o hindi ma-access ang inyong tagapagbigay ng serbisyo para sa serbisyong ito. • Mga inpatient na dialysis na paggamot kung kayo ay ipinasok sa isang ospital bilang pasyenteng mananatili dito para sa espesyal na pangangalaga • Pagsasanay para sa pag-dialysis sa sarili, kasama ang pagsasanay para sa inyo at sinumang tumutulong sa inyo sa inyong mga dialysis na paggamot sa inyong tahanan • Kagamitan at mga supply para sa dialysis sa bahay • Ilang pansuportang serbisyo sa tahanan, tulad ng mga kinakailangang pagpunta ng mga sinanay na manggagawa sa dialysis para tingnan ang inyong dialysis sa tahanan, para tumulong sa mga emergency, at para tingnan ang inyong kagamitan para sa dialysis at supply ng tubig. Ang inyong benepisyo sa gamot ng Medicare Part B ang magbabayad para sa ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, sumangguni sa “Mga inireresetang gamot na nasa Medicare Part B” sa chart na ito. *Dapat ninyong kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo at kumuha ng referral.*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga screening para sa kanser sa baga Binabayaran ng aming plano ang pagsusuri sa kanser sa baga tuwing 12 na buwan kung kayo ay: • nasa 50-77 taong gulang, **at** • bumibisita sa doktor o sa iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo para sa paghingi ng payo at pinagtulungang pagpapasya, **at** • nanigarilyo nang hindi bababa sa 1 kaha sa isang araw sa loob ng 20 taon nang walang senyales o sintomas ng kanser sa baga o naninigarilyo ngayon o huminto sa loob ng nakalipas na 15 taon Pagkatapos ng unang pagsusuri, magbabayad ang aming plano para sa panibagong pagsusuri kada taon na may nakasulat na bilin mula sa inyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Benepisyo sa 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. Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang iiskedyul ang paghahatid ng pagkain. Ang mga numero ng telepono ay matatagpuan sa ibaba ng pahinang ito. *Dapat ninyong kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo at kumuha ng referral.*	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Therapy para sa medikal na nutrisyon Ang benepisyo na ito ay para sa mga taong may diabetes o sakit sa bato nang walang dialysis. Para rin ito sa pagkatapos ng transplant ng bato kapag ipinayo ng inyong doktor. Magbabayad kami para sa tatlong oras na one-on-one na mga serbisyo sa pagpapayo sa panahon ng unang taon na makakatanggap kayo ng mga serbisyo ng therapy para sa medikal na nutrisyon sa ilalim ng Medicare. Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Magbabayad kami para sa dalawang oras na one-on-one na mga serbisyo sa pagpapayo bawa't taon pagkatapos nito. Kung magbabago ang inyong kundisyon, paggamot, o diagnosis, maaari kayong makakuha ng mas maraming oras ng paggamot sa pamamagitan ng order ng doktor. Dapat ireseta ng doktor ang mga serbisyong ito at dapat niyang i-renew ang order bawat taon kung kailangan ninyo ng paggamot sa susunod na taon ng kalendaryo. Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Programang Pang-iwas sa Diabetes ng Medicare (MDPP) Magbabayad ang aming plano para sa mga serbisyong MDPP. Idinisenyo ang MDPP upang tulungan kayong dagdagan ang malusog na pag-uugali. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa: **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina** **Programang Pang-iwas sa Diabetes ng Medicare (MDPP) (ipinagpatuloy)** • pangmatagalang panahong pagbabago sa diyeta, **at** • mas maraming pisikal na aktibidad, **at** • mga paraan upang patuloy na mabawasan ang timbang at magkaroon ng malusog na pamumuhay.	$0
	Mga inireresetang gamot sa Medicare Part B Ang mga gamot na ito ay sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B. Binabayaran ng aming plano ang mga sumusunod na gamot: • mga gamot na hindi ninyo karaniwang ibinibigay sa inyong sarili at itinuturok o ini-infuse habang kayo ay nakakakuha ng mga serbisyo ng doktor, outpatient sa ospital, o sentro para sa ambulatory na operasyon • insulin na ibinibigay gamit ang isang matibay na medikal na kagamitan (gaya ng medikal na kinakailangan na insulin pump) • iba pang gamot na iniinom ninyo gamit ang matitibay na medikal na kagamitan (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng aming 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 **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga inireresetang gamot sa Medicare Part B (ipinagpatuloy) • mga gamot para sa osteoporosis na itinuturok. Binabayaran namin ang mga gamot na ito kung kayo ay nasa bahay, may bali sa buto na pinatunayan ng isang doktor na may kaugnayan sa post-menopausal osteoporosis, at hindi ninyo kayang iturok ang gamot sa inyong sarili • 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) • Ang IV na immune globulin para sa paggamot sa tahanan ng mga sakit na nagpapahina ng resistensiya (primary immune deficiency) adalhin kayo ng sumusunod na link sa isang listahan ng mga Medicare Part B na gamot na maaaring mapailalim sa step therapy: www.wellcare.com/healthnetCA. Sinasaklaw din namin ang ilang mga bakuna sa ilalim ng benepisyo sa inireresetang gamot ng Medicare Part B at Medicare Part D. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga inireresetang gamot sa Medicare Part B (ipinagpatuloy) Ipinapaliwanag sa **Kabanata 5, Seksyon A**, pahina 182 ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang aming benepisyo sa inireresetang gamot para sa outpatient. Ipinapaliwanag nito ang mga patuntunan na dapat ninyong sundin para saklawin ang mga inireresetang gamot. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 6**, **Seksyon C2**, pahina 210 ng inyong *Handbook ng Miyembro* kung ano ang babayaran ninyo para sa inyong mga inireresetang gamot sa outpatient sa pamamagitan ng aming plano. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga Ang isang pasilidad ng pangangalaga (Nursing Facility o NF) ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi makakakuha ng pangangalaga sa tahanan ngunit hindi kailangang maospital. Kasama sa mga serbisyo na binabayaran namin ang, ngunit hindi limitado sa mga sumusunod: • semi-private na kwarto (o pribadong kuwarto kung ito ay medikal na kinakailangan) • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo sa pangangalaga • physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • respiratory therapy • mga gamot na ibinibigay sa inyo bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga. (Kasama rito ang mga sangkap na likas na nasa katawan, tulad ng mga sanhi ng pamumuo ng dugo.) • dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • mga pangmedikal at pang-operasyon na supply na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga (ipinagpatuloy) • Mga serbisyo para sa X-ray at ibang mga serbisyo ng radiology na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • paggamit ng mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga serbisyo ng doktor/propesyonal • matitibay na medikal na kagamitan • mga serbisyo sa ngipin, kasama ang mga pustiso • mga benepisyo sa paningin • mga eksaminasyon sa pandinig • chiropractic na pangangalaga • mga serbisyo sa paa Karaniwan ninyong makukuha ang inyong pangangalaga mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaari ninyong makukuha ang inyong pangangalaga mula sa isang pasilidad na wala sa aming network. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tinatanggap ng mga ito ang mga halaga ng bayad ng aming plano: • isang pasilidad ng pangangalaga o komunidad sa patuloy na pangangalaga sa pagreretiro kung saan kayo nakatira bago kayo pumunta sa ospital (basta't ito ay nagbibigay ng pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga). • isang pasilidad ng pangangalaga kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa oras na umalis kayo sa ospital. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Screening para sa labis na katabaan at therapy upang panatilihing mababa ang timbang Kung mayroon kayong body mass index na 30 o mahigit pa, magbabayad kami para sa pagpapayo upang matulungan kayong magbawas ng timbang. Dapat ninyong makuha ang pagpapayo sa isang lugar ng pangunahing pangangalaga. Sa ganitong paraan, mapapamahalaan ito kasama ang inyong buong plano sa pag-iwas. Kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga upang malaman ang higit pa.	$0
	Mga serbisyo ng programa sa paggamot ng opioid (opioid treatment program, OTP) Binabayaran ng aming plano ang mga sumusunod na serbisyo para gamutin ang karamdaman sa paggamit ng opioid (opioid use disorder, OUD): • mga aktibidad pag-inom • mga pana-panahong pagtatasa • mga gamot na inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) at, kung naaangkop, pamamahala at pagbibigay sa inyo ng mga gamot na ito • pagpapayo tungkol sa paggamit ng substance • indibidwal na therapy at nakagrupong therapy • pagsusuri para sa mga gamot o kemikal sa inyong katawan (toxicology testing) *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga diagnostic test at therapeutic na serbisyo at supply para sa outpatient Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at iba pang serbisyong medikal na kinakailangan na hindi nakalista rito: • Mga X-ray • radiation (radium at isotope) therapy kasama ang mga materyales at supply ng technician • mga supply sa operasyon, gaya ng mga dressing • mga splint, cast, at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon • mga pagsusuri sa laboratoryo • dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • iba pang outpatient na diagnostic na pagsusuri ○ (may kasamang mga kumplikadong test gaya ng CT, MRI, MRA, SPECT) *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	$0
	Mga outpatient na serbisyo sa ospital Nagbabayad kami para sa mga serbisyong medikal na kinakailangan na nakukuha ninyo sa departamento ng outpatient ng isang ospital para sa pagsusuri o paggamot ng isang sakit o sugat, tulad ng: • Mga serbisyo sa isang kagawaran ng emergency o klinika ng outpatient, gaya ng mga serbisyo sa pag-opera o obserbasyon sa outpatient ○ Tinutulungan ng mga serbisyo para sa obserbasyon ang inyong doktor na malaman kung kailangan ninyong mamalagi sa ospital bilang “inpatient.” **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga outpatient na serbisyo sa ospital (ipinagpatuloy) ○ Kung minsan ay maaaring mamalagi kayo sa ospital nang magdamag at maging "outpatient" pa rin. ○ Puwede kayong makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagiging inpatient o outpatient sa fact sheet na ito: www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf. • Mga laboratoryo at diyagnostikong pagsusuri na sinisingil ng ospital • Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip, kasama ang pangangalaga sa isang programa ng paggamot sa karamdaman sa isipan sa pamamagitan ng pabalik-balik na pagpunta sa isang pagamutan (partial-hospitalization program), kung mapapatunayan ng isang doktor na mangangailangan ng inpatient na paggamot nang wala ito • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo sa radiology na sisingilin ng ospital • Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast • Mga pang-agap na pagsusuri at serbisyong nakalista sa buong Chart ng mga Benepisyo • Ilang gamot na hindi ninyo maibigay sa sarili ninyo *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	
	Outpatient na pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip Binabayaran namin ang mga serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip na ibinibigay ng: • isang psychiatrist o doktor na lisensiyado sa estado • isang clinical psychologist • isang clinical social worker **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Outpatient na pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip (ipinagpatuloy) • isang clinical na espesyalistang nurse • isang lisensyadong propesyonal na tagapayo (LPC) • isang lisensyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (LMFT) • isang propesyonal na nurse (NP) • isang katulong ng doktor (PA) • anumang ibang mga propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan ng pag-iisip na kwalipikado sa Medicare ayon sa pinahihintulutan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil pati ang ibang mga serbisyo na hindi nakalista dito: • Mga serbisyo sa klinika • Pang-umagang paggamot • Mga serbisyo ng rehab para sa isipan at pag-uugali • Mga programa ng bahagyang pagkakaospital o mga intensive na programa para sa outpatient • Pagtatasa at paggamot sa kalusugan ng pag-iisip ng indibiduwal at grupo • Pagsusuri sa sikolohikal kapag ipinahiwatig sa klinika upang suriin ang resulta ng kalusugan ng isip • Mga serbisyo sa outpatient para sa mga layunin ng pagsubaybay sa therapy sa pamamagitan ng gamot • Laboratoryo, mga gamot, supply at suplemento para sa outpatient • Psychiatric na konsultasyon *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo ng rehabilitasyon para sa outpatient Binabayaran namin ang physical therapy, occupational therapy, at speech therapy. Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo ng rehabilitasyon para sa outpatient mula sa mga departamento ng ospital para sa pasyenteng hindi mananatili rito, hiwalay na tanggapan ng therapist, Pasilidad sa Komprehensibong Rehabilitasyon para sa Outpatient (CORF), at iba pang pasilidad. *Dapat ninyong kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo at kumuha ng referral.* *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	$0
	Mga outpatient na serbisyo para sa pag-abuso sa substance Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil pati ang ibang mga serbisyo na hindi nakalista dito: • screening at pagpapayo sa pagkalulong sa alak • paggamot sa pag-abuso sa droga • pagpapayo sa grupo o indibiduwal ng isang kwalipikadong doktor • hindi masyadong malubhang pag-alis ng lason (detoxification) sa isang pantahanang programa para sa pagkalulong • mga serbisyo para sa alak at/o droga sa isang intensive na outpatient treatment center • extended release Naltrexone (vivitrol) na paggamot *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Operasyon para sa outpatient Binabayaran namin ang operasyon para sa outpatient at mga serbisyo sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at mga sentro para sa ambulatory na operasyon. *Dapat ninyong kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo at kumuha ng referral.* *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	$0
	Mga serbisyo sa bahagyang pagkakaospital at mga intensive na serbisyo sa outpatient Ang bahagyang pagkakaospital ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong paggamot sa isipan. Inaalok ito bilang serbisyo sa ospital para sa outpatient o ng isang sentro sa komunidad para sa kalusugan ng pag-iisip. Ito ay mas matindi kaysa sa pangangalaga na nakukuha ninyo sa tanggapan ng inyong doktor o therapist. Matutulungan kayo nito na iwasang manatili sa ospital. 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 bilang isang serbisyo sa outpatient sa 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. **Tandaan:** Dahil walang mga sentro sa komunidad para sa kalusugan ng pag-iisip sa aming network, sasaklawin lang namin ang bahagyang pagkakaospital sa isang ospital bilang outpatient na serbisyo. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo ng doktor o tagapagbigay ng serbisyo, kasama ang mga pagpapatingin sa doktor Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • medikal na kinakailangan na pangangalagang pangkalusugan o mga serbisyo sa operasyon na ibinibigay sa mga lugar tulad ng: • tanggapan ng doktor • center ng ambulatoryong operasyon • departamento ng outpatient ng ospital • konsultasyon, pagtuklas ng sakit at panggagamot ng isang espesyalista • mga pangunahing pagsusuri sa pandinig at balanse na ibinibigay ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga, kung ipinag-utos ito ng inyong doktor para malaman kung kailangan ninyo ng paggamot • Ilang serbisyo sa telehealth, kabilang ang mga serbisyong agarang kinakailangan, mga serbisyo sa kalusugan sa tahanan, doktor ng pangunahing pangangalaga, occupational therapy, espesyalista, mga indibidwal na sesyon para sa kalusugan ng isip, mga serbisyo sa paa, iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, mga indibidwal na sesyon para sa psychiatric, physical therapy at mga serbisyo sa speech-language pathology, mga indibidwal na sesyon para sa pang-aabuso sa ipinagbabawal na gamot ng outpatient, at pagsasanay sa pansariling pamamahala sa diabetes. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo ng doktor o tagapagbigay ng serbisyo, kasama ang mga pagpapatingin sa doktor (ipinagpatuloy) 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. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo ng doktor o tagapagbigay ng serbisyo, kasama ang mga pagpapatingin sa doktor (ipinagpatuloy) 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 telehealth na serbisyo kabilang ang konsultasyon, diagnosis, at paggamot ng isang doktor o practitioner, para sa mga miyembro sa ilang partikular na rural na lokasyon o iba pang lugar na aprubado ng Medicare • mga serbisyo ng telehealth para sa mga buwanang pagpapatingin na nauugnay sa sakit sa bato na wala nang lunas (ESRD) para sa mga miyembro ng dialysis sa bahay sa isang renal dialysis center na nakabatay sa ospital o kritikal na pag-access na nakabatay sa ospital, pasilidad para sa renal dialysis, o sa bahay • mga telehealth na serbisyo para mag-diagnose, sumuri, o gumamot ng mga sintomas ng stroke • mga serbisyo ng telehealth para sa mga miyembrong may problema sa paggamit ng substance o nakakaranas din ng problema sa kalusugan ng isip • 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 **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo ng doktor o tagapagbigay ng serbisyo, kasama ang mga pagpapatingin sa doktor (ipinagpatuloy) ○ 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 • 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 **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo ng doktor o tagapagbigay ng serbisyo, kasama ang mga pagpapatingin sa doktor (ipinagpatuloy) Pagkonsulta ng inyong doktor sa iba pang doktor sa pamamagitan ng telepono, Internet, o electronic na talaan ng kalusugan kung hindi kayo bagong pasyente • Pangalawang opinyon ng isa pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network bago magpaopera • Hindi regular na pangangalaga sa ngipin. Ang mga saklaw na serbisyo ay limitado sa: ○ operasyon ng panga o mga nauugnay na istraktura ○ pag-aayos sa mga pagkasira ng panga o buto sa mukha ○ pagbunot sa mga ngipin bago ang mga paggamot sa neoplastic na kanser sa pamamagitan ng radiation ○ mga serbisyo na sasaklawin kung ibibigay ng isang doktor *Dapat ninyong kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo at kumuha ng referral.* *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga Serbisyo sa Paa Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • pagsusuri at medikal na paggamot o pag-oopera sa mga sugat at sakit sa paa (tulad ng hammer toe o heel spur) • regular na pangangalaga ng paa para sa mga miyembrong may mga kundisyong nakakaapekto sa mga binti, tulad ng diabetes Karagdagang regular na pangangalaga ng paa na limitado sa 12 pagpapatingin bawat taon *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	$0
	Mga eksaminasyong pagsusuri para sa prostate cancer Para sa mga lalaki na nasa edad na 50 pataas, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo nang isang beses kada 12 buwan: • isang digital na eksaminasyon sa puwit • isang prostate specific antigen (PSA) na pagsusuri	$0
	Mga prosthetic na aparato at mga kaugnay na supply Pinapalitan ng mga prosthetic device ang lahat o bahagi ng katawan o paggana ng katawan. Binabayaran namin ang mga sumusunod na prosthetic device, at marahil pati ang ibang mga kagamitan na hindi nakalista dito: • mga colostomy bag at mga supply na may kaugnayan sa pangangalaga sa colostomy • enteral at parenteral na nutrisyon, kasama na ang mga feeding supply kit, infusion pump, tubing at adaptor, solution, at supply para sa mga iniksiyong maaaring kayo mismo ang magturok sa sarili **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga prosthetic na aparato at mga kaugnay na supply (ipinagpatuloy) • mga pacemaker • mga brace • mga prosthetic na sapatos • mga artipisyal na braso at binti • mga prostheses sa suso (kasama ang isang bra para sa operasyon pagkatapos ng isang mastectomy o pag-alis ng suso) • mga prostheses upang mapalitan ang lahat ng bahagi ng panlabas na bahagi ng mukha na naalis o napinsala bilang resulta ng sakit, injury, o problema sa kapanganakan • mga cream at diaper para sa hindi makapagpigil umihi o dumumi Nagbabayad kami para sa ilang mga supply na nauugnay sa mga prosthetic device. Nagbabayad din kami para ayusin o palitan ang mga prosthetic na device. Nag-aalok kami ng ilang pagsaklaw pagkatapos ng pag-alis ng katarata o operasyon sa katarata. Sumangguni sa "Pangangalaga sa paningin" sa ibang pagkakataon sa chart na ito para sa mga detalye. Hindi namin babayaran ang mga prosthetic na kagamitan sa ngipin. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng baga Binabayaran namin ang mga programa ng pagpapagaling sa baga para sa mga miyembro na may katamtaman hanggang sa napakalubhang sakit na talamak na pagbara sa baga (COPD). Dapat kayong magkaroon ng referral para sa rehabilitasyon para sa baga mula sa doktor o tagapagbigay ng serbisyo na gumagamot ng COPD.	$0
	Screening at pagpapayo para sa mga naipapasang impeksyon sa pakikipagtalik (STI) Binabayaran namin ang mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Saklaw ang mga screening na ito para sa mga buntis at para sa ilang taong may mataas na peligro sa STI. Ang isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga ang kailangang mag-utos ng mga pagsusuri. Sinasaklaw namin ang mga pagsusuring ito isang beses kada 12 buwan o sa mga partikular na panahon ng pagbubuntis. Binabayaran rin namin ang hanggang sa dalawang maigting na harapang sesyon ng pagpapayo sa pag-uugali bawat taon para sa mga seksuwal na aktibong nasa hustong gulang na nasa nadagdagang panganib para sa mga STI. Ang bawat sesyon ay maaaring magtagal nang 20 hanggang 30 minuto. Binabayaran namin ang mga sesyon ng pagpapayo na ito bilang isang serbisyong pang-iwas kung ibibigay lamang ng isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga. Ang mga sesyon na ito ay dapat nasa isang lugar ng pangunahing pangangalaga, tulad ng tanggapan ng isang doktor.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil pati ang ibang mga serbisyo na hindi nakalista dito: • isang semi-private na kwarto, o isang pribadong kuwarto kung medikal itong kinakailangan • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo sa pangangalaga • physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • mga gamot na nakukuha ninyo bilang bahagi ng inyong plano sa pangangalaga, kasama ang mga sangkap na likas na nasa katawan, tulad ng mga sanhi ng pamumuo ng dugo • dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala • mga pang-medikal at pang-operasyon na supply na ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga pagsusuri sa laboratoryo na ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • Mga serbisyo para sa X-ray at ibang mga serbisyo ng radiology na ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair, na karaniwang ibinibigay ng pasilidad ng pangangalaga • mga serbisyo ng doktor/tagapagbigay ng serbisyo **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) (ipinagpatuloy) Karaniwan ninyong makukuha ang inyong pangangalaga mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaari ninyong makukuha ang inyong pangangalaga mula sa isang pasilidad na wala sa aming network. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tinatanggap ng mga ito ang mga halaga ng bayad ng aming plano: • isang pasilidad ng pangangalaga o komunidad sa patuloy na pangangalaga sa pagreretiro kung saan kayo nakatira bago kayo pumunta sa ospital (basta't ito ay nagbibigay ng pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga) • isang pasilidad ng pangangalaga kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa oras na umalis kayo sa ospital *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	
	Paghinto sa paninigarilyo at paggamit ng tabako Kung gumagamit kayo ng tabako, wala kayong mga palatandaan o sintomas ng sakit na may kaugnayan sa tabako, at gusto o kailangan ninyong huminto: • Babayaran namin ang dalawang pagsubok para tumigil sa isang 12 buwan na panahon bilang isang serbisyo na pang-iwas sa sakit. Libre ang serbisyong ito para sa inyo. Kasama sa bawat pagsubok para tumigil ang hanggang apat na harapang pagkonsulta. Kung gumagamit kayo ng tabako at nasuring mayroon kayong karamdamang nauugnay sa tabako o umiinom kayo ng gamot na maaaring maapektuhan ng tabako: • Babayaran namin ang dalawang pagpapayo para sa pagusbok sa pagtigil sa loob ng 12-buwang panahon. Kabilang sa bawat pagtatangka sa pagpapayo ang hanggang apat na harapang pagbisita.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pinapangasiwaang Ehersisyong Therapy (SET) Nagbabayad kami para sa SET para sa mga miyembrong may symptomatic peripheral artery disease (PAD) na may referral para sa PAD mula sa doktor na responsable para sa paggamot sa PAD. Binabayaran ng aming plano ang: • hanggang 36 na sesyon sa loob ng 12 linggo kung matutugunan ang lahat ng kinakailangan sa SET • karagdagang 36 na sesyon sa paglipas ng panahon kung matutukoy ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na medikal itong kinakailangan Ang programa ng SET ay dapat: • 30 hanggang 60 minutong mga sesyon ng pang-therapy na programa ng pagsasanay sa pag-eehersisyo para sa PAD sa mga miyembrong namumulikat ang binti dahil sa mahinang pagdaloy ng dugo (claudication) • ibinibigay sa isang lugar sa ospital para sa outpatient o sa tanggapan ng doktor • inihahatid ng mga kwalipikadong tauhan na tinitiyak na ang benepisyo ay hindi mapanganib at sinanay sa exercise therapy para sa PAD • sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng isang doktor, physician assistant, o nurse practitioner/clinical nurse specialist na sinanay sa parehong pangunahin at advanced na mga paraan ng pagsuporta ng buhay	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon Ang benepisyong ito ng Medicare at Medi-Cal ay nagbibigay-daan para sa transportasyon sa mga serbisyong medikal sa pamamagitan ng pampasaherong sasakyan, taxi, o iba pang paraan ng pampubliko/pribadong transportasyon. Kinakailangan ang transportasyon para sa layunin ng pagkuha ng kinakailangang pangangalagang medikal, kabilang ang pagpunta sa mga appointment sa ngipin at upang kumuha ng mga inireresetang gamot. Hindi nililimitahan ng benepisyong ito ang inyong benepisyo sa medikal na transportasyon na hindi pang-emergency. Saklaw ng aming Medicare na plano ang 24 na one-way na biyahe sa loob ng aming sineserbisyuhang lugar. Ang mga transportasyong lampas sa 24 na biyahe ay saklaw sa ilalim ng benepisyo ng Medi-Cal. 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 biyahe sa: 75 milya, one-way, maliban kung paunang aaprubahan 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. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga lokasyong inaprubahan ng plano, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon (pagpapatuloy) Pakitandaan: Ang mga serbisyo ng transportasyon ay dapat matanggap mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network upang saklawin ng plano. Ang mga sasakyan ay maaaring maghatid ng maraming sakay sa parehong oras at maaaring huminto sa mga lokasyon maliban sa destinasyon ng miyembro habang nasa biyahe. Tiyaking sumangguni sa anumang mga espesyal na pangangailangan o kagustuhan kapag nag-iiskedyul ng inyong biyahe. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano makakuha ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon, mangyaring sumangguni sa **Kabanata 3**, **Seksyon G2**, pahina 76. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency.*	
	Pangangalagang agarang kinakailangan Ang pangangalagang agarang kinakailangan ay pangangalaga na ibinibigay para gamutin ang: • isang hindi emergency na nangangailangan ng agarang pangangalagang medikal, **o** • isang biglaang medikal na karamdaman, **o** • isang injury, **o** • isang kundisyon na nangangailangan kaagad ng pangangalaga.	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Kung kailangan ninyo ng pangangalagang agarang kinakailangan, dapat muna ninyong subukang kunin ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Pero puwede kayong gumamit ng mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network kung hindi kayo makakapunta sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network dahil imposible o hindi makatuwiran sa inyong sitwasyon na makakuha ng mga serbisyo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network (halimbawa, kapag nasa labas kayo ng sineserbisyuhang lugar ng plano at nangailangan kayo ng mga medikal na kinakailangang agarang serbisyo para sa isang hindi inaasahang kondisyon pero hindi isang medikal na emergency).	
	Pangangalaga ng paningin Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • isang regular na pagsusuri sa mata taun-taon **at** Binabayaran namin ang mga serbisyo ng doktor sa outpatient para sa pagsusuri at paggamot ng mga sakit at pinsala sa mata. Halimbawa, kabilang dito ang mga taunang eksaminasyon sa mata para sa diabetic retinopathy para sa mga taong may diabetes at paggamot para sa macular degeneration na nauugnay sa pagtanda. Para sa mga tao na nasa mataas na panganib ng glaucoma, binabayarin namin ang isang pagsusuri para sa glaucoma kada taon. Kasama sa mga taong nasa mataas na panganib ng glaucoma ang: • mga tao na may kasaysayan ng glaucoma sa pamilya • mga taong may diabetes • Mga African-American na edad 50 pataas • Mga Hispanic American na 65 pataas **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran

	Pangangalaga ng paningin (ipinagpatuloy)
	
	Binabayaran namin ang isang pares ng mga salamin o contact lens pagkatapos ng bawat operasyon sa katarata kapag maglalagay ang doktor ng intraocular lens sa loob ng mata.
	
	Kung mayroon kayong dalawang magkahiwalay na mga operasyon sa katarata, dapat kumuha kayo ng isang pares ng mga salamin pagkatapos ng bawat operasyon. Hindi kayo makakakuha ng dalawang pares ng mga salamin pagkatapos ng ikalawang operasyon, kahit na hindi kayo nakakuha ng isang pares ng mga salamin pagkatapos ng unang operasyon.
	
	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.
	• 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
	
	Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga ng paningin (ipinagpatuloy) **Tandaan**: Sinasaklaw ng plano ang bayad sa pagpapasukat ng mga contact lens. Ang maximum na halaga ng pagsaklaw sa benepisyo ng plano na $300 kada taon ay nalalapat sa gastos sa retail ng mga frame at/o lens (kasama na ang kahit anong opsyon sa lens gaya ng mga tint at coating). May responsibilidad kayong bayaran ang anumang gastos na lalampas sa maximum na benepisyo para sa karagdagang (ibig sabihin, karaniwan) na eyewear. 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 karagdagang benepisyo sa eyewear upang mapataas ang kanilang saklaw sa eyewear na sinasaklaw ng Medicare **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 sa 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. *Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon (maagang pag-apruba) para masaklaw, maliban sa isang emergency*	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	"Welcome to Medicare" na pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit Sinasaklaw namin ang isang beses na "Welcome to Medicare" na pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit. Kasama sa pabisita ang: • pagsusuri ng inyong kalusugan, • edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga serbisyong pang-iwas sa sakit na inyong kailangan (kasama ang mga screening at iniksiyon), **at** • mga referral para sa ibang pangangalaga kung kailangan ninyo ito. **Tandaan:** 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.	$0
	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:**	Walang coinsurance, bahaginan-sa-bayad, o naibabawas para sa Wellcare Spendables™ card. Puwedeng gamitin ang halaga ng allowance sa mga sumusunod:

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	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 in-app barcode scanner para maghanap ng mga aprubadong item sa mga retail na lokasyon, mag-log in sa inyong member portal, o sumangguni sa inyong catalog. Tandaan: Sa ilang partikular na sitwasyon, saklaw sa ilalim ng mga medikal na benepisyo ng plano ang mga diagnostic equipment at tulong sa paghinto sa paninigarilyo. (Kapag posible), dapat ninyong gamitin ang mga medikal na benepisyo ng aming plano bago gastusin ang inyong OTC allowance para sa mga item na ito. **Dahil kasali ang inyong plano sa Value-Based Insurance Design Program, puwede rin ninyong gamitin ang inyong card para sa alinman sa mga benepisyo sa ibaba:**	-Mga OTC na item -Healthy Food -Pagbabayad ng gasolina sa pump -Tulong sa Mga Utility -Tulong sa Renta Gagamitin ang mga pondo ng allowance para sa mga bayarin sa online shipping at delivery. Libre ang pagpapadala na may $35 na minimum.

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	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 inyong in-app barcode scanner para maghanap ng mga aprubadong item sa mga retail na lokasyon, mag-log in sa inyong member portal, o sumangguni sa inyong 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 hanggang sa available na halaga ng allowance. **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 para bayaran ang mga tagapagbigay ng serbisyo sa utility o bayaran nang direkta ang mga tagapagbigay ng serbisyo sa utility 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 **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Wellcare Spendables™ (ipinagpatuloy) • 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:** • I-activate ang inyong card bago ito gamitin. Nakalista ang mga tagubilin sa sulat na matatanggap kasama ang card ninyo. • Pumunta sa isang kasaling retailer, mag-log in sa portal link na nakalista sa ibaba, o i-download ang mobile app. • Piliin ang mga aprubado ninyong item/serbisyo. • 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. • Hindi credit card ang card ninyo pero puwede ninyo itong ilagay bilang ‘credit’ sa checkout. Kung hihingiin, ang PIN ninyo ay ang huling 4 na digit ng inyong card number. **Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina.**	

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano		Ang mga dapat ninyong bayaran
	Wellcare Spendables™ (ipinagpatuloy) **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, Mula Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag, o bumisita online sa:** member.membersecurelogin.com	

E. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano

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

E1. California Community Transitions (CCT)

Ang programa ng Mga Transisyon sa Komunidad ng California (CCT) ay gumagamit ng mga lokal na Pangunahing Organisasyon upang tulungan ang mga kwalipikadong benepisyaryo ng Medi-Cal, na nanirahan sa isang pasilidad ng inpatient nang hindi bababa sa 90 magkakasunod na araw, na lumipat pabalik, at nananatiling ligtas sa, isang setting ng komunidad. Pinopondohan ng programa ng CCT ang mga serbisyo sa pangangasiwa sa paglipat sa panahon ng pre-transition at sa loob ng 365 araw pagkatapos ng paglipat upang tulungan ang mga benepisyaryo sa paglipat pabalik sa isang setting ng komunidad.

Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo sa pangangasiwa ng paglipat mula sa alinmang Pangunahing Organisasyon ng CCT na naglilingkod sa county na inyong tinitirhan. Makakakita kayo ng listahan ng Pangunahing Organisasyon ng CCT at ang mga county na kanilang pinaglilingkuran sa website ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para sa mga serbisyo ng pangangasiwa sa paglipat ng CCT

Binabayaran ng Medi-Cal ang mga serbisyo sa pangangasiwa sa paglipat. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong hindi nauugnay sa inyong paglipat ng CCT

Sinisingil kami ng tagapagbigay ng serbisyo para sa inyong mga serbisyo. Binabayaran ng aming plano ang mga serbisyong ibinigay pagkatapos ng inyong paglipat. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Habang nakakakuha kayo ng mga serbisyo ng pangangasiwa sa paglipat ng CCT, binabayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D**.

Walang pagbabago sa benepisyo sa saklaw ng gamot

Hindi sinasaklaw ng programa ng CCT ang mga gamot. Patuloy ninyong makukuha ang inyong normal na benepisyo sa gamot sa pamamagitan ng aming plano. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon F, pahina 199 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Tandaan: Kung kailangan ninyo ng pangangalaga sa paglipat na hindi mula sa CCT, tawagan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga upang ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga sa paglipat na hindi mula sa CCT ay pangangalaga na **hindi** nauugnay sa inyong paglipat mula sa isang institusyon o pasilidad.

E2. Programang Dental ng Medi-Cal

Ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin ay makukuha sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Program; 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.

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

E3. Pangangalaga sa hospisyo

May karapatan kayong humingi ng hospisyo kung mapag-alaman ng inyong tagapagbigay ng serbisyo at direktor ng hospisyong medical na mayroon kayong nakamamatay na karamdaman. Nangangahulugan itong mayroon kayong nakakamatay na sakit at inaasahang mayroon na lang anim na buwan o mas kaunti pa para mabuhay. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga

mula sa anumang programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare. Dapat kayong tulungan ng plano na maghanap ng mga programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare. Ang inyong doktor sa hospisyo ay puwedeng isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network o isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.

Sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D** para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung ano ang binabayaran namin habang kayo ay tumatanggap ng mga serbisyo sa pangangalaga sa hospisyo.

Para sa mga serbisyo ng hospisyo at mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na nauugnay sa inyong nakamamatay na karamdaman

- Sisingilin ng tagapagbigay ng serbisyo sa hospisyo ang Medicare para sa mga serbisyo ninyo. Binabayaran ng Medicare ang mga serbisyo ng hospisyong may kaugnayan sa inyong nakamamatay na karamdaman. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na hindi nauugnay sa inyong terminal prognosis

- Sisingilin ng tagapagbigay ng serbisyo ang Medicare para sa mga serbisyo sa inyo. Medicare ang magbabayad para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga gamot na maaaring saklawin ng benepisyo ng Medicare Part D ng aming plano

- Hindi kailanman sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plano ang mga gamot nang magkasabay. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon F3, pahina 200 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Tandaan: Kung kailangan ninyo ng pangangalaga na hindi mula sa hospisyo, tawagan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga upang ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na hindi mula sa hospisyo ay pangangalaga na hindi nauugnay sa inyong nakamamatay na karamdaman.

E4. Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Tahanan (IHSS)

- Tutulong ang Programang IHSS sa pagbabayad ng mga serbisyong ibinibigay sa inyo para ligtas kayong makapanatili sa sarili ninyong bahay. Itinuturing na alternatibo ang IHSS sa out-of-home na pangangalaga, gaya ng mga tahanang may nangangalaga (nursing homes) o mga board and care facility.

- Ang mga uri ng mga serbisyong puwedeng awtorisahan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga (gaya ng tulong sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, paglilinis ng katawan, at mga paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal na appointment, at pagbabantay bilang proteksyon para sa mga may problema sa pag-iisip.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator sa pangangalaga na makapag-apply para sa IHSS sa ahensya ng panlipunang serbisyo ng inyong county. Para sa impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng serbisyong panlipunan sa county, sumangguni sa **Kabanata 2,** Seksyon J, pahina 43.

E5. Mga Waiver Program sa 1915(c) Mga Serbisyo sa Bahay at Komunidad (HCBS)

Waiver sa Assisted Living (ALW)

- Sa Waiver sa Assisted Living (ALW), iniaalok sa mga benepisyaryong kwalipikado sa Medi-Cal ang opsyong manirahan sa isang assisted living setting bilang alternatibo sa pangmatagalang pananatili sa isang pasilidad sa pangangalaga o nursing facility. Layunin ng ALW na mangasiwa ng paglipat mula nursing facility pabalik sa setting na katulad ng sa bahay o komunidad o maiwasan ang mga pagkaka-admit sa pasilidad ng sanay na pangangalaga para sa mga benepisyaryong may napipintong pangangailangang ipasok sa isang nursing facility.
- Ang mga miyembrong nakatala sa ALW at nailipat na sa Medi-Cal Managed Care ay puwedeng manatiling nakatala sa ALW habang nakakatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nagtutulungan ang aming plano at ang inyong Ahensya para sa Koordinasyon ng Pangangalaga sa ALW para ikoordina ang mga serbisyong natatanggap ninyo.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na makapag-apply para sa ALW. Para sa kasalukuyang listahan ng mga kasaling ahensya para sa koordinasyon ng pangangalaga sa ALW, tingnan ang https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx.

HCBS Waiver para sa Mga Taga-California na May Mga Developmental na Kapansanan (HCBS-DD)

Waiver ng Programa ng Self-Determination sa California (SDP) para sa Mga Indibidwal na May Mga Developmental na Kapansanan

- May dalawang 1915(c) waiver, ang HCBS-DD Waiver at ang SDP Waiver, na nagbibigay ng serbisyo sa mga taong na-diagnose na may developmental na kapansanan na nagsimula bago ang ika-18 kaarawan ng indibidwal at inaasahang magtutuloy-tuloy. Ang parehong waiver ay paraan para pondohan ang ilang partikular na serbisyong nagbibigay sa ilang partikular na taong may mga developmental na kapansanan na makapamuhay sa bahay o sa komunidad sa halip na tumira sa isang lisensyadong pasilidad sa kalusugan. Ang mga gastos para sa mga serbisyong ito ay magkatuwang na binabayaran ng programang Medicaid ng pederal na pamahalaan at ng Estado ng California. Matutulungan kayo ng inyong coordinator sa pangangalaga na maikonekta kayo sa mga serbisyo ng DD Waiver.

Waiver para sa Nakabase sa Bahay at Komunidad na Alternatibo (HCBA)

- Nagbibigay ang HCBA Waiver ng mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga sa mga taong nanganganib maipasok sa tahanang may nangangalaga (nursing home) o institusyon. Ang mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga ay ipinagkakaloob ng isang multidisciplinary na Team sa Pamamahala ng Pangangalaga na binubuo ng isang nurse at social worker. Kinokoordina ng team ang mga serbisyo sa Waiver at Plano ng Estado (gaya ng mga serbisyong medikal, serbisyo sa kalusugan sa pag-uugali, mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Bahay, atbp.), at nag-aayos ng iba pang pangmatagalang serbisyo at suporta na available sa lokal na komunidad. Ibinibigay ang mga serbisyo sa Pamamahala ng Pangangalaga at Waiver sa tirahan ng kasali na nasa komunidad. Ang tirahang ito ay puwedeng pribadong pag-aari, inuupahan sa pamamagitan ng tenant lease arrangement, o tirahan ng kapamilya ng kasali.

- Ang mga miyembrong nakatala sa HCBA Waiver at inilipat sa Medi-Cal Managed Care ay puwedeng manatiling nakatala sa HCBA Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong ahensya ng waiver sa HCBA para ikoordina ang mga serbisyong natatanggap ninyo.

- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na makapag-apply para sa ALW. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx

Programa ng Waiver sa Medi-Cal (MCWP)

- Nagbibigay ang Programa ng Waiver sa Medi-Cal (MCWP) ng komprehensibong pamamahala ng kaso at mga direktang serbisyo sa pangangalaga para sa mga taong may HIV bilang alternatibo sa pangangalaga sa nursing facility o pagpapaospital. Nakasentro sa kasali ang pamamahala sa kaso at isasagawa ito ng isang team na binubuo ng isang rehistradong nurse at social work case manager. Nakikipagtulungan ang mga case manager sa kasali at (mga) tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga, kapamilya, (mga) tagapangalaga, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo, para suriin ang mga pangangailangan sa pangangalaga para mapanatili sa bahay at sa komunidad ang kasali.
- Layunin ng MCWP na: (1) magbigay ng mga serbisyo sa bahay at komunidad para sa mga taong may HIV na posibleng nangangailangan ng mga serbisyo sa institusyon; (2) tulungan ang mga kasali sa pamamagitan ng pamamahala sa kalusugan ng taong may HIV; (3) padaliin ang access sa suportang panlipunan at suporta sa kalusugan sa pag-uugali, at (4) ikoordina ang mga tagapagbigay ng serbisyo at maiwasan ang pagdodoble ng mga serbisyo.
- Ang mga miyembrong nakatala sa MCWP Waiver at inilipat sa Medi-Cal Managed Care ay puwedeng manatiling nakatala sa MCWP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong ahensya ng waiver sa MCWP para ikoordina ang mga serbisyong natatanggap ninyo.
    - Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na makapag-apply para sa MCWP. Para sa higit pang impormasyon, pakibisita ang https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx.

Programa ng Maraming Serbisyo para sa Senior (Multipurpose Senior Services Program o MSSP)

- Nagbibigay ang Multipurpose Senior Services Program (MSSP) ng mga serbisyo sa pamamahala sa pangangalagang panlipunan at pangkalusugan para tulungan ang mga indibidwal na makapanatili sa kanilang mga bahay at komunidad.
- Bagama't karamihan sa mga kasali sa programa ay nakakatanggap din ng Mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Bahay, nagbibigay ang MSSP ng tuloy-tuloy na koordinasyon sa pangangalaga, iniuugnay nito ang mga kasali sa iba pang kinakailangang serbisyo at mapagkukunan sa komunidad, nakikipagkoordina ito sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, at binibili nito ang ilang kinakailangang serbisyong hindi available para maiwasan o

maantala ang pagpasok sa institusyon. Ang kabuuang pinagsama-samang gastos sa pamamahala sa pangangalaga at iba pang serbisyo sa buong taon ay mas mababa dapat sa gastos kung ang pangangalaga ay magmumula sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga.

- Magbibigay ang team ng mga propesyonal sa kalusugan at serbisyong panlipunan sa bawat kasali sa MSSP ng kumpletong pangkalusugan at psychosocial na assessment para matukoy ang mga kinakailangang serbisyo. Pagkatapos, makikipagtulungan ang team sa kasali sa MSSP, sa kanyang doktor, kapamilya, at iba pa para bumuo ng plano ng pangangalaga para sa indibidwal. Kasama sa mga serbisyo ang:
  - pamamahala sa pangangalaga
  - day care para sa adulto
  - maliliit na pagpapakumpuni/maintenance sa bahay
  - karagdagang serbisyo sa gawaing-bahay, personal na pangangalaga, at pagbabantay bilang serbisyo
  - mga serbisyo para makapagpahinga ang tagapangalaga
  - mga serbisyo sa transportasyon
  - mga diagnostic at therapeutic na serbisyo
  - mga serbisyo sa pagkain
  - mga serbisyo sa pakikipag-ugnayan.
- Ang mga miyembrong nakatala sa MSSP Waiver at inilipat sa Medi-Cal Managed Care ay puwedeng manatiling nakatala sa MSSP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong tagapagbigay ng serbisyo sa MSSP para ikoordina ang mga serbisyong natatanggap ninyo.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na makapag-apply para sa MSSP.

Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan ng Ahensya

- San Diego County: Aging and Independent Services; Telepono: 1-855-964-3900 (TTY-711)
- Tulare County: Kings-Tulare Area Agency on Aging; Telepono: 1-559-623-0199 (TTY-711)
- Sacramento County: California Health Collaborative; Telepono: 1-916-374-7739 (TTY-711)
- Los Angeles County:
  - Human Services Association; Telepono: 1-626-358-1185 (TTY-711)
  - Huntington Hospital; Telepono: 1-626-397-3110 (TTY-711)
  - Jewish Family Services of LA; Telepono: 1-310-247-0864 (TTY-711)
  - Partners in Care; Telepono: 1-818-837-3775 (TTY-711)
  - Scan Independence at Home; Telepono: 1-866-421-1964 (TTY-711)

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

Isinasaad sa inyo ng seksyong ito ang tungkol sa mga benepisyong hindi kasama ng aming plano. Ang ibig sabihin ng "hindi kasama" ay hindi namin babayaran ang mga benepisyong ito. Hindi rin ito binabayaran ng Medicare at Medi-Cal.

Ang listahan sa ibaba ay naglalarawan ng ilang mga serbisyo at item na hindi namin sinasaklaw sa ilalim ng anumang mga kundisyon at ang ilan ay hindi namin isasama sa ilang mga kaso lamang.

Hindi kami nagbabayad para sa mga hindi kasamang benepisyong medikal na nakalista sa seksyong ito (o saanman sa *Handbook ng Miyembro* na ito) maliban sa ilalim ng mga partikular na kondisyong nakalista. Kahit na natanggap ninyo ang mga serbisyo sa isang pasilidad na pang-emergency, hindi babayaran ng plano ang mga serbisyo. Kung sa tingin ninyo ay dapat magbayad ang aming plano para sa isang serbisyong hindi saklaw, maaari kayong humiling ng isang apela. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** Seksyon E, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Bilang karagdagan sa anumang mga pagbubukod o limitasyon na inilarawan sa Chart ng Mga Benepisyo, hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga sumusunod na item at serbisyo:

- mga serbisyong itinuturing na hindi “makatwiran at medikal na kinakailangan,” ayon sa mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal, maliban kung ilista namin ang mga ito bilang mga saklaw na serbisyo
- mga pang-eksperimentong medikal at surgical na paggamot, mga item, at gamot, maliban kung sinasaklaw ang mga ito ng Medicare, isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, o ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 3,** Seksyon I, pahina 82 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral. Ang mga sinusubukan pa lamang na paggamot at mga gamit ay ang mga hindi pangkahalatang tinatanggap ng medikal na komunidad.
- paggamot sa labis na katabaan sa pamamagitan ng operasyon, maliban kapag ito ay medikal na kinakailangan at Medicare ang magbabayad para rito
- isang pribadong kuwarto sa isang ospital, maliban kapag ito ay medikal na kinakailangan
- mga pribadong naka-duty na nurse
- mga personal na bagay sa inyong kuwarto sa isang ospital o isang pasilidad ng pangangalaga, tulad ng telepono o telebisyon
- buong panahon na pangangalaga ng nurse sa inyong tahanan
- mga bayarin na sinisingil ng inyong mga malapit na kamag-anak o mga miyembro ng inyong sambahayan
- mga pinili o boluntaryong pamamaraan o serbisyo sa pagpapabuti (kasama ang pagbabawas ng timbang, pagpapatubo ng buhok, seksuwal na kakayahan, kakayahan bilang atleta, layuning kosmetiko, pagpapabata, at kakayahan ng pag-iisip), maliban kapag medikal na kinakailangan
- operasyon na pangkosmetiko o ibang gawa ng kosmetiko, maliban kung ito ay kinakailangan dahil sa injury ng aksidente o para pagandahin ang isang bahagi ng katawan na hindi tama ang hugis. Gayunpaman, babayaran namin ang muling pagbuo ng isang suso pagkatapos ng isang mastectomy at para sa paggamot ng isa pang suso para maging pantay ang mga ito
- chiropractic na pangangalaga, maliban sa manu-manong manipulasyon sa gulugod na alinsunod sa mga gabay sa pagsaklaw

- routine na pangangalaga ng paa, maliban sa nakasaad sa mga Serbisyo sa paa sa Chart ng mga Benepisyo sa Seksyon D
- mga orthopedic na sapatos, maliban kung ang mga sapatos ay bahagi ng isang brace ng binti at kasama sa gastos ng brace, o ang mga sapatos ay para sa isang tao na may sakit sa paa na nauugnay sa diabetes
- mga kagamitang pansuporta para sa mga paa, maliban para sa mga orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may sakit sa paa na nauugnay sa diabetes
- mga radial keratotomy, LASIK na operasyon, at iba pang tulong sa malabong paningin
- reversal ng mga sterilization procedure at mga supply na pang-iwas sa pagbubuntis na walang reseta
- mga serbisyo para sa naturopath (ang paggamit ng mga natural o alternatibong paggamot)
- mga serbisyong ibinibigay sa mga beterano sa mga pasilidad ng Veterans Affairs (VA). Gayunpanman, kapag ang isang beterano ay nakakakuha ng mga serbisyo para sa emergency sa isang ospital ng VA at ang bahagi ng VA sa gastos ay mas mahigit sa bahagian sa gastos sa ilalim ng aming plano, babayaran namin ang beterano para sa diperensiya. Kayo pa rin ang may pananagutan para sa mga gastos ng inyong bahagian sa gastos.

Kabanata 5: Pagkuha ng inyong mga inireresetang gamot para sa outpatient

Panimula

Ipinapaliwanag sa kabanatang ito ang mga panuntunan para sa pagkuha ng inyong mga inireresetang gamot para sa outpatient. Ito ang mga gamot na inorder ng inyong tagapagbigay ng serbisyo para sa inyo na makukuha ninyo mula sa isang parmasya o sa pamamagitan ng mail-order. Kasama sa mga ito ang mga saklaw na gamot sa ilalim ng Medicare Part D at Medi-Cal. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Sinasaklaw din namin ang mga sumusunod na gamot, bagama't hindi sila tinalakay sa kabanatang ito:

- **Mga gamot na saklaw ng Medicare Part A.** Karaniwang kinabibilangan ang mga ito ng mga gamot na ibinibigay sa inyo habang kayo ay nasa ospital o pasilidad ng pangangalaga.
- **Mga gamot na saklaw ng Medicare Part B.** Kasama sa mga ito ang ilang gamot para sa chemotherapy, ilang gamot na iniiniksiyon na ibinibigay sa inyo sa panahon ng isang pagpapatingin sa doktor o ibang tagapagbigay ng serbisyo, at mga gamot na ibinibigay sa inyo sa isang klinika para sa dialysis. Upang malaman pa ang tungkol sa kung anong mga gamot sa Medicare Part B ang sinasaklaw, sumangguni sa Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4,** Seksyon D, pahina 95 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Bukod pa sa mga saklaw ng plano sa Medicare Part D at mga medikal na benepisyo, posibleng saklaw ng Original Medicare ang inyong mga gamot kung nasa isa kayong hospisyo ng Medicare. Para sa higit pang impormasyon, mangyaring sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon F, pahina 199 “Kung kayo ay nasa isang hospisyong sertipikado ng Medicare.”

Mga panuntunan para sa pagsaklaw ng gamot sa outpatient ng aming plano

Karaniwan naming sinasaklaw ang inyong mga gamot hangga’t sinusunod ninyo ang mga panuntunan sa seksiyon na ito.

Dapat ay mayroon kayong isang doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo na sumulat ng inyong reseta, na dapat na wasto sa ilalim ng naaangkop na batas ng estado. Kalimitan ang taong ito ay ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP). Maaari rin itong isa pang tagapagbigay ng serbisyo kung ini-refer kayo ng inyong PCP para sa pangangalaga.

Ang inyong tagapagreseta ay **wala** dapat sa Mga Listahan ng Eksklusyon o Preclusion ng Medicare o anumang listahan ng Medi-Cal.

Sa pangkalahatan, dapat kayong gumamit ng parmasyang nasa network sa pagkuha ng inyong reseta.

Ang inyong iniresetang gamot ay dapat nasa *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* ng aming plano. Sa madaling salita, tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot.”

- Kung wala ito sa Listahan ng Gamot, maaari namin itong saklawin sa pamamagitan ng pagbibigay sa inyo ng isang pagbubukod.
- Sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon G2, pahina 286 para matutunan kung paano humiling ng pagbubukod.
- Tandaan din na ang kahilingan para saklawin ang inyong iniresetang gamot ay susuriin sa ilalim ng parehong mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal.

Ang inyong gamot ay dapat ginagamit para sa isang indikasyong medikal na tinatanggap. Nangangahulugan ito na ang paggamit ng gamot ay maaaring inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) o sinusuportahan ng ilang mga medikal na sanggunian. Maaaring matulungan kayo ng inyong doktor na tukuyin ang mga medikal na sanggunian upang suportahan ang hiniling na paggamit ng iniresetang gamot. Para sa mga saklaw na gamot ng Medi-Cal,nangangahulugan ito na ang paggamit ng gamot ay makatwiran at kinakailangan para protektahan ang buhay, iwasan ang malubhang karamdaman o malubhang kapansanan, o para mapawi ang matinding pananakit sa pamamagitan ng pagsusuri o paggamot sa sakit, karamdaman o sugat.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Pagpuno sa inyong mga inireresetang gamot....182

A1. Pagpuno ng inyong gamot sa isang parmasyang nasa network....182

A2. Paggamit ng inyong ID Card ng Miyembro kapag kumuha kayo ng inireresetang gamot....182

A3. Ano ang gagawin kung papalitan ninyo ang inyong parmasyang nasa network....183

A4. Ano ang dapat gawin kung aalis sa network ang parmasya ninyo....183

A5. Paggamit ng may espesyalidad na parmasya....183

A6. Paggamit ng mga serbisyo ng mail-order para kunin ang inyong mga gamot....184

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot....186

A8. Paggamit ng parmasyang wala sa network ng aming plano....187

A9. Pagbabayad sa inyo para sa isang reseta....188

B. Ang Listahan ng Gamot ng aming plano....188

B1. Mga Gamot sa aming Listahan ng Gamot....188

B2. Paano humanap ng gamot sa aming Listahan ng Gamot....189

B3. Mga gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot....190

C. Mga limitasyon sa ilang gamot....191

D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi masakop ang inyong gamot....193

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply....193

D2. Paghingi ng pansamantalang supply....195

D3. Paghiling ng pagbubukod....196

E. Mga pagbabago sa pagsaklaw para sa inyong mga gamot....196

F. Pagsaklaw sa gamot sa mga espesyal na kaso....199

F1. Sa isang ospital o isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa isang pananatili na saklaw ng aming plano....199

F2. Sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga....199

F3. Sa isang programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare....200

G. Mga programa sa kaligtasan at pamamahala ng mga gamot....200

G1. Mga programa na makakatulong sa inyong gamitin ang mga gamot nang ligtas....200

G2. Mga programang tutulong sa inyo na pamahalaan ang inyong mga gamot....201

G3. Programa sa pamamahala ng gamot para sa ligtas na paggamit ng mga gamot na opioid....202

A. Pagpuno sa inyong mga inireresetang gamot

A1. Pagpuno ng inyong gamot sa isang parmasyang nasa network

Sa karamihan ng mga kaso, nagbabayad lamang kami para sa mga reseta kapag napunan sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network. Ang isang parmasyang nasa network ay isang botika na sumang-ayong magbigay ng mga inireresetang gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Puwede kayong pumunta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network.

Upang makahanap ng isang parmasyang nasa network, tumingin sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, bisitahin ang aming website o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

A2. Paggamit ng inyong ID Card ng Miyembro kapag kumuha kayo ng inireresetang gamot

Para punuin ang inyong inireresetang gamot, **ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro** sa inyong parmasyang nasa network. Sinisingil kami ng parmasyang nasa network para sa inyong saklaw na inireresetang gamot.

Tandaan, kailangan ninyo ang inyong ID Card ng Miyembro o Benefits Identification Card (BIC) para ma-access ang mga gamot na saklaw ng Medi-Cal Rx.

Kung hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro sa pagkuha ninyo ng reseta, hilingin sa parmasya na tawagan ang plano para kunin ang mga kinakailangang impormasyon, o puwede ninyong hilingin sa parmasya na hanapin ang impormasyon ninyo sa pagpapatala sa plano.

Kung hindi makukuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng iniresetang gamot kapag kinuha ninyo ito. Pagkatapos ay maaari ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo. **Kung hindi ninyo mababayaran ang gamot, makipag-ugnayan kaagad sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.** Gagawin namin ang lahat ng aming makakaya upang makatulong.

- Upang hilingin sa amin na bayaran kayo, sumangguni sa **Kabanata 7**, Seksyon A, pahina 214 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpuno ng reseta, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga.

A3. Ano ang gagawin kung papalitan ninyo ang inyong parmasyang nasa network

Kung magpapalit kayo ng parmasya at kailangan ninyong kumuha ng inireresetang gamot, maaari ninyong hilingin na magkaroon ng bagong reseta na isinulat ng isang tagapagbigay ng serbisyo o hilingin sa inyong parmasya na ilipat ang reseta sa bagong parmasya kung may natitira pang mga refill.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpapalit ng inyong parmasyang nasa network, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

A4. Ano ang dapat gawin kung aalis sa network ang parmasya ninyo

Kung ang parmasya na inyong ginagamit ay umalis sa network ng aming plano, kailangan ninyong humanap ng bagong parmasyang nasa network.

Upang makahanap ng bagong parmasyang nasa network, tumingin sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, bisitahin ang aming website, o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

A5. Paggamit ng may espesyalidad na parmasya

Kung minsan, dapat kunin ang 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 nagsu-supply ng mga gamot para sa mga residente ng isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng isang pasilidad sa pangangalaga.
    - Karaniwan, ang mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay mayroong mga sariling parmasya. Kung isa kayong residente ng isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tinitiyak namin na makukuha ninyo ang mga gamot na inyong kailangan sa parmasya ng pasilidad.
    - Kung ang parmasya ng pasilidad para sa inyong pangmatagalang pangangalaga ay wala sa aming network, o nahihirapan kayong kumuha ng inyong mga gamot sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

- Mga parmasya na naglilingkod sa Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. Maliban sa mga emergency, mga Native American o Alaska Native lang ang maaaring gumamit sa mga parmasyang ito.
- 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.)

Upang makahanap ng may espesyalidad na parmasya, tumingin sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, bisitahin ang aming website, o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

A6. Paggamit ng mga serbisyo ng mail-order para kunin ang inyong mga gamot

Para sa ilang uri ng mga gamot, maaari ninyong gamitin ang mga serbisyo ng mail-order ng network ng aming plano. Sa pangkalahatan, ang mga gamot na makukuha sa pamamagitan ng mail-order ay mga gamot na regular ninyong iniinom para sa isang hindi gumagaling o pangmatagalan na medikal na kundisyon. Ang mga gamot na **hindi** magagamit sa pamamagitan ng serbisyo sa mail-order ng aming plano ay minarkahan ng "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. Ang 100 araw na supply ay mayroong parehong bahaginan sa gastos katulad sa isang buwan na supply.

Pagpuno ng mga reseta sa pamamagitan ng mail

Upang makakuha ng mga mail-order form at impormasyon tungkol sa pagkuha ng inyong mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng mail, bisitahin ang aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro (nasa ibaba ng page na ito ang mga numero ng telepono) para sa tulong.

Karaniwang dumarating ang isang reseta sa mail-order sa loob ng 10-14 na araw. Kung maaantala ang inyong mail-order, tawagan ang Express Scripts® Pharmacy sa 1-833-750-0201 (TTY:711).

Mga proseso ng mail-order

May iba't ibang pamamaraan ang serbisyo ng mail-order para sa mga bagong resetang matatanggap nito mula sa inyo, mga bagong resetang matatanggap nito mula mismo sa tanggapan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo, at mga pagkuha ng inyong mga resetang na-order sa pamamagitan ng mail.

1. **Mga bagong resetang matatanggap ng parmasya mula sa inyo**

   Awtomatikong pupunan at ipapadala ng parmasya ang mga bagong resetang matatanggap nito mula sa inyo.

2. **Mga bagong resetang matatanggap ng parmasya mula sa tanggapan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo**

   Awtomatikong pupunan at ipadadala ng parmasya ang mga bagong resetang matatanggap nito mula sa tagapagbigay ng serbisyo ng pangagalagang pangkalusugan, nang hindi muna nagtatanong sa inyo, kung:

   - Gumamit kayo ng mga serbisyo sa mail-order sa aming plano sa nakaraan, **o**
   - Nag-sign up kayo para sa awtomatikong paghahatid ng lahat ng bagong reseta na makukuha ninyo nang direkta mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Maaari kayong humiling ng awtomatikong paghahatid ng lahat ng bagong reseta ngayon o anumang oras sa pamamagitan pakikipag-ugnayan sa Express Scripts® Pharmacy sa 1-833-750-0201 (TTY: 711).

   Kung gumamit kayo ng mail-order sa nakaraan at ayaw ninyong awtomatikong punan at ipadala ng parmasya ang bawat bagong reseta, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Express Scripts® Pharmacy sa 1-833-750-0201 (TTY: 711).

   Kung hindi ninyo kailanman ginamit ang aming paghahatid ng mail-order at/o nagpasya na ihinto ang mga awtomatikong pagpuno ng mga bagong reseta, makikipag-ugnayan sa inyo ang parmasya sa tuwing nakakakuha ito ng bagong reseta mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan upang malaman kung gusto ninyong mapunan at ipadala kaagad ang gamot.

   - Nagbibigay ito sa inyo ng pagkakataong tiyakin na ang parmasya ay naghahatid ng tamang gamot (kabilang ang lakas, dami, at anyo) at, kung kinakailangan, pinapayagan kayong kanselahin o iantala ang order bago ito ipadala.

- Tumugon sa tuwing makikipag-ugnayan sa inyo ang parmasya, upang ipaalam sa kanila kung ano ang gagawin sa bagong reseta at upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa pagpapadala.

Upang mag-opt out sa mga awtomatikong paghahatid ng mga bagong reseta na makukuha ninyo nang direkta mula sa tanggapan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Express Scripts® Pharmacy sa 1-833-750-0201 (TTY: 711).

3. Mga pagkuha sa mga reseta 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 pagkuha kapag ipinakita ng aming mga talaan na malapit na kayong maubusan ng gamot.

- Makikipag-ugnayan sa inyo ang parmasya bago ipadala ang bawat pagkuha upang matiyak na kailangan pa ninyo ng gamot, at maaari ninyong kanselahin ang mga nakaiskedyul na pagkuha kung mayroon pa kayong sapat na gamot o kung nagbago ang inyong gamot.
- Kung pipiliin ninyong hindi gamitin ang aming programa ng awtomatikong pagkuha, makipag-ugnayan sa inyong parmasya 21 araw bago maubos ang inyong kasalukuyang reseta upang matiyak na ang inyong susunod na order ay maipapadala sa inyo sa tamang oras.

Upang umalis sa aming programa na awtomatikong naghahanda ng mga pagkuha sa pamamagitan ng mail-order, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o sa inyong mail order na parmasya: Express Scripts® Pharmacy sa 1-833-750-0201 (TTY: 711).

Ipaalam sa parmasya ang mga pinakamahusay na paraan para makipag-ugnayan sa inyo upang kayo ay kanilang maabot para kumpirmahin ang inyong order bago ipadala. Dapat ninyong berepikahin ang inyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa tuwing mag-oorder kayo, kapag nagpatala kayo sa programa ng awtomatikong pagkuha, o kung magbabago ang inyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

Maaari kayong makakuha ng isang pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot na nasa 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.

Pinahihintulutan kayo ng ilan sa mga parmasyang nasa network na makakuha ng isang pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Ang 100 araw na supply ay mayroong parehong bahaginan sa gastos katulad sa isang buwan na supply. Sinasabi ng *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* kung aling mga parmasya ang puwedeng magbigay sa inyo ng isang pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Puwede rin ninyong tawagan ang inyong coordinator sa pangangalaga o ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.

Para sa ilang uri ng mga gamot, maaari ninyong gamitin ang serbisyo ng network ng aming plano para sa mail-order upang makakuha ng isang pangmatagalang supply ng mga pang-maintenance na gamot. Sumangguni sa **Seksyon A6**, pahina 184 upang matutunan ang tungkol sa mga mail-oder na serbisyo.

A8. Paggamit ng parmasyang wala sa network ng aming plano

Sa pangkalahatan, binabayaran lamang namin ang mga gamot na pinunan sa isang parmasyang wala sa network kapag hindi ninyo maaaring magamit ang isang parmasyang nasa network. Mayroon kaming mga parmasyang nasa network na nasa labas ng aming sineserbisyuhang lugar kung saan maaari ninyong punan ang inyong mga gamot bilang isang miyembro ng aming plano.

Babayaran namin ang mga pinunong reseta sa isang parmasyang wala sa network sa mga sumusunod na kaso:

- Maglalakbay kayo sa labas ng sineserbisyuhang lugar ng plano at kailangan mninyo ng gamot na hindi ninyo makukuha sa isang parmasyang nasa network na malapit sa inyo.
- Nangangailangan kayo ng gamot nang agaran at walang bukas na parmasyang nasa network na malapit sa inyo.
- Kailangan ninyong umalis sa inyong tahanan dahil sa isang pederal na sakuna o iba pang emergency sa kalusugan ng publiko.

Sa pangkalahatan, sasagutin namin ang isang beses na pag-refill ng hanggang 30 araw na supply sa isang parmasyang wala sa network sa mga ganitong sitwasyon.

Sa mga ganitong pagkakataon, magtanong muna sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman kung mayroong malapit na parmasyang nasa network.

A9. Pagbabayad sa inyo para sa isang reseta

Kung kailangan ninyong gumamit ng parmasyang wala sa network, dapat ninyong bayaran ang kabuuang halaga kapag kumuha kayo ng inyong reseta. Maaari ninyo kaming singilin

Kung binayaran ninyo ang buong halaga para sa inyong reseta na maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx, maaaring ibalik sa inyo ng parmasya ang inyong ibinayad kapag binayaran ng Medi-Cal Rx ang reseta. Bilang kahalili, maaari ninyong hilingin sa Medi-Cal Rx na bayaran kayo sa pamamagitan ng pagsusumite ng claim na "Reimbursement sa Gastos na Mula sa Bulsa ng Medi-Cal (Conlan)". Ang karagdagang impormasyon ay matatagpuan sa website ng Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Upang malaman pa ang tungkol dito, sumangguni sa **Kabanata 7**, Seksyon A, pahina 214 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

B. Ang Listahan ng Gamot ng aming plano

Mayroon kaming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot.* Sa madaling salita, tinatawag namin itong "Listahan ng Gamot."

Pinipili namin ang mga gamot sa Listahan ng Gamot sa tulong ng isang pangkat ng mga doktor at parmasista. Sinasabi rin sa inyo ng Listahan ng Gamot ang mga tuntuning kailangan ninyong sundin upang makuha ang inyong mga gamot.

Karaniwan naming sinasaklaw ang isang gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plano kapag sinunod ninyo ang mga tuntuning ipinaliwanag namin sa kabanatang ito.

B1. Mga Gamot sa aming Listahan ng Gamot

Kasama sa aming Listahan ng Gamot ang mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part D.

Karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay sinasaklaw ng inyong plano. Ang ibang mga gamot, gaya ng ilang gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari niyo ring tawagan ang Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Mangyaring dalhin ang inyong Medi-Cal Beneficiary Identification Card (BIC) kapag kinukuha ang inyong mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

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

Pareho lang ang mga aktibong sangkap ng mga generic na gamot at mga 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 biosimilar ay kasimbisa 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. Makipag-usap sa inyong tagapagbigay ng serbisyo kung mayroon kayong mga tanong kung matutugunan ba ng generic o branded na gamot ang inyong mga pangangailangan.

B2. Paano humanap ng gamot sa aming Listahan ng Gamot

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

- Bisitahin ang website ng aming plano sa www.wellcare.com/healthnetCA. Ang Listahan ng Gamot sa aming website ay palaging ang pinakabago.
- Tawagan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga o ang Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman kung ang isang gamot ay nasa aming Listahan ng Gamot o upang humiling ng isang kopya ng listahan.
- Ang mga gamot na hindi saklaw ng Part D ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon
- Gamitin ang aming “Real Time na Tool sa Benepisyo” sa www.wellcare.com/healthnetCA o tawagan ang inyong *coordinator ng pangangalaga o ang* Mga Serbisyo para sa Miyembro. Gamit ang tool na ito, makakapaghanap kayo ng mga gamot sa Listahan ng Gamot para makuha ang tinatayang babayaran ninyo at kung may mga alternatibong gamot sa Listahan ng Gamot na puwedeng makalunas sa parehong kondisyon. *Puwedeng maglagay ang mga plano ng karagdagang impormasyon tungkol sa Real Time na Tool sa Benepisyo gaya ng mga reward at insentibo na puwedeng ialok sa mga nagpatalang gumagamit ng “Real Time na Tool sa Benepisyo.”*

B3. Mga gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot

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

Ang aming plano ay hindi magbabayad para sa mga uri ng mga gamot na nakalista sa seksyong ito. Ang mga ito ay tinatawag na **mga hindi isinamang gamot.** Kung kukuha ka ng reseta para sa isang hindi isinamang gamot, maaaring kailanganin ninyong bayaran ito mismo. Kung sa palagay ninyo ay dapat naming bayaran ang isang hindi isinamang gamot dahil sa inyong kaso, maaari kayong maghain ng isang apela. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga apela.

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

1. Ang sinasaklaw ng gamot sa outpatient ng aming plano (na kinabibilangan ng Medicare Part D) ay hindi maaaring magbayad para sa isang gamot na sinasaklaw na ng Medicare Part A o Medicare Part B. Sinasaklaw ng aming plano ang mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B nang libre, ngunit ang mga gamot na ito ay hindi itinuturing na bahagi ng inyong mga benepisyo sa iniresetang gamot para sa outpatient.

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

3. Ang paggamit ng gamot ay dapat aprubado ng Food and Drug Administration (FDA) o suportado ng ilang partikular na medikal na sanggunian bilang lunas sa inyong kondisyon. Maaaring magreseta ang inyong doktor ng isang partikular na gamot para gamutin ang inyong kondisyon, kahit na hindi ito inaprubahan para gamutin ang kondisyon. Tinatawag itong “off-label na paggamit.” Kadalasan ay hindi saklaw ng aming plano ang mga gamot na inireseta para sa off-label na paggamit.

Gayundin, ayon sa batas, hindi maaaring saklawin ng Medicare o Medi-Cal ang mga uri ng mga gamot na nakalista sa ibaba.

- Mga gamot na ginagamit para hikayatin ang kakayahang magbuntis
- Mga gamot na ginagamit 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 fluoride* preparation
- Mga gamot na ginagamit sa paggamot ng kawalan ng gana sa pakikipagtalik o ng erectile dysfunction
- Mga gamot na ginagamit sa paggamot ng anorexia, pagbabawas ng timbang, o pagdaragdag ng timbang*
- Mga gamot para sa outpatient na ginawa ng isang kumpanya na nagsasabing dapat kayong magkaroon ng mga pagsusuri o serbisyo na sila lang ang gumagawa

*May mga piling produkto na posibleng saklaw ng Medi-Cal. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx sa (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon.

C. Mga limitasyon sa ilang gamot

Para sa ilang iniresetang gamot, nililimitahan ng mga espesyal na patakaran kung paano at kailan sinasaklaw ng aming plano ang mga ito. Sa pangkalahatan, hinihikayat kayo ng aming mga patakaran na kumuha ng isang gamot na gagana para sa inyong medikal na kundisyon at ay ligtas at mabisa. Kapag ang isang ligtas, at mas murang gamot ay kasing bisa tulad ng mas mahal na gamot, inaasahan namin na irereseta ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ang mas murang gamot.

Kung mayroong isang espesyal na patakaran para sa inyong gamot, nangangahulugan ito na kayo o ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ay dapat magsagawa ng mga karagdagang hakbang upang saklawin namin ang gamot. Halimbawa, kailangan sabihin sa amin ng tagapagbigay ng serbisyo ang inyong pagsusuri o magbigay muna ng mga resulta ng mga pagsusuri sa dugo. Kung sa palagay ninyo o ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na hindi naaangkop ang aming patakaran sa inyong sitwasyon, dapat ninyong hilingin sa amin na gumawa ng isang pagbubukod. Maaari kaming sumang-ayon o hindi sumang-ayon na pahintulutan kayong gumamit ng gamot nang walang ginagawang mga karagdagang hakbang.

Upang malaman pa ang tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon G4, pahina 287 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

1. **Paglilimita sa paggamit ng branded 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, kung may generic o interchangeable na biosimilar na bersiyon ng isang branded na gamot, ang generic o interchangeable na biosimilar na bersiyon ang ibibigay sa inyo ng aming mga parmasyang nasa network.

- Karaniwan ay hindi kami nagbabayad para branded na gamot kapag may generic na bersiyon naman.
- Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ang medikal na dahilan kung bakit hindi magiging mabisa para sa inyo ang generic na gamot o interchangeable na biosimilar ***o*** naglagay siya ng "Bawal ang substitution" sa inyong reseta para sa branded na gamot o orihinal na biological na produkto ***o*** sinabi sa amin ang medikal na dahilan kung bakit hindi magiging mabisa para sa inyo ang generic na gamot, interchangeable na biosimilar, o iba pang saklaw na gamot na panlunas sa parehong kondisyon, sasaklawin namin ang branded na gamot.

2. Pagkuha paunang pag-apruba ng plano

Para sa ilang mga gamot, kayo o ang inyong doktor ay dapat kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano bago ninyo punan ang inyong reseta. Kung hindi kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang gamot.

3. Pagsubok muna ng ibang gamot

Sa pangkalahatan, gusto naming subukan ninyo ang mga mas murang gamot (na kalimitan ay kasimbisa rin) bago namin saklawin ang mga mas mahal na gamot. Halimbawa, kung ang gamot A at gamot B ay parehong nakagagamot ng parehong medikal na kundisyon, at ang Gamot A ay mas mura kaysa sa Gamot B, maaari naming hilingin sa inyo na subukan muna ang Gamot A.

Kung **hindi** magiging epektibo sa inyo ang Gamot A, saka pa lang sasaklawin ng plano ang Gamot B. Tinatawag itong step therapy.

4. Mga limitasyon sa dami

Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang dami ng gamot na maaari ninyong makuha. Tinatawag itong limitasyon sa dami. Halimbawa, maaari naming limitahan kung gaano karaming gamot ang maaari ninyong makuha sa tuwing pupunan ninyo ang inyong reseta.

Upang malaman kung ang alinman sa panuntunang nasa itaas ay naaangkop sa isang gamot na iniinom ninyo o gusto ninyong inumin, tingnan ang aming Listahan ng Gamot. Para sa pinakabagong impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o tingnan ang aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA. Kung tutol kayo sa aming desisyon sa pagsaklaw batay sa alinman sa mga dahilan sa itaas, dapat kayong humiling ng apela. Pakibasa ang higit pang impormasyon tungkol dito, sumanggini sa **Seksyon E**, pahina 261 sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro*.

D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi masakop ang inyong gamot

Sinisikap naming gawing maayos ang pagsaklaw ng inyong gamot para sa inyo, ngunit kung minsan ang isang gamot ay maaaring hindi saklawin sa paraang gusto ninyo. Halimbawa:

- Hindi sinasaklaw ng inyong plano ang gamot na gusto ninyong inumin. Maaaring wala ang gamot sa aming Listahan ng Gamot. Maaari naming saklawin ang isang generic na bersyon ng gamot ngunit hindi ang bersyon ng branded na gamot na gusto ninyong inumin. Maaaring bago ang isang gamot, at hindi pa namin ito nasusuri para sa kaligtasan at pagiging epektibo.
- Sinasaklaw ng aming plano ang gamot, ngunit may mga espesyal na tuntunin o limitasyon sa pagsaklaw. Gaya ng ipinaliwanag sa seksyon sa itaas sa pahina 191 ng kabanatang ito, ang ilang mga gamot na saklaw ng aming plano ay may mga panuntunan na naglilimita sa kanilang paggamit. Sa ilang kaso, kayo o ang inyong tagapagreseta ay maaaring humiling sa amin ng isang pagbubukod.

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

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply

Sa ilang mga kaso, maaari namin kayong bigyan ng pansamantalang supply ng isang gamot kapag ang gamot ay wala sa aming Listahan ng Gamot o limitado sa ilang paraan. Binibigyan kayo nito ng panahon na makipag-usap sa inyong tagapagbigay ng serbisyo tungkol sa pagkuha ng ibang gamot o para hilingin sa amin na saklawin ang gamot.

Para makakuha ng isang pansamantalang supply ng isang gamot, dapat ninyong matugunan ang dalawang patakaran sa ibaba:

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

- hindi kailanman nasama sa aming Listahan ng Gamot **o**
- limitado na ngayon sa partikular na paraan.

2. Kayo dapat ay nasa isa sa mga sitwasyon na ito:
   - Nasa plano namin kayo noong nakaraang taon.
     - Sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa unang 90 araw ng taon sa kalendaryo**.
     - Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang 30 araw sa isang retail na parmasya at para sa hanggang 31 araw-na supply sa isang parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga.
     - Kung para sa mas kaunting araw ang ibinigay sa inyong reseta, papahintulutan namin ang maramihang pagkuha upang makapagbigay ng maximum na 30 araw ng gamot sa isang retail na parmasya at 31 araw ng gamot sa isang parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga. Kailangan ninyong punan ang reseta sa isang parmasyang nasa network.
     - Maaaring ibigay sa inyo nang paunti-unti ng mga parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga ang inyong inireresetang gamot upang maiwasan na masayang ito.
   - Bago kayo sa aming plano.
     - Sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa unang 90 araw ng inyong pagiging miyembro sa aming plano.**
     - Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang 30 araw sa isang retail na parmasya at para sa hanggang 31 araw na supply sa isang parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga.
     - Kung para sa mas kaunting araw ang ibinigay sa inyong reseta, papahintulutan namin ang maramihang pagkuha upang makapagbigay ng maximum na 30 araw ng gamot sa isang retail na parmasya at 31 araw ng gamot sa isang parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga. Kailangan ninyong punan ang reseta sa isang parmasyang nasa network.
     - Maaaring ibigay sa inyo nang paunti-unti ng mga parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga ang inyong inireresetang gamot upang maiwasan na masayang ito.

- Kayo ay nasa aming plano nang mahigit sa 90 araw, naninirahan sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, at nangangailangan kaagad ng supply.
  - Sasaklawin namin ang isang 31 araw na supply, o mas kaunti kung isinulat ang inyong reseta para sa mas kaunting araw. Dagdag pa ito sa pansamantalang supply sa itaas.
  - Kung magbabago ang antas ng inyong pangangalaga, sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng inyong mga gamot. Nangyayari ang pagbabago sa antas ng pangangalaga kapag kayo ay pinalabas sa isang ospital. Nangyayari rin ito kapag kayo ay lumipat o nanggaling sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga.
  - Kung lilipat kayo sa bahay mula sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga o ospital at kailangan ninyo ng pansamantalang supply, sasakupin namin ang isang 30 araw na supply. Kung para sa mas kaunting araw ang ibinigay sa inyong reseta, papahintulutan namin ang mga pagkuha para magbigay ng hanggang sa kabuuang 30 araw na supply.
  - Kung lilipat kayo mula sa tahanan o isang ospital papunta sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga at kailangan ninyo ng pansamantalang supply, sasaklawin namin ang isang 31 araw na supply. Kung ang inyong reseta ay isinulat para sa mas kaunting bilang ng araw, papayagan namin ang mga pagkuha para makapagbigay ng hanggang sa kabuuang 31 araw na supply ng gamot.

D2. Paghingi ng pansamantalang supply

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

Kapag kukuha kayo ng pansamantalang supply ng isang gamot, makipag-usap sa inyong tagapagbigay ng serbisyo sa lalong madaling panahon upang magpasya kung ano ang gagawin kapag naubos ang inyong supply. Narito ang inyong mga pagpipilian:

- Magpalit ng ibang gamot.

  Maaaring saklawin ng aming plano ang ibang gamot na mabisa para sa inyo. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para humingi ng listahan ng mga gamot na sinasaklaw namin na gumagamot sa parehong medikal na kundisyon. Matutulungan ng listahan ang inyong tagapagbigay ng serbisyo na maghanap ng isang saklaw na gamot na maaaring mabisa para sa inyo.

O

- Humiling ng pagbubukod.

  Kayo at ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ay maaring humiling sa amin na gumawa ng isang pagbubukod. Halimbawa, maaari ninyong hilingin sa amin na saklawin ang isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o hilingin sa amin na saklawin ang gamot nang walang limitasyon. Kung sasabihin ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na mayroon kayong magandang medikal na dahilan para sa isang pagbubukod, matutulungan nila kayong humiling ng isa.

D3. Paghiling ng pagbubukod

Kung ang isang gamot na iniinom ninyo ay aalisin sa aming Listahan ng Gamot o limitado sa ilang paraan sa susunod na taon, papayagan namin kayong humiling ng isang pagbubukod bago ang susunod na taon.

- Ipapaalam namin sa inyo ang tungkol sa anumang pagbabago sa pagsaklaw para sa inyong gamot para sa susunod na taon. Hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod at saklawin ang gamot para sa susunod na taon sa paraang gusto ninyo.
- Sasagutin namin ang inyong kahilingan para sa pagbubukod sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan (o ang pansuportang pahayag ng inyong tagapagreseta).

Upang malaman pa ang tungkol sa paghiling ng isang pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon G4, pahina 287 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng pagbubukod, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

E. Mga pagbabago sa pagsaklaw para sa inyong mga gamot

Nangyayari ang karamihan sa mga pagbabago sa pagsaklaw sa gamot sa Enero 1, ngunit maaari kaming magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa Listahan ng Gamot sa kabuuan ng taon. Maaari rin naming baguhin ang aming mga panuntunan tungkol sa mga gamot. Halimbawa, maaari naming:

- Mapagpasyahan na humiling o hindi mangailangan ng paunang pag-apruba (PA) para sa isang gamot (pahintulot mula sa amin bago kayo makakuha ng gamot).

- Dagdagan o baguhin ang dami ng isang gamot na maaari ninyong makuha (mga limitasyon sa dami).
- Dagdagan o baguhin ang mga paghihigpit sa step therapy sa isang gamot (dapat ninyong subukan ang isang gamot bago namin saklawin ang isa pang gamot).

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

Kung ang gamot na iniinom ninyo ay sinaklaw namin sa **simula** ng taon, sa pangkalahatan ay hindi namin aalisin o babaguhin ang pagsaklaw sa gamot na iyon sa **natitirang bahagi ng taon** maliban kung:

- magkaroon ng bagong mas murang gamot na kasing bisa ng gamot na kasalukuyang nasa aming Listahan ng Gamot ngayon, **o**
- malaman naming hindi ligtas ang isang gamot, **o kaya**
- ang isang gamot ay inalis mula sa pamilihan.

Upang makakuha ng higit pang impormasyon sa kung ano ang mangyayari kapag nagbago ang aming Listahan ng Gamot, maaari ninyong palaging:

- Tingnan ang aming kasalukuyang Listahan ng Gamot online sa www.wellcare.com/healthnetCA **o**
- Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina upang masuri ang aming kasalukuyang Listahan ng Gamot.

Ang ilang mga pagbabago sa aming Listahan ng Gamot ay nangyayari **kaagad**. Halimbawa:

- **Maging available ang isang bagong generic na gamot.** Kung minsan, nagkakaroon ng bago at mas murang generic na gamot na gumagana nang kasinghusay ng isang branded na gamot na nasa Listahan ng Gamot. Kapag nangyari iyon, maaari naming alisin ang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot, ngunit hindi magbabago ang inyong gastos para sa bagong gamot.

  Kapag idinagdag namin ang bagong generic na gamot, maaari din kaming magpasyang panatilihin sa listahan ang branded na gamot ngunit baguhin ang mga panuntunan o limitasyon sa pagsaklaw nito.

  - Maaaring hindi namin kayo sabihan bago namin gawin ang pagbabagong ito, ngunit papadalhan namin kayo ng impormasyon tungkol sa ginawa naming partikular na pagbabago kapag nangyari ito.
  - Maaari kayo, o ang inyong tagapagbigay ng serbisyo, na humiling ng "pagbubukod" mula sa mga pagbabagong ito. Papadalhan namin kayo ng abisong may mga hakbang na maaari ninyong gawin upang humiling ng eksepsiyon. Sumangguni sa **Kabanata 9,** Seksyon G4, pahina 287 ng inyong Handbook ng Miyembro para sa higit pang impormasyon sa mga pagbubukod.

- **Inalis ang isang gamot sa pamilihan.** Kung ihahayag ng Food and Drug Administration (FDA) na hindi ligtas ang isang gamot na iniinom ninyo, o inalis ng tagagawa ng gamot ang gamot sa pamilihan, aalisin namin ito sa aming Listahan ng Gamot. Kung iniinom ninyo ang gamot, ipapaalam namin sa inyo. Maaari kayong makipag-usap sa inyong doktor tungkol sa iba pang opsiyon.

Maaari kaming gumawa ng iba pang pagbabagong makakaapekto sa mga gamot na iniinom ninyo. Ipapaalam namin sa inyo nang mas maaga ang tungkol sa iba pang pagbabagong ito sa aming Listahan ng Gamot. Maaaring maganap ang mga pagbabagong ito kung:

- Magbigay ang FDA ng bagong paggabay o magkaroon ng mga bagong klinikal na alituntunin tungkol sa isang gamot.
- Magdagdag kami ng isang generic na gamot na hindi bago sa merkado, **at**
  - Papalitan ang isang branded na gamot na kasalukuyang nasa aming Listahan ng Gamot **o**
  - Baguhin ang mga panuntunan o limitasyon sa pagsaklaw para sa branded na gamot.

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito, kami ay:

- Ipapaalam sa inyo nang hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang pagbabago sa aming Listahan ng Gamot **o**
- Ipapapalam namin sa inyo at bibigyan kayo ng 30 araw na supply ng gamot pagkatapos ninyong humiling ng refill.

Nagbibigay ito sa inyo ng oras upang makipag-usap sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta. Matutulungan nila kayong magpasya:

- Kung may katulad na gamot sa aming Listahan ng Gamot na maaari ninyong inumin sa halip **o**
- Kung dapat kayong humiling ng isang pagbubukod mula sa mga pagbabagong ito. Upang malaman pa ang tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon G4, pahina 287 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Maaari kaming magsagawa ng mga pagbabago sa mga gamot na iniinom ninyo na hindi makakaapekto sa inyo ngayon. Para sa mga naturang pagbabago, kung ang iniinom ninyong gamot ay sinasaklaw namin sa **simula** ng taon, sa pangkalahatan ay hindi namin aalisin o babaguhin ang saklaw ng gamot na iyon sa **natitirang bahagi ng taon**.

Halimbawa, kung aalisin namin ang isang gamot na iniinom ninyo o lilimitahan ang paggamit nito, ang pagbabago ay hindi makakaapekto sa inyong paggamit ng gamot sa natitirang bahagi ng taon.

F. Pagsaklaw sa gamot sa mga espesyal na kaso

F1. Sa isang ospital o isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa isang pananatili na saklaw ng aming plano

Kung kayo ay na-admit sa isang ospital o isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa isang pananatili na sinasaklaw ng aming plano, sa pangkalahatan ay sinasaklaw namin ang halaga ng inyong mga inireresetang gamot sa panahon ng inyong pananatili. Hindi kayo magbabayad ng bahaginan sa gastos. Sa sandaling umalis kayo sa ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, sasaklawin namin ang inyong mga gamot hangga't natutugunan ng mga gamot ang lahat ng aming mga tuntunin sa pagsaklaw.

F2. Sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga

Karaniwan, ang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng isang pasilidad sa pangangalaga, ay may sariling parmasya o isang parmasya na nagsusuplay ng mga gamot para sa lahat ng kanilang mga residente. Kung naninirahan kayo sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, maaari ninyong makuha ang inyong mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng parmasya ng pasilidad kung ito ay bahagi ng aming network.

Tingnan ang inyong *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* upang malaman kung ang parmasya ng inyong pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay bahagi ng aming network. Kung hindi o kung kailangan ninyo ng karagdagang impormasyon, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

F3. Sa isang programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare

Hindi kailanman sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plano ang mga gamot nang magkasabay.

- Kung nakatala kayo sa isang hospisyo ng Medicare at kailangan ninyo ng ilang partikular na gamot (hal., para sa kirot, pagduduwal, pagdumi, o pagkabalisa) na hindi sinasaklaw ng inyong hospisyo dahil hindi ito nauugnay sa inyong nakakamatay na prognosis at sa mga nauugnay na kundisyon, dapat makatanggap ang aming plano ng abiso mula sa tagapagreseta o sa inyong tagapagbigay ng serbisyo sa hospisyo na nagsasabing walang kaugnayan ang naturang gamot, bago saklawin ng aming plano ang gamot.
- Upang maiwasan ang mga pagkaantala sa pagkuha ng anumang mga hindi nauugnay na gamot na dapat saklawin ng aming plano, maaari ninyong hilingin sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng hospisyo o tagapagreseta na tiyaking mayroon kaming abiso na ang gamot ay walang kaugnayan bago ninyo hilingin sa isang parmasya na punan ang inyong reseta.

Kung aalis kayo sa hospisyo, sasaklawin ng aming plano ang lahat ng inyong gamot. Upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa isang parmasya kapag natapos ang inyong benepisyo sa hospisyo ng Medicare, dalhin ang dokumentasyon sa parmasya upang i-verify na umalis kayo sa hospisyo.

Sumangguni sa mga naunang bahagi ng kabanatang ito na nagsasabi tungkol sa mga gamot na sinasaklaw ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 4,** Seksyon E3, pahina 169 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyo ng hospisyo.

G. Mga programa sa kaligtasan at pamamahala ng mga gamot

G1. Mga programa na makakatulong sa inyong gamitin ang mga gamot nang ligtas

Sa tuwing pupunan ninyo ang isang reseta, naghahanap kami ng mga posibleng problema, tulad ng mga error sa gamot o mga gamot na:

- maaaring hindi kailanganin dahil umiinom kayo ng isa pang gamot na gumagawa ng parehong bagay
- maaaring hindi ligtas para sa inyong edad o kasarian
- maaaring makapagpahamak sa inyo kung sabay ninyong iinumin ang mga ito

- may mga sangkap kung saan kayo allergic o maaaring allergic
- may mga hindi ligtas na dami ng mga opioid na gamot para sa pananakit

Kung makakita kami ng posibleng problema sa inyong paggamit ng mga inireresetang gamot, makikipagtulungan kami sa inyong tagapagbigay ng serbisyo upang iwasto ang problema.

G2. Mga programang tutulong sa inyo na pamahalaan ang inyong mga gamot

May programa ang aming plano para tulungan ang mga miyembrong may mga kumplikadong pangangailangang pangkalusugan. Sa ganitong mga kaso, maaari kayong maging karapat-dapat na makakuha ng mga serbisyo, nang wala kayong binabayaran, sa pamamagitan ng isang programa sa pamamahala ng therapy ng gamot (medication therapy management o MTM). Kusang-loob at libre ang programang ito. Tinutulungan kayo at ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng programang ito na matiyak na ang inyong mga gamot ay mabisa sa pagpapabuti ng inyong kalusugan. Kung kuwalipikado kayo para sa programa, ang isang parmasista o iba pang propesyonal sa kalusugan ay magbibigay sa inyo ng komprehensibong pagsusuri sa lahat ng inyong mga gamot at makipag-usap sa inyo tungkol sa:

- paano makukuha ang pinakaraming benepisyo mula sa mga iniinom ninyong gamot
- ang mga anumang alalahanin na mayroon kayo, tulad ng mga gastos sa gamot at reaksiyon sa gamot
- ano pinakamabuting pag-inom ng inyong mga gamot
- anumang tanong o problema na mayroon kayo tungkol sa inyong gamot na inirereseta at nabibili nang walang reseta

Pagkatapos, bibigyan nila kayo ng:

- Isang nakasulat na buod ng talakayang ito. Ang buod na ito ay mayroong isang plano ng aksiyon ng gamot na nagrerekomenda kung ano ang inyong maaaring gawin para sa pinakamabuting paggamit ng inyong mga gamot.
- Isang listahan ng personal na medikasyon na naglalaman ng lahat ng gamot na iniinom ninyo, gaano karami ang iniinom ninyo, at kung kailan at bakit ninyo iniinom ang mga ito.
- Impormasyon tungkol sa ligtas na pagtatapon ng mga iniresetang gamot na kinokontrol na mga sangkap.

Magandang ideya na makipag-usap sa inyong doktor tungkol sa inyong plano ng aksyon at listahan ng medikasyon.

- Dalhin ang inyong action plan at listahan ng gamot sa inyong pagbisita o anumang oras na makipag-usap kayo sa inyong mga doktor, parmasista, at iba pang mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan.
- Dalhin ang inyong listahan ng gamot kung pupunta kayo sa ospital o emergency room.

Ang mga programa sa MTM ay boluntaryo at libre sa mga kwalipikadong miyembro. Kung mayroon kaming programa na akma sa inyong mga pangangailangan, ipapatala namin kayo sa programa at padadalhan namin kayo ng impormasyon. Kung ayaw ninyong mapabilang sa programa, ipaalam sa amin, at aalisin namin kayo dito.

Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa mga programang ito, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga.

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

Ang aming plano ay may programa na makakatulong sa mga miyembro na ligtas na gamitin ang kanilang mga iniresetang gamot na opioid at iba pang mga gamot na madalas na maling ginagamit. Tinatawag ang programang ito na Programa sa Pamamahala ng Gamot (DMP).

Kung gumagamit kayo ng mga opioid na gamot na nakukuha ninyo sa ilang doktor o parmasya o kung na-overdose kayo kamakailan sa opioid, maaaring makipag-usap kami sa inyong mga doktor upang tiyaking naaangkop at medikal na kinakailangan ang inyong paggamit ng mga opioid na gamot. Sa tulong ng inyong mga doktor, kung mapagpapasyahan naming may posibilidad na magsagawa kayo ng maling paggamit o pang-aabuso ng inyong mga opioid o benzodiazepine na iniresetang gamot, puwede naming limitahan kung paano ninyo makukuha ang mga gamot na iyon. Maaaring maging kabilang sa mga paghihigpit ang:

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

Kung sa tingin naming naaangkop ang isa o higit pang paghihigpit para sa inyo, papadalhan namin kayo ng liham ng mas maaga. Nakasaad sa sulat kung lilimitahan namin ang saklaw sa mga gamot na ito para sa inyo, o kung sa partikular na tagapagbigay ng serbisyo o parmasya lang kayo puwedeng kumuha ng mga reseta para sa mga gamot na ito.

Bibigyan kayo ng pagkakataong sabihin sa amin kung aling mga doktor o parmasya ang gusto ninyong gamitin at anumang impormasyong sa tingin ninyo ay mahalagang malaman namin. Kung mapagpasyahan naming limitahan ang inyong saklaw para sa mga gamot na ito matapos ninyong magkaroon ng pagkakataong makatugon, papadalhan namin kayo ng isa pang liham na magkukumpirma sa mga limitasyong ito.

Kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami, kung hindi kayo sang-ayon na may posibilidad na magsagawa kayo ng maling paggamit sa inireresetang gamot, o kung hindi kayo sang-ayon sa limitasyon, kayo ng inyong tagapagreseta ay maaaring maghain ng apela. Kung maghahain kayo ng apela, susuriin namin ang inyong kaso at ibibigay sa inyo ang aming desisyon. Kung patuloy naming tatanggihan ang anumang bahagi ng inyong apela na nauugnay sa mga limitasyon sa inyong access sa mga gamot na ito, awtomatiko naming ipapadala ang inyong kaso sa isang Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri (IRO). (Upang malaman pa ang tungkol sa mga apela at sa IRO, sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon G6, pahina 294 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.)

Maaaring hindi naaangkop sa inyo ang DMP kung kayo ay:

- may ilang partikular na medikal na kundisyon, tulad ng cancer o sickle cell disease,
- nakakatanggap ng pangangalaga sa hospisyo, palliative, o katapusan ng buhay, **o**
- naninirahan sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga.

Kabanata 6: Ang binabayaran ninyo para sa inyong mga inireresetang gamot mula sa Medicare at Medi-Cal Medicaid

Panimula

Nakasaad sa kabanatang ito kung ano ang binabayaran ninyo para sa inyong mga iniresetang gamot sa outpatient. Sa "mga gamot," ang ibig naming sabihin ay:

- Mga iniresetang gamot na nasa Medicare Part D, **at**
- Mga gamot at gamit na sinasaklaw sa ilalim ng Medi-Cal, **at**
- Mga gamot at gamit na sinasaklaw ng aming plano bilang mga karagdagang benepisyo

Dahil karapat-dapat kayo para sa Medi-Cal, nakakakuha kayo ng "Extra Help" mula sa Medicare upang tulungang bayaran ang inyong mga inireresetang gamot na nasa Medicare Part D. 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."

> Ang **Extra Help** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan na bawasan ang mga gastos sa inireresetang Medicare Part D na gamot, tulad ng mga premium, deductible, at bahaginan sa gastos. Ang Extra Help ay tinatawag ding "Subsidy para sa Mababa ang Kita," o "LIS."

Ang iba pang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Upang matuto nang higit pa tungkol sa mga inireresetang gamot, maaari ninyong tingnan ang mga lugar na ito:

- Ang Aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot.*
  - Tinatawag namin itong "Listahan ng Gamot." Nakalagay rito:
    - Kung aling mga gamot ang binabayaran namin
    - Kung mayroong anumang mga limitasyon sa mga gamot

- Kung kailangan ninyo ng isang kopya ng aming Listahan ng Gamot, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Makikita din ninyo ang pinakabagong kopya ng aming Listahan ng Gamot sa aming website sa www.wellcare.com/healthnetCA.
- Karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay saklaw ng aming plano. Ang ibang mga gamot, gaya ng ilang gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon. Maaari niyo ring tawagan ang Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Mangyaring dalhin ang inyong Medi-Cal Beneficiary Identification Card (BIC) kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx."

- **Kabanata 5,** Seksyon A, pahina 182 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
  - Isinasaad nito kung paano makukuha ang inyong mga iniresetang gamot sa outpatient sa pamamagitan ng aming plano.
  - Kasama rito ang mga patakaran na kailangan ninyong sundin. Isinasaad rin nito kung aling mga uri ng mga inireresetang gamot ang hindi saklaw ng aming plano.
  - Kapag ginamit ninyo ang "Real Time na Tool sa Benepisyo" ng plano para maghanap ng saklaw sa gamot (sumangguni sa **Kabanata 5,** Seksyon B2, pahina 189), "real time" ang ipapakitang gastos, ibig sabihin, ang gastos na ipapakita ng tool ay ang gastos sa ngayon para makapagbigay ito ng tinatayang mga gastos mula sa bulsa na inaasahang babayaran ninyo. Puwede ninyong tawagan ang inyong coordinator sa pangangalaga o ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.

- Ang *Aming Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo* at *Parmasya*.
  - Sa karamihan ng mga kaso, dapat kayong gumamit ng isang parmasyang nasa network upang makuha ang inyong mga saklaw na gamot. Ang mga parmasyang nasa network ay mga parmasya na sumang-ayong makipagtulungan sa amin.
  - Nasa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ang listahan ng mga parmasyang nasa aming network. Sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon A, pahina 182 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga parmasya ng network.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang *Paliwanag ng mga Benepisyo* (Explanation of Benefits o EOB) 207

B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot 208

C. Wala kayong babayaran para sa isang buwan o pangmatagalang supply ng mga gamot 210

C1. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot 210

C2. Ang babayaran ninyo 210

D. Mga Bakuna 211

D1. Ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna 212

A. Ang *Paliwanag ng mga Benepisyo* (EOB)

Sinusubaybayan ng aming plano ang inyong mga inireresetang gamot. Sinusubaybayan namin ang mga gastos:

- Ang inyong **kabuuang mga gastos sa gamot**. Ito ang halaga ng pera na binabayaran ninyo, o ng ibang mga nagbabayad para sa inyo, para sa inyong mga gamot, kasama ang mga halagang binabayaran namin.

Kapag nakakakuha kayo ng mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano, nagpapadala kami sa inyo ng isang buod na tinatawag na *Paliwanag ng mga Benepisyo.* Ang pinaikli naming tawag dito ay EOB. Hindi bill ang EOB. Naglalaman ang EOB na ito ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot gaya ng mga pagtaas sa presyo at iba pang gamot na may mas mababababang pagbabahagi ng gastos na posibleng available. Maaari kayong makipag-usap sa inyong tagapagreseta tungkol sa mga opsyon na ito sa mas mababang halaga. Kasama sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan.** Nakasaad sa buod ang mga inireresetang gamot na nakuha ninyo noong nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot, ano ang binayaran namin, at kung ano ang binayaran ninyo at ng ibang mga nagbabayad para sa inyo.
- **Year-to-date na impormasyon (simula sa pagsisimula ng taon hanggang sa kasalukuyang petsa).** Ito ang inyong kabuuang mga gastos sa gamot at kabuuang mga pagbabayad na ginawa mula noong Enero 1.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot**. Ito ang kabuuang presyo ng gamot at anumang porsyento ng pagbabago sa presyo ng gamot simula sa unang pagkuha.
- **Mga mas murang alternatibo**. Kapag available, makikita ang mga ito sa buod sa ibaba ng inyong mga kasalukuyang gamot. Puwede kayong makipag-usap sa tagapagreseta sa inyo para malaman ang higit pa.

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

- Ang mga pagbabayad na ginawa para sa mga gamot na ito ay hindi binibilang sa inyong kabuuang mga gastos mula sa bulsa.
- Karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay sinasaklaw ng plano. Ang ibang mga gamot, gaya ng ilang gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon. Maaari niyo ring tawagan ang customer service center ng

Medi-Cal sa 800-977-2273. Mangyaring dalhin ang inyong Medi-Cal beneficiary identification card (BIC) kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

- Para alamin kung aling mga gamot ang sinasaklaw ng aming plano, sumangguni sa aming Listahan ng Gamot.

B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot

Para subaybayan ang mga gastos sa inyong gamot at ang mga ginagawa ninyong pagbabayad, ginagamit namin ang mga talaan na nakukuha namin mula sa inyo at mula sa inyong parmasya. Narito kung paano ninyo kami matutulungan:

1. Gamitin ang inyong ID Card ng Miyembro.

Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro tuwing kumukuha kayo ng inireresetang gamot. Makakatulong ito sa amin na malaman kung anong mga reseta ang pinupunan ninyo at kung ano ang binabayaran ninyo.

2. Tiyaking hawak namin ang impormasyong kailangan namin.

Bigyan kami ng mga kopya ng mga resibo ng mga saklaw na gamot na binayaran ninyo. Maaari ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo para sa gamot.

Narito ang ilan sa mga panahon kapag dapat ninyo kaming bigyan ng mga kopya ng inyong mga resibo:

- Kapag bumili kayo ng isang saklaw na gamot sa isang parmasyang nasa network sa isang espesyal na presyo o gamit ang isang card ng diskuwento na hindi bahagi ng benepisyo ng aming plano
- Kapag nagbayad kayo ng isang bahaginan sa gastos para sa mga gamot na nakukuha ninyo sa ilalim ng tulong na programa sa pasyente ng gumawa ng gamot
- Kapag bumili kayo ng mga saklaw na gamot sa isang parmasyang wala sa network
- Kapag binayaran ninyo ang buong presyo para sa saklaw na gamot

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghiling sa amin na bayaran kayo para sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7**, Seksyon A, pahina 214 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

3. **Ipadala sa amin ang impormasyon tungkol sa mga pagbabayad na ginawa ng iba 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 sa gamot sa AIDS (ADAP), Serbisyo sa Kalusugan ng Indian (Indian Health Service), at karamihan ng mga kawang-gawa ay nabibilang sa inyong mga gastos mula sa bulsa.

4. **Tingnan ang mga EOB na ipinadala namin sa inyo.**

Kapag nakatanggap kayo ng EOB sa mail, pakitiyak na kumpleto at tama ito.

- **Nakikilala ba ninyo ang pangalan ng bawat parmasya?** Tingnan ang mga petsa. Kumuha ba kayo ng mga ganyang gamot sa araw na iyan?
- **Nakuha ba ninyo ang mga nakalistang gamot?** Tugma ba ang mga ito sa mga nakalista sa inyong mga resibo? Tugma ba ang mga gamot sa kung ano ang inireseta ng inyong doktor?

Para sa higit pang impormasyon, puwede kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net o puwede ninyong basahin ang *Handbook ng Miyembro* ng Wellcare by Health Net, na puwedeng ma-access sa aming website: www.wellcare.com/healthnetCA.

Paano kung may makita kayong mali sa buod na ito?

Kung may nakakalito o parang may mali sa EOB na ito, pakitawagan kami sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net. *Makakahanap din kayo ng mga sagot sa maraming tanong sa aming website:* www.wellcare.com/healthnetCA.

Paano naman kung may posibleng panloloko?

Kung nagpapakita ang buod na ito ng mga gamot na hindi ninyo iniinom o anupamang mukhang kahina-hinala para sa inyo, makipag-ugnayan sa amin.

- Pakitawagan kami sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net.
- O kaya, tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari ninyong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo.

Kung naghihinala kayong nanloko, nag-aksaya, o nang-abuso ang isang tagapagbigay ng serbisyo na nakakatanggap ng Medi-Cal, karapatan ninyong iulat ito sa pamamagitan ng pagtawag sa kumpidensyal na toll-free na numerong 1- 800-822-6222. Ang iba pang paraan ng pag-uulat ng panloloko sa Medi-Cal ay makikita sa: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

Kung sa palagay ninyo ay mayroong mali o nawawala, o kung mayroon kayong anumang mga tanong, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Itabi ang mga EOB na ito. Ang mga ito ay mahalagang tala ng inyong mga gastos sa gamot.

C. Wala kayong babayaran para sa isang buwan o pangmatagalang supply ng mga gamot

Sa aming plano, wala kayong babayaran para sa mga saklaw na gamot hangga't sinusunod ninyo ang mga panuntunan.

C1. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot

Para sa ilang gamot, makakakuha kayo ng pangmatagalang supply (tinatawag ding “pinahabang supply”) kapag pupunan ninyo ang inyong reseta. Ang isang pangmatagalang supply ay hanggang sa 90 araw na supply. Wala kayong gagastusin para sa pangmatagalang supply.

Para sa mga detalye kung saan at paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng gamot, sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon A7, pahina 186 inyong *Handbook ng Miyembro* o sa aming *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.

C2. Ang babayaran ninyo

Karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay sinasaklaw ng plano. Ang ibang mga gamot, gaya ng ilang gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang impormasyon. Maaari niyo ring tawagan ang customer service center ng Medi-Cal sa 800-977-2273. Mangyaring dalhin ang inyong Medi-Cal beneficiary identification card (BIC) kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Ang inyong bahagi sa gastos kapag kumuha kayo ng pang-isang buwan o pangmatagalang supply ng sinasaklaw na iniresetang gamot mula sa:

	Isang parmasyang nasa network Isang buwan o hanggang sa 100 araw na supply	**Ang serbisyo ng mail-order ng aming plano** Isang buwan o hanggang sa 100 araw na supply	**Isang parmasyang nasa network para sa pangmatagalang pangangalaga** Hanggang sa 31 araw na supply	**Isang parmasyang wala sa network** Hanggang sa 30 araw na supply. Limitado ang pagsaklaw sa ilang kaso. Sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon A8, pahina 187 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa mga detalye.
Bahagian sa gastos Tier 1 **(Lahat ng Part D na Gamot)**	$0	$0	$0	$0

Para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga parmasya ang maaaring magbigay sa inyo ng mga pangmatagalang supply, sumangguni sa aming *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.

D. Mga Bakuna

Mahalagang Mensahe Tungkol sa Babayaran Ninyo para sa Mga Bakuna: Itinuturing na mga medikal na benepisyo ang ilang bakuna. Ang ibang mga bakuna ay itinuturing na mga Medicare Part D na gamot. Makikita ninyong nakalista ang mga bakunang ito sa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot (Pormularyo)* ng plano. Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga pang-adult na bakuna sa Medicare Part D nang wala kayong babayaran. Sumangguni sa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot (Pormularyo)* ng inyong plano o makipag-ugnayan sa Mga serbisyo para sa miyembro para sa mga detalye ng saklaw at bahaginan sa gastos tungkol sa mga partikular na bakuna.

Mayroong dalawang bahagi sa aming pagsaklaw sa mga bakuna ng Medicare Part D:

1. Ang unang bahagi ng pagsaklaw ay para sa gastos **mismo sa bakuna.** Ang bakuna ay isang iniresetang gamot.
2. Ang ikalawang bahagi ng pagsaklaw ay para sa gastos sa **pagbibigay sa inyo ng bakuna**. Halimbawa, minsan, maaaring iturok ng inyong doktor ang ibibigay niyang bakuna sa inyo.

D1. Ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna

Inirerekomenda namin na tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kapag nagpaplano kayong magpabakuna.

- Maaari naming sabihin sa inyo kung paano sasaklawin ng aming plano ang inyong pagpapabakuna.

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang isang bill na natanggap ninyo para sa mga saklaw na serbisyo o gamot

Panimula

Isinasaad ng kabanatang kung paano at kailan magpapadala sa amin ng bill para humiling ng bayad. Isinasaad rin nito sa inyo kung paano maghain ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa isang desisyon sa saklaw. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Paghiling sa amin na magbayad para sa inyong mga serbisyo o gamot 214

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad..... 218

C. Mga desisyon sa pagsaklaw 219

D. Mga Apela 220

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

Hindi kayo dapat makatanggap ng bill para sa mga serbisyo o gamot na nasa network. Dapat singilin ng aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ang planong pangkalusugan para sa inyong mga saklaw na serbisyo at gamot pagkatapos ninyong makuha ang mga ito. Ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay isang tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan.

Hindi namin pinapayagan ang mga tagapagbigay ng serbisyo ng Wellcare by Health Net na singilin kayo para sa mga serbisyo o gamot na ito. Direkta naming binabayaran ang aming mga tagapagbigay ng serbisyo, at pinoprotektahan namin kayo mula sa anumang mga singil.

Kung makatanggap kayo ng bill para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot, huwag bayaran ang bill at ipadala ang bill sa amin. Para padalhan kami ng bill, sumangguni sa **Seksyon B,** pahina 218 ng kabanatang ito.

Kung sinasaklaw namin ang mga serbisyo o gamot, babayaran namin ang tagapagbigay ng serbisyo nang direkta.

- Kung sinasaklaw namin ang mga serbisyo o gamot at nabayaran niyo na ang bill, may karapatan kayong i-refund sa inyong ibinayad.
  - Kung nagbayad kayo ng mga serbisyong saklaw ng Medicare, ibabalik namin ang ibinayad ninyo.
- Kung magbabayad kayo para sa mga serbisyo ng Medi-Cal na natanggap na ninyo, posibleng kwalipikado kayong ma-reimburse (maisauli ang bayad) kung matutugunan ninyo ang lahat ng sumusunod na kondisyon:
  - Ang serbisyog natanggap ninyo ay isang saklaw na serbisyo ng Medi-Cal na dapat naming bayaran. Hindi namin kayo ire-reimburse para sa isang serbisyong hindi saklaw ng Wellcare by Health Net.
  - Natanggap ninyo ang saklaw na serbisyo pagkatapos ninyong maging isang kwalipikadong miyembro ng Wellcare by Health Net.
  - Hiniling ninyo na maibalik ang inyong bayad sa loob ng isang taon mula sa petsa noong natanggap ninyo ang saklaw na serbisyo.
  - Nagbigay kayo ng pruwebang binayaran ninyo ang saklaw na serbisyo, gaya ng detalyadong resibo mula sa tagapagbigay ng serbisyo.

  - Natanggap ninyo ang saklaw na serbisyo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo na nakatala sa Medi-Cal sa samahan ng Wellcare by Health Net. Hindi ninyo kailangang matugunan ang kondisyong ito kung ang natanggap ninyo ay pang-emergency na pangangalaga, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyong pinapayagan ng Medi-Cal na isagawa ng mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network nang walang paunang awtorisasyon (paunang awtorisasyon).

- Kung ang saklaw na serbisyo ay karaniwang nangangailangan ng paunang awtorisasyon (paunang awtorisasyon), kailangan ninyong magbigay ng pruweba mula sa tagapagbigay ng serbisyo na nagpapakita ng medikal na pangangailangan para sa saklaw na serbisyo.
- Sasabihin sa inyo ng Wellcare by Health Net kung ire-reimburse nila kayo sa sulat na tinatawag na Abiso ng Aksyon. Kung matutugunan ninyo ang lahat ng kondisyon sa itaas, dapat ibalik ng tagapagbigay ng serbisyo na nakatala sa Medi-Cal ang buo ninyong bayad. Kung ayaw kayong bayaran ng tagapagbigay ng serbisyo, Wellcare by Health Net ang magbabayad sa inyo ng buong halaga. Ire-reimburse namin kayo sa loob ng 45 araw ng negosyo pagkatanggap sa claim. Kung naka-enroll ang tagapagbigay ng serbisyo sa Medi-Cal, pero wala siya sa aming samahan at ayaw niyang ibalik ang bayad ninyo, Wellcare by Health Net ang magbabayad sa inyo, pero hanggang lang sa halagang babayaran ng FFS Medi-Cal. Babayaran kayo ng Wellcare by Health Net para sa buong halagang mula sa sariling bulsa para sa mga pang-emergency na serbisyo, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyong pinapayagan ng Medi-Cal na ibigay ng mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network nang walang paunang awtorisasyon. Kung hindi ninyo matutugunan ang mga kondisyon sa itaas, hindi namin maibabalik ang bayad ninyo.
- Hindi namin maibabalik ang bayad ninyo kung:
  - Humiling at nakatanggap kayo ng mga serbisyong hindi saklaw ng Medi-Cal, gaya ng mga cosmetic na serbisyo.
  - Ang serbisyo ay hindi saklaw na serbisyo para sa Wellcare by Health Net.
  - Nagpunta kayo sa isang doktor na hindi tumatanggap ng Medi-Cal at lumagda kayo ng form na nagsasabing gusto pa rin ninyong magpatingin at kayo mismo ang magbabayad sa mga serbisyo.
- Kung hindi namin saklaw ang mga serbisyo o gamot, sasabihin namin sa inyo.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung mayroon kayong anumang mga tanong. Kung makatanggap kayo ng mga bill at hindi ninyo alam ang gagawin tungkol dito, makakatulong kami. Maaari rin kayong tumawag kung may gusto kayong ipaalam na impormasyon sa amin tungkol sa isang naipadala na ninyo sa amin na kahilingan sa bayad.

Narito ang mga halimbawa ng mga pagkakataon na maaaring kailanganin ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo o bayaran ang bill na nakuha ninyo:

1. **Kapag nakatanggap kayo ng pang-emergency o pangangalagang pangkalusugan na agarang kinakailangan mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.**

   Hilingin sa tagapagbigay ng serbisyo na singilin kami.

   - Kung babayaran ninyo ang buong halaga kapag nakatanggap kayo ng pangangalaga, hilingin sa amin na bayaran kayo. Ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa 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 sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.
     - Kung dapat bayaran ang tagapagbigay ng serbisyo, direkta naming babayaran ang tagapagbigay ng serbisyo.
     - Kung nabayaran na ninyo ang serbisyo ng Medicare, ibabalik namin sa inyo ang inyong ibinayad

2. **Kapag nagpadala sa inyo ng isang bill ang tagapagbigay ng serbisyong nasa network**

   Kami ang dapat na palaging singilin ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Mahalagang ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro sa tuwing kumukuha kayo ng anumang serbisyo o inireresetang gamot. Ngunit kung minsan ay nagkakamali sila, at sisingilin nila kayo ng higit sa inyong bahagi sa mga gastos. **Tumawag sa mga Serbisyo para sa Miyembro** sa numero sa ibaba ng pahinang ito **kung may matatanggap kayong anumang bill.**

   - Dahil binabayaran namin ang buong halaga para sa inyong mga serbisyo, wala kayong pananagutan na bayaran ang anumang gastos. Hindi dapat kayo singilin ng mga tagapagbigay ng serbisyo ng kahit ano para sa mga serbisyong ito.
   - Sa tuwing nakakakuha kayo ng bill mula sa network, ipadala sa amin ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa tagapagbigay ng serbisyo at kami ang mag-aayos ng problema.

- Kung binayaran na ninyo ang isang bill mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare, ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ibinigay ninyo. Babayaran namin kayo para sa inyong mga saklaw na serbisyo.

3. Kung kayo ay retroaktibong nakatala sa aming plano

Minsan, posibleng retroactive ang pagpapatala ninyo sa plano. (Nangangahulugan ito na lumipas na ang unang araw ng inyong pagpapatala. Posible ngang noong nakaraang taon pa ito.)

- Kung retroactive kayong nagpatala at nagbayad kayo ng bill pagkalipas ng petsa ng pagpapatala, puwede ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo.
- Ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.

4. Kapag gumamit kayo ng parmasyang wala sa network sa pagkuha ng reseta

Kung pupunta kayo sa isang parmasyang wala sa network, babayaran ninyo ang buong halaga ng inyong reseta.

- Sa ilang kaso lamang, sasaklawan namin ang mga pinunong inireresetang gamot sa mga parmasyang wala sa network. Ipadala sa amin ang isang kopya ng resibo kapag hihilingin ninyo sa amin na bayaran kayo.
- Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* upang matuto nang higit pa tungkol sa mga parmasyang wala sa network.

5. Kapag binayaran ninyo ang kabuuang halaga para sa isang reseta sa Medicare Part D dahil hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro

Kung hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro, maaari ninyong hilingin sa parmasya na tumawag sa amin o hanapin ang inyong impormasyon sa pagpapatala sa plano.

- Kung hindi agad makuha ng parmasya ang impormasyon, maaaring kailanganin ninyong bayaran mismo ang buong halaga ng reseta o bumalik sa parmasya dala ang inyong ID Card ng Miyembro.
- **Ipadala sa amin ang isang kopya ng resibo kapag hihilingin ninyo sa amin na bayaran kayo.**

6. Kapag binayaran ninyo ang buong halaga ng reseta sa Medicare Part D para sa isang hindi saklaw na gamot.

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

- Ang gamot ay maaaring wala sa aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (Listahan ng Gamot) sa aming website, o maaaring mayroon itong kinakailangan o paghihigpit na hindi ninyo alam o sa palagay ninyo ay hindi ito naaangkop sa inyo. Kung magpasya kayong kunin ang gamot, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga.
    - Kung hindi ninyo babayaran ang gamot pero sa palagay ninyo ay dapat namin itong saklawin, maaari kayong humiling ng isang desisyon sa pagsaklaw (sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon G4, pahina 287 ng inyong *Handbook ng Miyembro*).
    - Kung sa palagay ninyo at ng inyong doktor o ibang tagapagreseta na kailangan ninyo kaagad ang gamot, (sa loob ng 24 na oras), maaari kayong humiling ng isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw (sumangguni sa **Kabanata 9,** Seksyon G4, pahina 287 ng inyong *Handbook ng Miyembro*).
- Ipadala sa amin ang isang kopya ng resibo kapag hihilingin ninyo sa amin na bayaran kayo. Sa ilang mga kaso, maaaring kailanganin naming kumuha ng karagdagang impormasyon mula sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta upang mabayaran kayo para sa gamot.

Kapag nagpadala kayo sa amin ng kahilingan sa bayad, susuriin namin ang inyong kahilingan at magdedesisyon kami kung dapat bang saklawin ang serbisyo o gamot. Tinatawag itong pagsasagawa ng “desisyon sa pagsaklaw.” Kung magpasya kaming dapat saklawin ang serbisyo o gamot, babayaran namin ito.

Kung hindi namin aaprubahan ang inyong kahilingan para sa bayad, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Para malaman kung paano maghain ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon G5, pahina 291 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad

Ipadala sa amin ang inyong bill at pruweba ng anumang pagbabayad ninyo para sa mga serbisyo ng Medicare o tawagan kami. Ang patunay ng pagbabayad ay maaaring isang kopya ng tseke na isinulat ninyo o isang resibo mula sa tagapagbigay ng serbisyo. **Magandang ideya na gumawa kayo ng kopya ng inyong bill at resibo para sa inyong mga tala.** Maaari kayong humingi ng tulong sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga. Dapat ninyong ipadala sa amin ang inyong impormasyon sa loob ng 30 araw mula sa petsa kung kailan ninyo natanggap ang serbisyo, gamit, o gamot.

Para tiyaking ibinibigay ninyo sa amin ang lahat ng impormasyong kailangan namin upang magdesisyon, maaari kayong magsagot ng form para sa pag-claim upang humiling ng bayad.

- Hindi ninyo kailangang gamitin ang form, ngunit makakatulong ito sa amin na mas mabilis na maproseso ang impormasyon.

- Maaari ninyong makuha ang form sa aming website sa (www.wellcare.com/healthnetCA), o maaari kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro at hingin ang form.

Ipadala ang inyong kahilingan sa bayad sa mail kasama ng anumang bill o resibo sa address na ito:

Address para sa Mga Medikal na Claim:

Wellcare by Health Net
Attn: Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

Dapat ninyong isumite sa amin ang inyong claim sa loob ng isang taon ng kalendaryo mula sa petsa noong natanggap ninyo ang serbisyo o item.

Address para sa Mga Claim sa Parmasya:

Wellcare by Health Net
Attn: Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

Dapat ninyong isumite sa amin ang inyong claim sa loob ng tatlong taon mula sa petsa noong natanggap ninyo ang gamot.

C. Mga desisyon sa pagsaklaw

Kapag natanggap namin ang inyong kahilingan sa bayad, gagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw. Nangangahulugan ito na magpapasya kami kung sasaklawin ng aming plano ang inyong serbisyo, item, o gamot. Pagpapasyahan rin namin ang halaga ng pera, kung mayroon man, ang dapat ninyong bayaran.

- Ipapaalam namin sa inyo kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon mula sa inyo.
- Kung mapagpasyahan namin na sasaklawin ng aming plano ang serbisyo, item, o gamot at sinunod ninyo ang lahat ng patakaran para sa pagkuha nito, babayaran namin ito. Kung nagbayad na kayo para sa serbisyo o gamot, magpapadala kami sa inyo ng tseke para sa inyong binayaran. Kung hindi pa kayo nagbabayad, babayaran namin nang direkta ang tagapagbigay ng serbisyo.

Ipinapaliwanag sa **Kabanata 3**, Seksyon B, pahina 56 ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang mga panuntunan para sa pagsaklaw ng inyong mga serbisyo.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 5,** Seksyon A, pahina 182 ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang mga panuntunan para sa pagsaklaw ng inyong mga inireresetang Medicare Part D na gamot.

- Kung mapagpasyahan naming hindi bayaran ang serbisyo o gamot, padadalhan namin kayo ng sulat kasama ng mga dahilan. Ipapaliwanag din ng liham ang inyong mga karapatan na maghain ng apela.
- Para malaman pa ang tungkol sa mga desisyon sa pagsaklaw, sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon E, pahina 261.

D. Mga Apela

Kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami sa pagtanggi sa inyong kahilingan sa bayad, maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang aming pasya. Tinatawag itong “paghahain ng apela.” Maaari rin kayong maghain ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa halagang binabayaran namin.

Ang proseso ng pormal na mga apela ay may mga detalyadong pamamaraan at mga deadline. Upang malaman pa ang tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9,** Seksyon E2, pahina 262 ng inyong *Handbook ng Miyembro*:

- Kung gusto ninyong maghain ng apela para maibalik ang ibinayad ninyo para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Kabanata 9,** Seksyon E, pahina 261.
- Kung gusto ninyong maghain ng apela para maibalik ang ibinayad ninyo para sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9,** Seksyon G5, pahina 291.

Kabanata 8: Ang inyong mga karapatan at responsibilidad

Panimula

Napapaloob sa kabanatang ito ang inyong mga karapatan at pananagutan bilang miyembro ng aming plano. Dapat namin igalang ang inyong mga karapatan. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs 224

B. Ang aming pananagutan para sa inyong napapanahong pag-access sa mga saklaw na serbisyo at gamot 240

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang inyong personal na impormasyon sa kalusugan (personal health information o PHI) 242

C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI 243

C2. Ang inyong karapatan na makita ang inyong mga medikal na rekord 243

D. Ang aming pananagutan na magbigay sa inyo ng impormasyon 244

E. Kawalan ng kakayahan ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network na direkta kayong singilin 246

F. Ang inyong karapatan na umalis sa aming plano 246

G. Ang karapatan ninyong gumawa ng mga pagpapasiya tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan 246

G1. Ang inyong karapatan na malaman ang inyong mga pagpipilian sa pagpapagamot at gumawa ng mga pasya 247

G2. Ang karapatan ninyong sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makakagawa ng mga pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyong sarili 248

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinusunod ang inyong mga tagubilin 249

H. Ang inyong karapatan na magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon 249

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan 250

I. Ang inyong mga pananagutan bilang miyembro ng plano 250

J. May karapatan kayong magbigay ng mga rekomendasyon tungkol sa aming patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro 253

K. Pagsusuri ng Mga Bagong Teknolohiya 253

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure all services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711) or write to:

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

  Wellcare by Health Net wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice. Please call us if:

  - You want to get your materials in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese, Hmong or in an alternate format. You can ask for one of these languages in an alternate format.
  - You want to change the language or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Wellcare by Health Net Member Services at 1-800-431-9007 (TTY: 711). Between October 1 and March 31, representatives are available Monday–Sunday, 8 a.m. to 8 p.m. Between April 1 and September 30, representatives are available Monday–Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

لديك الحق في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نضمن تقديم كل الخدمات لك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. ويتوجب علينا أيضًا إخبارك عن مزايا الخطة التي نقدمها وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشترك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيل الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (الهاتف النصي TTY: 711) أو إرسال خطاب إلى:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

ترغب Wellcare by Health Net في التأكد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُطلق على ذلك اسم "الطلب القائم". وسنقوم بتوثيق اختيارك. الرجاء الاتصال بنا في حالة:

- كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية أو بتنسيق بديل. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بتنسيق بديل.
- كنت تريد تغيير اللغة أو التنسيق الذي نرسل به المواد إليك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فيرجى الاتصال بخدمات أعضاء Wellcare by Health Net على الرقم 1-800-431-9007 (الهاتف النصي TTY: 711). في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 أبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو الإعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.
- مكتب الحقوق المدنية في Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال على الرقم 711.

Ծառայություններ և տեղեկատվություն ստանալու Ձեր իրավունքն այնպես, որ բավարարի Ձեր կարիքները

Մենք պետք է համոզվենք, որ բոլոր ծառայությունները Ձեզ մատուցվեն մշակութային առումով զրագետ և մատչելի ձևով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է Ձեզ նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ մեծ տառատեսակը, բրայլյան կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկում 1-800-431-9007 հեռախոսահամարով (TTY: 711) կամ գրել՝

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net-ը ցանկանում է համոզվել, որ Դուք տեղեկացված եք Ձեր բժշկական ապահովագրության ծրագրի վերաբերյալ մանրամասների մասին: Մենք կարող ենք նյութեր ուղարկել այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե խնդրեք այն: Սա կոչվում է «մշտական խնդրանք»: Մենք կարձանագրենք Ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.

- Ցանկանում եք ստանալ նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմեր), չինարեն (ավանդական), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով: Կարող եք խնդրել այս լեզուներից մեկն այլընտրանքային ձևաչափով:
- Ցանկանում եք փոխել լեզուն կամ ձևաչափը, որով մենք ձեզ նյութեր ենք ուղարկում:

Եթե ծրագրի նյութերը հասկանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, ապա խնդրում ենք դիմել Wellcare by Health Net-ի Անդամների ծառայությունների կենտրոն՝ 1-800-431-9007 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.:

Եթե մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալու դժվարություններ ունեք լեզվի խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ցանկանում եք գանագատ ներկայացնել, ապա զանգահարեք

- Medicare-ին՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- ԱՄ Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն՝ 711:

សិទ្ធិរបស់អ្នកដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មនិងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវធ្វើឱ្យប្រាកដថាសេវាកម្ម **ទាំងអស់**នឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកតាមរបៀបដែលអាចចូលប្រើបាន និងសមស្របតាមវប្បធម៌។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអ្នកអាចរកបានដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏ផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ នៅក្នុងទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួយណាមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ឬសរសេរទៅកាន់៖

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

  Wellcare by Health Net ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា អ្នកយល់អំពីព័ត៌មានគម្រោងសុខភាពរបស់អ្នក។ យើងអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់អ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត បើសិនអ្នកស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារជម្រើសរបស់អ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកពួកយើង បើសិន៖

  - អ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់អ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារសុី កូរ៉េ រុស្សី អេស្ប៉ាញ តាហ្គាល វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេង។ អ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។
  - អ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសា ឬទម្រង់នៃព័ត៌មាន ដែលយើងផ្ញើទៅកាន់អ្នក។

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងយល់អំពីឯកសាររបស់គម្រោងរបស់អ្នក សូមទាក់ទងផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិករបស់ Wellcare by Health Net តាមរយៈលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែតុលា និងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទ ដល់ ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។ ចន្លោះពីថ្ងៃទី 1 ខែមេសា និងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ ម៉ោង 8 យប់។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំព្រោះតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់បណ្តឹងតវ៉ា នោះសូមទូរសព្ទទៅកាន់ៈ

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចហៅទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ក្រសួងសេវាសុខាភិបាល និងមនុស្ស តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697 ។
- ការិយាល័យសម្រាប់សិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។

您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保**所有**服務均以文化適合且可以取得的方式提供給您。我們也必須透過您能夠瞭解的方式告知您有關我們計劃的福利及您的權利。只要您尚在本計劃中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本項計劃有免費口譯服務，能以不同語言回答問題。
- 本計畫也可以為您提供英語以外的語言版本、大字版、點字版或語音版的資訊。若要取得以上替代格式的材料，請致電會員服務部：1-800-431-9007 (TTY: 711) 或寫信至：

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

  Wellcare by Health Net 希望確保您瞭解自己的健保計劃資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：

  - 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語 (高棉語)、中文 (繁體字)、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。

- 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計劃材料，請致電聯絡 Wellcare by Health Net 會員服務部，電話是 1-800-431-9007 (聽障專線：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日期間，代表的服務時間為週一至週日，早上 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日期間，代表的服務時間為週一至週五，早上 8 點至晚上 8 點。

如果您因語言問題或身心障礙，而在向本計劃取得資訊時遭遇困難，因而想要提出投訴，請致電：

- Medicare，電話是：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可以全天候撥打，每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights，電話是：1-800-368-1019。聽障專線使用者請致電 1-800-537-7697。
- Medi-Cal Office of Civil Rights 電話是：916-440-7370。聽障專線使用者請撥打 711。

شما حق دارید خدمات و اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به شیوه‌ی فرهنگی مناسب و قابل دسترس به شما ارائه می‌شود. همچنین ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هرسال حقوق قانونی که در برنامه ما دارید را به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف است.
- برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همهٔ زبان‌های غیر از انگلیسی و فرمت‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و فرمت صوتی برای شما فراهم کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالبهای جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net می‌خواهد مطمئن شود که اطلاعات برنامه سلامت خود را درک کرده‌اید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار «درخواست دائمی» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای،

روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.

- تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

چنانچه برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضای به این شماره تماس بگیرید 1-800-431-9007 (TTY: 711)تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعدازظهر در دسترس هستند.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را اقامه کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- Medicare به شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- با اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

귀하의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받아볼 권리

모든 서비스가 문화적으로 유능하고 접근 가능한 방식으로 귀하에게 제공될 수 있도록 해야 합니다. 당사는 또한 당사 플랜의 혜택, 귀하의 권리를 반드시 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 귀하에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오. 당사 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 구하려면 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 문의하시거나 다음 주소로 편지를 보내 주십시오.

Wellcare by Health Net
7700 Forsyth Boulevard
Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net는 귀하가 자신의 건강 플랜 정보를 확실히 이해하실 수 있도록 도울 것입니다. 귀하의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "지속 요청"이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 문의해 주십시오.

- 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶으실 수 있습니다. 이들 언어 중 한 가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
- 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 있어 도움이 필요하시면, Wellcare by Health Net 가입자 서비스부에 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 10월 1일부터 3월 31일까지는 상담원과 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 있어 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하기 원하시면,

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 문의해 주십시오. 주 7일 24시간 언제든지 문의하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 문의하시면 됩니다.
- 미국 보건 복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국(Office for Civil Rights)에 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 문의해 주십시오.
- Medi-Cal 인권 사무국(Office of Civil Rights)에 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711번으로 문의해 주십시오

Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для того чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на необходимом вам языке.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711) либо напишите по адресу:

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

  Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом страхования Wellcare by Health Net. По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в другом формате. Такой запрос называется «постоянно действующим запросом». Мы внесем ваш выбор в свою документацию. Позвоните нам, если:

  - Вы хотите получать материалы на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате.
  - Вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь с пониманием информации, представленной в материалах о плане страхования, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Wellcare by Health Net по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта наши представители

доступны с понедельника по воскресенье с 8 a.m. до 8 p.m. С 1 апреля по 30 сентября с нашими представителями можно связаться с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 8 p.m.

Если у вас возникли трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.
- Управление по гражданским правам (Office of Civil Rights) Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.

Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se le proporcionen de una manera accesible y culturalmente competente. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (TTY: 711) o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net quiere asegurarse de que comprende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina "solicitud permanente". Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
- Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Wellcare by Health Net al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, los representantes están disponibles de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa isang paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyakin na an **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa paraang naaangkop at naa-access ayon sa kultura. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na nasa plano namin kayo.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mabibigyan rin kayo ng aming plano ng mga materyales na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) o sumulat sa:

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

  Gustong matiyak ng Wellcare by Health Net na nauunawaan ninyo ang impormasyon ng inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “pangmatagalang kahilingan.” Itatala namin ang inyong pinili. Pakitawagan kami kung:

  - Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na karakter), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
  - Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyo sa mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa sa mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tawagan ang:

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

- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.
- Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.

Quý vị có quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và có thể tiếp cận được. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh và bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận các tài liệu ở một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711) hoặc viết thư cho:

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

  Wellcare by Health Net muốn đảm bảo quý vị hiểu được thông tin trong chương trình sức khỏe của mình. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này được gọi là "yêu cầu thường xuyên". Chúng tôi sẽ ghi chép lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:

  - Quý vị muốn nhận tài liệu bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khmer), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt hoặc bằng định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong những ngôn ngữ này ở định dạng thay thế.
  - Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng của tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ các tài liệu của chương trình, vui lòng liên lạc với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên của Wellcare by Health Net theo số 1-800-431-9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Chủ Nhật, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai - Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

Nếu quý vị gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.

Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697.Văn Phòng Đặc Trách Dân Quyền thuộc Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.

Koj li kev muaj cai kom tau txais cov kev pab cuam thiab ntaub ntawv qhia paub hauv txoj hauv kev uas yuav ua tau raws li koj cov kev xav tau

Peb yuav tsum ua kom paub tseeb tias koj tau txais **tag nrho** cov kev pab cuam hauv tus yam ntxwv uas muaj lub peev xwm fab kab lij kev cai thiab tuaj yeem nkag cuag tau.Tsis tas li ntawd, peb yuav tsum tau qhia rau koj paub txog peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm cov txiaj ntsig kev pab thiab koj cov kev muaj cai hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab tau.Peb yuav tsum qhia rau koj hais txog koj cov kev muaj cai hauv txhua xyoo uas koj tseem nyob hauv peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm.

- Txhawm rau kom tau txais ntaub ntawv qhia paub ntxiv hauv txoj hauv kev uas koj nkag siab tau, hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab.Peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm muaj cov kev pab cuam muab kws pab txhais lus pub dawb los teb cov nqe lus nug hauv lwm hom lus.

- Tsis tas li ntawd, peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm tuaj yeem muab cov ntaub ntawv rau koj hauv cov hom lus uas tsis yog Lus Askiv thiab hauv hom ntaub ntwav xws li ntawv luam loj, los sis ua suab lus hais.Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv ib hom ntawm lwm hom nab ntawv no, thov hu rau Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711) los sis sau ntawv mus rau:

  Wellcare by Health Net
  7700 Forsyth Boulevard
  Clayton, MO 63105

Wellcare by Health Net xav ua kom paub tseeb tias koj nkag siab txog koj tej ntaub ntawv qhia paub txog txoj phiaj xwm tuav pov hwm kev noj qab haus huv.Peb tuaj yeem xa cov ntaub ntawv rau koj hauv lwm hom lus los sis lwm hom ntaub ntawv yog tias koj thov kom muab li ntawd.Qhov no hu ua "kev thov qhov yus xaiv." Peb yuav teev tseg koj qhov kev xaiv no cia.Thov hu rau peb yog tias:

- Koj xav kom tau koj cov ntaub ntawv ua Lus Arabic, Lus Armenian, Kas Pus Cias (Lus Khmer), Lus Suav (ntawv sau li thaum ub), Lus Farsi, Lus Kaus Lim, Lus Lav Xias, Lus Mev, Lus Tagalog, Lus Nyab Laj los sis ua lwm hom ntaub ntawv.Koj tuaj yeem thov tau ib hom ntawm cov hom lus no hauv lwm hom ntaub ntawv.
- Koj tuaj yeem hloov hom lus los sis hom ntaub ntawv uas peb xa cov ntaub ntawv no tuaj rau koj.

Yog tias koj xav tau kev pab kom nkag siab txog koj txoj phiaj xwm cov ntaub ntawv, thov tiv tauj Wellcare by Health Net Cov Chaw Muab Kev Pab Cuam Tswv Cuab ntawm 1-800-431-9007 (TTY: 711).Nyob rau Lub Kaum Hli Ntuj Tim 1 thiab Lub Peb Hlis Tim 31, cov neeg sawv cev yuav khoom los pab cuam hauv Hnub Monday–Sunday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj Nyob Rau Lub Plaub Hlis Ntuj Tim 1 thiab Lub Cuaj Hlis Ntuj Tim 30, cov neeg sawv cev khoom lus pab cuam hauv Hnub Monday–Friday, 8 teev sawv ntxov txog 8 teev tsaus ntuj

Yog tias koj muaj teeb meem txog kev tau txais cov ntaub ntawv qhia paub los ntawm peb txoj phiaj xwm tuav pov hwm vim muaj teeb meem txog hom lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav xa daim ntawv lus tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare tau ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub lim tiam.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Cov Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem ntawm 916-440-7370.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711
- Teb Chaw Meskas Lub Chaw Hauj Lwm Saib Xyuas Kev Noj Qab Haus Huv thiab Cov Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Kev Muaj Cai Ntawm Pej Xeem ntawm 1-800-368-1019.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

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

Kung hindi kayo makakuha ng napapanahong appointment para makatanggap ng mga saklaw na serbisyo at sa palagay ng inyong doktor ay hindi kayo makakapaghintay nang mas matagal para sa appointment, maaari ninyong tawagan ang Departamento ng Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. at matutulungan nila kayo. Kung hindi kayo makakakuha ng mga serbisyo sa loob ng isang makatuwirang tagal, kailangan namin bayaran ang pangangalaga na wala sa network.

Mayroon kayong mga karapatan bilang isang miyembro ng aming plano.

- Mayroon kayong karapatang pumili ng Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (PCP) sa aming network. Ang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay isang tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa amin. Makakakuha kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa kung anong mga uri ng mga tagapagbigay ng serbisyo ang maaaring magsilbing PCP at kung paano pumili ng PCP sa **Kabanata 3**, Seksyon D, pahina 59 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
    - Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o tumingin sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* upang matuto nang higit pa tungkol sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network at kung aling mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- Mayroong kayong karapatan para sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang hindi kumukuha ng referral. Ang referral ay isang pag-apruba mula sa inyong PCP para makapagpatingin sa isang tagapagbigay ng serbisyo na hindi ninyo PCP
- May karapatan kayong makakuha ng mga saklaw na serbisyo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network sa loob ng makatuwirang tagal ng panahon.
    - Kasama rito ang karapatang makakuha ng mga napapanahong serbisyo mula sa mga espesyalista.

  - Kung hindi kayo makakakuha ng mga serbisyo sa loob ng makatwirang tagal ng panahon, dapat kaming magbayad para sa pangangalaga sa labas ng network.

- May karapatan kayong makakuha ng mga serbisyo o pangangalagang pang-emergency na agarang kinakailangan nang walang paunang awtorisasyon (PA).
- May karapatan kayong mapunan ang inyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasya sa network nang walang mahabang pagkaantala.
- May karapatan kayong malaman kung kailan kayo puwedeng magpatingin sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Upang matutunan ang tungkol sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, sumangguni sa **Kabanata 3**, Seksyon D4, pahina 67 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Sa una ninyong pagsali sa aming plano, may karapatan kayong panatilihin ang inyong kasalukuyang mga tagapagbigay ng serbisyo at mga pahintulot sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang ilang mga kundisyon. Upang malaman pa ang tungkol sa pagpapanatili ng inyong mga tagapagbigay ng serbisyo at mga pahintulot sa serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 1**, Seksyon F, pahina 18 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- May karapatan kayong gumawa ng sarili ninyong mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan sa tulong ng inyong pangkat ng pangangalaga at tagapangasiwa ng pangangalaga.

Isinasaad ng **Kabanata 9**, Seksyon E, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro* kung ano ang maaari ninyong gawin kung sa tingin ninyo ay hindi ninyo nakukuha ang inyong mga serbisyo o gamot sa loob ng makatwirang tagal ng panahon. Isinasaad rin nito kung ano ang maaari ninyong gawin kung tinanggihan namin ang saklaw para sa inyong mga serbisyo o gamot at hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon.

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang inyong personal na impormasyon sa kalusugan (personal health information o PHI)

Pinoprotektahan namin ang inyong PHI gaya ng iniaatas ng mga batas ng pederal na pamahalaan at estado.

Kasama sa inyong PHI ang impormasyong ibinigay ninyo sa amin noong nagpatala kayo sa aming plano. Kasama rin dito ang inyong mga medikal na talaan at iba pang impormasyong medikal at pangkalusugan.

May mga karapatan kayong makakuha ng impormasyon at kontrolin kung paano gagamitin ang inyong PHI. Bibigyan namin kayo ng nakasulat na abiso na nagsasabi tungkol sa mga karapatang ito at ipinapaliwanag rin kung paano namin pinoprotektahan ang pagkapribado ng inyong PHI. Ang abiso ay tinatawag na “Abiso ng Kasanayan sa Pagkapribado (Notice of Privacy Practice).”

Ang mga miyembrong maaaring pumayag na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo ay hindi kinakailangang kumuha ng pahintulot ng sinumang miyembro na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo o magsumite ng claim para sa mga sensitibong serbisyo. Maaaring magsimula ang isang miyembro ng isang kahilingan sa kumpidensyal na pakikipag-ugnayan sa pamamagitan ng pagsulat sa planong pangkalusugan o sa pamamagitan ng elektronikong pagpapadala. Magpapatupad ang insurer ng kalusugan ng kahilingan sa mga kumpidensyal na pakikipag-ugnayan sa loob ng 7 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang isang elektronikong pagpapadala o kahilingan sa telepono, o sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang sulat sa pamamagitan ng first-class na mail. Ididirekta ng Wellcare by Health Net ang mga komunikasyon hinggil sa mga sensitibong serbisyo sa kahaliling itinalagang mailing address, email address, o numero ng telepono ng isang miyembro o, kung walang pagtatalaga, sa pangalan ng miyembro sa address o numero ng telepono na nasa file. Hindi ihahayag ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ang impormasyong medikal na nauugnay sa mga sensitibong serbisyo sa sinupamang miyembro nang walang nakasulat na pahintulot mula sa miyembrong tumatanggap ng pangangalaga. Tatanggapin ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ang mga kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon sa form at format na hiniling, kung ito ay madaling gawin sa hiniling na form at format, o sa mga alternatibong lokasyon. Ang kahilingan ng isang miyembro para sa mga kumpidensyal na komunikasyon na nauugnay sa mga sensitibong serbisyo ay magiging wasto hanggang sa bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsumite ng bagong kahilingan para sa mga kumpidensyal na komunikasyon.

C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI

Tinitiyak namin na walang hindi awtorisadong tao ang tumitingin o magbabago sa inyong mga talaan.

Maliban sa mga kasong nakasaad sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang inyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay ng inyong pangangalaga o nagbabayad para sa inyong pangangalaga. Kung gagawin namin ito, kinakailangan naming makuha muna ang inyong nakasulat na pahintulot. Kayo, o isang taong legal na awtorisadong gumawa ng mga desisyon para sa inyo, ay maaaring magbigay ng nakasulat na pahintulot.

Minsan hindi namin kailangan munang kunin ang inyong nakasulat na pahintulot. Ang mga pagbubukod na ito ay pinapahintulutan o iniaatas ng batas:

- Dapat naming ilabas ang PHI sa mga ahensya ng gobyerno na tumitingin sa kalidad ng pangangalaga ng aming plano.
- Dapat naming ilabas ang PHI sa utos ng hukuman.
- Dapat naming ibigay sa Medicare ang inyong PHI. Kung ilalabas ng Medicare ang inyong PHI para sa pananaliksik o iba pang paggamit, gagawin nila ito alinsunod sa mga pederal na batas. Kung ibabahagi namin ang inyong impormasyon sa Medi-Cal, isasagawa rin ito alinsunod sa mga batas ng pederal na pamahalaan at estado.

C2. Ang inyong karapatan na makita ang inyong mga medikal na rekord

- May karapatan kayong makita ang inyong mga medikal na rekord at makakuha ng kopya ng inyong mga rekord.
- May karapatan kayong hilingin sa aming i-update o iwasto ang inyong mga medikal na rekord. Kung hihilingin ninyo sa amin na gawin ito, makikipagtulungan kami sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan upang magpasiya kung dapat gawin ang mga pagbabago.
- May karapatan kayong malaman kung ibinahagi at kung paano namin ibinahagi sa iba ang inyong PHI.

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

D. Ang aming pananagutan na magbigay sa inyo ng impormasyon

Bilang miyembro ng aming plano, may karapatan kayong makakuha ng impormasyon mula sa amin tungkol sa aming plano, sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, at sa inyong mga saklaw na serbisyo.

Kung hindi kayo nagsasalita ng wikang Ingles, mayroon kaming mga serbisyo ng interpreter na sasagot sa anumang tanong na mayroon kayo tungkol sa aming planong pangkalusugan. Para kumuha ng interpreter, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang serbisyong ito para sa inyo. Maaari rin kaming magbigay sa inyo ng impormasyon sa malaking print, braille, o audio. Maaari din ninyong makuha nang libre ang handbook na ito sa mga sumusunod na wika:

- Arabic
- Armenian
- Cambodian
- Chinese
- Hmong
- Farsi
- Korean
- Russian
- Spanish
- Tagalog
- Vietnamese

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

- Paano mamili at magpalit ng mga plano
- Ang aming plano, kabilang ang:

  - pinansiyal na impormasyon
  - kung paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plano
  - ang bilang ng mga apela na ginawa ng mga miyembro
  - paano umalis sa aming plano
- Ang aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network at ang aming mga parmasyang nasa network, kasama ang:
  - paano pumili o palitan ang tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga
  - mga kuwalipikasyon ng aming mga tagapagbigay ng serbisyo at parmasyang nasa network
  - paano namin binabayaran ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network namin
- Mga saklaw na serbisyo at gamot, kabilang ang:
  - mga serbisyo (sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro*) at mga gamot (sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng inyong *Handbook ng Miyembro*) na sinasaklaw ng aming plano
  - mga limitasyon sa inyong saklaw at mga gamot
  - mga tuntunin na dapat ninyong sundin upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot
- Bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay at ano ang maaari ninyong gawin tungkol dito (sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon D, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro*), kabilang ang paghiling sa amin na:
  - isulat kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay
  - palitan ang ginawa naming desisyon
  - bayaran ang isang bill na natanggap ninyo

E. Kawalan ng kakayahan ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network na direkta kayong singilin

Hindi kayo maaaring pagbayarin ng mga doktor, ospital, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo na nasa aming network para sa mga saklaw na serbisyo. Hindi rin nila mabalanse ang bill o makakapaningil sa inyo kung mas mababa ang babayaran namin kaysa sa halagang sinisingil ng tagapagbigay ng serbisyo. Upang malaman kung ano ang gagawin kung sinusubukan kayong singilin ng isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7**, Seksyon A, pahina 214 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

F. Ang inyong karapatan na umalis sa aming plano

Walang makakapigil sa inyo na manatili sa aming plano kung hindi ninyo gusto.

- May karapatan kayong makuha ang karamihan sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Original Medicare o iba pang plano ng Medicare Advantage (MA).
- Makukuha ninyo ang inyong mga benepisyo sa inireresetang gamot ng Medicare Part D mula sa isang plano ng inireresetang gamot o mula sa iba pang plano ng MA.
- Sumangguni sa **Kabanata 10**, Seksyon C, pahina 326 ng inyong *Handbook ng Miyembro:*
    - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan kayo maaaring sumali sa isang bagong plano ng MA o plano ng benepisyo sa inireresetang gamot.
    - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano ninyo makukuha ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal kung aalis kayo sa aming plano.

G. Ang karapatan ninyong gumawa ng mga pagpapasiya tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan

May karapatan kayo para sa buong impormasyon mula sa inyong mga doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan upang tulungan kayong gumawa ng mga desisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan.

G1. Ang inyong karapatan na malaman ang inyong mga pagpipilian sa pagpapagamot at gumawa ng mga pasya

Dapat ipaliwanag sa inyo ng inyong mga tagapagbigay ng serbisyo ang inyong kundisyon at ang inyong mga pagpipiliang pagpapagamot sa paraang mauunawaan ninyo. May karapatan kayong:

- **Malaman ang inyong mga pagpipilian.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa lahat ng opsyon sa paggamot.
- **Malaman ang mga panganib.** May karapatan kayong masabihan ng tungkol sa anumang nauugnay na panganib. Dapat naming sabihin sa inyo nang maaga kung ang anumang serbisyo o paggamot ay bahagi ng isang eksperimento sa pananaliksik. May karapatan kayong tumanggi sa mga paggamot na sinusubukan pa lang.
- **Makakuha ng pangalawang opinyon.** May karapatan kayong magpatingin sa isa pang doktor bago magpasiya sa pagpapagamot.
- **Humindi.** May karapatan kayong tumanggi sa anumang paggamot. Kasama rito ang karapatang lumabas sa isang ospital o ibang medikal na pasilidad, kahit na pinayuhan kayo ng inyong doktor na huwag gawin ito. May karapatan kayong itigil ang pag-inom sa isang iniresetang gamot. Kung tatanggihan ninyo ang paggamot o ititigil ang pag-inom ng isang iniresetang gamot, hindi namin kayo aalisin sa aming plano. Gayunpaman, kung tatanggihan ninyo ang paggamot o ititigil ang pag-inom ng isang gamot, tinatanggap ninyo ang buong pananagutan sa kung ano ang mangyayari sa inyo.
- **Hilingin sa amin na ipaliwanag kung bakit tinanggihan ng isang tagapagbigay ng serbisyo ang pangangalaga.** May karapatan kayong makakuha ng paliwanag mula sa amin kung tinanggihan ng isang tagapagbigay ng serbisyo ang pangangalaga na sa tingin niyo ay dapat ninyong matanggap.
- **Hilingin sa amin na saklawin ang isang serbisyo o gamot na tinanggihan o na karaniwang hindi sinasaklaw.** Ito ay tinatawag na desisyon sa pagsaklaw. Isinasaad sa **Kabanata 9**, Seksyon E, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro* kung paano humiling sa amin ng isang desisyon sa pagsaklaw.

G2. Ang karapatan ninyong sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makakagawa ng mga pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyong sarili

Minsan hindi makagawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan ang mga tao para sa kanilang mga sarili. Bago iyon mangyari sa inyo, maaari ninyong:

- Sagutan ang isang nakasulat na form upang **bigyan ang isang tao ng karapatang gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyo.**
- **Bigyan ang inyong mga doktor ng mga nakasulat na tagubilin** tungkol sa kung paano ninyo gustong pangasiwaan nila ang inyong pangangalagang pangkalusugan kung mawalan kayo ng kakayahang magpasya para sa sarili ninyo, pati na ang pangangalagang **ayaw** niyong matanggap.

Ang legal na dokumentong gagamitin ninyo upang ibigay ang inyong mga tagubilin nang maaga 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 halimbawa ay isang habilin (living will) at isang power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi niyo kinakailangang magkaroon ng paunang direktiba, ngunit maaari ninyong naisin. Narito ang dapat gawin kung gusto ninyong gumamit ng paunang direktiba:

- **Kunin ang form.** Maaari ninyong makuha ang form mula sa inyong doktor, isang abogado, isang ahensya ng serbisyong legal, o isang social worker. Kadalasan ay may mga form ang mga parmasya at opisina ng tagapagbigay ng serbisyo. Makakahanap kayo ng libreng form online at puwede ninyo itong i-download.
- **Punan ang form at lagdaan ito.** Ang form ay isang legal na dokumento. Dapat ninyong isaalang-alang ang pagkakaroon ng abogado o ibang pinagkakatiwalaan ninyo, tulad ng isang miyembro ng pamilya o inyong PCP, na tulungan kayong kumpletuhin ito.
- **Bigyan ng mga kopya ang mga taong kailangang makaalam.** Dapat kayong magbigay ng isang kopya ng form sa inyong doktor. Dapat rin kayong magbigay ng isang kopya sa taong papangalanan ninyo bilang ang gagawa ng mga pagpapasiya para sa inyo. 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 maoospital kayo at mayroon kayong pinirmahang paunang direktiba, **magdala ng kopya nito sa ospital.**
  - Itatanong ng ospital kung mayroon kayong pinirmahang form ng paunang direktiba at kung dala ninyo ito.
  - Kung wala kayong pinirmahang form ng paunang direktiba, may mga form ang ospital at magtatanong kung gusto ninyong pumirma ng isa.

May karapatan kayong:

- Ilagay ang inyong paunang direktiba sa inyong mga medikal na rekord.
- Baguhin o kanselahin ang inyong paunang direktiba anumang oras.
- Alamin ang tungkol sa mga pagbabago sa pagsusulong ng mga batas sa direktiba. Sasabihin sa inyo ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) ang tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado nang hindi lalampas sa 90 araw pagkatapos ng pagbabago.

Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinusunod ang inyong mga tagubilin

Kung pumirma kayo ng isang paunang direktiba at sa palagay ninyo ay hindi sinunod ng isang doktor o ospital ang mga tagubilin dito, maaari kayong magreklamo sa inyong lokal na Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Puwede ninyong tawagan ang Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

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

Isinasaad sa **Kabanata 9**, Seksyon D, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro* kung ano ang maaari ninyong gawin kung mayroon kayong anumang problema o alalahanin tungkol sa inyong mga saklaw na serbisyo o pangangalaga. Halimbawa, maaari ninyong hilingin sa amin

na gumawa ng isang desisyon sa pagsaklaw, gumawa ng isang apela upang baguhin ang desisyon sa pagsaklaw, o maghain ng reklamo.

May karapatan kayong makakuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamo na isinampa ng iba pang miyembro laban sa amin. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro upang makuha ang impormasyong ito.

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan

Kung sa tingin ninyo ay hindi patas ang pakikitungo namin sa inyo – at **hindi** ito tungkol sa diskriminasyon sa mga kadahilanang nakalista sa **Kabanata 11** ng inyong *Handbook ng Miyembro* – o gusto ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan, maaari kayong tumawag sa:

- Mga Serbisyo para sa Miyembro
- Ang Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222 (TTY: 711). Para sa karagdagang detalye tungkol sa HICAP, sumangguni sa **Kabanata 2**, Seksyon E, pahina 38.
- Ang Programa ng Ombuds sa 1-888-452-8609. Para sa karagdagang detalye tungkol sa programang ito, sumangguni sa **Kabanata 2**, Seksyon I, pahina 42 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Medicare 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. (Puwede rin ninyong basahin o i-download ang “Mga Karapatan at Proteksyon ng Medicare” na nasa website ng Medicare sa www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Ang inyong mga pananagutan bilang miyembro ng plano

Bilang isang miyembro ng plano, mayroon kayong pananagutan na gawin ang mga bagay na nakalista sa ibaba. Kung mayroon kayong anumang katanungan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro*** para malaman kung ano ang sinasaklaw ng aming plano at ang mga tuntuning dapat sundin para makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa inyong:

  - Mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa K**abanata 3 at 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro*. Isinasaad ng mga kabanatang iyon kung ano ang sinasaklaw, kung ano ang hindi saklaw, anong mga panuntunan ang kailangan ninyong sundin, at kung ano ang inyong babayaran.
  - Mga saklaw na gamot, sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

- **Sabihin sa amin ang tungkol sa ibang pagsakop sa kalusugan o iniresetang gamot** na mayroon kayo. Dapat naming tiyakin na ginagamit ninyo ang lahat ng inyong mga mapagpipiliang saklaw kapag kukuha kayo ng pangangalagang pangkalusugan. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung mayroon kayong iba pang saklaw.
- **Sabihin sa inyong doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo** ng pangangalagang pangkalusugan na miyembro kayo ng aming plano. Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro kapag kumukuha kayo ng mga serbisyo o gamot.
- **Tulungan ang inyong mga doktor** at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na bigyan kayo ng pinakamahusay na pangangalaga.
  - Bigyan sila ng impormasyon na kailangan nila tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan. Alamin ang lahat ng puwedeng malaman tungkol sa inyong mga problemang pangkalusugan. Sundin ang mga plano at tagubilin sa paggamot na napagkasunduan ninyo ng tagapagbigay ng serbisyo.
  - Tiyakin na alam ng inyong mga doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ang tungkol sa lahat ng gamot na inyong iniinom. Kasama rito ang mga iniresetang gamot, mga gamot na nabibili nang walang reseta, bitamina, at suplemento.
  - Itanong ang anumang mga katanungan na mayroon kayo. Dapat ipaliwanag sa inyo ng inyong mga doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ang mga bagay sa isang paraan na mauunawaan ninyo. Kung magtatanong kayo at hindi ninyo maunawaan ang sagot, magtanong muli.
- **Makipagtulungan sa inyong tagapangasiwa** ng pangangalaga kabilang ang pagkumpleto ng isang taunang pagtatasa ng panganib sa kalusugan**.**

- **Maging maunawain.** Inaasahan namin na igagalang ng lahat ng miyembro ng plano ang mga karapatan ng iba. Inaasahan din namin kayong kumilos nang may paggalang sa opisina ng inyong doktor, mga ospital, at iba pang tanggapan ng mga tagapagbigay ng serbisyo.
- **Bayaran ang dapat ninyong bayaran.** Bilang miyembro ng plano, tungkulin ninyong bayaran ang mga sumusunod:
  - Mga premium sa Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng miyembro ng Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), Medi-Cal ang magbabayad para sa inyong premium sa Medicare Part A at para sa inyong premium sa Medicare Part B.
  - **Kung makakakuha kayo ng anumang serbisyo o gamot na hindi nasasaklawan ng aming plano, dapat ninyong bayaran ang buong gastos.** (**Tandaan:** Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon na huwag sakupin ang isang serbisyo o gamot, maaari kayong umapela. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon E2, pahina 262 para matutunan kung paano mag-apela.)
- **Sabihin ninyo sa amin kung lilipat kayo ng tirahan.** Kung may balak kayong lumipat, ipaalam kaagad sa amin. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.
  - **Kung lilipat kayo sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar, hindi kayo maaaring manatili sa aming plano.** Tanging ang mga tao na nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar ang maaaring maging miyembro ng planong ito. Isinasaad sa **Kabanata 1**, Seksyon D, pahina 17 ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang tungkol sa aming sineserbisyuhang lugar.
  - Matutulungan namin kayong malaman kung lilipat kayo sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar. Sa panahon ng isang natatanging panahon ng pagpapatala, maaari kayong lumipat sa Original Medicare o magpatala sa isang planong pangkalusugan o plano ng iniresetang gamot ng Medicare sa inyong bagong lugar. Maaari naming sabihin sa inyo kung mayroon kaming plano sa inyong bagong lugar.
  - Ipaalam sa Medicare at Medi-Cal ang inyong bagong address kapag lumipat kayo. Sumangguni sa **Kabanata 2**, Seksyon G, pahina 40 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa mga numero ng telepono para sa Medicare at Medi-Cal.

  - **Kung lilipat kayo at mananatili sa aming sineserbisyuhang lugar, kailangan pa rin naming malaman.** Kailangan naming panatilihing pinakabago ang inyong talaan ng pagiging miyembro at malaman kung paano makikipag-ugnayan sa inyo.
- **Ipaalam sa amin kung mayroon kayong bagong numero** ng telepono o mas mahusay na paraan para makipag-ugnayan sa inyo.
- **Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa tulong kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin.**

J. May karapatan kayong magbigay ng mga rekomendasyon tungkol sa aming patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro

Kung mayroon kayong anumang tanong o alalahanin 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.

K. Pagsusuri ng 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, 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), at National Institutes of Health (NIH)).

Kabanata 9. Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Panimula

Naglalaman ang kabanatang ito ng impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Basahin ang kabanatang ito upang malaman kung ano ang dapat gawin kung:

- Mayroon kayong problema o reklamo tungkol sa inyong plano.
- Kailangan ninyo ng serbisyo, item, o gamot na sinabi ng inyong plano na hindi nito babayaran.
- Hindi kayo sumasang-ayon sa isang desisyon na ginawa ng inyong plano tungkol sa inyong pangangalaga.
- Sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong mga saklaw na serbisyo.
- Mayroon kayong problema o reklamo sa inyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta, na may kasamang Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS) at Mga Pasilidad ng Pangangalaga (Nursing Facility, NF).

Ang kabanatang ito ay nasa iba't ibang mga seksyon upang matulungan kayong madaling mahanap ang inyong hinahanap. **Kung mayroon kayong problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa inyong sitwasyon.**

Dapat kayong makatanggap ng pangangalagang pangkalusugan, mga gamot, at mga serbisyo at suporta na pangmatagalan na tutukuyin ng inyong doktor at ibang mga tagapagbigay ng serbisyo na kinakailangan para sa pangangalaga sa inyo bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga. **Kung mayroon kayong problema sa inyong pangangalaga, maaari kayong tumawag sa Ombuds Program ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077 para sa tulong.** Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang iba't ibang opsyon na mayroon kayo para sa iba't ibang problema at reklamo, ngunit maaari ninyong tawagan palagi ang Ombuds Program upang tulungan kayong gabayan sa inyong problema. Para sa karagdagang mga mapagkukunan upang matugunan ang inyong mga alalahanin at mga paraan upang makipag-ugnayan sa kanila, sumangguni sa **Kabanata 2,** Seksyon I, pahina 42 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o alalahanin 258

A1. Tungkol sa mga legal na termino 258

B. Saan makakakuha ng tulong 258

B1. Para sa karagdagang impormasyon at tulong 258

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano 261

D. Mga problema sa inyong mga benepisyo 261

E. Mga desisyon sa pagsaklaw at apela 261

E1. Mga desisyon sa pagsaklaw 262

E2. Mga Apela....262

E3. Tulong sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela 263

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo....264

F. Pangangalagang medikal 265

F1. Paggamit sa seksyong ito....265

F2. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw 266

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela 269

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela 273

F5. Mga problema sa pagbabayad 281

G. Mga inireresetang gamot ng Medicare Part D 283

G1. Mga desisyon sa pagsaklaw at apela sa Medicare Part D 283

G2. Mga pagbubukod sa Medicare Part D....286

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling para sa isang pagbubukod....287

G4. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang isang pagbubukod....287

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela 291

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela 294

H. Paghiling sa aming saklawin ang mas mahabang panahon ng pamamalagi sa ospital 296

H1. Kaalaman tungkol sa inyong mga karapatan sa Medicare 297

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela 298

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela 301

H4. Paggawa ng Antas 1 na Alternatibong Apela 302

H5. Paggawa ng Antas 2 na Alternatibong Apela 303

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na serbisyong medikal 304

I1. Paunang abiso bago matapos ang inyong saklaw 305

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela 305

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela 308

I4. Paggawa ng Antas 1 na Alternatibong Apela 309

I5. Paggawa ng Antas 2 na Alternatibong Apela 310

J. Pagdadala ng inyong apela sa mas mataas na antas sa Antas 2 311

J1. Mga kasunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare 311

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal 313

J3. Apela sa Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan ng Medicare Part D na Gamot 313

K. Paano gumawa ng reklamo 315

K1. Anong uri ng mga problema ang dapat maging reklamo 315

K2. Mga internal na reklamo 317

K3. Mga external na reklamo 319

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

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano haharapin ang mga problema at alalahanin. Ang prosesong ginagamit ninyo ay depende sa uri ng problema na mayroon kayo. Gumamit ng isang proseso para sa **mga desisyon sa pagsaklaw at apela** at isa pa para sa **paghahain ng reklamo**; tinatawag ding mga hinaing.

Upang matiyak ang pagiging patas at pagiging maagap, ang bawat proseso ay may hanay ng mga panuntunan, pamamaraan, at mga deadline na dapat naming sundin.

A1. Tungkol sa mga legal na termino

May mga legal na termino sa kabanatang ito para sa ilang panuntunan at mga deadline. Marami sa mga terminong ito ay maaaring mahirap unawain, kaya gumagamit kami ng mas simpleng mga salita bilang kapalit ng ilang partikular na legal na termino kapag kaya namin. Gumagamit kami ng pagdadaglat ng kaunti hangga't maaari.

Halimbawa, sasabihin namin ang:

- “Paghahain ng reklamo” sa halip na “paghahain ng karaingan”
- “Pagpapasya sa pagsaklaw” sa halip na “pagpapasya ng organisasyon,” “pagpapasya sa benepisyo,” “pagpapasya sa panganib,” o “desisyon sa pagsaklaw”
- “Mabilisang desisyon sa pagsaklaw” sa halip na “pinabilis na pagpapasya”
- “Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri (IRO)” sa halip na “Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri” (IRE)

Ang pag-alam sa mga wastong legal na termino ay maaaring makatulong sa inyong makipag-ugnayan nang mas malinaw, kaya ibibigay din namin ang mga iyon.

B. Saan makakakuha ng tulong

B1. Para sa karagdagang impormasyon at tulong

Minsan nakakalito na simulan o sundin ang proseso para sa pagharap sa isang problema. Ito ay maaaring totoo lalo na kung hindi maganda ang inyong pakiramdam o may limitadong enerhiya. Sa ibang pagkakataon, maaaring wala kayo ng impormasyong kailangan ninyo para gawin ang susunod na hakbang.

Tulong mula sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan

Maaari ninyong tawagan ang Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP). Masasagot ng mga tagapayo sa HICAP ang inyong mga tanong at tutulungan kayong maunawaan kung ano ang dapat gawin tungkol sa inyong problema. Ang HICAP ay hindi konektado sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Mayroong mga sinanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre. Ang numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222.

Tulong mula sa Medicare Medi-Cal Ombuds Program

Maaari kayong tumawag sa Ombuds Program ng Medicare Medi-Cal at makipag-usap sa isang tagapagtaguyod tungkol sa inyong mga katanungan sa saklaw sa kalusugan. Nag-aalok sila ng libreng legal na tulong. Ang Programa ng Ombuds ay hindi konektado sa amin o sa anumang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang kanilang numero sa telepono ay 1-888-804-3536 at ang kanilang website ay www.healthconsumer.org.

Tulong at impormasyon mula sa Medicare

Para sa karagdagang impormasyon at tulong, maaari kayong makipag-ugnayan sa Medicare. Narito ang dalawang paraan upang makahingi ng tulong mula sa Medicare:

- Tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang website ng Medicare (www.medicare.gov).

Tulong at impormasyon mula sa Medi-Cal

Tulong mula sa Mga Serbisyo ng Kagawaran sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makakatulong ang Ombudsman ng Medi-Cal Managed Care ng Mga Serbisyo ng Kagawaran sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DHCS). Makakatulong sila kung mayroon kayong mga problema sa pagsali, pagpapalit o pag-alis sa isang planong pangkalusugan. Makakatulong din sila kung kayo ay lumipat at nahihirapan kayong ilipat ang inyong Medi-Cal sa inyong bagong county. Maaari kayong tumawag sa Ombudsman Lunes hanggang Biyernes, mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. sa 1-888-452-8609.

Tulong mula sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makipag-ugnayan sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) para sa libreng tulong. Ang DMHC ang responsable sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Nakakatulong ang DMHC sa mga taong may apela tungkol sa mga serbisyo sa Medi-Cal o mga problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Ang mga indibiduwal na bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ay maaaring gamitin ang walang bayad na numero ng TDD, na 1-877-688-9891. Maaari din ninyong bisitahin ang website ng DMHC sa www.HealthHelp.ca.gov.

Ang Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California ang responsable sa pagkontrol sa mga plano sa serbisyong pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kayong karaingan laban sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna kayong tumawag sa inyong planong pangkalusugan sa 1-800-431-9007 (TTY:711) at gamitin ang aming proseso ng karaingan bago makipag-ugnayan sa departamento. Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes-Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Ang paggamit sa prosesong ito ng karaingan ay hindi magbabawal sa inyo sa anumang potensyal na legal na karapatan o remedyong maaaring available para sa inyo.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan kaugnay ng isang emergency, isang karaingang hindi nakasisiyang niresolba ng inyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na nananatiling hindi pa nareresolba nang mahigit 30 araw, maaari ninyong tawagan ang kagawaran para sa tulong.

Maaari rin kayong maging kwalipikado sa isang Independiyenteng Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review o IMR). Kung karapat-dapat kayo para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng walang kinikilingang pagsusuri ng mga medikal na desisyon na ginawa ng isang planong pangkalusugan na may kaugnayan sa medikal na pangangailangan ng iminungkahing serbisyo o paggamot, pagsaklaw para sa mga desisyon para sa mga paggamot na sinusubukan o sinisiyasat pa lamang at mga hindi pinagkasunduan na pagbabayad para sa mga emergency o agarang serbisyong medikal. Ang departamento ay mayroon ding toll-free na numero ng telepono **(1-888-466-2219)** at linya ng TDD **(1-877-688-9891)** para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng departamento na **www.dmhc.ca.gov** ay may mga form para sa reklamo, form sa pag-apply sa IMR, at mga tagubilin online.

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

Mayroon kayong Medicare at Medi-Cal. Ang impormasyon sa kabanatang ito ay nalalapat sa **lahat** ng inyong benepisyo sa Medicare at Medi-Cal. Tinatawag ito minsang “pinagsamang proseso” dahil pinagsasama, o binubuo nito, ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Minsan hindi maaaring pagsamahin ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal. Sa mga sitwasyong iyon, gumagamit kayo ng isang proseso para sa benepisyo ng Medicare at isa pang proseso para sa benepisyo ng Medi-Cal. Ipinapaliwanag ng **Seksyon F4**, pahina 273 ang mga sitwasyong ito.

D. Mga problema sa inyong mga benepisyo

Kung mayroon kayong problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa inyong sitwasyon. Tutulungan kayo ng sumusunod na chart na mahanap ang tamang seksyon sa kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

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 partikular na 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. Ang problema ko ay tungkol sa mga benepisyo o pagsakop. Sumangguni sa **Seksyon E**, pahina 261, “Mga desisyon sa pagsaklaw at apela.”	**Hindi.** Ang problema ko ay hindi tungkol sa mga benepisyo o pagsakop. Sumangguni sa **Seksyon K**, pahina 315, “Paano gumawa ng reklamo.”

E. Mga desisyon sa pagsaklaw at apela

Ang proseso para sa paghiling ng desisyon sa pagsaklaw at paggawa ng apela ay tumatalakay sa mga problemang nauugnay sa inyong mga benepisyo at pagkakasaklaw. para sa inyong medikal na pangangalaga (mga serbisyo, mga item, at mga inireresetang gamot sa Part B, kabilang ang pagbabayad).

E1. Mga desisyon sa pagsaklaw

Ang desisyon sa pagsaklaw ay isang desisyong ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halagang binabayaran namin para sa inyong mga medikal na serbisyo o gamot. Halimbawa, nagbigay ng (paborableng) desisyon sa saklaw ang inyong doktor na nasa network para sa inyo sa tuwing tatanggap kayo ng medikal na pangangalaga mula sa kanya (sumangguni sa **Kabanata 4**, Seksyon H ng inyong *Handbook ng Miyembro*).

Kayo o ang inyong doktor ay maaari ring makipag-ugnayan sa amin at humiling ng isang desisyon sa pagsaklaw. Kayo ang inyong doktor ay maaaring hindi sigurado kung sinasaklaw namin ang isang partikular na serbisyong medikal o kung maaari kaming tumanggi na magbigay ng pangangalagang medikal na sa tingin ninyo ay inyong kailangan. **Kung gusto ninyong malaman kung sasaklawin namin ang isang serbisyong medikal bago ninyo ito makuha, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw para sa inyo.**

Gumagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw kapag nagdedesisyon kami kung ano ang sasaklawin para sa inyo at kung magkano ang binabayaran namin. Sa ilang sitwasyon, puwede naming mapagpasyahan na hindi saklawin ang isang serbisyo o gamot o hindi na ito saklawin ng Medicare o Medi-Cal para sa inyo. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng apela.

E2. Mga Apela

Kung gagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw at hindi sapat sa inyo ang desisyong ito, maaari ninyong “iapela” ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin namin ang aming desisyon.

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 lahat ng panuntunan. Iba't ibang mga tagasuri kaysa sa mga gumawa ng orihinal na hindi kanais-nais na desisyon ang humahawak sa inyong apela.

Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat ninyong simulan ang inyong pag-apela sa Antas 1. Kung agaran ang inyong problema sa kalusugan o kinasasangkutan ng agaran at seryosong panganib sa inyong kalusugan, o kung nakakaranas kayo ng matinding pananakit at kailangan ninyo ng agarang desisyon, maaari kayong humiling ng IMR mula sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dmhc.ca.gov/. Sumangguni sa pahina 264 ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon.

Kapag nakumpleto na namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon. Sa ilalim ng ilang partikular na pagkakataon, na ipinaliwanag sa bandang huli ng kabanatang ito, pahina 262 at pahina 266, maaari kayong humiling ng isang pinabilis o “mabilisang desisyon sa pagsaklaw” o “mabilis na apela” ng isang desisyon sa pagsaklaw.

Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng liham. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagsakop ng isang serbisyo o gamit ng Medicare o mga Part B na gamot, ipapabatid sa inyo sa sulat na ipinadala namin ang kaso ninyo sa Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri (IRO) para sa Antas 2 na Apela. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagsaklaw ng isang serbisyo o gamit na nasa Medicare Part D o Medicaid, sasabihin sa inyo sa liham kung paano kayo mismo maghahain ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 2 na Apela. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagkakasaklaw sa isang serbisyo o item ng parehong Medicare at Medicaid, bibigyan kayo ng sulat ng impormasyon tungkol sa parehong uri ng mga Antas 2 na Apela.

Kung hindi kayo nasisiyahan sa desisyon sa Antas 2 na Apela, maaari kayong dumaan sa mga karagdagang antas ng apela.

E3. Tulong sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela

Maaari kayong humingi ng tulong sa alinman sa mga sumusunod:

- **Mga Serbisyo para sa Miyembro** sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- **Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa 1-855-501-3077.**
- **Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP)** sa 1-800-434-0222.
- **Ang Help Center sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC)** para sa libreng tulong. Ang DMHC ang responsable sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Nakakatulong ang DMHC sa mga taong may apela tungkol sa mga serbisyo sa Medi-Cal o mga problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Ang mga indibiduwal na bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ay maaaring gamitin ang walang bayad na numero ng TDD, na 1-877-688-9891. Maaari din ninyong bisitahin ang website ng DMHC sa www.HealthHelp.ca.gov
- **Inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo.** Maaaring humiling ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng isang desisyon sa pagsaklaw o apela sa ngalan ninyo.

- **Isang kaibigan o kamag-anak**. Maaari ninyong pangalanan ang isa pang tao upang kumilos para sa inyo bilang inyong "kinatawan" at humiling ng isang desisyon sa pagsaklaw o gumawa ng apela.
- **Isang abogado.** May karapatan kayo sa isang abogado, ngunit hindi **ninyo kinakailangang magkaroon ng abogado** para humiling ng desisyon sa pagsaklaw o gumawa ng apela.
  - Tawagan ang inyong sariling abogado, o kunin ang pangalan ng isang abogado mula sa lokal na asosasyon ng bar o iba pang serbisyo ng referral. Bibigyan kayo ng ilang legal na grupo ng mga libreng serbisyong legal kung kwalipikado kayo.
  - Humingi ng legal aid attorney mula sa Ombuds Program ng Medicare Medi-Cal sa 1-888-804-3536.

Punan ang form ng Paghirang ng Kinatawan kung gusto ninyo ng abogado o ibang tao na kumilos bilang inyong kinatawan. Ang form ay nagbibigay ng pahintulot sa isang tao na kumilos para sa inyo.

Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina at hilingin ang form na "Paghirang ng Kinatawan". Maaari rin ninyong makuha ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html. **Dapat ninyo kaming bigyan ng kopya ng nalagdaang form.**

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo

Mayroong apat na sitwasyon na kinasasangkutan ng mga desisyon sa pagsaklaw at mga apela. Ang bawat sitwasyon ay may magkakaibang tuntunin at deadline. Nagbibigay kami ng mga detalye para sa bawat isa sa isang hiwalay na seksyon ng kabanatang ito. Sumangguni sa seksyong naaangkop:

- **Seksyon F ng kabanatang ito**, "Medikal na pangangalaga"
- **Seksyon G ng kabanatang ito,** "Mga inireresetang gamot ng Medicare Part D"
- **Seksyon H ng kabanatang ito,** "Paghiling sa amin na saklawin ang mas mahabang pamamalagi sa ospital"
- **Seksyon I ng kabanatang ito,** "Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na serbisyong medikal" (Ang seksyong ito ay nalalapat lamang sa mga serbisyong ito: pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, at mga serbisyo ng Pasilidad sa Komprehensibong Rehabilitasyon para sa Outpatient (CORF).)

Kung hindi kayo sigurado kung aling seksyon ang gagamitin, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina.

F. Pangangalagang medikal

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 at mga serbisyo na inilalarawan sa **Kabanata 4**, Seksyon D, pahina 95 ng inyong *Handbook ng Miyembro*. Karaniwan naming tinutukoy ang "pagsaklaw sa pangangalagang medikal" o "pangangalagang medikal" sa natitirang bahagi ng seksyong ito. Ang terminong “pangangalagang medikal” ay kinabibilangan ng mga serbisyong medikal at mga bagay gayundin ang mga inireresetang gamot ng Medicare Part B, na mga gamot na ibinibigay ng inyong doktor o propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan. Maaaring malapat ang iba't ibang panuntunan sa isang inireresetang gamot sa Medicare Part B. Kapag naaangkop, ipinapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga inireresetang gamot sa Medicare Part B sa mga panuntunan para sa mga serbisyong medikal at item.

F1. Paggamit sa seksyong ito

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

1. Sa tingin ninyo ay saklaw namin ang pangangalagang medikal na kailangan ninyo ngunit hindi nakukuha.

   Ano ang puwede ninyong gawin: Puwede ninyong hilingin sa amin na magbigay ng desisyon sa saklaw. Sumangguni sa **Seksyon F2**, pahina 266.

2. Hindi namin inaprubahan ang pangangalagang medikal na gustong ibigay sa inyo ng inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, at sa tingin ninyo ay dapat aprubahan namin.

   Ano ang puwede ninyong gawin: Puwede ninyong iapela ang aming desisyon. Sumangguni sa **Seksyon F3**, pahina 269.

3. Nakakuha kayo ng pangangalagang medikal na sa tingin ninyo ay sinasaklaw namin, ngunit hindi namin babayaran.

Ano ang puwede ninyong gawin: Puwede ninyong iapela ang desisyon naming hindi magbayad. Sumangguni sa **Seksyon F5**, pahina 281.

4. Nakuha at binayaran ninyo ang pangangalagang medikal na akala ninyo ay sinasaklaw namin, at gusto ninyong ibalik namin sa inyo ang inyong ibinayad.

   Ano ang puwede ninyong gawin: Puwede ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo. Sumangguni sa **Seksyon F5**, pahina 281.

5. Binawasan o itinigil namin ang inyong saklaw para sa ilang partikular na pangangalagang medikal, at sa palagay ninyo ay maaaring makapinsala sa inyong kalusugan ang aming desisyon.

   Ang puwede ninyong gawin: Maaari ninyong iapela ang aming desisyon na bawasan o ihinto ang pangangalagang medikal. Sumangguni sa **Seksyon F4**, pahina 273.

   - Kung ang saklaw ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o CORF, nalalapat ang mga espesyal na tuntunin. Sumangguni sa **Seksyon H**, pahina 296 o **Seksyon I**, pahina 304 para malaman ang higit pa.
   - Para sa lahat ng iba pang sitwasyon na kinasasangkutan ng pagbabawas o pagpapahinto sa inyong saklaw para sa ilang partikular na pangangalagang medikal, gamitin ang seksyong ito (**Section F,** pahina 265) bilang inyong gabay.

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

   Ano ang puwede ninyong gawin: Puwede kayong maghain ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K2,** pahina 317.

F2. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw

> Kapag ang isang desisyon sa pagsaklaw ay nauugnay sa inyong pangangalagang medikal, ito ay tinatawag na **"pinagsamang pagpapasya ng organisasyon"**

Kayo, ang inyong doktor, o ang inyong kinatawan ay maaaring humiling sa amin ng desisyon sa pagsaklaw sa pamamagitan ng:

- Pagtawag: 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.

- Pag-fax: 1-844-273-2671.
- Pagsulat: Wellcare by Health Net
  4191 E. Commerce Way
  Sacramento, CA 95834

Karaniwang desisyon sa pagsaklaw

Kapag ibinigay namin sa inyo ang aming desisyon, ginagamit namin ang "karaniwang" mga deadline maliban kung sumasang-ayon kaming gamitin ang "mabilis" na mga deadline. Ang isang karaniwang desisyon sa pagsaklaw ay nangangahulugan na binibigyan namin kayo ng sagot tungkol sa isang**:**

- Serbisyong medikal o item sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Para sa mga Knox-Keene plan, sa loob ng 5 araw ng negosyo, at hindi lalampas sa 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang kahilingan ninyo.
- Mga inireresetang gamot ng Medicare Part B sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.

Mabilisang desisyon sa pagsaklaw

> Ang legal na termino para sa “mabilisang desisyon sa pagsaklaw” ay “**pinabilis na pagpapasya**.”

Kapag hiniling ninyo sa amin na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong pangangalagang medikal at ang inyong kalusugan ay nangangailangan ng mabilis na pagtugon, hilingin sa amin na gumawa ng “mabilisang desisyon sa pagsaklaw.” Ang ibig sabihin ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw ay sasagutin namin kayo tungkol sa:

- Medikal na serbisyo o item sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang kahilingan ninyo, o mas maaga kung nangangailangan ng mas mabilis na tugon ang inyong medikal na kundisyon.
- Inireresetang gamot ng Medicare Part B sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.

Upang makakuha ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, dapat ninyong matugunan ang dalawang kinakailangan:

- Humihiling kayo ng pagsaklaw para sa mga medikal na item at/o serbisyong **hindi ninyo nakuha**. Hindi kayo maaaring humiling ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa pagbabayad para sa mga item o serbisyong nakuha na ninyo.
- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline **ay maaaring magdulot ng malubhang pinsala sa inyong kalusugan** o makapinsala sa inyong kakayahang gumana.

Awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan. Kung humiling kayo nang walang suporta galing sa inyong doktor, pagpapasiyahan namin kung makakakuha kayo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

- Kung magpasya kaming hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw, padadalhan namin kayo ng liham na nagsasabi nito at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang deadline. Ang sulat ay nagsasabi sa inyo na:
  - Awtomatiko naming ibibigay sa inyo ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw kung hihilingin ito ng inyong doktor.
  - Paano kayo makakapaghain ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**, pahina 315.

Kung Hindi ang sagot namin sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan.

- Kung **Hindi** ang sagot namin, may karapatan kayong gumawa ng apela. Kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami, ang paggawa ng apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at baguhin ito.
- Kung magpasya kayong gumawa ng apela, mapupunta kayo sa Antas 1 ng proseso ng mga apela (sumangguni sa **Seksyon F3**, pahina 269).

Sa mga limitadong pagkakataon maaari naming ibasura ang inyong kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kasama sa mga halimbawa kung kailan ibabasura ang isang kahilingan:

- kung hindi kumpleto ang kahilingan,
- kung may humiling sa inyong ngalan ngunit hindi legal na awtorisadong gawin ito, **o**
- kung hihilingin ninyong bawiin ang inyong kahilingan.

Kung ibabasura namin ang isang kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw, padadalhan namin kayo ng abiso na nagpapaliwanag kung bakit nabasura ang kahilingan at kung paano humiling ng pagsusuri sa pagbabasura. Ang pagsusuring ito ay tinatawag na apela. Ang mga apela ay tinatalakay sa susunod na seksyon.

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Upang simulan ang isang apela, kayo, ang inyong doktor, o ang inyong kinatawan ay dapat makipag-ugnayan sa amin. Tawagan kami sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Humiling ng karaniwang apela o mabilis na apela sa pamamagitan ng pagsulat o sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

- Kung hihilingin ng inyong doktor o ibang tagapagreseta na ipagpatuloy ang isang serbisyo o bagay na nakukuha niyo na sa panahon ng inyong apela, maaaring kailanganin ninyo silang pangalanan bilang inyong kinatawan upang kumilos sa ngalan niyo.
- Kung ang isang tao maliban sa inyong doktor ay gumawa ng apela para sa inyo, isama ang isang form ng Paghirang ng Kinatawan na nagpapahintulot sa taong ito na kumatawan sa inyo. Maaari ninyong makuha ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html.
- Maaari kaming tumanggap ng kahilingan sa apela nang wala ang form, ngunit hindi namin masisimulan o makukompleto ang aming pagsusuri hanggang sa makuha namin ito. Kung hindi namin makuha ang form sa loob ng 44 na araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan sa apela:

  - Ibabasura namin ang inyong kahilingan, at
  - Padadalhan namin kayo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng inyong karapatang hilingin sa IRO na suriin ang aming desisyon na ibasura ang inyong apela.

- Dapat kayong humiling ng apela sa loob ng 60 araw sa kalendaryo mula sa petsang nasa liham na ipinadala namin upang ipabatid sa inyo ang aming desisyon.
- Kung hindi ninyo nahabol ang deadline at may makatuwirang dahilan kaya nalampasan ito, maaari namin kayong bigyan ng karagdagang panahon upang umapela. Ang mga halimbawa ng magagandang dahilan ay ang mga bagay na tulad ng nagkaroon kayo ng malubhang karamdaman o binigyan namin kayo ng maling impormasyon tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit huli ang inyong apela kapag ginawa ninyo ang inyong apela.
- May karapatan kayong humiling sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Kayo at ang inyong doktor ay maaari ding magbigay sa amin ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

> Ang legal na termino para sa "mabilis na apela" ay "**pinabilis na muling pagsasaalang-alang**."

- Kung mag-apela kayo sa isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pagsaklaw para sa pangangalaga na hindi ninyo nakuha, kayo at/o ang inyong doktor ang magpapasya kung kailangan ninyo ng isang mabilis na apela.

Awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilis na apela kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan. Kung humiling kayo nang walang suporta galing sa inyong doktor, pagpapasyahan namin kung makakakuha kayo ng mabilis na apela.

- Kung magpasya kaming hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa isang mabilis na apela, padadalhan namin kayo ng liham na nagsasabi nito at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang deadline. Ang sulat ay nagsasabi sa inyo na:

- Awtomatiko naming ibibigay sa inyo ang mabilis na apela kung hihilingin ito ng inyong doktor.
- Paano kayo makakapaghain ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang apela sa halip na isang mabilis na apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**, pahina 315.

Kung ipaalam namin sa inyo na ihihinto o babawasan namin ang mga serbisyo o item na nakuha niyo na, maaari ninyong ipagpatuloy ang mga serbisyo o item na iyon sa panahon ng inyong apela.

- Kung magpasya kaming palitan o ihinto ang pagsaklaw para sa isang serbisyo o item na nakuha ninyo, padadalhan namin kayo ng abiso bago kami kumilos.
- Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng Antas 1 na Apela.
- Patuloy naming sasaklawin ang serbisyo o item kung humiling kayo ng Antas 1 na Apela sa loob ng 10 araw ng kalendaryo mula sa petsa sa aming sulat o sa nilalayong petsa ng bisa ng aksyon, alinman ang mas huli.
  - Kung matugunan ninyo ang deadline na ito, makukuha ninyo ang serbisyo o item na walang pagbabago habang nakabinbin ang inyong Antas 1 na apela.
  - Makukuha niyo rin ang lahat ng iba pang serbisyo o item (na hindi paksa ng inyong apela) nang walang mga pagbabago.
  - Kung hindi kayo mag-apela bago ang mga petsang ito, ang inyong serbisyo o item ay hindi ipagpapatuloy habang hinihintay ninyo ang desisyon sa inyong apela.

Isinasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang inyong apela, muli naming tinitingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan para sa pagsaklaw ng pangangalagang medikal.
- Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng panuntunan kapag **Hindi** ang sagot namin sa inyong kahilingan.

- Nag-iipon kami ng higit pang impormasyon kung kailangan namin ito. Maaaring makipag-ugnayan kami sa inyo o sa inyong doktor upang humingi ng karagdagang impormasyon.

May mga itinakdang oras para sa isang mabilis na apela.

- Kung gumagamit kami ng mga mabilis na deadline, dapat namin kayong sagutin **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan**. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan.

- Kung hindi namin kayo mabigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sa **Seksyon F4**, pahina 273, sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag namin ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagkakasaklaw ng isang serbisyo o item ng Medicaid, puwede kayong maghain mismo ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado kapag natapos na ang limitasyon sa oras. Sa California, ang tawag sa Pagdinig ng Estado ay **Pagdinig ng Estado**. Para maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa **Kabanata 12**, pahina 339

- **Kung Oo ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela, o mas maaga kung kailangan ito ng kalusugan ninyo.

- **Kung Hindi aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan,** ipapadala namin ang inyong apela sa IRO para sa Antas 2 na Apela.

May mga itinakdang oras para sa isang karaniwang apela.

- Kapag ginamit namin ang karaniwang mga deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela para sa pagsaklaw sa mga serbisyong hindi ninyo nakuha.

- Kung ang inyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot ng Medicare Part B na hindi ninyo nakuha, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela o mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.

- Kung hindi namin kayo mabigyan ng sagot sa itinakdang oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sa **Seksyon F4**, pahina 273, sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag namin ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagkakasaklaw ng isang serbisyo o item ng Medicaid, puwede kayong maghain mismo ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado kapag natapos na ang limitasyon sa oras. Sa California, ang tawag sa Pagdinig ng Estado ay **Pagdinig ng Estado.** *Para maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa **Kabanata 12**, pahina 339.*

Kung Oo ang sagot namin sa ilang bahagi o sa lahat ng kahilingan ninyo, dapat naming awtorisahan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang inyong hiling na apela, o sa lalong madaling panahon ayon sa pangangailangan sa medikal na kundisyon ninyo at sa loob ng 72 oras mula noong binago namin ang aming desisyon, o sa loob ng 7 araw ng kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin nakuha ang inyong apela kung ang hiling ninyo ay para sa isang inireresetang gamot sa Medicare Part B.

Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, **mayroon kayong karagdagang mga karapatan para umapela:**

- Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng liham.
- Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagsaklaw ng isang serbisyo o gamit ng Medicare, ipapabatid sa inyo sa sulat na ipinadala namin ang kaso ninyo sa IRO para sa Antas 2 na Apela.
- Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagsaklaw ng isang serbisyo o item na nasa Medi-Cal, sasabihin sa inyo sa liham kung paano kayo mismo maghahain ng Antas 2 na Apela.

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung sasagot kami ng **Hindi** sa bahagi o lahat ng inyong Antas 1 na Apela, magpapadala kami sa inyo ng sulat. Ipinapabatid sa inyo ng sulat na ito kung karaniwang sinasaklaw ng Medicare, Medi-Cal, o ng parehong programa ang serbisyo o item.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medicare**, awtomatiko naming ipapadala ang inyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng mga apela sa sandaling makumpleto ang Antas 1 na Apela.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medi-Cal**, maaari kayong maghain ng Antas 2 na Apela mismo. Sasabihin sa inyo ng sulat kung paano ito gagawin. Nagsama rin kami ng higit pang impormasyon sa huling bahagi ng kabanatang ito, sa pahina 281.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na maaaring **sabay na saklawin ng Medicare at Medi-Cal**, awtomatiko kayong makakakuha ng Antas 2 na Apela sa IRO. Bilang karagdagan sa awtomatikong Antas 2 na Apela, puwede rin kayong humiling ng Pagdinig ng Estado at Independiyenteng Medikal na Pagsusuri sa estado. Gayunpaman, hindi magiging available ang isang Independiyenteng Medikal na Pagsusuri kung nakapaghain na kayo ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado.

Kung kwalipikado kayo para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo noong naghain kayo ng inyong Antas 1 na Apela, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot na nasa ilalim ng apela ay maaari ding magpatuloy sa Antas 2. Sumangguni sa **Seksyon F3**, pahina 269 para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng inyong mga benepisyo sa panahon ng Antas 1 na Apela.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyong karaniwang sinasaklaw lamang ng Medicare, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay hindi magpapatuloy sa panahon ng proseso ng Antas 2 na mga apela sa IRO.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo na karaniwang sinasaklaw lamang ng Medi-Cal, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay magpapatuloy kung magsumite kayo ng Antas 2 na Apela sa loob ng 10 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang aming liham ng pagpapasya.

Kapag ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o bagay na karaniwang sinasaklaw ng Medicare

Susuriin ng IRO ang apela ninyo. Isa itong hiwalay na organisasyon na hinirang ng Medicare.

> Ang pormal na pangalan para sa “Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri” (IRO) ay **“Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri,”** na tinatawag minsan na **“IRE”**.

- Ang organisasyong ito ay hindi konektado sa amin at hindi isang ahensya ng gobyerno. Pinili ng Medicare ang kumpanya upang maging IRO, at pinangangasiwaan ng Medicare ang kanilang trabaho.

- Nagpapadala kami ng impormasyon tungkol sa inyong apela (ang inyong "file ng kaso") sa organisasyong ito. May karapatan kayo para sa isang libreng kopya ng inyong dokumento ng kaso.
- May karapatan kayong magbigay sa IRO ng karagdagang impormasyon upang masuportahan ang inyong apela.
- Susuriing mabuti ng IRO ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Kung nagkaroon kayo ng mabilis na apela sa Antas 1, mayroon rin kayong mabilis na apela sa Antas 2.

- Kung nagkaroon kayo ng mabilis na apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakakuha ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kayong bigyan ng IRO ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang inyong apela.

Kung mayroon kayong karaniwang apela sa Antas 1, mayroon din kayong karaniwang apela sa Antas 2.

- Kung mayroon kayong karaniwang apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakakuha ng karaniwang apela sa Antas 2.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo, dapat tugunan ng IRO ang inyong Apela sa Antas 2 **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, ang IRO ay dapat magbigay sa inyo ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang inyong apela.

Kung ibibigay ng IRO sa inyo ang kanilang sagot sa pamamagitan ng pagsulat at ipinaliwanag ang mga dahilan.

- **Kung ang Oo ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang medikal na bagay o serbisyo,** dapat naming ipatupad agad ang desisyon:
  - Awtorisahan ang pagsaklaw sa medikal na pangangalaga **sa loob ng 72 oras, o**
  - Ibigay ang serbisyo sa loob ng **5 araw ng negosyo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**

  - Ibigay ang serbisyo **sa loob ng 72 oras** mula sa petsa na natanggap namin ang desisyon ng IRO para sa **mga mabilisang kahilingan**.

- **Kung Oo ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang inireresetang gamot ng Medicare Part B, dapat naming pahintulutan o ibigay ang inireresetang gamot ng Medicare Part B na pinagtatalunan:**
  - **Sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
  - **Sa loob ng 24 oras** mula sa petsa na natanggap namin ang desisyon ng IRO para sa **mga mabilisang kahilingan.**

- **Kung Hindi ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng inyong apela,** nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong kahilingan) para sa pagsaklaw sa pangangalagang medikal. Tinatawag itong “paninindigan sa desisyon.” o “pagtanggi sa inyong apela.”
  - 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.
  - Kung tatanggihan ang inyong Apela sa Antas 2 at nakatutugon kayo sa mga kinakailangan upang makapagpatuloy sa proseso ng mga apela, dapat kayong magpasya kung gusto ninyong tumuloy sa Antas 3 at maghain ng pangatlong apela. Makikita ang mga detalye kung paano ito gawin sa abisong sulat na natanggap ninyo pagkatapos ng inyong Apela sa Antas 2.
  - Ang isang Hukom ng Pang-administratibong Batas (ALJ) o abogadong adjudicator ang humahawak ng Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J**, pahina 311 para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

Kapag ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal

May dalawang paraan para magsagawa ng Antas 2 na apela para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal: (1) Paghahain ng reklamo o Independiyenteng Medikal na Pagsusuri o (2) Pagdinig ng Estado.

(1) Hiwalay na Medikal na Pagsusuri

Maaari kayong maghain ng reklamo o humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR) mula sa Help Center ng Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) ng California. Sa pamamagitan ng paghahain ng reklamo, susuriin ng DMHC ang aming desisyon at magsasagawa ng pagpapasiya. Makukuha ang isang IMR para sa anumang serbisyo o item na saklaw ng Medi-Cal na kailangan sa paggamot. Ang IMR ay isang pagsusuri ng mga doktor sa inyong kaso na hindi bahagi ng aming plano o bahagi ng DMHC. Kung pabor sa inyo ang desisyon ng IMR, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyo o item na hiniling ninyo. Wala kayong babayaran para sa isang IMR.

Maaari kayong maghain ng reklamo o mag-apply para sa isang IMR kung ang aming plano ay:

- Tinanggihan, binago, o ipinagpaliban ang isang serbisyo o paggamot ng Medi-Cal dahil natukoy ng aming plano na hindi ito medikal na kinakailangan.
- Hindi sasaklawin ang paggamot ng Medi-Cal na sinusubukan o sinisiyasat pa lang para sa isang malubhang medikal na kundisyon.
- Nagpahayag ng pagtanggi sa pagiging cosmetic o reconstructive ng isang surgical na serbisyo o procedure.
- Hindi magbabayad para sa mga pang-emergency o agarang serbisyo ng Medi-Cal na natanggap na ninyo.
- Hindi nilutas ang inyong Antas 1 na Apela sa isang serbisyo ng Medi-Cal sa loob ng 30 araw sa kalendaryo para sa isang karaniwang apela o 72 oras para sa isang mabilis na apela, o mas maaga, kung kailangan ito ng kalusugan ninyo, para sa isang mabilis na apela.

TANDAAN: Kung ang tagapagbigay ng serbisyo ninyo ang naghain ng apela para sa inyo, pero hindi namin natanggap ang inyong form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan, kakailanganin ninyong ihain ulit ang inyong apela sa amin para sa isang Antas 2 na IMR sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan maliban na lang kung ang inyong apela ay kinasasangkutan ng napipinto at seryosong banta sa inyong kalusugan, kabilang ang, pero hindi limitado sa, matindong kirot, potensyal na pagkawala ng buhay, kamay o paa, o pangunahing paggana ng katawan.

May karapatan kayo sa isang IMR at Pagdinig ng Estado, ngunit hindi kayo makakahiling ng IMR kung nakapaghain na kayo ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado para sa parehong isyu.

Sa karamihan ng mga pagkakataon, dapat muna kayong maghain sa amin ng apela bago humiling ng IMR. Sumangguni sa pahina 269 para sa impormasyon tungkol sa aming proseso ng Antas 1 na apela. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng reklamo sa DMHC o humiling ng IMR sa Help Center ng DMHC.

Kung tinanggihan ang paggamot sa inyo dahil ito ay sinusubukan o sinisiyasat pa lamang, hindi ninyo kailangang dumaan sa aming proseso ng apela bago kayo mag-apply para sa isang IMR.

Kung ang problema ninyo ay nangangailangan ng agarang pagkilos o may kaakibat na mabilisan at seryosong banta sa inyong kalusugan o nakakaranas kayo ng matinding pananakit, maaari ninyo itong ipaalam kaagad sa DMHC nang hindi muna dumadaan sa aming proseso ng apela.

Dapat kayong **mag-apply para sa isang IMR sa loob ng 6 na buwan** pagkatapos naming ipadala sa inyo ang isang nakasulat na pagpapasya tungkol sa inyong apela. Maaaring tanggapin ng DMHC ang inyong aplikasyon pagkalipas ng 6 na buwan para sa makatuwirang dahilan gaya ng nagkaroon kayo ng medikal na kundisyon na nakapigil sa inyong humiling ng IMR sa loob ng 6 na buwan o hindi kayo nakatanggap ng sapat na abiso mula sa amin tungkol sa proseso ng IMR.

Upang humiling ng IMR:

- Sagutan ang Aplikasyon para sa Hiwalay na Medikal na Pagsusuri/Form para sa Reklamo na makukuha sa: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tawagan ang DMHC Help Center sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-688-9891.

- Ilakip ang mga kopya ng mga liham o iba pang dokumento tungkol sa serbisyo o gamit na tinanggihan namin, kung mayroon kayo ng mga ito. Maaari nitong pabilisin ang proseso ng IMR. Magpadala ng mga kopya ng mga dokumento, huwag ipadala ang mga orihinal. Hindi maibabalik ng Help Center ang anumang dokumento.

- Sagutan ang Form ng Awtorisadong Assistant kung tinutulungan kayo ng iba sa inyong IMR. Makukuha ninyo ang form sa www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tumawag sa Help Center ng Departamento sa 1-888-466-2219. Dapat tawagan ng mga TTY user ang 1-877-688-9891.

- Ipadala sa mail o i-fax ang inyong mga form at anumang mga kalakip sa:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

- Puwede rin ninyong isumite ang inyong Aplikasyon para sa Independiyenteng Medikal na Pagsusuri/Form ng Reklamo at form ng Awtorisadong Assistant online: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Kung magiging kwalipikado kayo para sa IMR, susuriin ng DMHC ang inyong kaso at padadalhan kayo ng sulat sa loob ng 7 araw ng kalendaryo para sabihin sa inyo na kwalipikado kayo para sa isang IMR. Kapag natanggap na ang inyong aplikasyon at mga pansuportang dokumento mula sa inyong plano, ibibigay ang pasya sa IMR sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Dapat kayong makatanggap ng desisyon sa IMR sa loob ng 45 araw ng kalendaryo mula sa pagsusumite ng kumpletong aplikasyon.

Kung agaran ang inyong kaso at kwalipikado kayo para sa IMR, susuriin ng DMHC ang inyong kaso at padadalhan kayo ng sulat sa loob ng 2 araw ng kalendaryo para sabihin sa inyo na kwalipikado kayo para sa isang IMR. Kapag natanggap na ang inyong aplikasyon at mga pansuportang dokumento mula sa inyong plano, ibibigay ang pasya sa IMR sa loob ng 3 araw sa kalendaryo. Dapat ninyong matanggap ang desisyon ng IMR sa loob ng 7 araw ng kalendaryo mula sa pagsusumite ng kumpletong aplikasyon. Kung hindi kayo panatag sa resulta ng IMR, maaari pa rin kayo humiling ng Pagdinig ng Estado.

Maaaring abutin nang mas matagal ang IMR kung hindi matatanggap ng DMHC ang lahat ng medikal na talaang kinakailangan mula sa inyo o sa gumagamot sa inyong doktor. Kung nagpapakonsulta kayo sa isang doktor na wala sa network ng inyong planong pangkalusugan, mahalagang makuha ninyo at ipadala ninyo sa amin ang inyong mga medikal na talaan mula sa doktor na iyon. Ang inyong planong pangkalusugan ay kinakailangang humingi ng mga kopya ng inyong mga medikal na talaan mula sa mga doktor na nasa network.

Kung magpapasya ang DMHC na hindi kwalipikado ang inyong kaso para sa IMR, susuriin ng DMHC ang inyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso nito sa reklamo ng consumer. Dapat malutas ang inyong reklamo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo mula sa pagsusumite ng kumpletong aplikasyon. Kung agaran ang inyong reklamo, lulutasin ito nang mas maaga.

(2) Pagdinig ng Estado

Puwede kayong humiling ng Pagdining ng Estado para sa mga serbisyo at bagay na saklaw ng Medi-Cal. Kung hihiling ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo o gamit na hindi namin aaprubahan, o hindi namin ipagpapatuloy ang pagbabayad para sa isang serbisyo o gamit na mayroon na kayo at tinanggihan namin ang inyong Antas 1 na apela, may karapatan kayong humiling ng Pagdinig ng Estado.

Sa karamihan ng mga kaso, **may 120 araw kayo upang humiling ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos na maipadala sa inyo sa mail ang abisong “Liham ng Desisyon sa Apela.”

TANDAAN: Kung hihiling kayo ng Pagdinig ng Estado dahil ipinagbigay-alam namin sa inyong babaguhin o ihihinto ang kasalukuyan ninyong natatanggap na serbisyo, **mas kaunti ang araw ninyo upang magsumite ng inyong kahilingan** kung gusto ninyong patuloy na mabigyan ng serbisyong iyon habang nakabinbin ang inyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng Antas 2 na apela” sa pahina 273 para sa higit pang impormasyon.

May dalawang paraan upang humiling ng isang Pagdinig ng Estado:

1. Maaari ninyong kumpletuhin ang "Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado" sa likod ng abiso ng pagkilos. Dapat ninyong ibigay ang lahat ng hinihiling na impormasyon tulad ng inyong buong pangalan, tirahan, numero ng telepono, ang pangalan ng plano o county na gumawa ng pagkilos laban sa inyo, ang (mga) kaugnay na programa ng pagtulong, at ang isang detalyadong dahilan kung bakit gusto ninyo ng isang pagdinig. Pagkatapos ay maaari ninyong isumite ang inyong kahilingan sa isa sa mga paraang ito:

   - Sa welfare department ng county sa address na ipinapakita sa abiso.
   - Sa Kagawaran ng Serbisyong Panlipunan ng California:

     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
     Sacramento, California 94244-2430

   - Sa State Hearings Division sa numero ng fax na 916-651-5210 o 916-651-2789.

2. Maaari ninyong tawagan ang Kagawaran ng Serbisyong Panlipunan ng California sa 1-800-743-8525. Dapat tumawag sa 1-800-952-8349 ang mga gumagamit ng TTY. Kung magpapasyang humiling ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng telepono, dapat ninyong malaman na masyadong marami ang tumatawag sa mga linya ng telepono.

Ibibigay sa inyo ng Dibisyon sa Mga Pagdinig ng Estado ang kanilang desisyon sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag ang mga dahilan.

- Kung **Oo** ang sagot ng Dibisyon sa Mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o lahat ng kahilingan para sa isang medikal na item o serbisyo**,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang serbisyo o item **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang kanilang desisyon.
- Kung **Hindi** ang sagot ng Dibisyon sa Mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o lahat ng inyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong kahilingan) para sa pagsaklaw sa pangangalagang medikal. Tinatawag itong “paninindigan sa desisyon.” o “pagtanggi sa inyong apela.”

Kung ang desisyon ng IRO o Pagdinig ng Estado ay **Hindi** para sa lahat o bahagi ng inyong kahilingan, mayroon kayong karagdagang mga karapatan sa pag-apela.

Kung umabot ang inyong Antas 2 na Apela sa **IRO,** maaari lamang kayong umapelang muli kung natutugunan ng dolyar na halaga ng gusto ninyong serbisyo o gamit ang isang partikular na pinakamababang halaga. Isang ALJ o abogadong adjudicator ang humahawak sa Antas 3 na Apela. **Ipapaliwanag sa matatanggap ninyong liham mula sa IRO ang mga karagdagang karapatan sa apela na maaaring mayroon kayo.**

Ang liham na makukuha ninyo mula sa Dibisyon sa Mga Pagdinig ng Estado ay naglalarawan sa susunod na opsyon sa pag-apela.

Sumangguni sa **Seksyon J**, pahina 311 para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan sa apela pagkatapos ng Antas 2.

F5. Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapayagan ang aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network na singilin kayo para sa mga saklaw na serbisyo at item. Nalalapat ito kahit na bayaran namin ang tagapagbigay ng serbisyo nang mas mababa kaysa sa singil ng tagapagbigay ng serbisyo para sa saklaw na serbisyo o item. **Hindi ninyo kinakailangang bayaran kailanman ang balanse ng anumang bill.**

Kung makatanggap kayo ng bill para sa mga saklaw na serbisyo at item, ipadala ang bill sa amin. Hindi ninyo dapat bayaran mismo ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa tagapagbigay ng serbisyo at kami ang mag-aayos ng problema. Kung binayaran ninyo ang bill, makakakuha kayo ng refund mula sa aming plano kung sinunod ninyo ang mga panuntunan sa pagkuha ng mga serbisyo o item.

Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro*. Inilalarawan nito ang mga sitwasyon kung kailan puwede kayong humiling sa amin na bayaran kayo o bayaran ang bill na natanggap ninyo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo. Makikita rin dito kung paano ipadadala sa amin ang mga papeles na humihingi sa amin ng bayad.

Kung hinihiling ninyong bayaran kayo sa ginastos ninyo, humihiling kayo para sa isang desisyon sa pagsaklaw. Susuriin namin kung saklaw ang serbisyo o item na binayaran ninyo at kung sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan para sa paggamit ng inyong saklaw.

- Kung saklaw ang serbisyo o item na binayaran ninyo at sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ang bayad para sa serbisyo o item sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Pagkatapos ay ipapadala ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ang bayad sa inyo.
- Kung hindi pa ninyo nababayaran ang serbisyo o gamit, direkta naming ipadadala ang bayad sa tagapagbigay ng serbisyo. Kapag ipinadala namin ang bayad, para na rin naming sinasagot ng **Oo** ang inyong kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw.
- Kung ang serbisyo o item ay hindi saklaw o hindi ninyo sinunod ang lahat ng panuntunan, magpapadala kami sa inyo ng liham na nagsasabi sa inyo na hindi kami magbabayad para sa serbisyo o item at ipapaliwanag kung bakit.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon na huwag magbayad, **maaari kayong mag-apela.** Sundin ang proseso ng mga apela na inilalarawan sa **Seksyon F3**, pahina 269. Kapag sinunod ninyo ang mga tagubiling ito, tandaan:

- Kung gagawa kayo ng apela para sa amin na bayaran kayo, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kung hihilingin ninyo sa amin na bayaran kayo para sa pangangalagang medikal na nakuha ninyo at binayaran ninyo mismo, hindi kayo maaaring humiling ng mabilis na apela.

Kung **Hindi** ang aming sagot sa inyong apela at karaniwang sinasaklaw ng **Medicare** ang serbisyo o item, ipapadala namin ang inyong kaso sa IRO. Padadalhan namin kayo ng isang sulat kapag mangyari ito.

- Kung babaligtarin ng IRO ang aming desisyon at sasabihing dapat namin kayong bayaran, dapat naming ipadala ang bayad sa inyo o sa tagapagbigay ng serbisyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung **Oo** ang sagot sa inyong apela sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala ang bayad na hiningin ninyo sa inyo o sa tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan sa loob ng 60 araw sa kalendaryo.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong apela, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa aming desisyong huwag aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon” o “pagtanggi sa inyong apela.” Makakatanggap kayo ng sulat na nagpapaliwanag tungkol sa mga karagdagang karapatan sa pag-apela na mayroon kayo. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa karagdagang impormasyon sa mga karagdagang antas ng pag-apela.

Kung **Hindi** ang aming sagot sa inyong apela at karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal ang serbisyo o item, maaari kayo mismong maghain ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4**, pahina 273 para sa higit pang impormasyon.

G. Mga inireresetang gamot ng Medicare Part D

Kabilang sa inyong mga benepisyo bilang miyembro ng aming plano ang pagsaklaw sa maraming inireresetang gamot. Ang karamihan sa mga gamot na ito ay mga Medicare Part D na gamot. Mayroong kaunting mga gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare Part D na maaaring sinasaklaw ng Medi-Cal. **Naaangkop lang ang seksyong ito sa mga apela sa gamot na nasa Medicare Part D.** Sasabihin namin ang “gamot” sa natitirang bahagi ng seksyong ito sa halip na sabihin ang “Medicare Part D na gamot” sa bawat pagkakataon.

Upang masaklaw, dapat ay ginagamit ang gamot para sa indikasyong medikal na tinatanggap. Ibig sabihin, ang gamot ay inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) o sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon B3, pahina 190 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa isang indikasyong medikal na tinatanggap.

G1. Mga desisyon sa pagsaklaw at apela sa Medicare Part D

Narito ang mga halimbawa ng mga desisyon sa pagsaklaw na hinihiling ninyong gawin namin tungkol sa inyong mga gamot ng Medicare Part D:

- Hinihiling ninyo sa aming gumawa ng pagbubukod, kabilang ang paghiling sa amin na:

  - Saklawin ang isang gamot na nasa Medicare Part D na wala sa Listahan ng Gamot ng aming plano o
  - Ipagpaliban ang isang paghihigpit sa aming pagsaklaw para sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa halagang makukuha ninyo)
- Itinanong ninyo sa amin kung ang isang gamot ay saklaw para sa inyo (tulad ng kapag ang inyong gamot ay nasa Listahan ng Gamot ng aming plano ngunit dapat namin itong aprubahan para sa inyo bago namin ito saklawin)

TANDAAN: Kung sasabihin sa inyo ng inyong parmasya na hindi maaaring ibigay ang nakasulat sa inyong reseta, bibigyan kayo ng parmasya ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano makikipag-ugnayan sa amin upang humiling ng isang desisyon sa pagsaklaw.

> Ang inisyal na desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong mga gamot ng Medicare Part D ay tinatawag na **"pagpapasya sa pagsaklaw."**

- Hinihiling ninyo sa amin na bayaran ang isang gamot na nabili niyo na. Ito ay paghiling ng isang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa pagbabayad.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa ginawa naming desisyon sa pagsaklaw, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Isinasaad sa inyo ng seksyong ito kung paano humiling ng mga

desisyon sa pagsaklaw at kung paano gumawa ng apela. Gamitin ang chart sa ibaba para tulungan kayo.

Alin sa mga sitwasyong ito ang kinalalagyan ninyo?			
Kailangan ninyo ng gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o kailangan ninyong isantabi namin ang isang panuntunan o paghihigpit sa isang gamot na sinasaklaw namin.	Gusto ninyong saklawan namin ang isang gamot sa aming Listahan ng Gamot at naniniwala kayong natutugunan ninyo ang anumang panuntunan o paghihigpit ng plano (tulad ng maagang pagkuha ng pag-apruba) para sa gamot na kailangan ninyo.	Gusto ninyong bayaran namin kayo para sa isang gamot na nakuha at nabayaran niyo na.	Sinabi namin sa inyo na hindi namin sasaklawin o babayaran ang isang gamot sa paraang gusto ninyo.
Maaari kayong humiling sa amin ng pagbubukod. (Ito ay isang uri ng desisyon sa pagsaklaw.)	**Maaari kayong humingi sa amin ng desisyon sa pagsaklaw.**	**Maaari ninyo kaming singilin.** (Ito ay isang uri ng desisyon sa pagsaklaw.)	**Maaari kayong maghain ng apela.** (Ibig sabihin hinihiling ninyo sa amin na muling isaalang-alang.)
Magsimula sa **Seksyon G2**, pahina 286, pagkatapos ay sumangguni sa **Seksyon G3**, pahina 287 **at G4**, pahina 287**.**	Sumangguni sa **Seksyon G4,** pahina 287.	Sumangguni sa **Seksyon G4**, pahina 287.	Sumangguni sa **Seksyon G5**, pahina 291.

G2. Mga pagbubukod sa Medicare Part D

Kung hindi namin saklaw ang isang gamot sa paraang gusto ninyo, puwede kayong humiling sa amin ng "pagbubukod." Kung tatanggihan namin ang hiling ninyong pagbubukod, puwede ninyong iapela ang aming desisyon.

Kapag humiling kayo ng isang pagbubukod, kakailanganing ipaliwanag ng inyong doktor o ng ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan ninyo ng pagbubukod.

> Ang paghiling ng pagsaklaw sa isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o para sa pagtanggal ng isang paghihigpit sa isang gamot ay tinatawag kung minsan na paghingi ng **"pagbubukod sa pormularyo."**

Narito ang tatlong halimbawa ng mga pagbubukod na maaaring hingin ninyo o ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta:

1. **Pagsaklaw sa isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot**
   - Hindi kayo makakakuha ng pagbubukod sa kinakailangang halaga ng bahaginan sa gastos para sa gamot.
2. **Pag-alis ng paghihigpit para sa isang saklaw na gamot**
   - May mga karagdagang tuntunin o paghihigpit na nalalapat sa ilang partikular na gamot sa aming Listahan ng Gamot (sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon C, pahina 191 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon).
   - Kasama sa mga dagdag na tuntunin at paghihigpit para sa ilang gamot ang:
     - Pangangailangang gamitin ang generic na bersyon ng gamot sa halip na branded na gamot.
     - Abanseng pagkuha ng aming pag-apruba bago kami sumang-ayong saklawin ang gamot para sa inyo. Tinatawag ito minsang "paunang awtorisasyon (PA)."
     - Pangangailangang gumamit muna ng ibang gamot bago kami sumang-ayong saklawin ang gamot na hinihiling ninyo. Tinatawag ito minsang "step therapy."
     - Mga limitasyon sa dami. Para sa ilang gamot, may mga limitasyon sa dami ng gamot na maaari ninyong makuha.

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling para sa isang pagbubukod

Dapat sabihin sa amin ng inyong doktor o ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan.

Dapat magbigay sa amin ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta ng pahayag na nagpapaliwanag ng mga medikal na dahilan sa paghiling ng isang 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.

Ang aming Listahan ng Gamot ay kadalasang may kasamang higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kondisyon. Tinatawag ang mga itong mga “alternatibong” gamot. Kung ang isang alternatibong gamot ay kasing epektibo ng gamot na hinihiling ninyo at hindi magdudulot ng higit pang mga side effect o iba pang mga problema sa kalusugan, sa pangkalahatan ay **hindi** namin aaprubahan ang inyong kahilingan sa pagbubukod.

Maaaring sumagot kami ng Oo o Hindi sa inyong kahilingan.

- Kung **Oo** ang sagot namin sa inyong kahilingan para sa isang pagbubukod, karaniwang tumatagal ang pagbubukod hanggang sa pagtatapos ng taon sa kalendaryo. 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 aming sagot sa inyong kahilingan sa pagbubukod, maaari kayong mag-apela. Sumangguni sa **Seksyon G5,** pahina 291 para sa impormasyon sa paghahain ng apela kung **Hindi** ang sagot namin.

Makikita sa susunod na seksyon kung paano hihingi ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang pagbubukod.

G4. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang isang pagbubukod

- Hilingin ang uri ng desisyon sa saklaw na gusto ninyo sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711), pagsulat, o pag-fax sa amin. Maaari ninyong gawin ito, o ng inyong kinatawan, o doktor (o iba pang tagapagreseta). Pakilagay ang inyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa claim. Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

- Kayo o ang inyong doktor (o iba pang tagapagreseta) o ibang tao na kumikilos sa inyong ngalan ay maaaring humiling ng desisyon sa pagsaklaw. Maaari din kayong kumuha ng abogadong kikilos para sa inyo.
- Sumangguni sa **Seksyon E3**, pahina 263 upang malaman kung paano pangalanan ang isang tao bilang inyong kinatawan.
- Hindi ninyo kailangang magbigay ng nakasulat na pahintulot sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta upang humingi ng desisyon sa pagsaklaw sa inyong ngalan.
- Kung gusto ninyong hilingin sa aming bayaran kayo para sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Kung hihiling kayo ng pagbubukod, bigyan kami ng "pansuportang pahayag." Kasama sa pansuportang pahayag ang mga medikal na dahilan ng inyong doktor o tagapagreseta para sa hiling na pagbubukod.
- Maaaring ipadala sa amin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta sa fax o mail ang mga pansuportang pahayag. Maaari rin nilang sabihin sa amin sa pamamagitan ng telepono at pagkatapos ay i-fax o i-mail ang pahayag.

Kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan, humiling sa amin ng isang "mabilisang desisyon sa pagsaklaw."

Gagamitin namin ang "mga karaniwang deadline" maliban kung sumang-ayon kaming gamitin ang "mabilis na mga deadline."

- Ang isang **karaniwang desisyon sa pagsaklaw** ay nangangahulugang bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.
- Ang isang **mabilisang desisyon sa pagsaklaw** ay nangangahulugang bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.

> Ang "mabilisang desisyon sa pagsaklaw" ay tinatawag na **"pinabilis na pagpapasya sa pagsaklaw."**

Maaari kayong makakuha ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw kung:

- Ito ay para sa isang gamot na hindi ninyo nakuha. Hindi kayo makakakuha ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw kung hinihiling ninyo sa aming bayaran kayo para sa isang gamot na nabili na ninyo.
- Ang inyong kalusugan o kakayahang gumana ay seryosong mapipinsala kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.

Kung sasabihin sa amin ng inyong doktor o ibang tagapagreseta na ang inyong kalusugan ay nangangailangan ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, sasang-ayon kami at ibibigay ito sa inyo. Padadalhan namin kayo ng sulat na magpapaalam sa inyo.

- Kung hihiling kayo ng isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw nang walang suporta mula sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta, magpapasya kami kung makakakuha kayo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw.
- Kung mapagpasyahan namin na ang inyong medikal na kundisyon ay hindi nakakatugon sa mga kinakailangan para sa isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw, gagamitin namin sa halip ang mga karaniwang deadline.
    - Padadalhan namin kayo ng sulat na magpapaalam sa inyo. Sasabihin din sa inyo ng sulat kung paano gumawa ng reklamo tungkol sa aming desisyon.
    - Maaari kayong maghain ng mabilis na reklamo at makakuha ng tugon sa loob ng 24 na oras. Para sa karagdagang impormasyon sa paghahain ng mga reklamo, kabilang ang mga mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**, pahina 315.

Mga deadline para sa isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw

- Kapag ginamit namin ang mabilis na mga deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela. Kung humiling kayo ng isang pagbubukod, magbibigay kami sa inyo ng aming sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng inyong doktor. Mas maaga naming ibibigay sa inyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6**, pahina 294 para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 2 na Apela.

- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang saklaw sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang pansuportang pahayag ng inyong doktor.
- Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat kasama ang mga dahilan. Sasabihin rin sa inyo ng sulat kung paano kayo makakagawa ng apela.

Mga deadline para sa isang karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa isang gamot na hindi ninyo nakuha

- Kapag ginamit namin ang karaniwang mga deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela. Kung humiling kayo ng isang pagbubukod, magbibigay kami sa inyo ng aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng inyong doktor. Mas maaga naming ibibigay sa inyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang saklaw sa loob ng 72 na oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang pansuportang pahayag ng inyong doktor para sa isang pagbubukod.
- Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat kasama ang mga dahilan. Sasabihin rin sa inyo ng sulat kung paano gumawa ng apela.

Mga deadline para sa isang karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa gamot na nabili na ninyo

- Dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, babayaran namin kayo sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo.

- **Kung Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat kasama ang mga dahilan. Sasabihin rin sa inyo ng sulat kung paano gumawa ng apela.

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela

> Ang isang apela sa aming plano tungkol sa desisyon sa pagsaklaw ng gamot ng Medicare Part D ay tinatawag na **"muling pagpapasya"** ng plano.

- Simulan ang inyong **karaniwan** o **mabilis na apela** sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-431-9007 (TTY:711), pagsulat, o pag-fax sa amin. Maaari ninyong gawin ito, o ng inyong kinatawan, o doktor (o iba pang tagapagreseta). Pakilagay ang inyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa inyong apela.
- Dapat kayong humiling ng apela **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** mula sa petsang nasa liham na ipinadala namin upang ipabatid sa inyo ang aming desisyon.
- Kung hindi ninyo nahabol ang deadline at may makatuwirang dahilan kaya nalampasan ito, maaari namin kayong bigyan ng karagdagang panahon upang umapela. Ang mga halimbawa ng magagandang dahilan ay ang mga bagay na tulad ng nagkaroon kayo ng malubhang karamdaman o binigyan namin kayo ng maling impormasyon tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit huli ang inyong apela kapag ginawa ninyo ang inyong apela.
- May karapatan kayong humiling sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Kayo at ang inyong doktor ay maaari ding magbigay sa amin ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

> Ang mabilisang apela ay tinatawag ding **"pinabilis na muling pagpapasya."**

- Kung umaapela kayo sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa pagsaklaw sa isang gamot na hindi ninyo nakuha, kakailanganin ninyo ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na magpasya kung kailangan ninyo ng isang mabilisang apela.

- Ang mga kinakailangan at proseso sa paghiling ng isang mabilisang apela ay kapareho lang ng mga kinakailangan sa paghingi ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw. Sumangguni sa **Seksyon G4**, pahina 287 para sa higit pang impormasyon.

Isinasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

- Sinusuri namin ang inyong apela at muling titingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan sa pagsaklaw.
- Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng panuntunan noong **Hindi** ang isinagot namin 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 mabilis na apela sa Antas 1

- Kapag ginamit namin ang mabilisang mga deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
  - Mas maaga naming ibibigay sa inyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
  - Kung hindi namin kayo mabigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6**, pahina 294 para sa impormasyon tungkol sa organisasyon sa pagsusuri at sa proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng apela.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 1

- Kapag ginamit namin ang mga karaniwang deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela para sa pagsaklaw sa isang gamot na hindi ninyo nakuha.
- Ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon nang mas maaga kung hindi ninyo nakuha ang gamot at kailangan ito ng inyong kondisyon sa kalusugan. Kung naniniwala kayong kailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.
    - Kung hindi namin kayo mabibigyan ng sagot sa loob ng 7 araw sa kalendaryo, kailangan naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6**, pahina 294 para sa impormasyon tungkol sa organisasyon sa pagsusuri at sa proseso ng mga apela sa Antas 2.

Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Dapat naming **ibigay ang pagsaklaw** na sinang-ayunan naming maibigay sa pinakamaagang panahon na kinakailangan dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, **ngunit hindi lalampas sa 7 araw ng kalendaryo** matapos naming matanggap ang inyong apela.
- Dapat kaming **magpadala ng bayad sa inyo** para sa isang gamot na binili ninyo **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.

Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng apela.
- Dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot tungkol sa pagbabayad sa inyo para sa isang gamot na binili ninyo **sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
    - Kung hindi namin kayo mabibigyan ng desisyon sa loob ng 14 araw sa kalendaryo, kailangan naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6**, pahina 294 para sa impormasyon tungkol sa organisasyon sa pagsusuri at sa proseso ng mga apela sa Antas 2.

- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat namin kayong bayaran sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng apela.

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung **Hindi** ang aming sagot sa inyong Antas 1 na Apela, maaari ninyong tanggapin ang aming desisyon o gumawa ng isa pang apela. Kung magpasya kayong gumawa ng isa pang apela, gagamitin ninyo ang proseso ng mga apela sa Antas 2 na Apela. Susuriin ng **IRO** ang aming desisyon noong **Hindi** ang aming sagot sa inyong unang apela. Ang organisasyong ito ang magpapasya kung dapat naming baguhin ang aming desisyon.

> Ang pormal na pangalan para sa “Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri” (IRO) ay **“Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri,”** na tinatawag minsan na **“IRE.”**

Upang maghain ng Apela sa Antas 2, dapat kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta na makipag-ugnayan sa IRO **sa sulat** at humiling ng pagsusuri sa inyong kaso.

- Kung **Hindi** ang aming sagot sa inyong Antas 1 na Apela, kasama sa sulat na ipapadala namin sa inyo ang **mga tagubilin kung paano maghain ng Antas 2 na Apela** sa IRO. Isinasaad ng mga tagubilin kung sino ang maaaring gumawa ng Antas 2 na Apela, anong mga deadline ang dapat ninyong sundin, at kung paano maaabot ang organisasyon.
- Kapag maghahain kayo ng apela sa IRO, ipapadala namin sa organisasyon ang impormasyong mayroon kami tungkol sa inyong apela. Tinatawag ang impormasyong ito na inyong “dokumento ng kaso.” **May karapatan kayo para sa isang libreng kopya ng inyong dokumento ng kaso**.
- May karapatan kayong magbigay sa IRO ng karagdagang impormasyon upang masuportahan ang inyong apela.

Sinusuri ng IRO ang inyong Antas 2 na Apela sa Medicare Part D at bibigyan kayo ng sagot sa pamamagitan ng sulat. Sumangguni sa **Seksyon F4,** pahina 273 para sa higit pang impormasyon tungkol sa IRO.

Mga deadline para sa mabilis na apela sa Antas 2

Kung kinakailangan dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, humingi ng mabilis na apela sa IRO.

- Kung sumasang-ayon sila sa isang mabilis na apela, dapat silang magbigay sa inyo ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan sa apela.
- Kung **Oo** ang kanilang sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibigay ang naaprubahang saklaw ng gamot **sa loob ng 24 oras** pagkatapos matanggap ang desisyon ng IRO.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 2

Kung mayroon kayong karaniwang apela sa Antas 2, ang IRO ay dapat magbigay sa inyo ng sagot:

- **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos nilang matanggap ang inyong apela para sa isang gamot na hindi ninyo nakuha.
- **sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang inyong apela para sa pagbabayad para sa isang gamot na binili ninyo.

Kung **Oo** ang sagot ng IRO sa isang bahagi o sa lahat ng inyong kahilingan:

- Dapat naming ibigay ang naaprubahang saklaw ng gamot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO.
- Dapat namin kayong bayaran para sa isang gamot na binili ninyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO.
- Kung sasagot ang IRO ng **Hindi** sa inyong apela, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa aming desisyong huwag aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon” o “pagtanggi sa inyong apela.”

Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela, may karapatan kayo para sa isang Antas 3 na Apela kung ang dolyar na halaga ng saklaw ng gamot na hinihiling ninyo ay nakakatugon sa isang minimum na halaga ng dolyar. Kung ang halaga ng dolyar ng saklaw ng gamot na hinihiling ninyo ay mas mababa sa kinakailangang minimum, hindi na kayo makakagawa ng isa pang apela. Sa kasong iyon, ang desisyon sa Antas 2 na Apela ay tapos

na. Ang IRO ay magpapadala sa inyo ng sulat na magpapabatid sa inyo ng pinakamababang halaga ng dolyar na kailangan upang magpatuloy sa isang Antas 3 na Apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng inyong kahilingan ay nakakatugon sa kinakailangan, pipili kayo kung gusto niyo pang isagawa ang inyong apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela at natutugunan ninyo ang kinakailangan upang ipagpatuloy ang proseso ng mga apela, kayo ay:
  - Magpapasya kung gusto ninyong gumawa ng Antas 3 na Apela.
  - Sumangguni sa liham na ipinadala sa inyo ng IRO pagkatapos ng inyong Antas 2 na Apela para sa mga detalye tungkol sa kung paano gumawa ng Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o abogadong adjudicator ang humahawak sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J**, pahina 311 para sa impormasyon tungkol sa Mga Apela sa Antas 3, 4, at 5.

H. Paghiling sa aming saklawin ang mas mahabang panahon ng pamamalagi sa ospital

Kapag ipinasok kayo sa isang ospital, may karapatan kayong makuha ang lahat ng sinasaklaw naming serbisyo sa ospital na kinakailangan upang ma-diagnose at magamot ang inyong karamdaman o sugat. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagsaklaw sa ospital ng aming plano, sumangguni sa **Kabanata 4**, Seksyon D, pahina 95 ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

Sa panahon ng inyong saklaw na pamamalagi sa ospital, makikipagtulungan sa inyo ang inyong doktor at tauhan ng ospital upang maghanda para sa araw na lalabas na kayo ng ospital. Tutulong din silang ayusin ang pangangalagang maaaring kailanganin ninyo pagkalabas ninyo ng ospital.

- Ang araw ng paglabas ninyo sa ospital ay tinatawag na inyong “petsa ng pag-discharge.”
- Sasabihin sa inyo ng inyong doktor o ng tauhan sa ospital kung ano ang petsa ng pag-discharge ninyo.

Kung sa tingin ninyo ay hinihiling kayong umalis sa ospital nang masyadong maaga o nag-aalala kayo tungkol sa inyong pangangalaga pagkatapos ninyong lumabas sa ospital, maaari kayong humiling ng mas mahabang pamamalagi sa ospital. Makikita sa seksyong ito kung paano kayo makakahiling.

Sa kabila ng mga apelang tinalakay sa **Seksyon H** na ito, maaari rin kayong maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang maipagpatuloy ang inyong pananatili sa ospital. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** sa pahina 273 para matutunan kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Independiyenteng Medikal na Pagsusuri. Maaari kayong humiling ngisang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bukod pa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

H1. Kaalaman tungkol sa inyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos ninyong ma-admit sa ospital, ang isang tao sa ospital, gaya ng isang nurse o caseworker, ay magbibigay sa inyo ng nakasulat na abiso na tinatawag na “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan.” Ang lahat ng may Medicare ay makakatanggap ng kopya ng abisong ito sa tuwing mako-confine sila sa ospital.

Kung hindi ninyo natanggap ang abiso, hingin ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan ninyo ng tulong, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina. 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.

- **Basahin nang mabuti ang abiso** at magtanong kung hindi ninyo ito maintindihan. Isinasaad ng abiso sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bilang isang pasyente sa ospital, kabilang ang inyong mga karapatang:
    - Makakuha ng mga serbisyong saklaw ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng inyong pamamalagi sa ospital. May karapatan kayong malaman kung anu-ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa kanila, at kung saan ninyo sila maaaring makuha.
    - Maging bahagi ng anumang desisyon tungkol sa haba ng pamamalagi ninyo sa ospital.
    - Alamin kung saan iuulat ang anumang alalahaning mayroon kayo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa inyo sa ospital.

  - Umapela kung sa palagay ninyo ay masyadong maaga ang pag-discharge sa inyo sa ospital.

- **Lagdaan ang abiso** upang maipakitang natanggap ninyo ito at nauunawan ninyo ang inyong mga karapatan.
  - Kayo o isang taong kumikilos sa inyong ngalan ay maaaring lumagda sa abiso.
  - Ang pagpirma sa abiso ay nagpapakita **lamang** na nakuha ninyo ang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Ang pagpirma ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon kayo sa isang petsa ng pag-discharge na maaaring sinabi sa inyo ng inyong doktor o ng kawani ng ospital.
- **Itago ang inyong kopya** ng pinirmahang abiso para mayroon kayong hawak na impormasyon sakaling kailanganin ninyo ito.

Kung pipirmahan ninyo ang abiso nang higit sa dalawang araw bago ang araw na lalabas kayo sa ospital, makakakuha kayo ng isa pang kopya bago kayo ma-discharge.

Maaari ninyong makita ng abanse ang isang kopya ng abiso kung kayo ay:

- Tumawag sa Mga Serbisyo para Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina
- Tumawag sa Medicare sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung gusto ninyong saklawin namin ang mga inpatient na serbisyo sa ospital nang mas mahabang panahon, gumawa ng apela. Sinusuri ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) ang Antas 1 na Apela para malaman kung ang inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge aymedikal na nararapat para sa inyo.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Sinusuri at tinutulungan ng mga ekspertong ito na pahusayin ang kalidad para sa mga taong may Medicare. Hindi sila bahagi ng aming plano.

Sa California, ang QIO ay Livanta. Tawagan sila sa 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). Makikita rin ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa abisong "Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan," at sa **Kabanata 2**, Seksyon F, pahina 39.

Tawagan ang QIO bago kayo lumabas ng ospital at nang hindi lalampas sa nakatakdang petsa ng inyong pag-discharge.

- **Kung tatawag kayo bago kayo umalis**, maaari kayong manatili sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge nang hindi ito binabayaran habang hinihintay ninyo ang desisyon ng QIO tungkol sa inyong apela.
- **Kung hindi kayo tatawag upang umapela**, at magdesisyon kayong mamalagi sa ospital pagkatapos ng nakatakdang petsa ng inyong pag-discharge, kakailanganin ninyong bayaran ang lahat ng halaga para sa pangangalaga sa ospital pagkatapos ng nakatakdang petsa ng pag-discharge ninyo.
- **Kung hindi ninyo nahabol ang deadline** para sa pakikipag-ugnayan sa QIO tungkol sa inyong apela, direktang umapela sa aming plano sa halip. Sumangguni sa **Seksyon G4**, pahina 287 para sa impormasyon tungkol sa paghahain ng apela sa amin.
- Dahil sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal ang mga pananatili sa ospital, kung hindi diringgin ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong kahilingang ipagpatuloy ang pananatili ninyo sa ospital, o naniniwala kayong agaran ang inyong sitwasyon, kinasasangkutan ng agaran at seryosong panganib sa inyong kalusugan, o nakakaranas kayo ng matinding pananakit, maaari rin kayong maghain ng reklamo o humiling sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) para sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** sa pahina 273 upang malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Independiyenteng Medikal na Pagsusuri.

Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito. Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:

- Tumawag sa Mga Serbisyo para Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- Tawagan ang Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222.

Humiling ng isang mabilis na pagsusuri. Kumilos kaagad at makipag-ugnayan sa QIO upang humiling ng mabilis na pagsusuri sa inyong pag-discharge sa ospital.

> Ang legal na termino para sa **"mabilis na pagsusuri"** ay **"agarang pagsusuri"** o **"pinabilis na pagsusuri."**

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilis na pagsusuri

- Tatanungin kayo o ang inyong kinatawan ng mga tagasuri sa QIO kung bakit sa palagay ninyo ay dapat magpatuloy ang pagsaklaw pagkatapos ng nakatakdang petsa ng pag-discharge. Hindi ninyo kailangang magsulat ng isang pahayag, ngunit maaari ninyong gawin.
- Tinitingnan ng mga tagasuri ang inyong medikal na impormasyon, nakikipag-usap sa inyong doktor, at sinusuri ang impormasyong ibinigay sa kanila ng ospital at ng aming plano.
- Bago magtanghali ng araw pagkatapos sabihin sa aming plano ng mga tagasuri ang tungkol sa inyong apela, makakakuha kayo ng sulat na nagsasaad ng nakatakdang petsa ng inyong pag-discharge. Nakalagay rin sa sulat ang mga dahilan kung bakit sa tingin ng inyong doktor, ng ospital, at namin na ito ang tamang petsa ng pag-discharge na medikal na nararapat para sa inyo.

> Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay **“Detalyadong Abiso tungkol sa Pag-discharge sa Ospital.”** Makakakuha kayo ng sample sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.) Puwede rin kayong sumangguni sa isang sample na abiso online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nito, ibibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Ibibigay namin ang inyong saklaw na mga serbisyo sa ospital para sa inpatient hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Naniniwala sila na ang inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge ay medikal na nararapat.
- Ang aming saklaw para sa inyong mga serbisyo sa ospital ng inpatient ay magtatapos sa tanghali sa araw pagkatapos na ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.
- Maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng pangangalaga sa ospital na makukuha ninyo pagkalipas ng tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.
- Maaari kayong gumawa ng Antas 2 na Apela kung tatanggihan ng QIO ang inyong Antas 1 na Apela **at** mananatili kayo sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge.

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin ninyo sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa inyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Dapat ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ang QIO 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.

Gagawin ng mga QIO reviewer ang mga sumusunod:

- Tingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sasabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Dapat namin kayong bayaran para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital mula noong tanghali sa araw pagkatapos ng petsa na tinanggihan ng QIO ang inyong Antas 1 na Apela.
- Ibibigay namin ang inyong saklaw na mga serbisyo sa ospital para sa inpatient hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 1 na Apela at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari rin kayong maghain ng reklamo sa o humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang maipagpatuloy ang inyong pananatili sa ospital. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon E4** sa pahina 264 para matutunan kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Independiyenteng Medikal na Pagsusuri.

Isang ALJ o abogadong adjudicator ang humahawak sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J**, pahina 311 para sa impormasyon tungkol sa Mga Apela sa Antas 3, 4, at 5.

H4. Paggawa ng Antas 1 na Alternatibong Apela

Ang deadline para sa pakikipag-ugnayan sa QIO para sa Antas 1 na Apela ay nasa loob ng 60 araw o hindi lalampas sa inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge sa ospital. Kung napalampas ninyo ang huling araw ng Antas 1 na Apela, maaari kayong gumamit ng proseso ng “Kahaliling Apela.”

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina at humiling sa amin ng “mabilis na pagsusuri” ng petsa ng inyong pag-discharge sa ospital.

> Ang legal na termino para sa “mabilis na pagsusuri” o “mabilis na apela” ay “**pinabilis na apela.”**

- Tinitingnan namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong pamamalagi sa ospital.
- Sinusuri namin kung ang unang desisyon ay patas at sumunod sa mga panuntunan.
- Ginagamit namin ang mabilis na mga deadline sa halip na mga karaniwang deadline at ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras nang humingi kayo ng mabilis na pagsusuri.

Kung **Oo** ang aming sagot sa inyong mabilis na apela:

- Sumasang-ayon kami na kailangan ninyong manatili sa ospital pagkatapos ng petsa ng pag-discharge.
- Ibibigay namin ang inyong saklaw na mga serbisyo sa ospital para sa inpatient hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.
- Babayaran namin kayo para sa aming bahagi sa mga gastos ng natanggap ninyong pangangalaga simula sa petsang sinabi naming matatapos ang pagsaklaw sa inyo.

Kung **Hindi** ang aming sagot sa inyong mabilis na apela:

- Sumasang-ayon kami na ang inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge aymedikal na nararapat.
- Ang aming pagsaklaw para sa inyong mga inpatient na serbisyo sa ospital ay magtatapos sa petsa na ipinabatid namin sa inyo.
- Hindi kami magbabayad ng kahit anong bahagi ng gastos pagkatapos ng petsang ito.
- Maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng pangangalaga sa ospital na nakuha ninyo pagkatapos ng nakaplanong petsa ng pag-discharge kung patuloy kayong mananatili sa ospital.
- Ipapadala namin ang inyong apela sa IRO upang matiyak na sinunod namin ang lahat ng panuntunan. Kapag ginawa namin ito, awtomatikong mapupunta ang inyong kaso sa proseso ng mga apela sa Antas 2.

H5. Paggawa ng Antas 2 na Alternatibong Apela

Ipadadala namin ang impormasyon para sa inyong Antas 2 na Apela sa IRO sa loob ng 24 na oras ng aming pagsagot ng **Hindi** sa inyong Antas 1 na Apela. Awtomatiko namin itong ginagawa. Wala kayong kailangang gawin.

Kung sa palagay ninyo ay hindi namin natugunan ang deadline na ito, o iba pang deadline, maaari kayong gumawa ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K**, pahina 315 para sa impormasyon tungkol sa paghahain ng mga reklamo.

Nagsasagawa ang IRO ng mabilis na pagsusuri ng inyong apela. Maingat nilang tinitingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong pag-discharge sa ospital at kadalasan ay nagbibigay sa inyo ng sagot sa loob ng 72 oras.

Kung **Oo** ang sagot ng IRO sa inyong apela:

- Babayaran namin kayo para sa aming bahagi sa mga gastos ng natanggap ninyong pangangalaga simula sa petsang sinabi naming matatapos ang pagsaklaw sa inyo.
- Ibibigay namin ang inyong saklaw na mga serbisyo sa ospital para sa inpatient hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong apela:

- Sumasang-ayon sila na ang inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge sa ospital aymedikal na nararapat.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o abogadong adjudicator ang humahawak sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J**, pahina 311 para sa impormasyon tungkol sa Mga Apela sa Antas 3, 4, at 5.

Maaari din kayong maghain ng reklamo o humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang maipagpatuloy ang inyong pananatili sa ospital. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** sa pahina 273 para matutunan kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Independiyenteng Medikal na Pagsusuri. Maaari kayong humiling ngisang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bukod pa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na serbisyong medikal

Ang seksyong ito ay tungkol lamang sa tatlong uri ng mga serbisyo na maaari ninyong makuha:

- mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan sa bahay
- dalubhasang pangangalaga sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, **at**
- pangangalaga sa rehabilitasyon bilang isang outpatient sa isang CORF na aprubado ng Medicare. Karaniwang nangangahulugan ito na nagpapagamot kayo para sa isang sakit o aksidente o nagpapagaling kayo mula sa isang malaking operasyon.

Sa alinman sa tatlong uri ng mga serbisyong ito, may karapatan kayong makakuha ng mga saklaw na serbisyo hangga't sinasabi ng doktor na kailangan ninyo ang mga ito.

Kapag nagpasya kaming ihinto ang pagsaklaw sa alinman sa mga ito, dapat naming sabihin sa inyo **bago** matapos ang inyong mga serbisyo. Kapag natapos na ang inyong saklaw para sa serbisyong iyon, hihinto kami sa pagbabayad para dito.

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos namin ang pagsaklaw ng inyong pangangalaga nang maaga, **maaari ninyong iapela ang aming desisyon.** Makikita ninyo sa seksyong ito kung paano humiling ng apela.

I1. Paunang abiso bago matapos ang inyong saklaw

Magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na abiso na matatanggap ninyo ng hindi bababa sa dalawang araw bago namin ihinto ang pagbabayad para sa inyong pangangalaga. Tinatawag itong “Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare.” Nakasaad sa abiso ang petsa kung kailan namin ihihinto ang pagsaklaw sa inyong pangangalaga at kung paano iaapela ang aming desisyon.

Dapat ninyong lagdaan o ng inyong kinatawan ang nakasulat na abiso upang ipakitang natanggap ninyo ito. Ang pagpirma sa abiso ay nagpapakita **lamang** na nakuha ninyo ang impormasyon. Ang pagpirma ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon kayo sa aming desisyon.

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos namin ang pagsaklaw ng inyong pangangalaga nang maaga, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito ang tungkol sa proseso ng Antas 1 na Apela at kung ano ang dapat gawin.

- **Sumunod sa mga deadline.** Mahalaga ang mga deadline. Unawain at sundin ang mga deadline na nalalapat sa mga bagay na dapat ninyong gawin. Dapat ding sumunod sa mga deadline ang aming plano. Kung sa palagay ninyo hindi namin natutugunan ang mga deadline, maaari kayong magsampa ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K,** pahina 315 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga reklamo.
- **Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito.** Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:
  - Tumawag sa Mga Serbisyo para Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina.
  - Tawagan ang HICAP sa 1-800-434-0222.

- **Makipag-ugnayan sa QIO.**
  - Sumangguni sa **Seksyon H2,** pahina 298 o sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa QIO at kung paano makipag-ugnayan sa kanila.
  - Hilingin sa kanila na suriin ang inyong apela at magpasya kung babaguhin ba ang desisyon ng aming plano.
- **Kumilos nang mabilis at humiling ng isang mabilisang apela.** Itanong sa QIO kungmedikal na nararapat para sa amin na tapusin ang pagsaklaw sa inyong mga medikal na serbisyo.

Ang inyong deadline para makipag-ugnayan sa organisasyong ito

- Dapat kayong makipag-ugnayan sa QIO para simulan ang inyong apela hanggang tanghali ng araw bago ang epektibong petsa ng “Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare” na ipinadala namin sa inyo.
- Kung hindi ninyo nahabol ang deadline sa pakikipag-ugnayan sa QIO, maaari kayong umapela nang direkta sa amin. Para sa mga detalye tungkol sa kung paano gawin iyon, sumangguni sa **Seksyon I4,** pahina 309**.**
- Kung hindi diringgin ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong kahilingang ipagpatuloy ang pagsaklaw sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o naniniwala kayong agaran ang inyong sitwasyon o kinasasangkutan ng agaran at seryosong panganib sa inyong kalusugan o nakakaranas kayo ng matinding pananakit, maaari kayong maghain ng reklamo o humiling sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** sa pahina 273 para matutunan kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Independiyenteng Medikal na Pagsusuri.

Ang legal na termino para sa nakasulat na abiso ay **"Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare."** Upang makakuha ng sample na kopya, tumawag sa Mga Serbisyo para Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina o tawagan ang Medicare 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. O kumuha ng kopya online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Ano ang nangyayari sa panahon ng isang mabilisang apela

- Tatanungin kayo o ang inyong kinatawan ng mga tagasuri sa QIO kung bakit sa palagay ninyo ay dapat magpatuloy ang pagsaklaw. Hindi ninyo kailangang magsulat ng isang pahayag, ngunit maaari ninyong gawin.
- Tinitingnan ng mga tagasuri ang inyong medikal na impormasyon, nakikipag-usap sa inyong doktor, at sinusuri ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.
- Magpapadala rin sa inyo ang aming plano ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag sa aming mga dahilan sa pagtapos ng pagsaklaw sa inyong mga serbisyo. Makukuha ninyo ang abiso sa pagtatapos ng araw na ipinaalam sa amin ng mga tagasuri ang inyong apela.

Ang legal na termino para sa pagpapaliwanag ng abiso ay **"Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw."**

- Ipapaalam sa inyo ng mga tagasuri ang kanilang desisyon sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Ibibigay namin ang inyong mga saklaw na serbisyo hangga't ang mga ito ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Magtatapos ang inyong saklaw sa petsa na ipinabatid namin sa inyo.
- Ititigil namin ang pagbabayad ng aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang ito sa petsang nakasaad sa abiso.

- Kayo na mismo ang magbabayad ng buong halaga ng pangangalagang ito kung magpasya kayong ipagpatuloy ang pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o mga serbisyo ng CORF pagkatapos ng petsa ng pagtatapos ng inyong saklaw
- Kayo ang magpapasya kung gusto ninyong ipagpatuloy ang mga serbisyong ito at gumawa ng Antas 2 na Apela.

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin ninyo sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa inyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Dapat ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ang QIO ng **Hindi** sa inyong Antas 1 na Apela. Maaari **lamang** kayong humiling ng pagsusuring ito kung magpapatuloy kayo sa pangangalaga pagkatapos ng petsa na natapos ang inyong pagkakasaklaw para sa pangangalaga.

Gagawin ng mga QIO reviewer ang mga sumusunod:

- Tingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sasabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Babayaran namin kayo para sa aming bahagi sa mga gastos ng natanggap ninyong pangangalaga simula sa petsang sinabi naming matatapos ang pagsaklaw sa inyo.
- Magbibigay kami ng saklaw para sa pangangalaga hangga't ito ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyon na tapusin ang inyong pangangalaga at hindi ito babaguhin.

- Bibigyan nila kayo ng sulat na nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari kayong maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang ipagpatuloy ang pagsaklaw sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** sa pahina 273 para malaman kung paano humiling sa DMHC ng Independiyenteng Medikal na Pagsusuri. Maaari kayong maghain ng reklamo sa o humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri, bukod pa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o abogadong adjudicator ang humahawak sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J**, pahina 311 para sa impormasyon tungkol sa Mga Apela sa Antas 3, 4, at 5.

I4. Paggawa ng Antas 1 na Alternatibong Apela

Gaya ng ipinaliwanag sa **Seksyon I2**, pahina 305, dapat kayong kumilos kaagad at makipag-ugnayan sa QIO upang simulan ang inyong Antas 1 na Apela. Kung hindi ninyo mahabol ang deadline, maaari kayong gumamit ng proseso ng “Kahaliling Apela.”

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina at humiling sa amin ng “mabilis na pagsusuri.”

> Ang legal na termino para sa “mabilis na pagsusuri” o “mabilis na apela” ay **“pinabilis na apela.”**

- Tinitingnan namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kaso.
- Sinusuri namin kung ang unang desisyon ay patas at sinunod ang mga panuntunan noong itinakda namin ang petsa para sa pagtatapos ng saklaw para sa inyong mga serbisyo.
- Ginagamit namin ang mabilis na mga deadline sa halip na mga karaniwang deadline at ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras nang humingi kayo ng mabilis na pagsusuri.

Kung **Oo** ang aming sagot sa inyong mabilis na apela:

- Sumasang-ayon kami na kailangan ninyo ng mga serbisyo nang mas matagal.

- Ibibigay namin ang inyong mga saklaw na serbisyo hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.
- Sumang-ayon kaming magbayad sa inyo para sa aming bahagi sa mga gastos ng natanggap ninyong pangangalaga simula sa petsang sinabi naming matatapos ang pagsaklaw sa inyo.
- Kung **Hindi** ang aming sagot sa inyong mabilis na apela:
  - Ang aming saklaw para sa mga serbisyong ito ay magtatapos sa petsa na ipinabatid namin sa inyo.
  - Hindi kami magbabayad ng kahit anong bahagi ng gastos pagkatapos ng petsang ito.
  - Babayaran ninyo ang buong halaga ng mga serbisyong ito kung magpapatuloy kayo sa pagkuha ng mga ito pagkatapos ng petsa na sinabi namin sa inyo na magtatapos ang aming saklaw.
  - Ipapadala namin ang inyong apela sa IRO upang matiyak na sinunod namin ang lahat ng panuntunan. Kapag ginawa namin ito, awtomatikong mapupunta ang inyong kaso sa proseso ng mga apela sa Antas 2.

I5. Paggawa ng Antas 2 na Alternatibong Apela

Sa panahon ng Antas 2 na Apela:

- Ipadadala namin ang impormasyon para sa inyong Antas 2 na Apela sa IRO sa loob ng 24 na oras ng aming pagsagot ng Hindi sa inyong Antas 1 na Apela. Awtomatiko namin itong ginagawa. Wala kayong kailangang gawin.
- Kung sa palagay ninyo ay hindi namin natugunan ang deadline na ito, o iba pang deadline, maaari kayong gumawa ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K**, pahina 315 para sa impormasyon tungkol sa paghahain ng mga reklamo.
- Nagsasagawa ang IRO ng mabilis na pagsusuri ng inyong apela. Maingat nilang tinitingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong pag-discharge sa ospital at kadalasan ay nagbibigay sa inyo ng sagot sa loob ng 72 oras.

Kung **Oo** ang sagot ng IRO sa inyong apela:

- Babayaran namin kayo para sa aming bahagi sa mga gastos ng natanggap ninyong pangangalaga simula sa petsang sinabi naming matatapos ang pagsaklaw sa inyo.
- Ibibigay namin ang inyong saklaw na mga serbisyo sa ospital para sa inpatient hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyon na tapusin ang inyong pangangalaga at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.

Maaari rin kayong maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang ipagpatuloy ang pagsaklaw sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** sa pahina 273 para malaman kung paano humiling sa DMHC ng Independiyenteng Medikal na Pagsusuri. Maaari kayong maghain ng reklamo sa o humiling ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bukod pa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o abogadong adjudicator ang humahawak sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J**, pahina 311 para sa impormasyon tungkol sa Mga Apela sa Antas 3, 4, at 5.

J. Pagdadala ng inyong apela sa mas mataas na antas sa Antas 2

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

Kung nagsagawa kayo ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo o item ng Medicare, at parehong tinanggihan ang inyong mga apela, maaari kayong magkaroon ng mga karapatan para sa mga karagdagang mga antas ng apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng serbisyo o item ng Medicare na inyong inapela ay hindi nakakatugon sa isang partikular na minimum na halaga ng dolyar, hindi na kayo maaaring umapela. Kung ang halaga ng dolyar ay sapat na mataas, maaari ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela. Ang sulat na natanggap ninyo mula sa IRO para sa inyong Antas 2 na Apela ay nagpapaliwanag kung kanino dapat makipag-ugnayan at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Apela sa Antas 3

Ang Antas 3 na proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang abogadong tagahatol na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela**,** may karapatan kaming umapela ng isang Antas 3 na desisyon na pabor sa inyo.

- Kung mapagpasiyahan naming **iapela** ang desisyon, magpapadala kami sa inyo ng kopya ng kahilingan sa Apela sa Antas 4 kalakip ang anumang kasamang dokumento. Maaaring hintayin muna namin ang desisyon sa Apela sa Antas 4 bago namin pahintulutan o ipagkaloob ang serbisyong pinag-uusapan.
- Kung mapagpasiyahan naming **hindi iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa inyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng ALJ o abogadong tagahatol.
    - Kung **Hindi** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela, 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 magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa inyong apela, 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.

Apela sa Antas 4

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 sagot ng Konseho sa inyong Antas 4 na Apela o tinanggihan ang aming kahilingan na suriin ang isang desisyon sa Antas 3 na Apela na pabor sa inyo, may karapatan kaming umapela sa Antas 5.

- Kung mapagpasiyahan naming **iapela** ang desisyon, ipababatid namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat.

- Kung mapagpasiyahan naming **hindi iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa inyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Konseho.

Kung **Hindi** ang sagot ng Konseho o tinanggihan ang aming kahilingan sa pagsusuri, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpapasya kayong **tanggapin** ang desisyong tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong natanggap ninyo kung maaari kayong magpatuloy sa Antas 5 na Apela at kung ano ang dapat gawin.

Apela sa Antas 5

- Susuriin ng isang hukom ng Hukuman ng Pederal na Distrito ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang pinal na desisyon. Walang ibang mga antas ng apela sa kabila ng Hukuman ng Pederal na Distrito.

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal

Mayroon rin kayong iba pang mga karapatan sa pag-apela kung ang inyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o bagay na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal. Ipapabatid sa inyo ng sulat na natanggap ninyo mula sa Dibisyon sa Mga Pagdinig ng Estado kung ano ang gagawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

J3. Apela sa Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan ng Medicare Part D na 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 apelang 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. Ang nakasulat na sagot na nakuha ninyo sa inyong Antas 2 na Apela ay nagpapaliwanag kung sino ang dapat kontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Apela sa Antas 3

Ang Antas 3 na proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang abogadong tagahatol na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela**:**

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang pagsaklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung **Hindi** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela, 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 magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa inyong apela, 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.

Apela sa Antas 4

Susuriin ng Konseho ang inyong apela at bibigyan kayo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng Konseho sa inyong apela:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang pagsaklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung **Hindi** ang sagot ng Konseho sa inyong apela, maaaring hindi pa matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpapasya kayong **tanggapin** ang desisyong tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng

pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong natanggap ninyo kung maaari kayong magpatuloy sa Antas 5 na Apela at kung ano ang dapat gawin.

Apela sa Antas 5

- Susuriin ng isang hukom ng Hukuman ng Pederal na Distrito ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang pinal na desisyon. Walang ibang mga antas ng apela sa kabila ng Hukuman ng Pederal na Distrito.

K. Paano gumawa ng reklamo

K1. Anong uri ng mga problema ang dapat maging reklamo

Ginagamit ang proseso ng reklamo para lang sa ilang partikular na uri ng mga problema, tulad ng mga problemang may kaugnayan sa kalidad ng pangangalaga, mga tagal ng paghihintay, pangangasiwa sa pangangalaga, at 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 kayo nasisiyahan sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng pangangalagang natanggap ninyo sa ospital.
Pagrespeto sa inyong pagkapribado	• Sa palagay ninyo ay hindi iginalang ng isang tao ang inyong karapatan sa privacy o nagbahagi ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa inyo.
Kawalan ng respeto, hindi magandang serbisyo sa kostumer, o iba pang negatibong pag-uugali	• Isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan o tauhang bastos o walang galang sa inyo. • Hindi maganda ang pakikitungo sa inyo ng aming mga tauhan. • Sa tingin ninyo ay itinutulak kayo palabas sa aming plano.

Reklamo	Halimbawa
Accessibility at tulong sa wika	• Hindi kayo aktwal na maka-access sa mga serbisyo at pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan sa isang tanggapan ng doktor o tagapagbigay ng serbisyo. • Ang inyong doktor o tagapagbigay ng serbisyo ay hindi nagbibigay ng interpreter para sa wikang Hindi English na inyong sinasalita (tulad ng American Sign Language o Spanish). • Ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ay hindi nagbibigay sa inyo ng iba pang makatwirang kaluwagan na inyong kailangan at hiniling.
Mga tagal ng paghihintay	• Nahihirapan kayong makakuha ng appointment, o masyadong matagal ang hinihintay ninyo upang makakuha nito. • Pinapaghintay kayo ng masyadong mahaba ng mga doktor, parmasista, o iba pang mga propesyonal sa kalusugan, Mga Serbisyo para sa Miyembro, o iba pang kawani ng plano.
Kalinisan	• Sa palagay ninyo ay hindi malinis ang klinika, ospital o tanggapan ng doktor.
Ang impormasyong makukuha ninyo sa amin	• Sa palagay ninyo ay nabigo kaming magbigay sa inyo ng abiso o liham na dapat ninyong matanggap. • Sa palagay ninyo ay masyadong mahirap maintindihan ang nakasulat na impormasyong ipinadala namin sa inyo.

Reklamo	Halimbawa
Ang pagiging maagap na nauugnay sa mga desisyon sa pagsaklaw o apela	• Sa palagay ninyo ay hindi namin natutugunan ang aming mga deadline para sa paggawa ng desisyon sa pagsaklaw o pagsagot sa inyong apela. • Naniniwala kayo na, pagkatapos makakuha ng desisyon sa isang pagsaklaw o apelang pumapanig sa inyo, hindi namin natutugunan ang mga deadline sa pag-apruba o pagbibigay sa inyo ng serbisyo o bayad para sa ilang partikular na serbisyong medikal. • Sa palagay ninyo ay hindi namin naipadala ang inyong kaso sa takdang oras sa IRO.

Mayroong iba't ibang uri ng mga reklamo. Maaari kayong magsagawa ng panloob na reklamo at/o isang panlabas na reklamo. Ang isang panloob na reklamo ay isinasampa sa at sinusuri ng aming plano. Ang isang panlabas na reklamo ay isinasampa sa at sinusuri ng organisasyong walang kaugnayan sa aming plano. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahain ng panloob at/o panlabas na reklamo, maaari kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

> Ang legal na termino para sa isang "reklamo" ay isang **"**karaingan."
>
> Ang legal na termino para sa “paghahain ng reklamo” ay **“paghahain ng karaingan.”**

K2. Mga internal na reklamo

Para magsagawa ng panloob na reklamo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Maaari kayong maghain ng reklamo sa anumang oras maliban na lang kung tungkol ito sa Medicare Part D na gamot. Kung ang reklamo ay tungkol sa isang Medicare Part D na gamot, dapat ninyo itong ihain **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ninyong maranasan ang problemang gusto ninyong ireklamo.

- Kung mayroon pa kayong kailangang gawin, sasabihin ito sa inyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- Maaari din 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 hihiling kayo ng nakasulat na sagot, sasagot kami nang pasulat. Kung maghahain kayo ng nakasulat na reklamo (karaingan), o kung nauugnay sa kalidad ng pangangalaga ang inyong reklamo, sasagutin namin kayo sa pamamagitan ng sulat.
- Padadalhan namin kayo ng sulat sa loob ng 5 araw sa kalendaryo mula nang matanggap ang inyong reklamo para ipaalam sa inyo na natanggap na namin 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. Sa ilang partikular na pagkakataon, may karapatan kayong humiling ng mabilisang pagsusuri sa inyong reklamo. Tinatawag itong pamamaraan ng “mabilis na reklamo.” 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 inyong kahilingan para sa isang mabilis na pagsusuri ng kahilingan para sa pangangalagang medikal o mga Medicare Part D na gamot.
  - Tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang mabilis na pagsusuri ng apela sa tinanggihang mga serbisyo o mga Medicare Part D na 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.

- Ang mga reklamong nauugnay sa Medicare Part D ay dapat gawin sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos ninyong maranasan ang problemang gusto ninyong ireklamo. Kailangang ihain ang lahat ng iba pang uri ng reklamo sa amin o sa tagapagbigay ng serbisyo anumang oras mula sa araw na naganap ang insidente o pagkilos na naging sanhi ng pagkadismaya ninyo.

- Kung nagrereklamo kayo dahil tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang “mabilisang desisyon sa pagsaklaw” o “mabilis na apela,” awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng “mabilis na reklamo” at tutugunan ang inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

> **Ang legal na termino** para sa “mabilis na reklamo” ay **“pinabilis na karaingan.”**

Sasagutin namin kayo agad kung maaari. Kung tatawag kayo sa amin kaugnay ng isang reklamo, maaaring mabigyan namin kayo ng sagot sa tawag ding iyon. Kung kinakailangan naming sumagot kaagad dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, gagawin namin iyon.

- Tumutugon kami sa karamihan ng mga reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung hindi kami makagawa ng desisyon sa loob ng 30 araw sa kalendaryo dahil kailangan namin ng higit pang impormasyon, aabisuhan namin kayo sa sulat. Magbibigay din kami ng update sa katayuan at tinatayang oras para makakuha kayo ng sagot.
- Kung nagrereklamo kayo dahil tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang “mabilisang desisyon sa pagsaklaw” o “mabilis na apela,” awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng “mabilis na reklamo” at tutugunan ang inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.
- Kung nagrereklamo kayo dahil naglaan kami ng karagdagang oras para gumawa ng desisyon sa pagsaklaw o apela, awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng "mabilis na reklamo" at tutugon sa inyong reklamo sa loob ng 24 oras.

Kung hindi kami sasang-ayon sa ilan o lahat ng inyong reklamo, sasabihin namin ito sa inyo at ibibigay ang aming mga dahilan. Tutugon kami kung sumasang-ayon kami o hindi sa reklamo.

K3. Mga external na reklamo

Medicare

Maaari ninyong sabihin sa Medicare ang tungkol sa inyong reklamo o ipadala ito sa Medicare. Makukuha ang Form ng Medicare para sa Reklamo sa: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hindi ninyo kailangang magsampa ng reklamo sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) bago maghain ng reklamo sa Medicare.

Siniseryoso ng Medicare ang inyong mga reklamo at gagamitin namin ang impormasyong ito upang makatulong na pahusayin ang kalidad ng programa ng Medicare.

Kung mayroon kayong anumang iba pang feedback o alalahanin, o kung sa tingin ninyo ay hindi tinutugunan ng planong pangkalusugan ang inyong problema, maaari rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Medi-Cal

Maaari kayong maghain ng reklamo sa Ombudsman ng Medi-Cal Managed Care ng Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DHCS) sa pamamagitan ng pagtawag 1-888-452-8609. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tumawag mula Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m.

Maaari kayong maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC). Ang DMHC ay may pananagutan para sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Maaari ninyong tawagan ang Help Center ng DMHC para sa tulong sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Para sa mga hindi agarang usapin, puwede kayong maghain ng reklamo sa DMHC kung hindi kayo sang-ayon sa desisyon sa inyong Antas 1 na apela o kung hindi nalutas ng plano ang inyong reklamo pagkalipas ng 30 araw sa kalendaryo. Gayunpaman, maaari kayong makipag-ugnayan sa DMHC nang hindi naghahain ng Antas 1 na Apela kung kailangan ninyo ng tulong sa isang reklamong nauugnay sa isang agarang isyu o isyung kaugnay ng agaran at seryosong panganib sa inyong kalusugan, kung nakakaranas kayo ng matinding kirot, kung hindi kayo sang-ayon sa pagpapasya ng aming plano tungkol sa inyong reklamo, o kung hindi nalutas ng aming plano ang inyong reklamo pagkatapos ng 30 araw sa kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan upang makahingi ng tulong sa Help Center:

- Tumawag sa 1-888-466-2219. Ang mga indibiduwal na bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ay maaaring gamitin ang walang bayad na numero ng TTY, na 1-877-688-9891. Libre ang tawag.
- Bisitahin ang website ng Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (www.dmhc.ca.gov).

Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (OCR)

Maaari kayong magreklamo sa OCR ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao (HHS) kung sa tingin ninyo ay hindi namin kayo natrato nang tama. Halimbawa, maaari kayong magreklamo tungkol sa kawalan ng access o tulong sa wika. Ang numero ng telepono para sa OCR ay 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697. Maaari ninyong bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa karagdagang impormasyon.

Puwede rin kayong makipag-ugnayan sa lokal na tanggapan ng OCR sa:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Telepono: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
Fax: 1-202-619-3818

Puwede rin kayong magkaroon ng karapatan sa ilalim ng Americans with Disability Act (ADA) at sa ilalim ng Unruh Civil Rights Act. Maaari kayong makipag-ugnayan sa Programa ng Ombuds para sa tulong. Ang numero ng telepono ay 1-888-452-8609 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. PST; hindi kasama ang mga holiday.

QIO

Kapag ang reklamo ninyo ay tungkol sa kalidad ng pangangalaga, may dalawa kayong pagpipilian:

- Maaari kayong magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga nang direkta sa QIO.
- Maaari ninyong gawin ang inyong reklamo sa QIO at sa aming plano. Kung maghahain kayo ng reklamo sa QIO, makikipagtulungan kami sa kanila upang malutas ang inyong reklamo.

Ang QIO ay isang pangkat ng mga practicing na 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. Para alamin ang higit pa tungkol sa QIO, sumangguni sa **Seksyon H2**, pahina 298 o sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Sa California, ang QIO ay tinatawag na Livanta. Ang numero ng telepono para sa Livanta ay 1-877-588-1123 (TTY:1-855-887-6668).

Kabanata 10: Pagwawakas ng inyong membership sa aming plano

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano at ang inyong mga pagpipiliang saklaw sa kalusugan pagkatapos ninyong umalis sa aming plano. Kung aalis kayo sa aming plano, mananatili pa rin kayo sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't kayo ay nararapat. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano 324

B. Paano tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano 325

C. Paano kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang hiwalay 326

C1. Ang inyong mga serbisyo sa Medicare 326

C2. Ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal 329

D. Ang inyong mga medikal na item, serbisyo, at gamot hanggang sa magwakas ang pagiging miyembro ninyo sa aming plano 330

E. Iba pang sitwasyon kung kailan matatapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano 330

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyong umalis sa aming plano para sa anumang dahilang may kaugnayan sa kalusugan 332

G. Ang inyong karapatang magreklamo kung tatapusin namin ang inyong membership sa aming plano 332

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtatapos ng inyong membership sa plano 332

A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Maaaring wakasan ng karamihan sa mga taong may Medicare ang kanilang pagiging miyembro sa ilang panahon ng taon. Dahil mayroon kayong Medi-Cal, maaari ninyong wakasan ang inyong pagiging miyembro 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

Bukod pa sa tatlong panahong ito ng Natatanging Panahon ng Pagpapatala, puwede ninyong tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano sa mga sumusunod na panahon bawat taon:

- Ang **Panahon ng Taunang Pagpapatala** na tumatagal mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, matatapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano sa Disyembre 31 at magsisimula ang inyong pagiging miyembro sa bagong plano sa Enero 1.
- Ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medicare Advantage (MA)**, na tumatagal mula Enero 1 hanggang Marso 31. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magsisimula ang inyong pagiging miyembro sa bagong plano sa unang araw ng susunod na buwan.

Posibleng may iba pang sitwasyon kung kailan kayo kuwalipikadong magsagawa ng pagbabago sa inyong pagpapatala. Halimbawa, kung:

- umalis kayo sa aming sineserbisyuhang lugar,
- ang inyong pagiging karapat-dapat para sa Medi-Cal o Extra Help ay nagbago, **o**
- kung kakalipat lang ninyo, kung kasalukuyan kayong inaalagaan, o kung kakalabas lang ninyo sa isang nursing facility o ospital ng pangmatagalang pangangalaga.

Ang inyong pagiging miyembro ay matatapos sa huling araw ng buwan na matanggap namin ang inyong kahilingan upang palitan ang inyong plano. Halimbawa, kung matanggap namin ang inyong kahilingan sa Enero 18, ang inyong saklaw sa aming plano ay matatapos sa Enero 31. Magsisimula ang bago ninyong saklaw sa unang araw ng kasunod na buwan (Pebrero 1, sa halimbawang ito).

Kung aalis kayo sa aming plano, makakakuha kayo ng impormasyon tungkol sa inyong:

- Mga opsyon sa Medicare sa talahanayan sa **Seksyon C1** pahina 326.
- Mga opsyon at serbisyo sa Medi-Cal sa **Seksyon C2** pahina 329.

Makakakuha kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano ninyo mawawakasan ang inyong membership sa pamamagitan ng pagtawag sa: Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahinang ito. Nakalista rin ang numero para sa mga gumagamit ng TTY.

- Medicare 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.
- Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California, sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. *TTY*:711. Para sa higit pang impormasyon o para humanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP. Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 am hanggang 6:00 pm. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077.
- Ombudsman ng Medi-Cal Managed Care sa 1-888-452-8609, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. o mag-email sa MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

TANDAAN: Kung kayo ay nasa isang programa sa pamamahala ng gamot (DMP), maaaring hindi kayo makapagpalit ng plano. Sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon G3, pahina 202 ng inyong Handbook ng Miyembro para sa impormasyon tungkol sa mga programa sa pamamahala ng gamot.

B. Paano tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung magpapasya kayong wakasan ang inyong membership, puwede kayong mag-enroll sa ibang plano ng Medicare o puwede kayong lumipat sa Original Medicare. Gayunpaman, kung gusto ninyong lumipat mula sa aming plano papunta Original Medicare ngunit hindi kayo pumili ng hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, dapat ninyong hilingin na alisin kayo sa pagkakatala sa aming plano. May dalawang paraan para mahiling ninyo sa aming alisin kayo sa pagkakatala:

- Maaari kayong humiling sa amin sa pamamagitan ng sulat. Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon sa kung paano ito gagawin.
- Tumawag sa Medicare 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 (mga taong nahihirapang makarinig o magsalita) sa 1-877-486-2048. Kapag tinawagan ninyo ang 1-800-MEDICARE, maaari rin kayong magpatala sa isa pang plano ng Medicare sa kalusugan o gamot. Makikita sa chart na nasa pahina 327 ng kabanatang ito ang higit pang impormasyon sa pagkuha ng inyong mga serbisyo sa Medicare kapag umalis kayo sa aming plano.

- Tumawag sa Opsyon sa Pangangalagang Pangkalusugan sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 am hanggang 6:00 pm. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077.
- Kasama sa **Seksyon C** sa ibaba ang mga hakbang na maaari ninyong gawin upang magpatala sa ibang plano, na magtatapos din sa inyong pagiging miyembro sa aming plano.

C. Paano kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang hiwalay

Mayroon kayong mga pagpipilian tungkol sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal kung pipiliin ninyong umalis sa aming plano.

C1. Ang inyong mga serbisyo sa Medicare

Mayroon kayong tatlong opsyon para makuha ang inyong mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko ninyong tatapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano.

1. Maaari kayong lumipat sa: **Isa pang planong pangkalusugan ng Medicare** kabilang ang isang plano na pinagsasama ang inyong saklaw sa Medicare at Medi-Cal	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare 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. Para sa mga tanong tungkol sa Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa bagong plano ng Medicare. Awtomatiko kayong maaalis sa pagkakatala sa aming plano sa Medicare kapag nagsimula na ang bago ninyong saklaw. Puwedeng magbago ang inyong plano sa Medi-Cal.

2. Maaari kayong lumipat sa: **Original Medicare na mayroong hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare**	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare 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. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa isang bagong plano sa inireresetang gamot ng Medicare. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkakatala sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong saklaw sa Original Medicare.

3. Maaari kayong lumipat sa: **Original Medicare na walang hiwalay na plano ng Medicare sa inireresetang gamot** **TANDAAN**: Kung lilipat kayo sa Original Medicare at hindi magpapatala sa isang hiwalay na plano ng Medicare sa inireresetang gamot, maaari kayong ipatala ng Medicare sa isang plano ng gamot, maliban kung sasabihin ninyo sa Medicare na ayaw ninyong sumali. Dapat lamang ninyong ihinto ang saklaw ng inireresetang gamot kung mayroon kayong saklaw sa gamot mula sa ibang mapagkukunan, tulad ng isang employer o union. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa kung kailangan ninyo ng pagsakop sa gamot, tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare 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. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkakatala sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong saklaw sa Original Medicare.

C2. Ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano makukuha ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal pagkatapos ninyong umalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes, mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077. Itanong kung paano makakaapekto ang pagsali sa ibang plano o pagbalik sa Original Medicare sa pagkuha ninyo ng inyong saklaw sa Medi-Cal.

D. Ang inyong mga medikal na item, serbisyo, at gamot hanggang sa magwakas ang pagiging miyembro ninyo sa aming plano

Kung aalis kayo sa aming plano, maaaring matagalan bago matapos ang inyong pagiging miyembro at magsimula ang saklaw ng inyong bagong Medicare at Medi-Cal. Sa panahong ito, patuloy kayong makakakuha ng inyong mga inireresetang gamot at pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magsimula ang inyong bagong plano.

- Gamitin ang aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network para makatanggap ng medikal na pangangalaga.
- Gamitin ang aming mga parmasyang nasa network kabilang ang sa pamamagitan ng aming mga serbisyo sa mail-order na parmasya upang mapunan ang inyong mga reseta.
- Kung maoospital kayo sa araw na magtatapos ang inyong pagiging miyembro sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), sasaklawin ng aming plano ang inyong pamamalagi sa ospital hanggang sa ma-discharge kayo. Mangyayari ito kahit na magsimula ang inyong bagong pagsaklaw sa kalusugan bago kayo ma-discharge.

E. Iba pang sitwasyon kung kailan matatapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Ito ang mga kaso kung kailan dapat naming tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano:

- Kung mayroong pansamantalang pagitan sa saklaw ng inyong Medicare Part A at Medicare Part B.
- Kung hindi na kayo karapat-dapat para sa Medi-Cal. Ang aming plano ay para sa mga taong karapat-dapat para sa parehong Medicare at Medi-Cal.
- Aalisin kayo ng estado ng California o Medicare sa pagkakatala sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP) at babalik kayo sa Original Medicare. Kung nakakatanggap kayo ng Extra Help upang bayaran ang inyong mga inireresetang Medicare Part D na gamot, awtomatiko kayong aalisin ng CMS sa pagkakatala sa isang Plano ng Inireresetang Gamot ng Medicare. Kung maging kwalipikado kayong muli para sa Medi-Cal at nais ninyong muling magpatala sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP), kakailanganin ninyong tumawag sa 1-800-431-9007, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Dapat tumawag sa 711 ang mga gumagamit ng TTY. Sabihan sila na gusto ninyong sumali ulit sa Wellcare Dual Align (HMO D-SNP).

- 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 bibiyahe ng matagal, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman kung ang lugar na inyong lilipatan o pupuntahan ay nasa sineserbisyuhang lugar ng aming plano.
- Kung makukulong o mabibilanggo kayo dahil sa kriminal na pagkakasala.
- Kung magsisinungaling kayo tungkol sa o kung hindi ninyo ibibigay ang impormasyon tungkol sa ibang insurance na mayroon kayo para sa mga iniresetang gamot.
- Kung hindi kayo mamamayan ng Estados Unidos o hindi naaayon sa batas ang pamamalagi ninyo sa Estados Unidos.
    - Dapat kayong maging mamamayan ng Estados Unidos o dapat ay namamalagi kayo Estados Unidos nang naaayon sa batas para maging miyembro ng aming plano.
    - Aabisuhan kami ng Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS) kung hindi kayo karapat-dapat na manatili bilang miyembro ayon sa batayang ito.
    - Dapat namin kayong alisin sa pagkakatala kung hindi ninyo natutugunan ang pangangailangang ito.

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.

Maaari namin kayong paalisin sa aming plano para sa mga sumusunod na dahilan kung makakakuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare at Medi-Cal:

- Kung sasadyain ninyong bigyan kami ng hindi tamang impormasyon kapag nagpapatala kayo sa aming plano at ang impormasyong iyon ay nakakaapekto sa inyong pagiging kwalipikado sa aming plano.
- Kung patuloy kayong kumikilos sa nakakaistorbong paraan at nagiging mahirap sa amin na bigyan kayo at ang iba pang miyembro ng aming plano ng pangangalagang medikal.
- Kung papayagan ninyo ang ibang tao na gamitin ang inyong ID Card ng Miyembro upang makakuha ng pangangalagang medikal. (Maaaring hilingin ng Medicare sa Inspektor Heneral na imbestigahan ang inyong kaso kung tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro para sa kadahilanang ito.)

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyong umalis sa aming plano para sa anumang dahilang may kaugnayan sa kalusugan

Hindi namin maaaring hilingin sa inyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilan na may kaugnayan sa inyong kalusugan. Kung sa tingin ninyo ay hinihiling namin sa inyo na umalis sa aming plano para sa isang kadahilanang nauugnay sa kalusugan, **tawagan ang Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Puwede kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

G. Ang inyong karapatang magreklamo kung tatapusin 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. Maaari din kayong sumangguni sa **Kabanata 9**, Seksyon K, pahina 315 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa kung paano maghain ng reklamo.

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtatapos ng inyong membership sa plano

Kung mayroon kayong mga tanong o kung gusto ninyong malaman pa ang tungkol sa pagwawakas sa inyong membership, puwede ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga legal na abiso na naaangkop sa inyong pagiging miyembro sa aming plano. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Abiso tungkol sa mga batas 335

B. Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina 335

C. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang nagbabayad at Medi-Cal bilang huling makakatulong na magbabayad 336

D. Abiso tungkol sa estate recovery ng Medi-Cal 337

E. Mga Hiwalay na Kontraktor 337

F. Pandaraya sa plano ng pangangalagang pangkalusugan 337

G. Mga sitwasyong hindi kontrolado ng Wellcare by Health Net 338

A. Abiso tungkol sa mga batas

Maraming batas ang nalalapat sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Maaaring makaapekto ang mga batas na ito sa inyong mga karapatan at pananagutan kahit na hindi isinama o ipinaliwanag ang mga batas sa *Handbook ng Miyembro*. Ang mga pangunahing batas na nalalapat ay ang mga pederal at pang-estadong batas tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Puwede ring mailapat ang iba pang pederal at pang-estadong batas.

B. Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina

Hindi kami nandidiskrimina at hindi namin iibahin ang pagtrato sa inyo batay sa inyong lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, sex, 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. Bilang karagdagan, hindi kami nagtatangi ng labag sa batas, ibinubukod ang mga tao, o iniiba ang pakikitungo sa kanila dahil sa ninuno, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, pagkakakilanlan ng kasarian, katayuan sa pag-aasawa, o medikal na kundisyon.

Kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon o may mga alalahanin tungkol sa pandidiskrimina o hindi patas na pagtrato:

- Tumawag sa Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-800-537-7697. Puwede rin ninyong bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa higit pang impormasyon.
- Tumawag sa Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 711 (Telecommunications Relay Service). Kung sa palagay ninyo ay nadiskrimina kayo at nais ninyong maghain ng karaingan sa pandidiskrimina, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Gayunpaman, pakitandaan sa mga weekend at holiday mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, ang aming awtomatikong sistema ng telepono ang maaaring makasagot ng inyong tawag. Pakiiwan ang inyong pangalan at numero ng telepono, at tatawagan namin kayo sa loob ng isang (1) araw ng negosyo. Maaari din kayong makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagsulat sa:

Wellcare by Health Net
Appeals & Grievances
Medicare Operations
P.O. Box 10450
Van Nuys, CA 91410-0450

www.wellcare.com/healthnetCA

Kung ang inyong karaingan ay tungkol sa diskriminasyon sa programang Medi-Cal, maaari rin kayong magsampa ng reklamo sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan, sa pamamagitan ng telepono, sa pamamagitan ng pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- Sa telepono: Tumawag sa 1-916-440-7370. Kung hindi kayo makapagsalita o makarinig ng maayos, mangyaring tumawag sa 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 para sa reklamo sa www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- Elektronikong pamamaraan: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

Kung mayroon kayong kapansanan at kailangan ng tulong sa pag-access ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan o isang tagapagbigay ng serbisyo, tumawag 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.

C. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang nagbabayad at Medi-Cal bilang huling makakatulong na magbabayad

Kung minsan, mayroon munang ibang dapat magbayad para sa mga ibinibigay naming serbisyo sa inyo. Halimbawa, kung kayo ay naaksidente sa kalsada o kung napinsala kayo sa trabaho, ang insurance o Kabayaran sa mga Manggagawa ang dapat munang magbayad.

Mayroon kaming karapatan at pananagutan upang mangolekta para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare kung saan hindi unang magbabayad ang Medicare.

Sumusunod kami sa mga batas at regulasyon ng pederal at estado na may kaugnayan sa legal na pananagutan ng mga ikatlong partido para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga miyembro. Ginagawa namin ang lahat ng makatwirang hakbang upang matiyak na ang Medi-Cal ang huling nagbabayad.

D. Abiso tungkol sa estate recovery ng Medi-Cal

Dapat maningil ang programang Medi-Cal mula sa mga probated estate ng ilang partikular na namatay na miyembro para sa mga benepisyo sa Medi-Cal na natanggap mula sa kanilang ika-55 kaarawan. Kasama sa paniningil ang Fee-For-Service at mga premium/capitation payment para sa pinamamahalaang pangangalaga para sa mga serbisyo sa pasilidad ng pangangalaga o nursing facility, mga serbisyo sa bahay at komunidad, at mga nauugnay na serbisyo sa ospital at inireresetang gamot na natanggap noong inpatient ang isang miyembro sa isang pasilidad sa pangangalaga o noong siya ay nakakatanggap ng mga serbisyo sa bahay at komunidad. Hindi dapat lumampas ang paniningil sa halaga ng probated estate ng miyembro.

Para alamin pa, tingnan ang website ng estate recovery ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dhcs.ca.gov/er o tumawag sa 916-650-0590.

E. Mga Hiwalay na Kontraktor

Ang ugnayan sa pagitan ng Wellcare by Health Net at ng bawat kalahok na tagapagbigay ng serbisyo ay isang hiwalay na ugnayan ng kontratista. Ang mga kalahok na tagapagbigay ng serbisyo ay hindi mga empleyado o ahente ng Wellcare by Health Net at alinman sa Wellcare by Health Net, o sinumang empleyado ng Wellcare by Health Net, ay isang empleyado o ahente ng isang kalahok na tagapagbigay ng serbisyo. Hindi kailanman magkakaroon ng pananagutan ang Wellcare by Health Net para sa kapabayaan, maling gawa, o pagtanggal ng sinumang kalahok o ibang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Ang mga kalahok na doktor, at hindi ang Wellcare by Health Net, ang magpapanatili ng ugnayan sa pagitan ng doktor at pasyente sa miyembro. Ang Wellcare by Health Net ay hindi isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan.

F. Pandaraya sa plano ng pangangalagang pangkalusugan

Ang pandaraya sa plano ng pangangalagang pangkalusugan ay tumutukoy sa isang panlilinlang o maling pahayag ng isang tagapagbigay ng serbisyo, miyembro, employer o sinumang tao na kumikilos sa kanilang ngalan. Isa itong krimen na puwedeng sampahan ng kaso. Ang sinumang taong kusa at sadyang makikisangkot sa aktibidad para dayain ang plano sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan, halimbawa, ang pagsasampa ng paghahabol na naglalaman ng kasinungalingan o mapanlinlang na pahayag ay ituturing na nagkasala ng panlolokong kaugnay ng planong 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 1-800-977-3565 (TTY: 711). Bukas ang Fraud Hotline 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, 365 araw bawat taon. Lubos na kumpidensyal ang lahat ng tawag.

G. Mga sitwasyong hindi kontrolado ng Wellcare by Health Net

Sa sukdulang magreresulta ang isang natural na sakuna, digmaan, riot, insureksyong sibil, epidemya, ganap o hindi ganap na pagkasira ng mga pasilidad, atomic na pagsabog o iba pang release ng nuclear energy, pagkawala ng kakayahan ng mahahalagang tauhan sa medikal na pangkat, state of emergency, o iba pang katulad na pangyayari na hindi kontrolado ng aming plano, sa kawalan ng kakayahan ng mga pasilidad o tauhan ng Wellcare by Health Net na magbigay o magsaayos ng mga serbisyo o benepisyo sa ilalim ng *Handbook ng Miyembro* na ito, malilimitahan ang obligasyon ng Wellcare by Health Net sa pagbibigay ng mga naturang serbisyo o benepisyo sa iniaatas na sisikapin ng Wellcare by Health Net, sa mabuting hangarin, na maipagkaloob o maisaayos ang pagbibigay ng mga naturang serbisyo o benepisyo ayon sa kasalukuyang kakayahan ng mga pasilidad o tauhan nito.

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Panimula

Nakapaloob sa kabanatang ito ang mga pangunahing terminong ginagamit sa buong *Handbook ng Miyembro* kasama ang kanilang mga kahulugan. Nakalista ang mga termino sa alpabetikong pagkakasunod-sunod. Kung may termino kayong hindi mahanap o kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon bukod sa nakasaad sa kahulugan, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro (Member Services).

Mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (ADL): Ang mga bagay na ginagawa ng mga tao sa isang normal na araw, tulad ng pagkain, paggamit ng banyo, pagbibihis, pagligo, o pagsisipilyo ng ngipin.

Hukom ng pang-administratibong batas: Isang hukom na sumusuri sa antas 3 na apela.

Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP): Isang programang nakakatulong sa mga indibidwal na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakapagligtas ng buhay.

Center ng ambulatoryong operasyon: Isang pasilidad na nag-oopera ng outpatient para sa mga pasyenteng hindi kailangan ng pangangalaga ng ospital at hindi inaasahang mangangailangan ng mahigit sa 24 na oras na pangangalaga.

Apela: Isang paraan upang hamunin ninyo ang aming pagkilos kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami. Maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang isang desisyon sa pagsaklaw sa pamamagitan ng paghahain ng apela. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 9**, Seksyon E, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang mga apela, kabilang kung paano maghain ng apela.

Kalusugan sa Pag-uugali: Isang terminong tumutukoy sa lahat ng may kaugnayan sa kalusugan ng pag-iisip at karamdaman sa pag-abuso sa paggamit ng droga o alak.

Biological na Produkto: Isang inireresetang gamot na gawa sa mga natural at nabubuhay na source gaya ng mga cell ng hayop, mga cell 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 kasing bisa at kasing ligtas 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 ipinagbibili ng kumpanyang orihinal na gumawa ng gamot. Ang mga branded na gamot ay may parehong mga sangkap na katulad sa mga generic na bersiyon ng mga gamot. Ang mga generic na gamot ay karaniwang ginagawa at ipinagbibili ng iba pang kumpanya ng gamot.

Tagapangasiwa ng pangangalaga: Isang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa inyo, sa planong pangkalusugan, at sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng inyong pangangalaga upang tiyakin na nakukuha ninyo ang pangangalagang kailangan ninyo.

Plano ng pangangalaga: Sumangguni sa "Plano ng Pangangalaga para sa Indibidwal."

Mga Opsyonal na Serbisyo sa Plano ng Pangangalaga (Mga CPO Service): Mga karagdagang serbisyo na opsyonal sa ilalim ng inyong Plano ng Pangangalaga para sa Indibidwal (ICP). Hindi nilalayon ng mga serbisyong ito na palitan ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na may pahintulot kayong matanggap sa ilalim ng Medi-Cal.

Pangkat ng pangangalaga: Sumangguni sa "Interdisciplinary na Pangkat ng Pangangalaga."

Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS): Ang pederal na ahensyang nangangasiwa ng Medicare. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 2**, Seksyon G, pahina 40 ng inyong *Handbook ng Miyembro* kung paano makipag-ugnayan sa CMS.

Mga Serbisyong Pang-adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS): Programa ng serbisyo sa pasilidad para sa outpatient na naghahatid ng sanay na pag-aalaga, mga serbisyong panlipunan, occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/tagapag-alaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang serbisyo sa mga karapat-dapat na miyembro na nakatutugon sa mga naaangkop na pamantayan para sa pagiging karapat-dapat.

Reklamo: Isang nakasulat o pasalitang pahayag na nagsasabing mayroon kayong problema o alalahanin tungkol sa inyong mga saklaw na serbisyo o pangangalaga. Kasama rito ang anumang alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, kalidad ng pangangalaga sa inyo, mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network o mga parmasyang nasa aming network. Ang pormal na tawag sa "paghahain ng reklamo" ay "paghahain ng karaingan."

Pasilidad sa komprehensibong rehabilitasyon para sa outpatient (CORF): Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo ng rehabilitasyon pagkatapos ng isang karamdaman, aksidente, o malaking operasyon. Nagbibigay ito ng iba't ibang mga serbisyo, kasama ang physical therapy, mga serbisyong panlipunan o pangkaisipan, respiratory therapy, occupational therapy, speech therapy, at mga serbisyo sa pagtatasa ng kapaligiran sa tahanan.

Mga desisyon sa pagsaklaw: Isang pagpapasya tungkol sa kung anu-anong mga benepisyo ang sinasaklaw namin. Kasama rito ang mga desisyon tungkol sa mga saklaw na gamot at serbisyo o ang halagang binabayaran namin para sa inyong mga serbisyong pangkalusugan. Isinasaad ng **Kabanata 9**, Seksyon E, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro* kung paano humiling sa amin ng isang desisyon sa pagsaklaw.

Mga saklaw na gamot: Ang terminong ginagamit namin na tumutukoy sa lahat ng inireseta at nabibili nang walang reseta (OTC) na gamot na sakop ng aming plano.

Mga saklaw na serbisyo: Ang ginagamit naming pangkalahatang termino upang tumukoy sa lahat ng pangangalagang pangkalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, mga inirereseta at nabibili nang walang reseta na gamot, mga kagamitan, at ibang pang serbisyo na sinasaklaw ng aming plano.

Pagsasanay sa pangkulturang kakayahan: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang tagubilin sa ating mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, na nakakatulong sa kanilang mas maunawaan ang inyong pinagmulan, mga pagpapahalaga, at mga paniniwala upang maisagawa ang mga serbisyong tutugon sa inyong mga pangangailangang kaugnay ng lipunan, kultura, at wika.

Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (DHCS): Ang departamentong pang-estado sa California na nangangasiwa sa Medicaid Program (kilala bilang Medi-Cal).

Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC): Ang departamento ng estado sa California na responsable sa pangangasiwa sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng mga Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review o IMR).

Pag-alis sa pagkakatala: Ang proseso ng pagtatapos sa inyong membership sa aming plano. Ang pag-alis sa pagkakatala ay maaaring boluntaryo (sarili ninyong kagustuhan) o hindi boluntaryo (hindi ninyo sariling kagustuhan).

Programa sa pamamahala ng gamot (DMP): Isang programang nagtitiyak na ligtas ang paggamit ng mga miyembro ng mga inireresetang opioid at iba pang medikasyong madalas inaabuso.

Dual eligible special needs plan (D-SNP): Planong pangkalusugan na nagbibigay ng serbisyo sa mga indibidwal na parehong kwalipikado sa Medicare at Medicaid. D-SNP ang aming plano.

Matitibay na medikal na kagamitan (DME): Mga partikular na gamit na inuutos ng inyong doktor para gamitin ninyo sa sarili ninyong bahay. Halimbawa ng mga gamit na ito ay ang mga wheelchair, saklay, powered mattress system, supply para sa diabetic, mga kama sa ospital na iniutos ng isang tagapagbigay ng serbisyo para gamitin sa tahanan, IV infusion pump, speech generating device, kagamitan at supply sa oxygen, nebulizer, at walker.

Emergency: Ang isang medikal na emergency ay kapag kayo, o ang sinumang iba pang tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kayong mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang atensiyong medikal upang maiwasan ang kamatayan, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng o malubhang kapansanan sa isang paggana ng katawan (at kung kayo ay buntis, pagkawala ng isang hindi pa isinisilang na sanggol). Ang mga medikal na sintomas ay posibleng karamdaman, pinsala, matinding pananakit, o isang medikal na kundisyon na mabilis ang paglala.

Pang-emergency na pangangalaga: Mga saklaw na serbisyo na ibinibigay ng isang tagapagbigay ng serbisyo na sinanay upang magbigay ng mga serbisyo para sa emergency at kinakailangan upang gamutin ang isang medikal na emergency o emergency sa kalusugan ng pag-uugali.

Pagbubukod: Pahintulot upang makakuha ng saklaw para sa isang gamot na hindi karaniwang sinasaklaw o upang gamitin ang gamot nang walang partikular na panuntunan at limitasyon.

Mga Hindi Kasamang Serbisyo: Mga serbisyong hindi saklaw ng planong pangkalusugan na ito.

Extra Help: Isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan na bawasan ang mga gastos sa inireresetang Medicare Part D na gamot, tulad ng mga premium, deductible, at bahaginan sa gastos. Ang Extra Help ay tinatawag ding “Tulong na Salapi para sa may Mababang Kita (Low-Income Subsidy),” o “LIS.”

Generic na gamot: Isang inireresetang gamot na inaprubahan ng pederal na pamahalaan upang gamitin bilang kapalit ng isang branded na gamot. Ang isang generic na gamot ay may mga sangkap na kapareho ng branded na gamot. Karaniwan itong mas mura at kasing bisa ng branded na gamot.

Karaingan: Isang reklamo na ginagawa ninyo tungkol sa amin o sa isa sa aming mga tagapagbigay ng serbisyo o parmasyang nasa network. Kasama rito ang reklamo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga o sa kalidad ng serbisyong ibinibigay ng inyong planong pangkalusugan.

Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP): Isang programang nagbibigay ng libre at obhetibong impormasyon at pagpapayo tungkol sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2**, Seksyon E, pahina 38 ng inyong *Handbook ng Miyembro* kung paano makipag-ugnayan sa HICAP.

Planong pangkalusugan: Isang organisasyon na binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, tagapagbigay ng mga serbisyong pangmatagalan, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo. Mayroon din itong mga tagapangasiwa ng pangangalaga para tulungan kayong pamahalaan ang lahat ng inyong tagapagbigay ng serbisyo at serbisyo. Nagtutulungan silang lahat upang maibigay ang pangangalagang kailangan ninyo.

Pagtatasa sa Panganib sa Kalusugan (HRA): Pagsusuri sa inyong medikal na kasaysayan at kasalukuyang kundisyon. Ginagamit ito upang malaman ang tungkol sa inyong kalusugan at kung paano ito maaaring magbago sa hinaharap.

Mga tulong sa kalusugan sa bahay: Isa taong 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). Ang mga tulong sa kalusugan sa bahay (home health aide) ay walang lisensiya ng nurse o hindi nagbibigay ng therapy.

Hospisyo: Isang programa ng pangangalaga at suporta na makakatulong sa mga taong may terminal na prognosis na makapamuhay nang maginhawa. Ang ibig sabihin ng terminal na prognosis ay medikal na sertipikado ang isang tao bilang may nakamamatay na sakit, ibig sabihin, mayroon siyang 6 na buwan pababa para mabuhay.

- May karapatang pumili ng hospisyo ang isang nakatala na may nakamamatay na karamdaman.
- Isang katangi-tanging sinanay na grupo ng mga propesyonal at tagapag-alaga na nagbibigay ng pangangalaga para sa tao, kasama ang pisikal, emosyonal, panlipunan at ispirituwal na pangangailangan.
- Kinakailangan namin kayong bigyan ng listahan ng mga tagapagbigay ng serbisyo ng hospisyo sa inyong heyograpikong lugar.

Mali/hindi nararapat na pagsingil: Isang sitwasyon kung saan siningil kayo ng tagapagbigay ng serbisyo (gaya ng doktor o ospital) nang mas malaki kaysa sa aming halaga ng bahagian sa gastos para sa mga serbisyo. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung nakatanggap kayo ng anumang bill na hindi ninyo nauunawaan. Dahil binabayaran namin ang buong gastos para sa inyong mga serbisyo, **wala** kayong dapat bayaran na anumang *bahagian sa gastos*. Hindi dapat kayo singilin ng mga tagapagbigay ng serbisyo ng kahit ano para sa mga serbisyong ito.

Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Bahay (IHSS): Tumutulong ang Programang IHSS sa pagbabayad ng mga serbisyong ibinibigay sa inyo para ligtas kayong makapanatili sa sarili ninyong bahay. Alternatibo ang IHSS sa out-of-home na pangangalaga, gaya ng mga tahanang may nangangalaga (nursing homes) o mga board and care facility. Ang mga uri ng mga serbisyong puwedeng awtorisahan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga (gaya ng tulong sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, paglilinis ng katawan, at mga paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal na appointment, at pagbabantay bilang proteksyon para sa mga may problema sa pag-iisip. Ang mga ahensya sa panlipunang serbisyo ng county ang nagbibigay ng IHSS.

Independiyenteng Medikal na Pagsusuri (IMR): Kung tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, maaari kayong gumawa ng apela. Kung tutol kayo sa aming desisyon at ang problema ninyo ay tungkol sa isang serbisyo ng Medi-Cal, kabilang ang mga DME na supply at gamot, puwede kayong humiling sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California ng IMR. Ang IMR ay isang pagsusuri sa kaso ninyo ng mga doktor na hindi bahagi ng aming plano. Kung ang desisyon ng IMR ay pabor sa inyo, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyo o paggamot na inyong hiniling. Wala kayong babayaran para sa isang IMR.

Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri (IRO): Isang hiwalay na organisasyong na-hire ng Medicare na nagsusuri sa antas 2 na apela. 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. Ang pormal na pangalan ay **Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri.**

Plano ng Pangangalaga para sa Indibidwal (ICP o Plano ng Pangangalaga): Isang plano para sa mga serbisyong makukuha ninyo at kung paano ninyo makukuha ang mga ito. Maaaring kasama sa inyong plano ang mga serbisyong medikal, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Inpatient: Isang terminong ginagamit kapag pormal kayong ipinasok sa ospital para sa mga may kasanayang serbisyong medikal. Kung hindi kayo pormal na ipapasok sa ospital, maaari pa rin kayong ituring na outpatient sa halip na inpatient kahit na magdamag kayong mananatili sa ospital.

Interdisciplinary na Pangkat ng Pangangalaga (ICT o Pangkat ng pangangalaga): Isang grupo sa pangangalaga na maaaring kinabibilangan ng mga doktor, nurse, tagapayo, o ibang propesyonal sa kalusugan na nariyan upang tulungan kayong makuha ang kailangan ninyong pangangalaga. Tutulungan rin kayo ng inyong pangkat ng nangangalaga na gumawa ng plano sa pangangalaga.

***Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (Listahan ng Gamot):** Isang listahan ng mga inireresetang gamot at gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) na saklaw namin. Pinipili namin ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng mga doktor at parmasista. Sinasabi sa inyo ng Listahan ng Gamot kung mayroong anumang tuntunin na kailangan ninyong sundin upang makuha ang inyong mga gamot. Ang Listahan ng Gamot ay tinatawag minsan na isang “pormularyo.”

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS): Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta ay mga serbisyo na tumutulong sa pagpapabuti ng isang pangmatagalang medikal na kundisyon. Karamihan sa mga serbisyong ito ay tinutulungan kayong manatili sa inyong tahanan para hindi na ninyo kailangang pumunta sa isang pasilidad sa pangangalaga o ospital. Kasama sa LTSS na saklaw ng aming plano ang Community-Based Services, Mga Pasilidad ng

Pangangalaga (NF), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang mga IHSS at 1915(c) waiver program ay Medi-Cal LTSS na ibinibigay sa labas ng aming plano.

Tulong na salapi para sa may mababang kita (LIS): Sumangguni sa “Extra Help”

Programa sa Mail Order: Maaaring mag-alok ang ilang plano ng programa sa mail-order na nagbibigay-daan sa inyo na makakuha ng hanggang 3 buwang supply ng inyong mga saklaw na inireresetang gamot na direktang ipapadala sa inyong bahay. Maaaring ito ay isang matipid at maginhawang paraan upang makuha ang mga reseta na regular ninyong iniinom.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programa ng Medicaid ng California. Ang Medi-Cal ay pinamamahalaan ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na pamahalaan.

- Tinutulungan nito ang mga tao na may limitadong kita at mga mapagkukunan na bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastos.
- Sinasaklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi saklaw ng Medicare.
- 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 Medi-Cal.

Mga Medi-Cal na plano: Mga plano na mga benepisyo ng Medi-Cal lang ang sinasakop, tulad ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kagamitang medikal, at sasakyan. Ang mga benepisyo ng Medicare ay hiwalay.

Medicaid (o Medikal na Tulong): Isang programang pinapatakbo ng pederal na pamahalaan at estado na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na magbayad para sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastos. Medi-Cal ang Medicaid na programa para sa Estado ng California.

Medikal na kinakailangan: Ang medikal na kinakailangan ay naglalarawan ng mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan ninyo upang maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang isang medikal na kundisyon o upang mapanatili ang inyong kasalukuyang katayuan sa kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga para maiwasan ninyo na pumunta sa isang ospital o pasilidad sa pangangalaga. Nangangahulugan rin ito na natutugunan ng mga serbisyo, supply, o gamot ang mga tinatanggap na pamantayan ng pagsasagawa ng mga bagay ukol sa medisina. Ang Medikal na kinakailangan ay tumutukoy sa lahat ng saklaw na serbisyo na makatuwiran at kinakailangan para protektahan ang buhay, iwasan ang matinding karamdaman o matinding kapansanan, o para maibsan ang matinding pananakit sa pamamagitan ng diagnosis o paggamot ng sakit, karamdaman, o injury.

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 ilang partikular na 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). Maaaring makuha ng mga taong may Medicare ang kanilang saklaw sa kalusugan ng Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o isang plano sa pinamamahalaang pangangalaga (sumangguni sa "Plano ng kalusugan").

Medicare Advantage: Isang programa ng Medicare, na kilala rin bilang "Medicare Part C" o "MA," na nag-aalok ng mga planong MA sa pamamagitan ng mga pribadong kumpanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kumpanyang ito upang saklawin ang inyong mga benepisyo sa Medicare.

Konseho ng mga Apela ng Medicare (Konseho): Konsehong sumusuri sa antas 4 na apela. Ang Konseho ay bahagi ng Pederal na pamahalaan.

Mga serbisyong saklaw ng Medicare – Mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B. Ang lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kabilang ang aming plano, ay dapat saklawin ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B.

Programang pang-iwas sa diabetes ng Medicare (MDPP): Isang nakaayos na programa sa pagbabago sa pag-uugali para sa kalusugan na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa diyeta, mas mataas na pisikal na aktibidad, at mga estratehiya sa paglutas ng mga hamon para sa tuloy-tuloy na pagbabawas ng timbang at malusog na pamumuhay.

Enrollee ng Medicare-Medi-Cal: Isang taong kwalipikado para sa saklaw ng Medicare at Medicaid. Ang isang enrollee ng Medicare- Medicaid ay tinatawag ding "indibidwal na dalawang beses na kwalipikado."

Medicare Part A: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa karamihan sa medikal na kinakailangang pangangalaga sa ospital, pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, kalusugan sa tahanan, at pangangalaga sa hospisyo.

Medicare Part B: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa mga serbisyo (tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo, operasyon, at mga pagpapatingin sa doktor) at mga supply (tulad ng mga wheelchair at walker) na medikal na kinakailangan upang gamutin ang isang sakit o kundisyon. Sinasaklaw din ng Medicare Part B ang maraming serbisyo para sa pag-iwas sa sakit at screening.

Medicare Part C: Ang programa ng Medicare, na kilala rin bilang "Medicare Advantage" o "MA," na nagpapahintulot sa mga pribadong kumpanya ng insurance sa kalusugan na magbigay ng mga benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng MA na Plano.

Medicare Part D: Ang programa ng benepisyo sa inireresetang gamot ng Medicare. Tinatawag namin ang programang ito na "Part D" sa madaling salita. Sinasaklaw ng Medicare Part D ang mga inireresetang gamot, bakuna, at ilang supply para sa outpatient na hindi saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B o Medicaid. Kasama sa aming plano ang Medicare Part D.

Part D na mga gamot ng Medicare: Mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Ibinukod ng kongreso ang ilang partikular na kategorya ng gamot sa pagsaklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Maaaring masaklaw ng Medicaid ang ilan sa mga gamot na ito.

Pamamahala ng Paggamot sa Pamamagitan ng Medikasyon (MTM): Isang natatanging grupo ng serbisyo o grupo ng mga serbisyong ibinibigay ng mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga parmasista, upang matiyak ang pinakamahuhusay na therapeutic na resulta para sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon G2, pahina 201 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon.

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano): Isang taong may Medicare at Medi-Cal na kuwalipikadong makakuha ng mga saklaw na serbisyo, nagpatala sa aming plano, at nakumpirma ng Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS) at estado ang kanilang pagkakatala.

***Handbook ng Miyembro* at Impormasyon ng Pagsisiwalat:** Ang dokumentong ito, kasama ng inyong form sa pagpapatala at anumang iba pang kalakip, o mga rider, na nagpapaliwanag sa inyong saklaw, kung ano ang dapat naming gawin, ang inyong mga karapatan, at ang dapat ninyong gawin bilang miyembro ng aming plano.

Mga Serbisyo para sa Miyembro: Ang departamento sa loob ng aming plano na responsable sa pagsagot sa inyong mga tanong tungkol sa membership, mga benepisyo, mga karaingan, at mga apela. Sumangguni sa **Kabanata 2**, Seksyon A, pahina 28 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Parmasyang nasa Network: Isang parmasya (botika) na sumang-ayong magbigay ng inireresetang gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Tinatawag namin silang "mga parmasyang nasa network" dahil sumang-ayon silang makipagtulungan sa aming plano. Sa karamihan ng mga sitwasyon, sinasaklaw lang namin ang inyong mga inireresetang gamot kapag napunan sa isa sa aming mga parmasyang nasa network.

Tagapagbigay ng serbisyong nasa network: Ang "Tagapagbigay ng serbisyo" ay ang pangkalahatang salita na ginagamit namin para sa mga doktor, nurse, at ibang tao na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa termino ang mga ospital, ahensiya ng kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang mga lugar na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, medikal na kagamitan, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

- Sila ay mga lisensiyado o sertipikado ng Medicare at ng estado upang magbigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
- Tinatawag namin silang "mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network" kapag sumang-ayon silang makipagtulungan sa aming planong pangkalusugan, tumanggap ng aming bayad, at hindi maniningil sa aming mga miyembro ng karagdagang halaga.
- Habang miyembro kayo ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo. Ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay tinatawag ding "mga tagapagbigay ng plano."

Tahanang may nangangalaga (nursing home) o pasilidad ng pangangalaga: Isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi maaalagaan sa bahay pero hindi kinakailangang maospital.

Ombudsman: Isang tanggapan sa inyong estado na kumikilos bilang tagapagtaguyod sa inyong ngalan. Masasagot nila ang mga tanong kung mayroon kayong problema o reklamo at matutulungan kayong maunawaan ang dapat gawin. Libre ang mga serbisyo ng ombudsperson. Makakakita kayo ng higit pang impormasyon sa **Kabanata 2**, Seksyon I, pahina 42 at **Kabanata 9**, Seksyon D, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Pagpapasya ng organisasyon: Ang aming plano ay gumagawa ng pagpapasya ng organisasyon kapag kami, o ang isa sa aming mga tagapagbigay ng serbisyo, ay gumawa ng desisyon tungkol sa kung ang mga serbisyo ay sinasaklaw o kung magkano ang babayaran ninyo para sa mga saklaw na serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na "mga desisyon sa pagsaklaw." Ipinapaliwanag sa **Kabanata 9**, Seksyon D, pahina 261 ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang mga desisyon sa pagsaklaw.

Original Medicare (tradisyonal na Medicare o fee-for-service Medicare): Pamahalaan ang nag-aalok ng Original Medicare. Sa ilalim ng Original Medicare, sinasaklaw ang mga serbisyo sa pamamagitan ng pagbabayad ng halaga sa mga doktor, ospital, at iba pang mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na itinatakda ng Kongreso.

- Puwede kayong magpakonsulta sa sinumang doktor, alinmang ospital, o sa iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. May dalawang bahagi ang Original Medicare: Medicare Part A (insurance sa ospital) at Medicare Part B (medikal na insurance).
- Available ang Original Medicare kahit saan sa Estados Unidos.
- Kung ayaw ninyong sumali sa aming plano, maaari ninyong piliin ang Original Medicare

Parmasyang wala sa network: Isang parmasyang hindi pumayag na makipagtulungan sa aming plano na mangasiwa o magbigay ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi saklaw ng inyong plano ang karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo mula sa mga parmasyang wala sa network maliban kung may mga partikular na kundisyon na nalalapat.

Tagapagbigay ng serbisyong wala sa network o **Pasilidad na wala sa network:** Isang tagapagbigay ng serbisyo o pasilidad na hindi inupahan, pagmamay-ari, o pinapatakbo ng aming plano at hindi kinontrata upang magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 3**, Seksyon D4, pahina 67 ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang mga tagapagbigay ng serbisyo o pasilidad na wala sa network.

Mga gamot na nabibili nang walang reseta (OTC): Ang mga gamot na nabibili nang walang reseta ay mga gamot na mabibili ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

Part A: Sumangguni sa “Medicare Part A.”

Part B: Sumangguni sa “Medicare Part B.”

Part C: Sumangguni sa “Medicare Part C.”

Part D: Sumangguni sa “Medicare Part D.”

Part D na mga gamot: Sumangguni sa “Part D na mga gamot ng Medicare.”

Personal na impormasyon sa kalusugan (tinatawag ding Protektadong Impormasyon ng Kalusugan) (PHI): Impormasyon tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan, gaya ng inyong pangalan, address, social security number, mga pagbisita sa doktor, at medikal na kasaysayan. Sumangguni sa aming Abiso ng mga Kasanayan sa Pagkapribado para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan, ginagamit, at inihahayag ang inyong PHI, gayundin ang inyong mga karapatan may kaugnayan sa inyong PHI.

Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (PCP): Ang doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo na una ninyong pinupuntahan para sa karamihan sa mga problema sa kalusugan. Tinitiyak niya na makukuha ninyo ang pangangalagang kailangan ninyo para manatiling malusog.

- Maaari din silang makipag-usap sa iba pang mga doktor at tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa inyong pangangalaga at irekomenda kayo sa kanila.
- Sa karamihan ng planong pangkalusugan ng Medicare, dapat muna ninyong gamitin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga bago ninyo

gamitin ang sinumang iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan.

- Sumangguni sa **Kabanata 3**, Seksyon D, pahina 59 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga.

Paunang awtorisasyon (PA): Isang pag-apruba na dapat ninyong makuha mula sa amin bago kayo makakuha ng isang partikular na serbisyo o gamot o gumamit ng isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Maaaring hindi saklawin ng aming plano ang serbisyo o gamot kung hindi muna kayo humingi ng pag-apruba.

Sinasaklaw lamang ng aming plano ang ilang serbisyong medikal sa network kung ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay nakakuha ng *PA* mula sa amin.

- Ang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng *PA* ng aming plano ay minarkahan sa **Kabanata 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Sinasaklaw lamang ng aming plano ang ilang gamot kung kukuha kayo ng *PA* mula sa amin.

- Ang mga saklaw na gamot na kailangan ng *PA* ng aming plano ay minarkahan sa *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot*.

Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): Isang programang parehong sumasaklaw sa mga benepisyo ng Medicare at Medicaid para sa mga tao edad 55 pataas na nangangailangan ng mas matataas na antas ng pangangalaga para tumira sa bahay.

Prosthetics at Orthotics: Mga medikal na device na iniutos ng inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa, braces sa braso, likod, at leeg; artipisyal na mga kamay o paa; artipisyal na mga mata; at mga device na kailangan upang palitan ang panloob na bahagi ng katawan o function, kabilang ang mga supply ng ostomy at enteral at parenteral nutrition therapy.

Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO): Isang pangkat ng mga doktor at iba pang mga eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong sa pagpapahusay ng kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Binabayaran ng pederal na pamahalaan ang QIO upang suriin at pagbutihin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 2**, Seksyon F, pahina 39 ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa QIO.

Mga limitasyon sa dami: Isang limitasyon sa dami ng gamot na maaari ninyong makuha. Maaari naming limitahan ang dami ng gamot na aming sasaklawin para sa bawat reseta.

Real Time Benefit Tool: Isang portal o computer application kung saan makakapaghanap ang mga enrollee ng kumpleto, tumpak, napapanahon, at klinikal na naaangkop na impormasyon tungkol sa mga saklaw na gamot at benepisyo na partikular sa enrollee. Kasama rito ang mga halaga ng bahaginan sa gastos, mga alternatibong gamot na puwedeng gamitin bilang lunas sa mga kundisyon sa kalusugang ginagamot ng isang partikular na gamot, at mga paghihigpit sa saklaw (paunang awtorisasyon, step therapy, mga limitasyon sa dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

Referral: Ang referral ay ang pag-apruba namin o ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP) na gumamit ng tagapagbigay ng serbisyo maliban sa inyong PCP. Kung hindi muna kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo. Hindi ninyo kailangan ng referral para magpatingin sa ilang partikular na espesyalista, gaya ng mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan. Makakakita kayo ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga referral sa **Kabanata 3**, Seksyon B, pahina 56 at **Kabanata 4**, Seksyon D, pahina 95 ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Mga serbisyo ng rehabilitasyon: Paggamot na nakukuha ninyo upang gumaling mula sa isang karamdaman, aksidente, o malaking operasyon. Sumangguni sa **Kabanata 4**, Seksyon D, pahina 95 ng inyong *Handbook ng Miyembro* upang matuto nang higit pa tungkol sa mga serbisyo ng rehabilitasyon.

Mga sensitibong serbisyo: Mga serbisyong nauugnay sa kalusugan ng pag-iisip o pag-uugali, kalusugang sekswal at reproductive, pagpaplano ng pamilya, mga naipapasang impeksyon sa pakikipagtalik (mga STI), HIV/AIDS, sekswal na pananakit at aborsyon, problema sa paggamit ng substance, gender affirming na pangangalaga, at karahasan sa matalik na kapareha.

Sineserbisyuhang lugar: Isang heograpikong lugar kung saan tumatanggap ang isang planong pangkalusugan ng mga miyembro kung nililimitahan nito ang pagiging miyembro batay sa kung saan nakatira ang mga tao. Para sa mga planong naglilimita kung aling mga doktor at ospital ang maaari ninyong gamitin, ito rin sa pangkalahatan ang lugar kung saan ninyo makukuha ang mga regular (hindi emergency) na serbisyo. Ang mga taong nakatira lamang sa aming sineserbisyuhang lugar ang maaaring kumuha ng aming plano.

Bahagi sa gastos: Ang bahagi ng inyong mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan na maaaring kailanganin ninyong bayaran bawat buwan bago maging epektibo ang inyong mga benepisyo. Ang halaga ng inyong bahagi sa gastos ay nag-iiba depende sa inyong kita at mga pinagkukunan.

Pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF): Isang pasilidad ng pangangalagang may mga tauhan at kagamitan upang magbigay ng may kasanayang pangangalaga at, sa karamihan ng mga sitwasyon, may kasanayang mga serbisyo ng rehabilitasyon at iba pang nauugnay na serbisyong pangkalusugan.

Pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF): Dalubhasang pangangalaga at mga serbisyo ng rehabilitasyon na ibinibigay nang tuloy-tuloy at araw-araw, sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. Kasama sa mga halimbawa ng pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga ang physical therapy o mga iniksiyon sa ugat (IV) na maaaring ibigay ng isang rehistradong nurse o doktor.

Espesyalista: Isang doktor na nagkakaloob ng pangangalagang pangkalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan.

Espesyalisadong parmasya: Sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon A5, pahina 183 ng inyong *Handbook ng Miyembro* upang malaman ang higit pa tungkol sa mga espesyalisadong parmasya.

Pagdinig ng Estado: Kung ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ay humingi ng serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin aaprubahan, o hindi namin patuloy na babayaran para sa isang serbisyo ng Medi-Cal na nakuha na ninyo, maaari kayong humiling ng isang Pagdinig ng Estado. Kung papanig sa inyo ang desisyon ng Pagdinig ng Estado, kailangan naming ibigay sa inyo ang hiniling ninyong serbisyo.

Step therapy: Isang tuntunin sa pagsaklaw na nag-aatas sa inyo na sumubok ng isa pang gamot bago namin saklawin ang gamot na inyong hinihiling.

Suplementong Seguridad sa Kita (SSI) – Buwanang benepisyong binabayaran ng Social Security sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na may kapansanan, bulag, o edad 65 taon pataas. Ang mga benepisyo mula sa SSI ay hindi pareho sa mga benepisyo mula sa Social Security.

Pangangalagang agarang kinakailangan: Pangangalagang nakukuha ninyo para sa biglaang karamdaman, injury, o kundisyon na hindi isang emergency ngunit kailangan kaagad ng pangangalaga. Maaari kayong kumuha ng pangangalagang agarang kinakailangan mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network kapag wala ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network o hindi kayo makapunta sa kanila.

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**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក 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: ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ 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.

Ang pahinang ito ay sadyang iniwang blangko.

Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare by Health Net

TUMAWAG	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Gayunpaman, pakitandaan sa mga weekend at holiday mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, ang aming awtomatikong sistema ng telepono ang maaaring makasagot ng inyong tawag. 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. 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. Sa pagitan ng Oktubre 1 at Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Sa pagitan ng Abril 1 at Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Gayunpaman, pakitandaan sa mga weekend at holiday mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, ang aming awtomatikong sistema ng telepono ang maaaring makasagot ng inyong tawag. Pakiiwan ang inyong pangalan at numero ng telepono, at tatawagan namin kayo sa loob ng isang (1) araw ng negosyo.
SUMULAT	Wellcare by Health Net PO Box 748658 Los Angeles, CA 90074-8658
WEBSITE	www.wellcare.com/healthnetCA