Ika-1 ng Enero – Ika-31 ng Disyembre ng Taong 2027

Katibayan ng Pagsaklaw para sa 2027:

Ang Inyong Mga Benepisyo at Serbisyong Pangkalusugan at Pagsaklaw sa Gamot ng Medicare bilang Miyembro ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

Ang dokumentong ito ay nagbibigay ng mga detalye tungkol sa pagsaklaw ng Medicare sa inyong kalusugan at gamot mula ika-1 ng Enero – ika-31 ng Disyembre ng taong 2027. **Isa itong mahalagang legal na dokumento. Itago ito sa isang ligtas na lugar.**

Ipinapaliwanag ng dokumentong ito ang inyong mga benepisyo at mga karapatan. Gamitin ang dokumentong ito upang maunawaan ang tungkol sa:

- Premium at bahagian sa gastos ng inyong plano
- Inyong mga medikal na benepisyo at benepisyo sa gamot
- Paano maghain ng reklamo kung hindi kayo nasisiyahan sa isang serbisyo o paggamot
- Paano makikipag-ugnayan sa amin
- Iba pang proteksyong kinakailangan ng batas ng Medicare

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

Ang planong ito, ang Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), ay iniaalok ng HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC. (Kapag binanggit ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito ang mga salitang “kami,” “namin,” o “amin,” ang ibig sabihin nito ay ang HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC. Kapag binanggit dito ang mga salitang “plano” o “aming plano,” ang ibig nitong sabihin ay ang Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP).)

Available ang dokumentong ito nang walang bayad sa wikang Spanish, Arabic, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Farsi, at Chinese. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyales sa ibang wika bukod pa sa English (bilang karagdagan sa (mga) wikang nakalista sa itaas) o sa isang alternatibong format (gaya ng braille, audio, o malaking print). Mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kung kailangan ninyo ng impormasyon ng plano sa ibang format.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)
7108213_CA7CNCEOCTAG_M_0009
H3561009000

Maaaring magbago ang mga benepisyo, naibabawas, at/o bahagian sa bayad/coinsurance sa Enero 1, 2028.

Maaaring magbago anumang oras ang aming pormularyo, network ng parmasya, at/o network ng tagapagbigay ng serbisyo. Makakatanggap kayo ng abiso tungkol sa anumang pagbabago na maaaring makaapekto sa inyo nang hindi bababa sa 30 araw nang mas maaga.

Batay sa isang pagsusuri sa Modelo ng Pangangalaga, naaprubahan ang Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ng Pambansang Komite para sa Pagsiguro sa Kalidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA) na magpatakbo ng Plano sa Mga Espesyal na Pangangalaga (Special Needs Plan, SNP) hanggang 2027.

Talaan ng Mga Nilalaman

KABANATA 1: Magsimula bilang miyembro 5

SEKSYON 1 Isa kayong miyembro ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 5

SEKSYON 2 Mga kinakailangan upang maging kwalipikado sa plano.....6

SEKSYON 3 Ano ang aasahan sa unang pagkakataon na sumali kayo sa aming plano.....9

SEKSYON 4 Mahahalagang materyal ng membership.....10

SEKSYON 5 Buod ng Mahahalagang Gastos para sa 2027 12

SEKSYON 6 Higit pang impormasyon tungkol sa inyong buwanang premium ng plano 18

SEKSYON 7 Pagpapanatiling napapanahon ng inyong rekord ng membership sa plano 18

SEKSYON 8 Paano gumagana ang ibang insurance sa aming plano 19

KABANATA 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan 21

SEKSYON 1 Mga contact ng aming plano 21

SEKSYON 2 Paghingi ng Tulong mula sa Medicare 26

SEKSYON 3 Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan (SHIP).....28

SEKSYON 4 Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO).....29

SEKSYON 5 Panlipunang Seguridad 30

SEKSYON 6 Medicaid 31

SEKSYON 7 Mga Programang tumutulong sa mga taong bayaran ang mga inireresetang gamot 33

SEKSYON 8 Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles (RRB) 36

SEKSYON 9 Kung mayroon kayong panggrupong insurance o iba pang insurance sa kalusugan mula sa isang employer.....37

KABANATA 3: Paggamit sa aming plano para sa inyong medikal at iba pang saklaw na serbisyo ... 38

SEKSYON 1 Paano kumuha ng medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo bilang miyembro ng aming plano 38

SEKSYON 2 Gamitin ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano upang makuha ang inyong medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo 40

SEKSYON 3 Paano kumuha ng mga serbisyo sa isang emergency, sakuna, o agarang kinakailangang pangangalaga 46

SEKSYON 4 Paano kung direkta kayong siningil para sa buong kabayaran ng inyong mga saklaw na serbisyo? 50

SEKSYON 5 Mga medikal na serbisyo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral 50

SEKSYON 6 Mga panuntunan para sa pagkuha ng pangangalagang sinasaklaw sa relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan.....52

SEKSYON 7 Mga panuntunan sa pagmamay-ari ng matitibay na medikal na kagamitan 53

KABANATA 4: Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (ano ang sinasaklaw)..... 56

SEKSYON 1 Pag-unawa sa mga saklaw na serbisyo.....56

SEKSYON 2 Makikita sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo ang inyong mga medikal na benepisyo at mga gastos 57

SEKSYON 3 Mga serbisyong sinasaklaw sa labas ng plano 118

SEKSYON 4 Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng aming plano (mga eksepsiyon).....119

KABANATA 5: Paggamit sa pagsaklaw ng plano para sa Bahagi D na mga gamot 123

SEKSYON 1 Mga pangunahing panuntunan para sa pagsaklaw ng aming plano sa Bahagi D na gamot 123

SEKSYON 2 Kunin ang inyong reseta sa parmasyang nasa network o sa pamamagitan ng mail-order na serbisyo ng aming plano.....124

SEKSYON 3 Ang inyong mga gamot ay dapat na nasa Listahan ng Gamot ng aming plano.....129

SEKSYON 4 Mga gamot na may mga paghihigpit sa saklaw.....132

SEKSYON 5 Ano ang maaari ninyong gawin kung ang isa sa inyong mga gamot ay hindi sinasaklaw sa paraang gusto ninyo 133

SEKSYON 6 Maaaring magbago ang aming Listahan ng Gamot sa loob ng taon 136

SEKSYON 7 Mga uri ng gamot na hindi namin sinasaklaw 139

SEKSYON 8 Paano kumuha ng reseta.....140

SEKSYON 9 Pagsaklaw sa Bahagi D na mga gamot sa mga espesyal na sitwasyon 140

SEKSYON 10 Mga programa sa pagiging ligtas ng gamot at sa pangangasiwa ng mga gamot.....142

KABANATA 6: Ang binabayaran ninyo para sa Bahagi D na mga gamot 145

SEKSYON 1: Kung ano ang binabayaran ninyo para sa Bahagi D na mga gamot 145

SEKSYON 2 Mga yugto ng pagbabayad ng gamot para sa mga miyembro ng aming plano 148

SEKSYON 3 Ipinapaliwanag sa inyong *Paliwanag ng mga Benepisyo sa Bahagi D* kung nasa anong yugto kayo ng pagbabayad 148

SEKSYON 4 Ang Yugto ng Naibabawas 150

SEKSYON 5 Yugto ng Paunang Saklaw 151

SEKSYON 6 Ang Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw 163

SEKSYON 7 Ano ang mga babayaran ninyo para sa mga bakuna sa Bahagi D 163

KABANATA 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi ng bill para sa mga saklaw na medikal na serbisyo o gamot 166

SEKSYON 1 Mga sitwasyon kung kailan ninyo dapat hilingin sa amin na bayaran ang aming bahagi ng gastos para sa mga saklaw na serbisyo o gamot 166

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

SEKSYON 3 Pag-iisipan namin ang inyong kahilingan para sa bayad at sasagot kami ng oo o hindi 171

KABANATA 8: Ang inyong mga karapatan at pananagutan 172

SEKSYON 1 Dapat igalang ng aming plano ang inyong mga karapatan at kultural na paniniwala 172

SEKSYON 2 Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng aming plano 185

KABANATA 9: Kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo) 187

SEKSYON 1 Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o alalahanin 187

SEKSYON 2 Saan makakakuha ng higit pang impormasyon at personalisadong tulong 188

SEKSYON 3 Anong proseso ang dapat gamitin para sa inyong problema 189

SEKSYON 4 Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo sa Medicare ...190

SEKSYON 5 Isang gabay para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela 190

SEKSYON 6 Medikal na pangangalaga: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela 194

SEKSYON 7 Bahagi D na mga gamot: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela 203

SEKSYON 8 Paano hihilingin sa aming saklawin ang mas matagal na inpatient na pananatili sa ospital kung sa palagay ninyo ay masyado pang maaga upang ma-discharge kayo 214

SEKSYON 9 Paano hihilingin sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na mga medikal na serbisyo kung sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong pagsaklaw 220

SEKSYON 10 Pagdadala ng inyong apela sa Antas 3, 4 at 5 225

SEKSYON 11 Paano maghain ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga tagal ng paghihintay, serbisyo sa kostumer, o iba pang alalahanin 228

SEKSYON 12 Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo sa California Medi-Cal (Medicaid) 232

KABANATA 10: Pagwawakas ng pagiging miyembro sa aming plano 233

SEKSYON 1 Pagwawakas ng inyong membership sa aming plano 233

SEKSYON 2 Kailan ninyo maaaring wakasan ang inyong membership sa aming plano? 233

SEKSYON 3 Paano wakasan ang inyong membership ng aming plano 237

SEKSYON 4 Hangga't hindi nagwawakas ang inyong membership, dapat kayong patuloy na tumanggap ng inyong mga medikal na item, serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano 238

SEKSYON 5 Dapat wakasan ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ang membership sa aming plano sa ilang partikular na sitwasyon 239

KABANATA 11: Mga legal na abiso 241

SEKSYON 1 Abiso tungkol sa nangangasiwang batas 241

SEKSYON 2 Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina 241

SEKSYON 3 Abiso tungkol sa mga karapatan sa subrogasyon ng Medicare na Pangalawang Nagbabayad 242

SEKSYON 4 Pagbawi ng mga benepisyo na binayaran ng aming plano sa ilalim ng inyong Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) plan 242

SEKSYON 5 Membership card 244

SEKSYON 6 Mga hiwalay na contractor 245

SEKSYON 7 Pandaraya sa plano ng pangangalagang pangkalusugan 245

SEKSYON 8 Mga sitwasyong hindi kontrolado ng plano 245

KABANATA 12: Mga kahulugan 246

KABANATA 1:
Magsimula bilang miyembro

SEKSYON 1 Isa kayong miyembro ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

Seksyon 1.1 Nakatala kayo sa Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), na isang Plano sa Mga Espesyal na Pangangalaga ng Medicare

Sinasaklaw kayo ng parehong Medicare at California Medi-Cal (Medicaid):

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

Pinili ninyong makuha ang inyong pangangalagang pangkalusugan ng Medicare at ang inyong pagsaklaw sa gamot sa pamamagitan ng aming plano, ang Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). Sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B. Gayunpaman, iba ang bahagian sa gastos at access ng tagapagbigay sa planong ito kaysa sa Original Medicare.

Ang Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ay isang espesyal na Plano ng Medicare Advantage (isang Plano sa Mga Espesyal na Pangangalaga ng Medicare), na nangangahulugang ang mga benepisyo nito ay nakalaan para sa mga taong may mga espesyal na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan. Idinisenyo ang Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) para sa mga taong may Medicare at may karapatan ding makakuha ng tulong mula sa California Medi-Cal (Medicaid).

Dahil nakakakuha kayo ng tulong mula sa California Medi-Cal (Medicaid) gamit ang inyong bahagian sa gastos sa Medicare Part A at B (mga naibabawas, bahagian sa bayad, at coinsurance), maaaring wala kayong bayaran para sa inyong mga serbisyo ng Medicare. Maaari ring magbigay ang California Medi-Cal (Medicaid) ng iba pang benepisyo sa pamamagitan ng pagsaklaw sa mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na hindi karaniwang sinasaklaw sa ilalim ng Medicare. Maaari rin kayong makatanggap ng Karagdagang Tulong (Extra Help) mula sa Medicare para sa mga gastos ng inyong mga gamot sa

Medicare. Makakatulong ang aming plano na mapamahalaan ninyo ang lahat ng benepisyo na ito para sa inyo, upang makuha ninyo ang mga serbisyong pangkalusugan at tulong sa pagbabayad na kwalipikado kayong matanggap.

Pinapatakbo ng isang pribadong kumpanya ang aming plano. Tulad ng lahat ng Plano ng Medicare Advantage, itong Plano sa Mga Espesyal na Pangangalaga ng Medicare ay aprubado ng Medicare. Ang plano ay nakakontrata din sa programang California Medicaid upang maisaayos ang mga benepisyo sa inyong California Medi-Cal (Medicaid). Ikinasisiya naming ibigay sa inyo ang pagsaklaw ng Medicare, kasama na ang pagsaklaw sa inyong gamot.

Seksyon 1.2 Legal na impormasyon tungkol sa *Katibayan ng Pagsaklaw*

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

May bisa ang kontrata para sa mga buwang kayo ay nakatala sa aming plano mula ika-1 ng Enero ng taong 2027 hanggang ika-31 ng Disyembre ng taong 2027.

Pinapayagan kami ng Medicare na gumawa ng mga pagbabago sa mga planong iniaalok namin bawat taon sa kalendaryo. Ibig sabihin nito, maaari naming baguhin ang mga gastos at mga benepisyo ng aming plano pagkatapos ng Ika-31 ng Disyembre ng taong 2027. Maaari rin naming piliing ihinto ang pag-aalok ng aming plano sa inyong sineserbisyuhang lugar, pagkatapos ng Ika-31 ng Disyembre ng taong 2027.

Dapat aprubahan ng Medicare (Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid) at California Medi-Cal (Medicaid) ang aming plano. Maaari kayong taon-taong patuloy na makakuha ng pagsaklaw ng Medicare bilang miyembro ng aming plano hangga't pinipili naming patuloy na ialok ang aming plano at ang Medicare, at nire-renew ng California Medi-Cal (Medicaid) ang pag-apruba sa aming plano.

SEKSYON 2 Mga kinakailangan upang maging kwalipikado sa plano

Seksyon 2.1 Mga kinakailangan upang maging kwalipikado

Kwalipikado kayong maging miyembro sa aming plano hangga’t natutugunan ninyo ang lahat ng kundisyong ito:

- Mayroon kayong parehong Medicare Part A at Medicare Part B.
- Nakatira kayo sa aming heograpikong sineserbisyuhang lugar (inilarawan sa Seksyon 2.3). Ang mga taong nakakulong ay hindi itinuturing na nakatira sa heograpikong sineserbisyuhang lugar kahit na sila ay pisikal na matatagpuan dito.

- Kayo ay mamamayan o nasyonal ng Estados Unidos, o isang kwalipikadong hindi mamamayan.
- Natutugunan ninyo ang mga espesyal na kinakailangang inilalarawan sa ibaba.

Mga espesyal na kinakailangan sa pagiging kwalipikado para sa aming plano

Nakalaan ang aming plano upang matugunan ang mga pangangailangan ng mga taong tumatanggap ng ilang partikular na mga benepisyo ng Medicaid. (Ang Medicaid ay isang pinagsamang programa ng pamahalaang pederal at estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa ilang partikular na taong may limitadong kita at mapagkukunan.) Upang maging kwalipikado sa aming plano, kwalipikado dapat kayo sa tulong sa bahagian sa gastos ng Medicare at Mga Kumpletong Benepisyo sa Medicaid sa ilalim ng California Medi-Cal (Medicaid).

Tandaan: Kung hindi na kayo maging kwalipikado para sa California Medi-Cal (Medicaid) ngunit makatuwirang inaasahang maging kwalipikado ulit sa loob ng 3 buwan, kwalipikado pa rin kayo para sa membership. Ipinapaalam sa inyo ng Kabanata 4, Seksyon 2 ang tungkol sa pagsaklaw at bahagian sa gastos sa panahong ito.

Seksyon 2.2 Medicaid

Ang Medicaid ay isang pinagsamang programa ng pederal na pamahalaan at estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa ilang partikular na mga taong mayroong limitadong kita at mapagkukunan. Nagpapasya ang bawat estado tungkol sa kung ano ang maituturing bilang kita at mga mapagkukunan, kung sino ang kwalipikado, kung anong mga serbisyo ang saklaw, at halaga ng mga serbisyo. Maaari ring magpasya ang mga estado tungkol sa kung paano nito patakbuhin ang programa hangga't nasusunod nila ang mga alituntuning pederal.

Bukod pa rito, nag-aalok ang Medicaid ng mga programan makakatulong sa mga tao na bayaran ang kanilang mga gastusin sa Medicare, tulad ng kanilang mga premium sa Medicare. Tinutulungan ng Mga Programa sa Savings ng Medicare na ito ang mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na makapag-ipon ng pera bawat taon:

- **Kuwalipikadong Benepisyaryo ng Medicare Plus (QMB+):** Tumutulong sa pagbabayad ng mga premium ng Medicare Part A at Part B, at iba pang bahagian sa gastos (tulad ng mga naibabawas, coinsurance, at mga bahagian sa bayad). Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay nakakatanggap din ng kumpletong mga benepisyo ng Medicaid.
- **Tinukoy na Benepisyaryo ng Medicare Plus na May Mababang Kita (SLMB+):** Nakakatulong sa pagbabayad ng mga premium sa Bahagi B. Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay nakakatanggap din ng kumpletong mga benepisyo ng Medicaid.
- **May Dobleng Kwalipikasyon para sa Kumpletong Benepisyo (FBDE):** Maaaring bayaran ng Medicaid ang inyong mga premium para sa Medicare Part A at Part B at iba pang bahagian sa gastos (tulad ng mga naibabawas, coinsurance, at bahagian sa bayad). Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay nakakatanggap din ng kumpletong mga benepisyo ng Medicaid.

Seksyon 2.3 Sineserbisyuhang lugar ng plano para sa Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

Available lang ang Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) sa mga taong nakatira sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano. Upang manatiling miyembro ng aming plano, kailangan ninyong manatiling nakatira sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano. Inilalarawan sa ibaba ang sineserbisyuhang lugar.

Kasama sa aming sineserbisyuhang lugar ang mga county na ito sa California: Imperial, Kern, Orange, Placer, Riverside, San Bernardino, San Diego, at San Francisco.

Kung plano ninyong lumipat sa bagong estado, dapat din kayong makipag-ugnayan sa tanggapan ng Medicaid ng inyong estado at tanungin kung paano makakaapekto ang paglipat na ito sa inyong mga benepisyo ng Medicaid. Nasa Kabanata 2, Seksyon 6 ng dokumentong ito ang mga numero ng telepono para sa Medicaid.

Kung lilipat kayo sa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano, hindi na kayo maaaring manatiling miyembro ng planong ito. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang malaman kung mayroon ba kaming plano sa inyong bagong lugar. Kapag lumipat kayo, magkakaroon kayo ng Natatanging Panahon ng Pagpapatala na magpapahintulot sa inyong lumipat sa Original Medicare o magpatala sa planong pangkalusugan o plano ng gamot ng Medicare sa inyong bagong lokasyon.

Kung lumipat kayo o nagbago ang inyong mailing address, mahalaga rin na tumawag sa Panlipunang Seguridad. Tawagan ang Panlipunang Seguridad sa 1-800-772-1213 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-325-0778).

Seksyon 2.4 Mamamayan o nasyonal ng U.S., o kwalipikadong hindi mamamayan

Dapat kayong maging mamamayan o nasyonal ng Estados Unidos, o isang kwalipikadong hindi mamamayan para maging miyembro ng planong pangkalusugan ng Medicare. Aabisuhan ng Medicare (Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid) ang Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) kung hindi kayo kwalipikadong manatiling miyembro ng aming plano sa batayang ito. Kailangan kayong alisin sa pagkakatala ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) kung hindi ninyo matutugunan ang pangangailangang ito.

SEKSYON 3 Ano ang aasahan sa unang pagkakataon na sumali kayo sa aming plano

Seksyon 3.1 Pagtatasa ng panganib sa kalusugan

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 ng pangangalaga. Kasama sa HRA ang mga tanong para matukoy ang inyong mga pangangailangang medikal, mga pangangailangan sa kalusugan ng pag-uugali, at mga pangangailangan sa pagkilos.

Makikipag-ugnayan kami sa inyo para kumpletuhin ang HRA. Maaari naming kumpletuhin ang HRA sa pamamagitan ng isang personal na pagbisita, tawag sa telepono, mail, email, text message, o secure na member portal. Padadalhan namin kayo ng higit pang impormasyon hinggil sa HRA na ito. Pagkatapos ay kokontakin namin kayo kada taon para sa anumang update para malaman kung nagbago ang mga pangangailangan ninyo.

Seksyon 3.2 Grupo sa pangangalaga at plano ng pangangalaga

Matutulungan kayo ng pangkat ng nangangalaga na patuloy na makuha ang pangangalaga na kailangan ninyo. Maaaring kasama sa grupo sa pangangalaga ang inyong doktor, tagapangasiwa ng pangangalaga, mga espesyalista kung kanino kayo nagpapatingin, o iba pang propesyonal sa kalusugan na pipiliin ninyo.

Makikipagtulungan kayo sa isang grupo sa pangangalaga para gumawa ng plano ng pangangalaga batay sa inyong mga kagustuhan. Ang isang plano ng pangangalaga ay nagsasabi sa inyo at sa inyong mga doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo sa kalusugan kung anong mga serbisyo ang kailangan ninyo at kung paano makukuha ang mga ito. Kasama rito ang inyong mga medikal na serbisyo, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at iba pang serbisyo.

Kasama sa inyong plano ng pangangalaga ang:

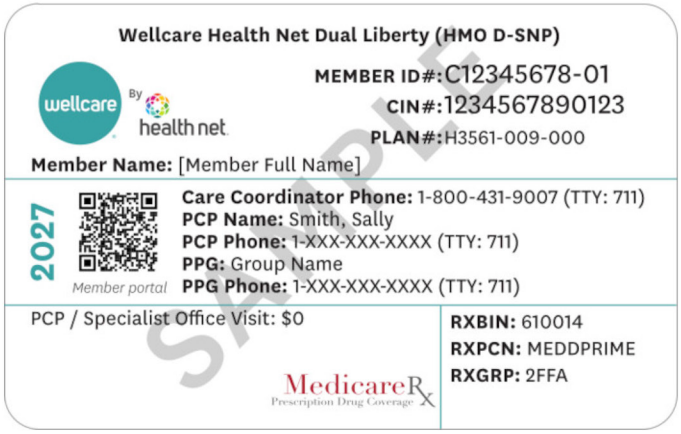
- inyong mga layunin sa pangangalagang pangkalusugan ayon sa pagsasapriyoridad ninyo, at
- isang timeline para sa pagkuha ng mga serbisyong kailangan ninyo.

Makikipag-usap sa inyo ang inyong grupo sa pangangalaga pagkatapos ng inyong HRA. Itatanong nila ang tungkol sa mga serbisyong kailangan ninyo. Sasabihin din nila sa inyo ang tungkol sa mga serbisyo na maaari ninyong pag-isipan na kunin. Makikipagtulungan sa inyo ang inyong grupo sa pangangalaga para i-update ang inyong plano ng pangangalaga nang kahit man lang isang beses kada taon o ayon sa kinakailangan kung mayroon kayong anumang pagbabago sa kalagayan ng inyong kalusugan.

SEKSYON 4 Mahahalagang materyal ng membership

Seksyon 4.1 Ang aming membership card ng plano

Gamitin ang inyong membership card kapag kukuha kayo ng mga serbisyo sa pamamagitan ng aming plano at para sa mga inireresetang gamot na kukunin ninyo sa mga parmasyang nasa network. Dapat din ninyong ipakita sa tagapagbigay ng serbisyo ang inyong card sa California Medi-Cal (Medicaid). Sample ng membership card:



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

Kung ang membership card ng aming plano ay nasira, nawala, o ninakaw, tawagan kaagad ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at padadalhan namin kayo ng bagong card.

Seksyon 4.2 Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya

Nakalista sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* go.wellcare.com/2027providerdirectories ang aming mga kasalukuyang parmasyang nasa network. Ang **Mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network** ay ang mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, medikal na pangkat, ospital, at iba pang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan na may kasunduan sa amin na tumanggap ng aming pagbabayad at bahagian sa gastos ng anumang plano bilang kabuuang bayad.

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

Dapat ninyong gamitin ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network sa pagkuha ng inyong medikal na pangangalaga at mga serbisyo. Maaaring kailanganin din ninyong gumamit ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa Medikal na Pangkat ng inyong Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (Primary Care Provider, PCP). Kung gusto ninyong magpatingin sa isang tagapagbigay ng serbisyo na wala sa Medikal na Pangkat ng inyong tagapagbigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP), maaaring kailanganin ninyong palitan ang inyong PCP. Bukod dito, posibleng limitado kayo sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng inyong Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (PCP) at/o Medikal na Pangkat. Nangangahulugan itong posibleng ang pinili ninyong PCP at/o Medikal na Pangkat ang magtutukoy ng mga espesyalista at ospital na maaari ninyong gamitin. Kung lilipat kayo nang walang paunang awtorisasyon, posibleng magbayad kayo nang buo. Ang mga tanging eksepsiyon ay mga emergency, mga serbisyong agarang kinakailangan kapag hindi available ang network (ibig sabihin, sa mga sitwasyong hindi makatuwiran o hindi posibleng makakuha ng mga serbisyong nasa network), mga serbisyo sa dialysis na wala sa sineserbisyuhang lugar, at sa mga sitwasyon kung saan pinapahintulutan ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ang paggamit ng mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.

Makikita ang pinakabagong listahan ng mga tagapagbigay ng serbisyo sa aming website sa go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Kung wala kayong *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, maaari kayong humingi ng kopya (sa anyong electronic o papel) mula sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Ang hinihiling na hard copy ng *Mga Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ay ipapadala sa inyo sa loob ng 3 araw ng negosyo.

Nakalista sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* go.wellcare.com/2027providerdirectories ang mga parmasyang nasa network namin. Ang mga **parmasyang nasa network** ay mga parmasya na sumang-ayon na magbigay ng mga sinasaklaw na reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* upang mahanap ang parmasyang nasa network na nais ninyong gamitin. Basahin ang Kabanata 5, Seksyon 2.4 para sa impormasyon kung kailan kayo maaaring gumamit ng mga parmasyang wala sa network ng aming plano.

Ipinapakita din sa inyo ng *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* kung aling mga parmasyang nasa aming network ang may preferred na bahagian sa gastos, na maaaring mas mababa sa karaniwang bahagian sa gastos na iniaalok ng ibang parmasyang nasa network para sa ilang gamot.

Kung wala kayong *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, maaari kayong humingi ng kopya mula sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Makikita rin ninyo ang impormasyong ito sa aming website sa go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Seksyon 4.3 Listahan ng Gamot (pormularyo)

Ang aming plano ay mayroong *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (tinatawag ding Listahan ng Gamot o pormularyo). Isinasaad nito kung aling mga inireresetang gamot ang sinasaklaw sa ilalim ng benepisyo

sa Bahagi D sa Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). Ang mga gamot sa listahang ito ay pinili ng aming plano, sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Natutugunan ng Listahan ng Gamot ang lahat ng kinakailangan ng Medicare. Ang mga gamot na kasama sa Programang Pakikipagkasundo sa Presyo ng Gamot ng Medicare ay isasama sa inyong Listahan ng Gamot maliban na lang kung inalis at pinalitan ang mga ito gaya ng inilalarawan sa Kabanata 5, Seksyon 6. Inaprubahan ng Medicare ang Listahan ng Gamot ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP).

Isinasaad din sa Listahan ng Gamot kung mayroong anumang panuntunan na naghihigpit sa pagsaklaw ng isang gamot.

Bibigyan namin kayo ng kopya ng Listahan ng Gamot. Upang makuha ang kompleto at pinakabagong impormasyon tungkol sa kung anong mga gamot ang sinasaklaw, bisitahin ang go.wellcare.com/druglist-53 o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711).

SEKSYON 5 Buod ng Mahahalagang Gastos para sa 2027

	Ang Inyong mga Gastos sa 2027
Buwanang premium sa plano* * Maaaring mas malaki sa halagang ito ang inyong premium. Tingnan ang Seksyon 5.1 para sa mga detalye.	**$0**
Maximum na halaga mula sa sariling bulsa Ito ang pinakamalaking halagang babayaran ninyo mula sa sariling bulsa para sa inyong mga saklaw na serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B. (Tingnan ang Kabanata 4, Seksyon 1 para sa mga detalye.)	**$9,850** **Hindi ninyo tungkuling magbayad ng anumang gastos mula sa bulsa hanggang sa maximum na halaga mula sa sariling bulsa para sa mga sinasaklaw na serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B.**
Mga pagpapatingin sa opisina ng pangunahing pangangalaga	**$0 copay sa bawat pagpapatingin**
Mga pagpapatingin sa opisina ng espesyalista	**$0 copay sa bawat pagpapatingin**

	Ang Inyong mga Gastos sa 2027
Mga inpatient na pananatili sa ospital Kabilang ang iba't ibang inpatient na pananatili sa ospital gaya ng acute na pangangalaga, rehabilitasyon, at pangmatagalang pangangalaga. Nagsisimula ang isang inpatient na pananatili sa ospital sa araw na pormal kayong na-admit nang may utos ng doktor at nagtatapos sa araw bago kayo ma-discharge.	**Para sa mga sinasaklaw ng Medicare na pagpapaospital, kada pagpapaospital:** **$0 copay para sa bawat pananatili sa ospital.**
Sinasaklaw na Bahagi D na gamot (Tingnan ang Kabanata 6 para sa mga detalye, kabilang ang Mga Yugto ng Taunang Naibabawas, Paunang Saklaw, at Catastrophic na Pagsaklaw.)	**Naibabawas para sa sinasaklaw na Bahagi D na gamot** **$700 maliban sa mga saklaw na produktong insulin at karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa adult.** **Bahagian sa Bayad/Coinsurance sa panahon ng Yugto ng Paunang Saklaw:** **Tier 1 ng Gamot:** **Karaniwang bahagian sa gastos: $15 na copay** **Preferred na bahagian sa gastos: $0 copay**
	Tier 2 ng Gamot: **Karaniwang bahagian sa gastos: 25% coinsurance** **Magbabayad kayo ng hindi lalampas sa $35 para sa bawat isang buwang supply ng bawat saklaw na produktong insulin sa tier na ito.** **Preferred na bahagian sa gastos: 20% coinsurance**

	Ang Inyong mga Gastos sa 2027
	Magbabayad kayo ng hindi lalampas sa $35 para sa bawat isang buwang supply ng bawat saklaw na produktong insulin sa tier na ito. **Tier 3 ng Gamot:** **Karaniwang bahagian sa gastos: 41% coinsurance** **Magbabayad kayo ng hindi lalampas sa $35 para sa bawat isang buwang supply ng bawat saklaw na produktong insulin sa tier na ito.** **Preferred na bahagian sa gastos: 41% coinsurance** **Magbabayad kayo ng hindi lalampas sa $35 para sa bawat isang buwang supply ng bawat saklaw na produktong insulin sa tier na ito.** **Tier 4 ng Gamot:** **Karaniwang bahagian sa gastos: 15% coinsurance** **Preferred na bahagian sa gastos: 0% coinsurance** **Tier 5 ng Gamot:** **Karaniwang bahagian sa gastos: 25% coinsurance** **Preferred na bahagian sa gastos: 25% coinsurance** **Tier 6 ng Gamot:** **Karaniwang bahagian sa gastos: $0 copay** **Preferred na bahagian sa gastos: $0 copay** **Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw:** **Sa yugtong ito ng pagbabayad, wala kayong babayaran para sa inyong saklaw na Bahagi D na mga gamot at para sa mga hindi kasamang gamot na saklaw sa ilalim ng aming pinahusay na benepisyo.**

Maaaring kasama sa mga gastusin ang sumusunod:

- Premium ng Plano (Seksyon 5.1)
- Buwanang Premium sa Medicare Part B (Seksyon 5.2)
- Multa sa Huling Pagpapatala sa Bahagi D (Seksyon 5.3)
- Buwanang Halaga ng Adjustment na Nauugnay sa Kita (Seksyon 5.4)
- Halaga ng Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare (Seksyon 5.5)

Seksyon 5.1 Premium ng plano

Dahil ang programang Karagdagang Tulong ang nagbabayad ng premium para sa inyo, hindi kayo magbabayad ng hiwalay na buwanang premium sa plano para sa aming plano.

Seksyon 5.2 Buwanang Premium sa Medicare Part B

Maraming miyembro ang kinakailangang magbayad ng iba pang premium sa Medicare

May ilang miyembro na kinakailangang magbayad ng iba pang premium ng Medicare. Gayang ipinaliwanag sa Seksyon 2 sa itaas, upang maging kwalipikado para sa aming plano, kailangan ninyong panatilihin ang inyong pagiging kwalipikado para sa California Medi-Cal (Medicaid) at magkaroon ng parehong Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan sa mga miyembro ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP), binabayaran ng California Medi-Cal (Medicaid) ang inyong premium sa Bahagi A (kung hindi kayo awtomatikong kwalipikado para dito) at ang inyong premium sa Bahagi B.

Kung hindi binabayaran ng California Medi-Cal (Medicaid) ang inyong mga premium sa Medicare para sa inyo, kailangan ninyong patuloy na bayaran ang inyong mga premium sa Medicare upang manatiling miyembro ng aming plano. Kabilang dito ang inyong premium para sa Bahagi B. Maaari rin kayong magbayad ng premium para sa Bahagi A kung hindi kayo kwalipikado para sa Bahagi A na walang premium.

Seksyon 5.3 Multa sa Huling Pagpapatala sa Bahagi D

Dahil dalawang beses kayong kwalipikado, hindi nalalapat ang LEP sa inyo hangga’t napapanatili ninyo ang inyong status na dalawang beses na kwalipikado, ngunit kung mawala ang inyong status na dalawang beses na kwalipikado, maaari kayong magtamo ng LEP. Ang multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D ay isang karagdagang premium na dapat bayaran para sa saklaw sa Bahagi D kung sa anumang punto pagkatapos ng yugto ng inyong inisyal na panahon ng pagpapatala, nagkaroon ng 63 magkakasunod na araw o higit pa na wala kayong Bahagi D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa gamot. Ang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot ay ang pagsaklaw na nakakatugon sa minimum na pamantayan ng Medicare dahil inaasahan itong magbabayad, sa average, ng kahit katumbas lang ng pamantayang pagsaklaw sa gamot ng Medicare. Ang halaga ng multa sa huling pagpapatala ay batay sa kung gaano katagal kayong walang Bahagi D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot. Karaniwan, kailangan ninyong bayaran ang multang ito hangga't mayroon kayong saklaw sa Bahagi D.

Hindi ninyo kailangang magbayad ng multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D kung:

- Nakakakuha kayo ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare upang makatulong na mabayaran ang inyong gastos sa mga gamot.
- Hindi kayo nagkaroon ng higit sa 63 magkakasunod na araw nang walang Bahagi D o iba pang kinikilalang pagsaklaw.
- Nakakuha kayo ng kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa pamamagitan ng ibang mapagkukunan (tulad ng dating employer, union, TRICARE, o Veterans Health Administration (VA)). Ipapaalam sa inyo kada taon ng inyong insurer o ng inyong human resource department kung ang inyong saklaw sa gamot ay kinikilalang pagsaklaw. Makukuha ninyo ang impormasyong ito sa isang sulat o sa isang newsletter mula sa planong iyon. Itago ang impormasyong ito, dahil maaari ninyo itong magamit kung sasali kayo sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.
    - **Tandaan:** Kailangang ilahad ng anumang sulat o abiso na mayroon kayong kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot na inaasahang magbabayad ng kahit katumbas lang ng binabayaran ng karaniwang plano sa gamot ng Medicare.
    - **Tandaan:** Ang mga discount card ng inireresetang gamot, libreng klinika, at website ng discount sa gamot ay hindi mga kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot.

Tutukuyin ng Medicare ang halaga ng multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D. Ganito ang mangyayari:

- Una, bilangin kung ilang buong buwan kayong na-delay sa pagpapatala sa plano sa gamot ng Medicare, pagkatapos ninyong maging kwalipikado sa pagpapatala. O bilangin kung ilang buong buwan kayong walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot, kung ang break in na pagsaklaw ay 63 araw o higit pa.
- Pagkatapos, tutukuyin ng Medicare ang halaga ng average na buwanang premium ng plano para sa plano sa gamot ng Medicare sa bansa mula sa nakaraang taon (pambansang basehan ng premium ng beneficiary). Para sa 2027, ang average na halagang premium na ito ay $41.33.
- Upang kalkulahin ang inyong buwanang multa, imu-multiply ng Medicare ang bilang ng mga buwang walang saklaw (porsyento ng multa) sa 1% ng national base beneficiary premium at pagkatapos ay ira-round ang halagang iyon sa pinakamalapit na 10 sentimo. Halimbawa, kung wala kayong Bahagi D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa loob ng 14 na buwan, ang multa ay magiging 14% times $41.33, na katumbas ng $5.79. $5.80 ito kapag ni-round off. Ang halagang ito ay idaragdag sa **buwanang premium ng plano para sa sinumang mayroong multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D**.

Tatlong mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa buwanang multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D:

- **Maaaring magbago ang multa kada taon,** dahil maaaring magbago ang pambansang basehan ng premium ng beneficiary bawat taon.
- **Karaniwan, patuloy kayong magbabayad ng multa** kada buwan hangga’t nakatala kayo sa planong mayroong mga benepisyo sa gamot sa Medicare Part D, kahit na magpalit kayo ng plano.

- Kung kayo ay *wala pang* 65 taong gulang at nakatala sa Medicare, mare-reset ang multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D pagtuntong ninyo ng 65. Pagkatapos ng edad na 65, ang inyong multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D ay ibabatay na lang sa mga buwan na wala kayong pagsaklaw pagkatapos ng inyong inisyal na panahon ng pagpapatala para sa pagtanda sa Medicare.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa inyong multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D, maaari kayo o ang inyong kinatawan na humiling ng muling pagsasaalang-alang (apela) sa multa. Ang muling pagsasaalang-alang ay isinasagawa ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na walang kaugnayan sa amin. Karaniwan, kailangan ninyong hilingin ang muling pagsasaalang-alang na ito **sa loob ng 60 araw** mula sa petsa ng unang sulat na natanggap ninyo na nagsasabing kailangan ninyong magbayad ng multa sa huling pagpapatala. Gayunpaman, kung nagbabayad kayo ng multa bago kayo sumali sa aming plano, maaaring hindi na kayo magkaroon ng pangalawang pagkakataon upang humiling ng muling pagsasaalang-alang sa multa sa huling pagpapatala na iyon.

Seksyon 5.4 Buwanang Halaga ng Adjustment na Nauugnay sa Kita

Kung hindi na kayo kwalipikado para sa planong ito dahil sa mga pagbabago sa inyong kita, maaaring kailanganin ng ilang miyembro na magbayad ng karagdagang singil para sa kanilang plano ng Medicare, na kilala bilang Buwanang Halaga ng Adjustment na Nauugnay sa Kita (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) sa Bahagi D. Kinakalkula ang karagdagang singil gamit ang inyong binagong kabuuang kita na iniulat sa inyong IRS tax return mula sa nakalipas na 2 taon. Kung mas mataas ang halagang ito sa isang partikular na halaga, babayaran ninyo ang karaniwang halaga ng premium at ang karagdagang IRMAA. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa karagdagang halagang maaaring kailangan ninyong bayaran batay sa inyong kita, bisitahin ang Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

Kung hindi kayo sumasang-ayon tungkol sa pagbabayad ng karagdagang IRMAA, maaari kayong humiling sa Panlipunang Seguridad na suriin ang desisyon. Upang malaman kung paano ito gagawin, tawagan ang Panlipunang Seguridad sa 1-800-772-1213 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-325-0778).

Seksyon 5.5 Halaga ng Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare

Kung kalahok kayo sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare, bawat buwan, babayaran ninyo ang inyong premium ng plano (kung mayroon kayo nito) at makakatanggap kayo ng bill mula sa inyong planong pangkalusugan o plano sa gamot para sa inyong mga inireresetang gamot (sa halip na magbayad sa parmasya). Nakabatay ang inyong buwanang bill sa kung ano ang kailangan ninyong bayaran para sa anumang resetang kukunin ninyo, pati na sa balanse ninyo noong nakaraang buwan, na hinati sa bilang ng natitirang buwan sa taon.

Isinasaad sa Kabanata 2, Seksyon 7 ang higit pa tungkol sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare. Kung hindi kayo sang-ayon sa halagang siningil bilang bahagi ng opsyon sa pagbabayad na ito, maaari ninyong sundin ang mga hakbang sa Kabanata 9 upang maghain ng reklamo o apela.

SEKSYON 6 Higit pang impormasyon tungkol sa inyong buwanang premium ng plano

Seksyon 6.1 Hindi magbabago ang premium ng inyong buwanang plano sa buong taon

Hindi kami pinapayagang baguhin ang halaga ng buwanang premium ng aming plano sa loob ng taon. Kung magbabago ang buwanang premium ng plano para sa susunod na taon, ipapaalam namin ito sa inyo sa Setyembre at magkakabisa ang bagong premium sa ika-1 ng Enero.

Gayunpaman, sa ilang kaso, maaaring hindi na ninyo ituloy ang pagbabayad ng multa sa huling pagpapatala, kung mayroon kayo nito, o maaaring kailanganin ninyong simulan ang pagbabayad ng multa sa huling pagpapatala.

- Kung mawawalan kayo ng Karagdagang Tulong, maaari kayong singilin ng multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D kung magpapatuloy kayo sa loob ng 63 araw o higit pa na walang Bahagi D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa gamot.

Alamin ang higit pa tungkol sa Karagdagang Tulong sa Kabanata 2, Seksyon 7.

SEKSYON 7 Pagpapanatiling napapanahon ng inyong rekord ng membership sa plano

Ang inyong membership record ay mayroong impormasyon mula sa inyong form ng pagpapatala, kabilang ang inyong address at numero ng telepono. Ipinapakita nito ang inyong partikular na pagsaklaw ng plano kabilang ang inyong Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga/ Medikal na Pangkat.

Ginagamit ng mga doktor, ospital, pharmacist, at iba pang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano ang **inyong membership record upang malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang sinasaklaw at kung magkano ang halaga ng inyong bahagian sa gastos.** Dahil dito,

napakahalagang tulungan ninyo kaming panatilihing napapanahon ang inyong impormasyon.

Kung nagkaroon kayo ng alinman sa mga pagbabagong ito, ipaalam sa amin ang mga sumusunod:

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

Kung nagbago ang alinman sa impormasyong ito, ipagbigay-alam sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Mahalaga ring makipag-ugnayan sa Panlipunang Seguridad kung lilipat o magbabago kayo ng address na padadalhan. Tawagan ang Panlipunang Seguridad sa 1-800-772-1213 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-325-0778).

SEKSYON 8 Paano gumagana ang ibang insurance sa aming plano

Inaatasan kami ng Medicare na mangolekta ng impormasyon tungkol sa anupamang medikal na saklaw o saklaw sa gamot na mayroon kayo upang mapangasiwaan namin ang anupamang saklaw sa inyong mga benepisyo sa ilalim ng aming plano. Tinatawag itong **Koordinasyon ng Mga Benepisyo**.

Isang beses kada taon, magpapadala kami sa inyo ng sulat na naglilista ng anupamang medikal na saklaw o saklaw sa gamot na alam namin. Basahing mabuti ang impormasyong ito. Kung tama ang mga ito, wala kayong kailangang gawin. Kung hindi wasto ang impormasyon, o kung mayroon kayong iba pang pagsaklaw na hindi nakalista, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Posibleng kailanganin ninyong ibigay ang numero ng inyong ID ng miyembro sa plano sa iba ninyong insurer (kapag nakumpirma na ninyo ang kanilang pagkakakilanlan) upang mabayaran nang tama ang inyong mga bill sa tamang oras.

Kapag mayroon kayong ibang insurance, (tulad ng pang-grupong pangkalusugang saklaw ng employer), ang mga panuntunan ang Medicare magpapasya kung ang aming plano ba o ang inyong iba pang insurance ang mauunang magbabayad. Ang insurance na mauunang magbabayad (ang “pangunahing tagapagbayad”) ang magbabayad hanggang sa limitasyon ng pagsaklaw nito. Ang

insurance na pangalawang magbabayad, (ang "pangalawang tagapagbayad") ay magbabayad lang kung mayroong mga gastos na hindi pa nababayaran ng pangunahing pagsaklaw. Posibleng hindi bayaran ng pangalawang tagapagbayad ang lahat ng hindi pa nababayarang gastos. Kung mayroon kayong iba pang insurance, ipaalam ito sa inyong doktor, ospital, at parmasya.

Naaangkop ang mga panuntunang ito para sa mga pang-grupong planong pangkalusugang saklaw ng employer o union:

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

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

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

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

KABANATA 2:
Mga numero ng telepono at mapagkukunan

SEKSYON 1 Mga contact ng aming plano

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

Mga Serbisyo para sa Miyembro – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Pakitandaan na pagkatapos ng mga oras ng negosyo, kapag Sabado at Linggo, at kapag pederal na pista opisyal mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, ang aming naka-automate na system ng telepono ang posibleng makasagot ng inyong tawag. Kung mag-iiwan kayo ng voicemail message, pakibanggit ang inyong pangalan at numero ng telepono, at tatawagan kayo ng isang miyembro ng team sa loob ng isang (1) araw na may pasok. Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) ay mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
Sumulat sa	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Website	go.wellcare.com/HealthNetCA

Paano humiling sa amin ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela tungkol sa inyong medikal na pangangalaga

Ang desisyon sa pagsaklaw ay isang desisyong ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa inyong mga medikal na serbisyo o Bahagi D na mga gamot. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin namin ang aming desisyon sa pagsaklaw. Para sa higit pang impormasyon kung paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela tungkol sa inyong medikal na pangangalaga o Bahagi D na mga gamot, tingnan ang Kabanata 9.

Mga Desisyon sa Pagsaklaw para sa Medikal na Pangangalaga – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
Sumulat sa	Medical Management PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

Mga Desisyon sa Pagsaklaw para sa Bahagi D na mga gamot – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.

Mga Desisyon sa Pagsaklaw para sa Bahagi D na mga gamot – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
Fax	1-866-226-1093
Sumulat sa	Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
Website	go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations

Mga Apela para sa Medikal na Pangangalaga – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
Fax	1-844-273-2671
Sumulat sa	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10052 Van Nuys, CA 91410-0052

Mga Apela para sa Bahagi D na mga gamot - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
Fax	1-866-388-1766
Sumulat sa	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
Website	go.wellcare.com/HealthNetCA

Paano maghain ng reklamo tungkol sa inyong medikal na pangangalaga

Maaari kayong maghain ng reklamo tungkol sa amin o sa isa sa aming mga tagapagbigay ng serbisyo o parmasyang nasa network, kabilang ang reklamo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga. Hindi kasama sa uri ng reklamong ito ang problema sa pagsaklaw o pagbabayad. Para sa higit pang impormasyon kung paano maghain ng reklamo tungkol sa inyong medikal na pangangalaga, tingnan ang Kabanata 9.

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

Mga Reklamo tungkol sa Medikal na Pangangalaga – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
Fax	1-844-273-2671
Sumulat sa	Appeals & Grievances Medicare Operations Grievance Department P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
Website ng Medicare	Upang magsumite ng reklamo tungkol sa Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) nang direkta sa Medicare, pumunta sa Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Mga reklamo tungkol sa Bahagi D na mga gamot - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
Fax	1-844-273-2671
Sumulat sa	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344

Mga reklamo tungkol sa Bahagi D na mga gamot - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Website ng Medicare	Upang magsumite ng reklamo tungkol sa Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) nang direkta sa Medicare, pumunta sa Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Paano humiling sa amin na bayaran ang halaga ng medikal na pangangalaga o isang gamot na natanggap ninyo

Kung nakatanggap kayo ng bill o nagbayad kayo para sa mga serbisyo (tulad ng bill mula sa tagapagbigay ng serbisyo) na sa palagay ninyo ay dapat naming bayaran, maaaring kailanganin ninyong hilingin sa amin na i-reimburse kayo o bayaran ang bill ng tagapagbigay ng serbisyo. Tingnan ang Kabanata 7 para sa higit pang impormasyon.

Kung magpapadala kayo sa amin ng kahilingan sa pagbabayad at tinanggihan namin ang anumang bahagi ng inyong kahilingan, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Tingnan ang Kabanata 9 para sa higit pang impormasyon.

Mga Kahilingan sa Pagbabayad – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Sumulat sa	Mga Kahilingan sa Medikal na Pagbabayad: Member Reimbursement Dept Medical Reimbursement Department PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 Mga Kahilingan sa Pagbabayad para sa Bahagi D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
Website	go.wellcare.com/HealthNetCA

SEKSYON 2 Paghingi ng tulong mula sa Medicare

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

Ang pederal na ahensiya na namamahala sa Medicare ay ang Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS). Nakikipagkontrata ang ahensyang ito sa mga organisasyon ng Medicare Advantage, kabilang ang aming plano.

Medicare – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY	1-877-486-2048 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito.
Chat Live	Makipag-chat nang live sa Medicare.gov/talk-to-someone.
Sumulat sa	Sumulat sa Medicare sa PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Website	Medicare.gov • Kumuha ng impormasyon tungkol sa mga plano sa kalusugan at gamot ng Medicare sa inyong lugar, kabilang kung magkano ang mga ito at kung anong mga serbisyo ang kanilang ibinibigay. • Maghanap ng mga kalahok na doktor sa Medicare o iba pang tagapagbigay ng serbisyo at supplier ng pangangalagang pangkalusugan. • Alamin kung ano ang sinasaklaw ng Medicare, kabilang ang mga preventive na serbisyo (tulad ng screening, bakuna, at taunang pagpapatingin para sa “Wellness”). • Kumuha ng impormasyon at form sa pag-apela sa Medicare. • Kumuha ng impormasyon tungkol sa kalidad ng pangangalaga na ibinibigay ng mga plano, nursing home, ospital, doktor, ahensya ng kalusugan sa tahanan, pasilidad ng dialysis, sentro ng hospisyo, pasilidad ng rehabilitasyon para sa mga pasyente, at mga ospital ng pangmatagalang pangangalaga.

Medicare – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
	• Maghanap ng mga makakatulong na website at numero ng telepono. Maaari rin ninyong bisitahin ang website na Medicare.gov upang ipaalam sa Medicare ang tungkol sa anumang reklamo ninyo sa aming plano. **Upang magsumite ng reklamo sa Medicare,** pumunta sa Medicare.gov/my/medicare-complaint. Sineseryoso ng Medicare ang inyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito upang makatulong na mapabuti ang kalidad ng programang Medicare.

SEKSYON 3 Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan (SHIP)

Ang Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan (SHIP) ay isang programa ng gobyerno na mayroong mga sinanay na tagapayo sa bawat estadong nag-aalok ng libreng tulong, impormasyon, at mga sagot sa inyong mga tanong tungkol sa Medicare. Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California.

Ang Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California ay isang independiyenteng programa ng estado (hindi konektado sa anumang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan) na tumatanggap ng pondo mula sa Pederal na pamahalaan upang makapagbigay ng libreng lokal na pagpapayo tungkol sa insurance sa kalusugan para sa mga taong may Medicare.

Matutulungan kayo ng mga tagapayo ng Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California na maunawaan ang inyong mga karapatan sa Medicare, magsumite ng mga reklamo tungkol sa inyong medikal na pangangalaga o paggamot, at ayusin ang mga problema sa inyong mga bill sa Medicare. Matutulungan din kayo ng mga tagapayo ng Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa inyong mga tanong o problema tungkol sa Medicare, tutulungan kayong maunawaan ang inyong mga pagpipilian sa plano ng Medicare, at sasagutin ang inyong mga tanong tungkol sa pagpapalit ng plano.

Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-800-434-0222 1-916- 419-7500
TTY	1-800-735-2929 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.

Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Sumulat sa	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Website	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

SEKSYON 4 Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO)

Ang itinalagang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) ay nagsisilbi sa mga taong may Medicare sa bawat estado. Para sa California, ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ay tinatawag na Commence Health (Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng California).

Ang Commence Health (Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng California) ay may pangkat ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng Medicare upang suriin at tumulong sa pagpapahusay ng kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Ang Commence Health (Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng California) ay isang hiwalay na organisasyon. Hindi ito konektado sa aming plano.

Makipag-ugnayan sa Commence Health (Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng California) sa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Mayroon kayong reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap ninyo. Kabilang sa halimbawa ng mga alalahanin may kinalaman sa kalidad ng pangangalaga ang makatanggap ng maling gamot, mga hindi kinakailangang pagsusuri o proseso, o maling diagnosis.
- Sa tingin ninyo ay masyadong maagang matatapos ang pagsaklaw sa inyong pananatili sa ospital.
- Sa tingin ninyo ay masyadong maagang matatapos ang pagsaklaw para sa inyong pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o mga serbisyo sa Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Pasyenteng Hindi Kailangang I-confine (CORF).

Commence Health (Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-877-588-1123 9:00 a.m. - 5:00 p.m. lokal na oras, Lunes - Biyernes; 10:00 a.m. - 4:00 p.m. lokal na oras, Sabado - Linggo

Commence Health (Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
TTY	711
Sumulat sa	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
Website	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

SEKSYON 5 Panlipunang Seguridad

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

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

Panlipunang Seguridad – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-800-772-1213 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available 8 a.m. hanggang 7 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Gamitin ang awtomatikong serbisyo sa telepono ng Panlipunang Seguridad upang makakuha ng mga naka-record na impormasyon at magsagawa ng negosyo nang 24 na oras sa isang araw.
TTY	1-800-325-0778 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lang sa mga taong may kahirapan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available 8 a.m. hanggang 7 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
Website	SSA.gov

SEKSYON 6 Medicaid

Bilang miyembro ng aming plano, kwalipikado kayo para sa Medicare at California Medi-Cal (Medicaid). Ang Medicaid ay isang pinagsamang programa ng pederal na pamahalaan at estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa ilang partikular na mga taong may limitadong kita at mapagkukunan.

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

- **Kuwalipikadong Benepisyaryo ng Medicare Plus (QMB+):** Tumutulong sa pagbabayad ng mga premium ng Medicare Part A at Part B, at iba pang bahagian sa gastos (tulad ng mga naibabawas, coinsurance, at mga bahagian sa bayad). Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay nakakatanggap din ng kumpletong mga benepisyo ng Medicaid.
- **Tinukoy na Benepisyaryo ng Medicare Plus na May Mababang Kita (SLMB+):** Nakakatulong sa pagbabayad ng mga premium sa Bahagi B. Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay nakakatanggap din ng kumpletong mga benepisyo ng Medicaid.
- **May Dobleng Kwalipikasyon para sa Kumpletong Benepisyo (FBDE):** Maaaring bayaran ng Medicaid ang inyong mga premium para sa Medicare Part A at Part B at iba pang bahagian sa gastos (tulad ng mga naibabawas, coinsurance, at bahagian sa bayad). Ang mga kwalipikadong benepisyaryo ay nakakatanggap din ng kumpletong mga benepisyo ng Medicaid.

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

California Medi-Cal (Medicaid) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 8:00 a.m. - 5:00 p.m. PT, Lunes - Biyernes
TTY	1-800-430-7077 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.
Sumulat sa	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
Website	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

Tinutulungan ng Programa ng Ombudsman sa Pangmatagalang Pangangalaga ng California ang mga taong nakatala sa California Medi-Cal (Medicaid) na may mga problema sa serbisyo o pagsingil. Matutulungan nila kayong maghain ng karaingan o apela sa aming plano.

Programa ng Ombudsman sa Pangmatagalang Pangangalaga ng California - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-916-419-7510 8:00 a.m. - 4:00 p.m. lokal na oras, Lunes - Biyernes
TTY	711
Sumulat sa	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Website	https://www.aging.ca.gov/

Tinutulungan ng Programa ng Ombudsman sa Pangmatagalang Pangangalaga ng California ang mga tao na makakuha ng impormasyon tungkol sa mga nursing home at lutasin ang mga problema sa pagitan ng mga nursing home at mga residente o kanilang mga pamilya.

Programa ng Ombudsman sa Pangmatagalang Pangangalaga ng California – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-916-419-7510 8:00 a.m. - 5:00 p.m. lokal na oras, Lunes - Biyernes
TTY	711
Sumulat sa	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Website	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Long-Term_Care_Ombudsman/

SEKSYON 7 Mga Programang tumutulong sa mga taong bayaran ang mga inireresetang gamot

Ang website ng Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ay naglalaman ng impormasyon tungkol sa mga paraan kung paano mapapababa ang inyong mga gastos sa inireresetang gamot. Ang mga programa sa ibaba ay makakatulong sa mga taong may limitadong kita.

Karagdagang Tulong mula sa Medicare

Dahil kwalipikado kayo para sa California Medi-Cal (Medicaid), kwalipikado rin kayo para sa Karagdagang Tulong mula sa Medicare upang bayaran ang inyong mga gastusin sa plano sa inireresetang gamot. Wala kayong kailangang gawin upang matanggap ang Karagdagang Tulong na ito.

Kung mayroon kayong tanong tungkol sa Karagdagang Tulong, tumawag sa:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048,
- Ang Tanggapan ng Panlipunang Seguridad sa 1-800-772-1213, mula 8 a.m. at 7 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-325-0778; o
- Ang Tanggapan ng Medicaid sa Inyong Estado sa 1-800-541-5555, ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077.

Kung sa tingin ninyo ay hindi wasto ang binabayaran ninyong halaga para sa inyong reseta sa isang parmasya, may proseso ang aming plano na makakatulong sa inyong makakuha ng katibayan ng wastong halaga ng bahagian sa bayad. Kung mayroon na kayong katibayan ng wastong halaga, matutulungan namin kayong ibahagi ang katibayang ito sa amin.

- Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at sabihin sa kinatawan na sa palagay ninyo ay kwalipikado kayo para sa Karagdagang Tulong. Posibleng kailangan ninyong magbigay ng isa sa mga sumusunod na uri ng dokumentasyon (Pinakamahusay na Ebidensyang Available):
    - Isang kopya ng card ng California Medi-Cal (Medicaid) ng benepisyaryo na may pangalan ng benepisyaryo at petsa ng pagiging karapat-dapat sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo
    - Isang kopya ng dokumentong mula sa Estado na kumukumpirma sa aktibong status sa California Medi-Cal (Medicaid) sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo
    - Isang print out mula sa file ng electronic na pagpapatala ng Estado na nagpapakita ng status sa California Medi-Cal (Medicaid) sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo
    - Isang screen print mula sa mga system ng California Medi-Cal (Medicaid) ng Estado na nagpapakita ng status sa Medicaid sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo
    - Iba pang dokumentasyong ibinigay ng Estado na nagpapakita ng status sa California Medi-Cal (Medicaid) sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo

- Isang sulat mula sa Administrasyon ng Panlipunang Seguridad (SSA) na nagpapakitang tumatanggap ang indibidwal ng Suplementong Seguridad sa Kita (SSI)
- Isang Aplikasyong Inihain ng Natukoy na Kwalipikado na nagkukumpirmang ang benepisyaryo ay "…awtomatikong kwalipikado para sa Karagdagang Tulong…" (SSA publication HI 03094.605)

Kung kayo ay nakalagak sa isang institusyon at naniniwala kayong kwalipikado kayo para sa zero na bahagian sa gastos, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at sabihin sa kinatawan na naniniwala kayong kwalipikado kayo para sa Karagdagang Tulong. Posibleng kailangan ninyong magbigay ng isa sa mga sumusunod na uri ng dokumentasyon:

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

- Kung hindi ninyo maibibigay ang dokumentasyong nakasaad sa itaas at naniniwala kayo na posibleng kwalipikado kayo para sa Karagdagang Tulong, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at tutulungan kayo ng isang kinatawan.
- Kapag natanggap namin ang katibayang nagpapakita ng inyong wastong antas sa bahagian sa bayad, ia-update namin ang aming system upang mabayaran ninyo ang wastong halaga ng bahagian sa bayad kapag kinuha ninyo ang susunod ninyong reseta. Kung sumobra ang naibayad ninyong bahagian sa bayad, ibabalik namin ang sobrang ibinayad sa inyo sa pamamagitan ng tseke o sa pamamagitan ng pag-credit para sa hinaharap na bahagian sa bayad. Kung hindi kinolekta ng parmasya ang inyong bahagian sa bayad at nagkautang kayo sa kanila, babayaran namin nang direkta ang parmasya. Kung nagbayad ang estado sa ngalan ninyo, maaari naming direktang bayaran ang estado. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) kung mayroon kayong mga tanong.

Paano kung mayroon kayong Karagdagang Tulong at pagsaklaw mula sa Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP)?

Tinutulungan ng Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP) ang mga taong may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakapagligtas ng buhay. Ang mga gamot sa Medicare Part D na nasa pormularyo rin ng ADAP ay kwalipikado para sa tulong sa bahagian sa gastos ng inireresetang gamot sa pamamagitan ng Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP) ng California.

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

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

Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP) ng California – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-844-421-7050 8:00 a.m. - 5:00 p.m. lokal na oras, Lunes - Biyernes (hindi kasama ang mga pistal opisyal)
TTY	711
Sumulat sa	California Department of Public Health Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
Website	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

Tandaan: Upang maging kwalipikado para sa ADAP na nasa inyong Estado, kailangang matugunan ng mga tao ang ilang partikular na pamantayan, kabilang ang katibayan ng paninirahan sa Estado at HIV status, mababang kita (alinsunod sa depinisyon ng Estado), at pagiging walang insurance/kulang sa insurance. Kung magpapalit kayo ng plano, abisuhan ang inyong lokal na manggagawa sa pagpapatala sa ADAP upang patuloy kayong makatanggap ng tulong. Para sa impormasyon tungkol sa mga pamantayan para sa pagiging kwalipikado, mga saklaw na gamot, o kung paano magpatala sa programa, tawagan ang Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP) ng California.

Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare

Ang Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare ay isang opsyon sa pagbabayad na gumagana kasama ng inyong kasalukuyang saklaw ng gamot na tumutulong sa inyong pamahalaan ang inyong mga gastos mula sa bulsa para sa mga gamot na sinasaklaw ng aming plano sa pamamagitan ng paghahati-hati ng mga ito sa **kabuuan ng taon sa kalendaryo** (Enero – Disyembre). Maaaring gamitin ng sinumang may plano sa gamot ng Medicare o planong pangkalusugan ng Medicare na may saklaw sa gamot (gaya ng plano ng Medicare Advantage na may saklaw sa gamot) ang opsyong ito sa pagbabayad. **Posibleng makatulong sa inyo ang opsyong ito sa pagbabayad na pamahalaan ang inyong mga gastusin, ngunit hindi kayo makakatipid ng pera at hindi nito mapapababa ang inyong mga gastos sa gamot. Kung kasali kayo sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare at mananatili kayo sa parehong Bahagi D na plano, awtomatikong ire-renew ang pagsali ninyo para sa 2027; hindi na ninyo kailangang magsumite ng bagong kahilingan sa pagpili upang magpatuloy sa pagsali sa 2027.** Ang Karagdagang Tulong mula sa Medicare at tulong mula sa inyong SPAP at ADAP, para sa mga kwalipikado, ay mas kapaki-pakinabang kaysa lumahok sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare. Upang matuto pa tungkol sa opsyong ito ng pagbabayad, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o bisitahin ang Medicare.gov.

Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-833-750-9969 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) ay mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga hindi nagsasalita ng English.
TTY	1-800-716-3231 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
Sumulat sa	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
Website	go.wellcare.com/CA-MPPP

SEKSYON 8 Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles (RRB)

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

Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles (RRB) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	1-877-772-5772 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Pindutin ang “0,” upang 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. Pindutin ang “1” upang ma-access ang awtomatikong Linya ng Tulong ng RRB at makakuha ng nakarekord na impormasyon 24 na oras sa isang araw, kabilang ang mga weekend at pista opisyal.

Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles (RRB) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
TTY	1-312-751-4701 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita. Ang mga pagtawag sa numerong ito ay hindi libre.
Website	https://RRB.gov

SEKSYON 9 Kung mayroon kayong panggrupong insurance o iba pang insurance sa kalusugan mula sa isang employer

Kung kayo (o ang inyong asawa o kinakasama) ay nakakakuha ng mga benepisyo mula sa employer ninyo (o ng inyong asawa o kinakasama) o sa grupo ng mga retirado bilang bahagi ng planong ito, tawagan ang tagapangasiwa ng mga benepisyo sa employer/union o ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) tungkol sa anumang tanong. Maaari kayong magtanong tungkol sa mga benepisyo na pangkalusugang employer o retirado ninyo (o ng inyong asawa o kinakasama), mga premium, o tungkol sa panahon ng pagpapatala. (Naka-print sa likod na pabalat ng dokumentong ito ang mga numero ng telepono ng Mga Serbisyo para sa Miyembro.) Maaari kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para sa mga tanong tungkol sa inyong pagsaklaw sa Medicare sa ilalim ng planong ito. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

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

KABANATA 3:
Paggamit sa aming plano para sa inyong medikal at iba pang saklaw na serbisyo

SEKSYON 1 Paano kumuha ng medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo bilang miyembro ng aming plano

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung ano ang dapat ninyong malaman tungkol sa paggamit ng aming plano upang makuha ang inyong medikal na pangangalaga at iba pang saklaw na serbisyo. Para sa mga detalye kung anong mga medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo ang sinasaklaw ng aming plano, tingnan ang Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4.

Seksyon 1.1 Mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network at mga saklaw na serbisyo

- Ang **Mga Tagapagbigay ng Serbisyo** ay mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugang lisensyado ng estado upang magbigay ng mga medikal na serbisyo at pangangalaga. Kabilang din sa terminong “mga tagapagbigay ng serbisyo” ang mga ospital at iba pang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan.

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

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

Seksyon 1.2 Mga pangunahing panuntunan para sa inyong medikal na pangangalaga at iba pang serbisyo na sasaklawin ng aming plano

Bilang planong pangkalusugan ng Medicare, dapat saklawin ng aming plano ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Original Medicare at maaari kaming mag-alok ng iba pang serbisyo sa mga sinasaklaw sa ilalim ng Original Medicare. Mangyaring sumangguni sa Kabanata 4 para sa mga serbisyong sinasaklaw sa ilalim ng plano.

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

- **Ang pangangalagang matatanggap ninyo ay makikita sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo ng aming plano** sa Kabanata 4.
- **Ang pangangalagang natatanggap ninyo ay itinuturing na medikal na kinakailangan.** Ang ibig sabihin ng medikal na kinakailangan ay ang mga serbisyo, supply, kagamitan, o gamot ay kailangan para sa pag-iwas, diagnosis, o paggamot ng inyong medikal na kundisyon at natutugunan nito ang mga tinatanggap na pamantayan ng kasanayang medikal.
- **Mayroon kayong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (isang PCP) na nasa network na nagbibigay at namamahala ng inyong pangangalaga.** Bilang miyembro ng aming plano, dapat kayong pumili ng PCP na nasa network (tingnan ang Seksyon 2.1 para sa higit pang impormasyon).
    - Sa karamihan ng sitwasyon, kailangang bigyan kayo ng inyong PCP na nasa network ng maagang pag-apruba (referral) bago ninyo magamit ang ibang tagapagbigay ng serbisyo sa network ng plano namin, gaya ng mga espesyalista, ospital, pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o pangangalagang pangkalusugan ng ahensya sa bahay. Para sa higit pang impormasyon, pumunta sa Seksyon 2.3.
    - Hindi ninyo kailangan ng referral mula sa inyong PCP para sa emergency na pangangalaga o mga serbisyong agarang kinakailangan. Upang matuto pa tungkol sa iba pang uri ng pangangalagang maaari ninyong makuha nang hindi kinakailangang kumuha ng paunang pag-apruba mula sa inyong PCP, pumunta sa Seksyon 2.2.
- **Dapat ninyong kunin ang inyong pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network** (Tingnan ang Seksyon 2). Sa karamihan ng kaso, hindi sasaklawin ang pangangalagang matatanggap ninyo mula sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network (isang tagapagbigay ng serbisyo na hindi bahagi ng network ng aming plano). Nangangahulugan ito na kailangan ninyong bayaran nang buo ang tagapagbigay ng serbisyo para sa mga serbisyong natanggap ninyo. *Narito ang 3 eksepsiyon:*
    - Sinasaklaw ng aming plano ang emergency na pangangalaga o ang mga serbisyong agarang kinakailangan na makukuha ninyo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Para sa higit pang impormasyon at upang malaman kung ano ang emergency o mga serbisyong agarang kinakailangan, tingnan ang Seksyon 3.
    - Kung kailangan ninyo ng medikal na pangangalaga na iniaatas ng Medicare o California Medi-Cal (Medicaid) na saklawin ng aming plano ngunit walang espesyalista sa aming network na nagbibigay ng ganitong pangangalaga, maaari ninyong kunin ang pangangalagang ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network sa

parehong bahagian sa gastos na karaniwan ninyong ibinabayad sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network (nangangailangan ng paunang awtorisasyon). Mangyaring tawagan kami para alamin ang tungkol sa mga panuntunan sa pagpapahintulot na posibleng kakailanganin ninyong sundin bago humanap ng pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, sasaklawin namin ang mga serbisyong ito kung nakuha ninyo ang pangangalaga mula sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng pag-apruba upang magpatingin sa doktor na wala sa network, tingnan ang Seksyon 2.4.

- Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo para sa kidney dialysis na nakukuha ninyo mula sa pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag kayo ay pansamantalang nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano o kapag pansamantalang wala o hindi mapupuntahan ang inyong tagapagbigay ng serbisyo para sa serbisyong ito. Ang bahagian sa gastos na ibabayad ninyo sa aming plano para sa dialysis ay hindi maaaring maging mas mataas sa bahagian sa gastos sa Original Medicare. Kung nasa labas kayo ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano at nagpapa-dialysis kayo sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network ng aming plano, hindi maaaring mas mataas ang inyong bahagian sa gastos kaysa sa bahagian sa gastos na ibinabayad ninyo sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Gayunpaman, kung pansamantalang hindi available ang inyong karaniwang tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa dialysis at pinili ninyong kumuha ng mga serbisyo sa loob ng aming sineserbisyuhang lugar mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network ng plano, maaaring mas mataas ang inyong bahagian sa gastos para sa dialysis.

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

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

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

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

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

- Mga X-ray,
- Mga pagsusuri sa laboratoryo,
- Mga Physical, Occupational, at/o Speech Therapy,
- Pangangalaga mula sa mga espesyalistang doktor,
- Mga pagka-admit sa ospital, at
- Follow-up na pangangalaga

Ang "pangangasiwa" sa inyong mga saklaw na serbisyo ay may kasamang pagsusuri o pagkonsulta sa ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa plano tungkol sa inyong pangangalaga at kung ano ang kalagayan nito. Para sa ilang partikular na serbisyo, kailangang makakuha ng paunang awtorisasyon ang inyong PCP (maagang pag-apruba). Kung kailangan ng paunang awtorisasyon ng serbisyong kailangan ninyo, hihiling ng pahintulot ang inyong PCP mula sa aming plano. Dahil ang inyong PCP ang magbibigay at magsasaayos ng inyong medikal na pangangalaga, kailangan ninyong ipadala sa tanggapan ng inyong PCP ang lahat ng inyong nakaraang medikal na rekord. Karaniwang makikipagkita kayo sa inyong PCP para sa karamihan ng inyong regular na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan. Inirerekomenda naming hayaan ninyong ang inyong PCP ang mangasiwa sa lahat ng inyong pangangalaga. Mangyaring sumangguni sa Seksyon 2.3 ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon.

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

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

Paano pumili ng PCP

Kapag nagpatala kayo sa aming plano, pipili kayo ng Medikal na Pangkat mula sa network ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). Pipili rin kayo ng PCP mula sa kalahok na Medikal na Pangkat na ito. Upang pumili ng inyong PCP, pumunta sa aming website sa go.wellcare.com/2027providerdirectories at pumili ng PCP mula sa network ng aming plano. Makakatulong din sa inyo ang Mga Serbisyo para sa Miyembro na pumili ng PCP. Kapag nakapili na kayo ng inyong PCP tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kasama ang inyong pinili. Nasa network dapat namin ang inyong PCP.

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

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

Paano palitan ang inyong PCP

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

Kung gusto ninyong palitan ang inyong Medikal na Pangkat o PCP, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang bawat Medikal na Pangkat at PCP na nasa plano ay gumagawa ng mga referral sa ilang partikular na espesyalista ng plano at gumagamit ng ilang partikular na ospital na nasa kanilang network. Dahil ang ilang PCP ay kalahok sa limitado o partikular na mga network ng referral, maaaring itakda ng Medikal na Pangkat at PCP na pipiliin ninyo kung aling mga espesyalista at ospital ang maaari ninyong gamitin. Kung mayroong mga partikular na espesyalista o ospital na gusto ninyong gamitin, alamin kung ginagamit ba ng inyong planong Medikal na Pangkat at PCP ang mga espesyalista o ospital na ito.

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

Seksyon 2.2 Medikal na pangangalaga at iba pang serbisyong maaari ninyong makuha nang walang referral mula sa PCP

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

- Karaniwang pangangalagang pangkalusugan ng mga babae, kabilang ang mga eksaminasyon sa suso, screening mammogram (mga x-ray ng suso), Pap test, at eksaminasyon ng balakang, hangga’t kukunin ninyo ang mga ito sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network
- Mga pagpapabakuna para sa trangkaso, COVID-19, at pulmonya, hangga’t nakukuha ninyo ang mga ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network
- Mga serbisyo sa emergency mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network o mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network
- Ang mga saklaw na serbisyo ng plano na agarang kinakailangan ay ang mga serbisyong nangangailangan ng agarang medikal na atensyon (ngunit hindi isang emergency) kung kayo ay pansamantalang nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano, o kung hindi makatwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon ninyo na kunin ang serbisyong ito mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang

kinakailangan ay mga hindi inaasahang medikal na karamdaman at pinsala o hindi inaasahang pagsumpong ng mga dati nang kundisyon. Ang mga regular na pagpapatingin sa tagapagbigay ng serbisyo na medikal na kinakailangan (tulad ng taunang pagsusuri) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na kayo ay nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.

- Mga serbisyo ng kidney dialysis na inyong nakukuha sa isang pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag kayo ay nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano. Kung posible, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) bago umalis sa sineserbisyuhang lugar para matulungan namin kayong isaayos ang inyong maintenance dialysis habang kayo ay nasa malayo.

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

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

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

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

Kung gugustuhin ng espesyalita na bumalik kayo para sa karagdagang pangangalaga, tiyakin munang sinasaklaw ng referral na inyong nakuha mula sa inyong PCP para sa inyong unang pagpapatingin ang mas marami pang pagpapatingin sa espesyalista o sa iba pang partikular na tagapagbigay ng serbisyo. Sa ilang sitwasyon, baka kailanganin ninyo, ng inyong kinatawan, o ng inyong PCP/tagapagbigay ng serbisyo na kumuha ng paunang awtorisasyon mula sa plano. Pakitingnan ang Kabanata 4, Seksyon 2 para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Ang bawat Medikal na Pangkat at PCP ay gumagawa ng mga referral sa ilang partikular na espesyalista ng plano at gumagamit ng ilang partikular na ospital na nasa kanilang network. Nangangahulugan ito na maaaring tukuyin ng Medikal na Pangkat at PCP na pinili ninyo ang mga espesyalista at ospital na maaari ninyong gamitin. Kung mayroong mga partikular na espesyalista o ospital na gusto ninyong

gamitin, alamin kung ginagamit ba ng inyong Medikal na Pangkat o PCP ang mga espesyalista o ospital na ito. Sa pangkalahatan, maaari ninyong palitan ang inyong PCP anumang oras kung gusto ninyong magpatingin sa isang espesyalista sa plano o pumunta sa isang ospital na hindi kayo maaaring i-refer ng inyong kasalukuyang PCP. Sa Seksyon 2.1, sa ilalim ng "Paano palitan ang inyong PCP," sasabihin namin sa inyo kung paano palitan ang inyong PCP.

Kapag umalis sa aming plano ang isang espesyalista o ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa network

Maaari kaming gumawa ng mga pagbabago sa mga ospital, doktor, at espesyalista (mga tagapagbigay ng serbisyo) sa network ng aming plano sa kasalukuyang taon. Kung aalis sa aming plano ang inyong tagapagbigay ng serbisyo o espesyalista, mayroon kayong nitong mga karapatan at proteksyon:

- Kahit magbago sa kasalukuyang taon ang aming network ng mga tagapagbigay ng serbisyo, hinihingi ng Medicare na bigyan namin kayo ng hindi naaantalang access ng mga kwalipikadong doktor at espesyalista.
- Aabisuhan namin kayo kung aalis sa aming plano ang inyong tagapagbigay ng serbisyo upang may panahon kayong mamili ng bagong tagapagbigay ng serbisyo.
    - Kung aalis sa aming plano ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga o ng kalusugan sa pag-uugali, aabisuhan namin kayo kung nagpapatingin kayo sa naturang tagapagbigay ng serbisyo sa loob ng nakalipas na 3 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 na ito, o kung nagpatingin kayo sa kanila sa nakalipas na 3 buwan.
- Tutulungan namin kayong pumili ng bagong kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa patuloy na pangangalaga.
- Kung sumasailalim kayo sa medikal na paggamot o mga therapy sa inyong kasalukuyang tagapagbigay ng serbisyo, may karapatan kayong humiling na patuloy na makatanggap ng medikal na kinakailangang mga paggamot o therapy. Makikipagtulungan kami sa inyo upang patuloy kayong makatanggap ng pangangalaga.
- Bibigyan namin kayo ng impormasyon tungkol sa iba't ibang yugto ng pagpapatala na available sa inyo at mga posibleng opsyon ninyo para sa pagpapalit ng mga plano.
- Kung hindi available o hindi sapat ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network o benepisyo upang matugunan ang inyong medikal na pangangailangan, isasaayos namin ang anumang saklaw na medikal na kinakailangang mga benepisyo sa labas ng aming network ng tagapagbigay ng serbisyo sa bahagian sa gastos na nasa network. Dapat kumpirmahin ng aming plano na walang tagapagbigay ng serbisyong nasa network na available, at dapat makipag-ugnayan ang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network sa plano upang humiling ng awtorisasyon upang makakuha kayo ng mga serbisyo. Kung maaaprubahan, bibigyan ang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network ng awtorisasyong ibigay ang (mga) serbisyo. Karapatan ninyong makatanggap ng mga serbisyo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong

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

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

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

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

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

Ano ang aasahan sa unang pagkakataon na sumali kayo sa aming plano

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.
- Makikita namin na mayroon kayong dati nang ugnayan sa isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahin o may espesyalidad na pangangalaga, na may ilang eksepsiyon. Kapag sinabi naming "umiiral na pakikipag-ugnayan," ang ibig sabihin namin ay nagpatingin kayo sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network nang kahit isang beses man lang 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 dati nang ugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa inyong available na impormasyon ng kalusugan o impormasyong ibibigay ninyo sa amin.
    - Mayroon kaming 30 araw para sumagot sa inyong kahilingan. Maaari rin ninyong hilingin sa amin na gumawa ng isang mas mabilis na pagpapasya, at dapat kaming sumagot sa loob ng 15 araw. Mahihiling ninyo ito sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-431-9007, TTY 711, Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. 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 kaugnayan at sumang-ayon sa ilang partikular na tuntunin kapag ginawa ninyo ang kahilingan.

Tandaan: Maaari ninyong ibigay ang kahilingang ito sa mga tagapagbigay ng serbisyo sa Matitibay na Medikal na Kagamitan (DME) sa loob ng 90 araw man lang hanggang sa mapahintulutan namin ang isang bagong rental at maipahatid namin ang rental sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network.

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 Health Net Dual Liberty (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.

SEKSYON 3 Paano kumuha ng mga serbisyo sa isang emergency, sakuna, o agarang kinakailangang pangangalaga

Seksyon 3.1 Tumanggap ng pangangalaga kung mayroon kayong medikal na emergency

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

Kung mayroon kayong medikal na emergency:

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

Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency

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

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

Pagkatapos ng emergency, mayroon kayong karapatan para sa medikal na kinakailangang follow-up na pangangalaga upang matiyak na patuloy na magiging maayos ang inyong kundisyon. Patuloy kayong gagamutin ng inyong mga doktor hanggang sa maging matatag ang inyong medikal na kundisyon at, kung naaangkop, makikipagtulungan sila sa amin upang magplano ng anumang karagdagang pangangalaga.

Karaniwang inirerekomenda na mag-follow up kayo sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga o gumagamot na provider sa loob ng 5 hanggang 7 araw pagkatapos makatanggap ng emergency na pangangalaga upang masuportahan ang inyong paggaling. Gayunpaman, hindi kinakailangan ang follow-up na pangangalaga upang masaklaw ang inyong mga serbisyong pang-emergency, at hindi maaapektuhan ang inyong saklaw kung hindi kayo makapag-iskedyul ng follow-up na pagbisita sa loob ng itinakdang panahon.

Bilang bahagi ng aming mga serbisyo sa koordinasyon ng pangangalaga, maaaring makipag-ugnayan sa inyo ang aming grupo sa pangangalaga upang tulungan kayong mag-iskedyul ng mga follow-up na appointment o iugnay kayo sa mga karagdagang mapagkukunan, kung kinakailangan. Ang anumang medikal na kinakailangang follow-up na pangangalagang saklaw ng inyong plano ay babayaran alinsunod sa mga tuntunin ng bahagian sa gastos ng inyong plano.

Kung ang inyong emergency na pangangalaga ay ibinibigay ng mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, susubukan naming ayusin upang mailipat sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ang inyong pangangalaga sa lalong madaling panahon na papahintulutan ng inyong medikal na kundisyon at ng sitwasyon.

Paano kung hindi ito medikal na emergency?

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

Gayunpaman, pagkatapos sabihin ng doktor na hindi ito emergency, sasaklawin lang namin ang karagdagang pangangalaga kung kukunin ninyo ang karagdagang pangangalaga sa isa sa 2 paraang ito:

- Pupunta kayo sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network upang kumuha ng karagdagang pangangalaga.
- Ang karagdagang pangangalaga na makukuha ninyo ay itinuturing na mga serbisyong agarang kinakailangan at sinusunod ninyo ang mga patakaran para sa pagkuha ng agarang pangangalagang ito.

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

Ang isang serbisyo na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon (ngunit hindi isang emergency) ay itinuturing na agarang kinakailangang serbisyo kung kayo ay pansamantalang nasa labas ng sineserbisyuhang lugar aming plano, o kung hindi makatuwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon na kunin ninyo ang serbisyong ito mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay mga hindi inaasahang medikal na karamdaman at pinsala, o hindi inaasahang pagsumpong ng mga dati nang kundisyon. Gayunpaman, ang mga regular na pagpapatingin sa tagapagbigay ng serbisyo na medikal na kinakailangan tulad ng taunang pagsusuri ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na kayo ay nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.

Mangyaring makipag-ugnayan sa tanggapan ng inyong PCP 24 na oras sa isang araw kung kailangan ninyo ng agarang pangangalaga. Posibleng papuntahin kayo sa sentro para sa agarang pangangalaga na nasa network upang makakuha ng agarang pangangalaga. Makikita ang listahan ng mga center para sa agarang pangangalaga na nasa network sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* o sa aming website sa go.wellcare.com/2027providerdirectories. Kung matatanggap ang mga serbisyo sa agarang pangangalaga mula sa tanggapan ng inyong doktor, babayaran ninyo ang bahagian sa bayad ng pagpapatingin sa tanggapan, gayunpaman, kung matatanggap ang mga serbisyo sa agarang pangangalaga sa sentro para sa agarang pangangalaga na nasa network o sa walk-in na klinika, babayaran ninyo ang bahagian sa bayad sa sentro ng agarang pangangalaga, na posibleng iba ang

halaga. Basahin ang Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4, para sa bahagian sa bayad na nalalapat sa mga serbisyong ibinibigay sa tanggapan ng doktor o sa sentro ng agarang pangangalaga na nasa network o sa walk-in clinic.

Maaari rin kayong makipag-ugnayan sa Linya para sa Pagpapayo ng Nurse anumang oras. Mayroong nakaantabay na propesyonal na nurse na sasagot sa inyong mga tanong nang 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa Linya para sa Pagpapayo ng Nurse, tingnan ang kategorya ng mga benepisyo ng Mga Programang Edukasyon sa Kalusugan at Wellness sa Kabanata 4 o tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng pangangalaga para sa pandaigdigang emergency at agarang pangangalaga sa labas ng Estados Unidos sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon:

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

Tandaan: Hindi nagbibigay ang Medicare ng saklaw para sa emergency na pangangalagang medikal sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito; gayunpaman, iniaalok ng aming plano ang saklaw na ito bilang karagdagang benepisyo.

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

Seksyon 3.3 Kumuha ng pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung magdedeklara ang Gobernador ng inyong estado, 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 go.wellcare.com/HealthNetCA para sa impormasyon kung paano makakakuha ng kinakailangang pangangalaga sa panahon ng sakuna.

Kung hindi kayo makakagamit ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network sa panahon ng sakuna, pahihintulutan kayo ng aming plano na makakuha ng pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network ng may bahagian sa gastos na nasa network. Kung hindi kayo makakagamit ng parmasyang nasa network sa panahon ng sakuna, maaari ninyong kunin ang inyong mga inireresetang gamot sa isang parmasyang wala sa network. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.4.

SEKSYON 4 Paano kung direkta kayong siningil para sa buong kabayaran ng inyong mga saklaw na serbisyo?

Kung binayaran ninyo ang inyong mga saklaw na serbisyo, o kung nakakuha kayo ng bill para sa mga saklaw na medikal na serbisyo, pumunta sa Kabanata 7 para sa impormasyon tungkol sa kung ano ang gagawin.

Seksyon 4.1 Kung hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo

Saklaw ng aming plano ang lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo ayon sa nakalista sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4. Kung makatanggap kayo ng mga serbisyong hindi sinasaklaw ng aming plano, o nakatanggap kayo ng mga serbisyong wala sa network nang walang awtorisasyon na hindi emergency o mga serbisyong agarang kinakailangan, kayo ang may responsibilidad na magbayad ng buong halaga ng mga serbisyo. Bago bayaran ang gastos sa mga serbisyo, dapat muna ninyong alamin kung sinasaklaw ng California Medi-Cal (Medicaid) ang serbisyo.

Para sa mga saklaw na serbisyong may limitasyon sa mga benepisyo, babayaran din ninyo ang kabuuang gastos ng anumang serbisyong makukuha ninyo pagkatapos ninyong maubos ang inyong mga benepisyo para sa ganoong uri ng sinasaklaw na serbisyo. Ang halagang babayaran ninyo para sa mga gastusin sa sandaling maabot ang limitasyon ng mga benepisyo ay hindi ibabawas sa maximum na halaga mula sa sariling bulsa. Halimbawa, baka kailanganin ninyong bayaran ang kabuuang gastusin para sa anumang pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga na kukunin ninyo pagkatapos maabot ng pagbabayad ng aming plano ang limitasyon sa mga benepisyo. Kapag naubos niyo na ang inyong limitasyon sa mga benepisyo, hindi ibabawas ang mga karagdagang pagbabayad na gagawin ninyo para sa mga benepisyo sa inyong taunang maximum na halaga mula sa sariling bulsa.

SEKSYON 5 Mga medikal na serbisyo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Seksyon 5.1 Ano ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding *klinikal na pagsubok*) ay isang paraan upang masuri ng mga doktor at siyentista ang mga bagong uri ng medikal na pangangalaga, tulad ng kung gaano kabisa ang isang bagong gamot sa kanser. Ang ilang partikular na klinikal na pananaliksik na pag-aaral ay aprubado ng Medicare. Ang isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare ay karaniwang naghahanap ng mga boluntaryo na makilahok sa pag-aaral. Kapag kayo ay nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, maaari kayong manatiling nakatala sa aming plano at patuloy na makakuha ng iba pa ninyong pangangalaga (pangangalagang hindi nauugnay sa pag-aaral) sa pamamagitan ng aming plano.

Kung lalahok kayo sa pag-aaral na aprubado ng Medicare, babayaran ng Original Medicare ang karamihan sa mga gastos para sa mga saklaw na serbisyo na matatanggap ninyo bilang bahagi ng pag-aaral. Kung sasabihin ninyo sa amin na kayo ay nasa kwalipikadong klinikal na pagsubok, mananagot lang kayo para sa bahagian sa gastos na nasa network para sa mga serbisyo sa pagsubok na iyon. Kung mas malaki ang binayaran ninyo—halimbawa, kung nabayaran na ninyo ang halaga ng bahagian sa gastos sa Original Medicare—ibabalik namin ang diperensya sa pagitan ng kung magkano ang binayaran ninyo at sa bahagian sa gastos sa network. Kakailanganin ninyong magbigay ng dokumentasyon upang ipakita sa amin kung magkano ang binayaran ninyo.

Kung gusto ninyong makilahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, hindi ninyo kailangang sabihin sa amin o humingi ng pag-apruba sa amin o sa inyong PCP. Ang mga tagapagbigay ng serbisyo na maghahatid ng inyong pangangalaga bilang bahagi ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral ay hindi kinakailangang maging bahagi ng network ng aming plano. (Hindi ito nalalapat sa mga saklaw na mga benepisyo na nangangailangan ng klinikal na pagsubok o registry upang masuri ang mga benepisyo, kabilang ang ilang benepisyo na nangangailangan ng pagsaklaw sa mga pag-aaral sa katibayan ng pag-unlad (NCDs-CED) at sinisiyasat na pagbubukod ng device (IDE). Ang mga benepisyo na ito ay maaari ring sumailalim sa paunang awtorisasyon at iba pang panuntunan ng plano.)

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

Kung lalahok kayo sa isang pag-aaral na hindi aprubado ng Medicare, kayo ang mananagot sa pagbabayad para sa lahat ng gastos para sa inyong paglahok sa pag-aaral.

Seksyon 5.2 Sino ang nagbabayad para sa mga serbisyo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

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

- Silid at pagkain para sa pamamalagi sa ospital na binabayaran ng Medicare kahit pa hindi kayo kalahok ng isang pag-aaral.
- Operasyon o iba pang medikal na procedure kung bahagi ito ng pananaliksik na pag-aaral.
- Paggamot ng mga side effect at komplikasyon ng bagong pangangalaga.

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

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

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

Kumuha ng higit pang impormasyon tungkol sa paglahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral sa publication ng Medicare na *Medicare at Mga Klinikal na Pananaliksik na Pag-aaral*, na available sa Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. Maaari rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

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

Seksyon 6.1 Isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan

Ang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan ay isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga para sa isang kundisyong karaniwang ginagamot sa ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. Kung ang pagkuha ng pangangalaga sa isang ospital o isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga ay labag sa mga paniniwala sa relihiyon ng miyembro, sasaklawin namin sa halip ang pangangalaga sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan. Ibinibigay lang ang mga benepisyo na ito para sa mga Bahagi A na serbisyo bilang pasyente (mga hindi medikal na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan).

Seksyon 6.2 Paano kumuha ng pangangalaga mula sa relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan

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

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

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

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

- Ang pasilidad na nagkakaloob ng pangangalaga ay dapat sertipikado ng Medicare.
- Sinasaklaw lang ng aming plano ang mga *hindi relihiyosong* aspeto ng pangangalaga.
- Kung kukuha kayo ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ipinagkakaloob sa inyo sa isang pasilidad, ilalapat ang mga sumusunod na kundisyon:
    - 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 mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga.
    - – *at* – kailangan ninyong kumuha ng paunang pag-apruba mula sa aming plano bago kayo ma-admit sa pasilidad, kung hindi ay hindi kayo sasaklawin.

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

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

Seksyon 7.1 Hindi ninyo magiging pagmamay-ari ang matitibay na medikal na kagamitan pagkatapos ninyong gumawa ng ilang partikular na bilang ng pagbabayad sa ilalim ng aming plano

Kabilang sa mga matitibay na medikal na kagamitan (DME) ang mga item na gaya ng mga kagamitan at supply ng oxygen, mga wheelchair, walker, powered mattress system, saklay, supply para sa diabetes, aparato para sa pagsasalita, IV infusion pump, nebulizer, at kama sa ospital na iniutos ng tagapagbigay ng serbisyo para gamitin sa bahay. Ang miyembro ay palaging may pagmamay-aring mga DME item, tulad ng prosthetics. Iba pang uri ng DME na dapat ninyong rentahan.

Sa Original Medicare, nagiging pag-aari ng mga taong nagrerenta ng ilang partikular na uri ng DME ang kagamitan pagkatapos magbayad ng mga bahagian sa bayad para sa item sa loob ng 13 buwan. Bilang miyembro ng aming plano, mayroon ding ilang partikular na uri ng DME na magiging pagmamay-ari ninyo pagkatapos bayaran ang mga bahagian sa bayad para sa item sa loob ng isang partikular na dami ng buwan. Ang inyong mga dating bayad para sa item ng DME noong mayroon kayong Original Medicare ay hindi bibilangin sa mga pagbabayad na gagawin ninyo bilang miyembro ng aming plano. Kung makakuha kayo ng pagmamay-ari ng isang DME habang kayo ay miyembro ng aming plano, at ang kagamitan ay nangangailangan ng pagpapanatili, pahihintulutan ang tagapagbigay ng serbisyo na singilin ang halaga ng pagkukumpuni. Mayroon ding ilang partikular na uri ng DME na hindi ninyo magiging pagmamay-ari kahit ilang beses pa kayong magbayad para sa item bilang miyembro ng aming plano. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para malaman ang tungkol sa mga kinakailangan sa pagrenta o pagmamay-ari ng DME at dokumentong kailangan ninyong ibigay.

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

Kung hindi ninyo naging pagmamay-ari ang item ng DME habang nasa aming plano, dapat kayong gumawa ng 13 bagong magkakasunod na pagbabayad pagkatapos ninyong lumipat sa Original Medicare upang mapasainyo ang DME na item. Ang mga pagbabayad na ginawa ninyo habang nakatala sa aming plano ay hindi bibilangin sa 13 magkakasunod na pagbabayad na ito.

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

Halimbawa 2: Gumawa kayo ng 12 o mas kaunting sunod-sunod na pagbabayad para sa item sa Original Medicare at pagkatapos ay sumali sa aming plano. Hindi ninyo naging pagmamay-ari ang item habang nasa aming plano. Pagkatapos ay bumalik kayo sa Original Medicare. Kakailanganin ninyong gumawa ng 13 sunod-sunod na bagong pagbabayad upang maging pamamay-ari ang item kapag sumali ulit kayo sa Original Medicare. Hindi bibilangin ang pagbabayad na ginawa na ninyo (sa aming plano man o sa Original Medicare).

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

Kung kwalipikado kayo para sa saklaw sa kagamitan para sa oxygen ng Medicare, sasaklawin ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ang mga sumusunod:

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

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

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

Aatasan ng Original Medicare ang isang supplier ng oxygen na bigyan kayo ng mga serbisyo sa loob ng 5 taon. Sa panahon ng unang 36 na buwan, rerentahan ninyo ang equipment. Sa matitirang 24 na buwan, ibibigay ng supplier ang kagamitan at maintenance (kayo pa rin ang may responsibilidad sa naaangkop na bahagian sa gastos para sa oxygen). Pagkatapos ng 5 taon, maaari ninyong piliing manatili sa parehong kumpanya o lumipat sa ibang kumpanya. Sa puntong ito, magsisimula ulit ang 5 taong cycle, kahit na manatili kayo sa parehong kumpanya, kung saan kakailanganin ninyong bayaran ulit ang mga bahagian sa bayad para sa unang 36 na buwan. Kung sasali o aalis kayo sa aming plano, magsisimula ulit ang 5 taong cycle.

KABANATA 4:
Chart ng Mga Medikal na Benepisyo (ano ang sinasaklaw)

SEKSYON 1 Pag-unawa sa mga saklaw na serbisyo

Nakalista sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo ang inyong mga saklaw na serbisyo bilang miyembro ng aming plano. Nagbibigay rin ang seksyong ito ng impormasyon tungkol sa mga medikal na serbisyo na hindi sinasaklaw at ipinapaliwanag ang mga limitasyon ng ilang partikular na serbisyo

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

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

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

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

Mayroong limitasyon ang Mga Plano ng Medicare Advantage sa halagang kailangan ninyong bayaran mula sa sarili ninyong bulsa bawat taon para sa mga medikal na serbisyo na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part A at Part B. Ang limitasyong ito ay tinatawag na maximum na halaga mula sa sariling bulsa (MOOP) para sa mga medikal na serbisyo. **Para sa taon ng kalendaryo ng 2027, ang halagang ng MOOP ay $9,850.**

Ang mga halagang binabayaran ninyo para sa mga bahagian sa bayad at coinsurance para sa mga saklaw na serbisyo ay ibinabawas sa maximum na halaga mula sa sariling bulsa na ito. Ang mga halagang binabayaran ninyo para sa inyong Bahagi D na mga gamot ay hindi bibilangin sa inyong maximum na halaga mula sa sariling bulsa. Dagdag pa rito, ang mga halagang binabayaran ninyo para sa ilang serbisyo ay hindi bibilangin sa inyong maximum na halaga mula sa sariling bulsa. May asterisk (*) na marka ang mga serbisyong ito sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo. Kapag naabot na ninyo ang

maximum na halaga mula sa sariling bulsa na $9,850, hindi na ninyo kailangang magbayad ng anumang gastos mula sa bulsa sa mga nalalabing araw ng taon para sa mga saklaw na serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B. Gayunpaman, kailangan ninyong patuloy na bayaran ang premium ng Medicare Part B (maliban na lang kung ang premium ng inyong Part B ay binabayaran ng California Medi-Cal (Medicaid) o ng isa pang third party para sa inyo).

SEKSYON 2 Makikita sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo ang inyong mga medikal na benepisyo at mga gastos

Nakalista sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa susunod na pahina ang mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano (Ang pagsaklaw sa Bahagi D na gamot ay nasa Kabanata 5). Sasaklawin lang ang mga nakalistang serbisyo sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo kapag natugunan ang mga sumusunod na pangangailangan:

- Dapat ibigay ang inyong mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare alinsunod sa mga alituntunin ng pagsaklaw ng Medicare.
- Ang inyong mga serbisyo (kabilang ang medikal na pangangalaga, mga serbisyo, supply, kagamitan, at Bahagi B na mga gamot) ay *dapat* medikal na kinakailangan. Ang ibig sabihin ng medikal na kinakailangan ay kinakailangan ang mga serbisyo, supply, o gamot para sa pag-iwas, pagtuklas, o paggamot ng inyong medikal na kundisyon at natutugunan nito ang mga tinatanggap na pamantayan ng kasanayang medikal.
- Para sa mga bagong nagpapatala, dapat magbigay ang inyong plano sa pangangalaga na pinapangasiwaan ng MA ng minimum na 90 araw na panahon ng paglipat, at sa panahong ito, hindi maaaring mangailangan ang bagong plano sa MA ng paunang awtorisasyon para sa anumang aktibong kurso ng paggamot, kahit na ang kurso ng paggamot ay para sa isang serbisyong sinimulan sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.
- Mayroon kayong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (isang PCP) na nagbibigay at namamahala ng inyong pangangalaga. Sa karamihan ng sitwasyon, kailangang bigyan kayo ng maagang pag-apruba ng inyong PCP (isang referral) bago kayo magpatingin sa ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano.
- Ang ilan sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo ay sinasaklaw *lang* kung makakakuha ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng maagang pag-apruba (tinatawag din minsan na paunang awtorisasyon) mula sa amin. Naka-italics ang mga saklaw na serbisyong nangangailangan ng maagang pag-apruba sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo.
- Kung ang inyong pinapangasiwaang plano ng pangangalaga ay nagbibigay ng pag-apruba sa isang kahilingan sa paunang awtorisasyon, may bisa dapat ang pag-apruba hangga’t medikal na makatuwiran at kinakailangan upang makaiwas sa mga pagkaantala sa pangangalaga alinsunod sa mga naaangkop na pamantayan sa pagsaklaw, sa inyong medikal na kasaysayan, at sa rekomendasyon sa gumagamot na tagapagbigay ng serbisyo.

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

- Sinasaklaw kayo ng parehong Medicare at California Medi-Cal (Medicaid). Sinasaklaw ng Medicare ang pangangalagang pangkalusugan at mga inireresetang gamot. Maaaring saklawin ng California Medi-Cal (Medicaid) ang inyong bahagi sa gastos para sa mga serbisyo ng Medicare, kabilang ang mga halaga ng mga naibabawas, bahagian sa bayad o coinsurance ng planong medikal para sa mga inpatient at outpatient na serbisyo ng ospital at mga pagbisita sa opisina ng doktor, depende sa kategorya ng inyong pagiging kwalipikado sa California Medi-Cal (Medicaid). Sinasaklaw din ng California Medi-Cal (Medicaid) ang mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare, tulad ng pangmatagalang pangangalaga, ilang gamot na nabibili nang walang reseta, at mga serbisyo sa bahay at komunidad.
- Tulad ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, sinasaklaw namin ang lahat ng sinasaklaw ng Original Medicare. (Upang matuto pa tungkol sa pagsaklaw at mga gastos ng Original Medicare, sumangguni sa inyong handbook na *Medicare at Ikaw 2027*. Tingnan ito online sa Medicare.gov o humingi ng kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.)
- Para sa lahat ng serbisyong pang-iwas sa sakit na sinasaklaw sa ilalim ng Original Medicare nang libre, sinasaklaw din namin ang mga serbisyong ito nang libre para sa inyo.
- Kung magdaragdag ang Medicare ng pagsaklaw para sa anumang bagong serbisyo sa 2027, sasaklawin ng Medicare o ng aming plano ang mga serbisyong iyon.
- Kung mawawala ang inyong pagiging kwalipikado sa California Medi-Cal (Medicaid) ngunit inaasahang maibabalik ito sa loob ng 3 buwan, patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyo ng Medicare na saklaw ng plano ng Medicare Advantage. Gayunpaman, sa panahong ito, ang plano ng Medicare Advantage ay walang responsibilidad na saklawin ang kahit anong benepisyo ng California Medi-Cal (Medicaid) na maaaring kasama sa inyong Plano ng Estado sa Medicaid. Kung mayroon kayong anumang tanong tungkol sa inyong pagiging kwalipikado, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

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

Mahalagang Impormasyon sa mga benepisyo para sa mga Nagpatalang mayroong Ilang Partikular na Chronic na Kundisyon

- Kung na-diagnose kayo na mayroong alinman sa (mga) sumusunod na chronic na kundisyon na tinukoy sa ibaba at nakakatugon kayo sa ilang partikular na pamantayan, maaari kayong maging kwalipikado para sa mga espesyal na karagdagang benepisyo para sa mga may chronic na karamdaman.
    - **Mga autoimmune na sakit**
    - **Kanser**
    - **Mga sakit sa puso**
    - **Chronic na problema sa pag-inom ng alak at iba pang problema sa paggamit ng substance (SUD)**
    - **Chronic at nakakapagbigay ng kapansanan na kundisyon sa kalusugan ng isip**

- **Mga chronic na kundisyong nakakasira sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, pandama, at pang-amoy**
- **Chronic na gastrointestinal na sakit**
- **Chronic na pagpalya ng puso**
- **Chronic na sakit sa bato (CKD)**
- **Mga chronic na karamdaman sa baga**
- **Mga kundisyon na nauugnay sa kapansanan sa pag-iisip**
- **Mga kundisyong nangangailangan ng tuloy-tuloy na mga serbisyo ng therapy upang mapanatili o mapreserba ng mga indibidwal ang paggana**
- **Mga kundisyon na nauugnay sa mga hamon sa pagkilos**
- **Dementia**
- **Diabetes mellitus**
- **Endometriosis**
- **HIV/AIDS**
- **Mga Immunodeficiency at Immunosuppressive na sakit**
- **Mga neurologic na sakit**
- **Labis na timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome**
- **Post-organ transplantation**
- **Malubhang hematologic na sakit**
- **Stroke**
- Kasama sa inyong plano ang Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Chronic na Karamdaman (SSBCI). Available ang mga benepisyong ito sa mga miyembrong na-diagnose na may isa o higit pang kwalipikadong chronic na kundisyon at nakatutugon sa **lahat** ng kinakailangan sa pagiging kwalipikadong itinakda ng CMS:
  - May isa o higit pang comorbid at medikal na kumplikadong chronic na kundisyon na nagbabanta sa buhay o lubhang naglilimita sa pangkalahatang kalusugan o kakayahang kumilos ng nakatala
  - May mataas na panganib na maospital o magkaroon ng iba pang hindi kanais-nais na resulta sa kalusugan
  - Nangangailangan ng koordinasyon ng intensive na pangangalaga

  Ang diagnosis ng isang chronic na kundisyon lang ay hindi garantiya ng pagiging kwalipikado. **Bukod sa pagkakaroon ng isa o higit pang kwalipikadong chronic na kundisyon, naipapakita ang pagiging kwalipikado para sa SSBCI sa pamamagitan ng pagkakaroon ng miyembro ng isa o higit pa sa mga sumusunod:**

  - May kasaysayan ng pagkaospital o pagbisita sa ED, at/o

- Madalas na paggamit ng mga outpatient na serbisyo o specialty na pangangalaga, at/o
- Katibayan ng hindi maayos na pagkontrol sa sakit o hindi pagsunod sa pag-inom ng gamot, at/o
- Mga hindi medikal na pangangailangang panlipunan (SDOH) na nakaaapekto sa mga resulta sa kalusugan

Ang pagiging kwalipikado ay tinutukoy pagkatapos kayong maipatala sa plano gamit ang obhetibo at dokumentadong mga pamantayan batay sa available na impormasyon tulad ng mga medikal na rekord, mga claim, mga pagtatasa sa pamamahala ng pangangalaga, dokumentasyon ng tagapagbigay ng serbisyo, at iba pang sumusuportang impormasyon.

Para sa mga bagong miyembrong walang sapat na kasaysayan ng mga claim, maaaring magsumite ng pagpapatunay ng tagapagbigay ng serbisyo upang suportahan ang pagsusuri ng pagiging kwalipikado. Ang pagsusumite ng pagpapatunay ng tagapagbigay ng serbisyo ay hindi garantiya ng pag-apruba, dahil ang pagiging kwalipikado ay tinutukoy batay sa kung natutugunan ng miyembro ang lahat ng kinakailangang pamantayan sa pagiging kwalipikado.

Kinakailangan ang kumpirmasyon na natutugunan ang lahat ng pamantayan sa pagiging kwalipikado bago mabigyan ng access sa mga benepisyo. Aabisuhan kayo ng Wellcare kung kwalipikado kayo at bibigyan kayo ng mga tagubilin kung paano i-access ang mga benepisyo ng SSBCI. Kung may mga tanong kayo tungkol sa mga benepisyong ito o sa inyong pagiging kwalipikado, tawagan ang numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nasa likod ng inyong ID card ng miyembro.

Ang pagiging kwalipikado para sa SSBCI ay nalalapat lang sa kasalukuyang taon ng plano at magtatapos sa Ika-31 ng Disyembre. Dapat matugunan ng mga miyembro ang mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado sa bawat taon ng plano upang patuloy na matanggap ang mga benepisyong ito.

- Para sa higit pang detalye, tingnan ang hanay na *Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Chronic na Karamdaman* sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa ibaba.
- Makipag-ugnayan sa amin upang malaman kung sa aling mga benepisyo kayo kwalipikado.

Ipinapakita ng apple na ito ang mga serbisyong pang-iwas sa sakit na nasa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo.

Chart ng Mga Medikal na Benepisyo

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Para sa mga saklaw na serbisyo ng California Medi-Cal (Medicaid), mangyaring sumangguni sa Buod ng Mga Benepisyo ng plano para sa kumpletong listahan ng mga benepisyong sinasaklaw ng Medicaid. Kung hindi kayo nakatanggap ng Buod ng Mga Benepisyo, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at hilingin sa kanilang padalhan kayo ng kopya. Ang inyong saklaw at bahagian sa gastos para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicaid, kung mayroon, ay batay sa inyong antas ng pagiging kwalipikado sa Medicaid. Mangyaring makipag-ugnayan sa inyong ahensya ng Medicaid ng estado upang matukoy ang inyong antas ng saklaw at bahagian sa gastos.	
Screening para sa abdominal aortic aneurysm Isang minsanang pagsusuri gamit ang ultrasound para sa mga taong nasa panganib. Sasaklawin lang ng aming plano ang screening na ito kung mayroon kayong ilang partikular na salik ng panganib at kung mayroon kayong referral para rito mula sa inyong doktor, assistant ng doktor (PA), nurse na nagsasanay (NP), o klinikal na espesyalistang nurse (CNS).	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa mga miyembrong kwalipikado para sa pagsusuring pang-iwas sa sakit na ito.
Acupuncture para sa malubhang pananakit ng ibabang bahagi ng likod Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: Sinasaklaw ang hanggang 12 pagpapatingin sa loob ng 90 araw sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon: Para sa layunin ng benepisyo na ito, ang chronic na pananakit ng ibabang bahagi ng likod ay tinutukoy bilang: • Tumatagal nang 12 linggo o mas matagal pa • Hindi partikular, ibig sabihin wala itong natutukoy na sistemikong dahilan (ibig sabihin, hindi nauugnay sa metastatic, inflammatory, nakakahawang sakit, atbp.) • Hindi nauugnay sa surgery • Hindi nauugnay sa pagbubuntis Sasaklawin ang karagdagang 8 session para sa mga pasyenteng bumubuti ang lagay. Hindi maaaring lumampas sa 20 acupuncture na paggamot ang maaaring ibigay kada taon.	$0 na copay para sa acupuncture na saklaw ng Medicare na natanggap sa tanggapan ng PCP. $0 na copay para sa acupuncture na saklaw ng Medicare na natanggap sa tanggapan ng Espesyalista. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* $0 na copay para sa acupuncture na saklaw ng Medicare na natanggap sa opisina ng Chiropractor.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Acupuncture para sa malubhang pananakit ng ibabang bahagi ng likod - pagpapatuloy Dapat ihinto ang paggamot kung hindi bubuti o kung lalala ang lagay ng pasyente. **Mga Kinakailangan ng Tagapagbigay ng Serbisyo:** Maaaring magbigay ang mga doktor ng acupuncture alinsunod sa mga naaangkop na kinakailangan ng estado. Ang mga assistant ng doktor (PA), nurse na nagsasanay (NP)/ klinikal na espesyalistang nurse (CNS), at auxiliary personnel ay maaaring magsagawa ng acupuncture kung natutugunan nila ang lahat ng naaangkop na kinakailangan ng estado at mayroon silang mga sumusunod: • masters o doctoral level degree sa acupuncture o Oryental na Medisina mula sa isang paaralang akreditado ng Komisyon sa Akreditasyon sa Acupuncture at Oryental na Medisina (ACAOM); at, • kasalukuyan, kumpleto, aktibo, at walang limitasyong lisensya upang mag-practice ng acupuncture sa isang Estado, Teritoryo, o Commonwealth (hal. Puerto Rico) ng Estados Unidos, o District of Columbia. Ang mga auxiliary personnel na nagsasagawa ng acupuncture ay dapat na nasa ilalim ng naaangkop na antas ng pangangasiwa ng isang doktor, PA, o NP/CNS na kinakailangan ng aming mga regulasyon.	*Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Mga serbisyo ng ambulansya Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ng ambulansya ang, para man sa emergency o hindi emergency na sitwasyon, ang fixed wing, rotary wing, at mga serbisyo ng ambulansyang panlupa, sa pinakamalapit na naaangkop na pasilidad na makapagbibigay lang ng pangangalaga kung ipagkakaloob ang mga ito sa miyembrong may medikal na kundisyon na maaaring magdulot ng panganib sa kanyang kalusugan kung ibang paraan ng transportasyon ang gagamitin o kung awtorisado ito ng aming plano. Kung ang mga saklaw na serbisyo ng ambulansya ay hindi para sa isang emergency na sitwasyon, dapat idokumento na ang kundisyon ng miyembro ay nasa kalagayan kung saan maaaring malagay ang kanyang kalusugan sa panganib kung ibang paraan ng transporasyon ang gagamitin at na medikal na kinakailangan ang transportasyon sa pamamagitan ng ambulansya.	$0 copay para sa bawat one way na biyahe para sa mga serbisyo ng ambulansyang panlupa na saklaw ng Medicare. *Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon para sa fixed wing aircraft at hindi pang-emergency na transportasyon.* $0 copay para sa bawat one way na biyahe para sa mga serbisyo ng ambulansyang panghimpapawid na saklaw ng Medicare.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo ng ambulansya - pagpapatuloy	*Posibleng kailangan ng Paunang Awtorisasyon para sa fixed wing aircraft at hindi pang-emergency na transportasyon.*
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. Ang mga sumusunod ay mga halimbawa ng mga serbisyong posibleng isagawa o hingiin habang kayo ay nasa eksaminasyon: • Magsagawa ng mga karaniwang pagsusukat (taas, timbang, presyon ng dugo) • Magtasa ng mga salik sa panganib mula sa mga sakit na maaaring maiwasan • I-check ang mga reflex at vital sign • Pagsusuri sa laboratoryo (mga sample ng ihi at dugo)	$0 copay para sa taunang regular na pisikal na eksaminasyon.*
Taunang pagpapatingin para sa wellness Kung mayroon kayong Bahagi B nang mahigit sa 12 buwan, makakakuha kayo ng taunang pagpapatingin para sa wellness upang bumuo o mag-update ng naka-personalize na plano sa pag-iwas batay sa inyong kasalukuyang kalusugan at mga salik ng panganib. Sasaklawin ng aming plano ang taunang pagpapatingin para sa wellness nang isang beses bawat taon sa kalendaryo. **Tandaan:** Hindi maaaring maganap ang inyong unang taunang pagpapatingin para sa wellness sa loob ng 12 buwan ng inyong *Welcome sa Medicare* na pagpapatinging pang-iwas sa sakit. Gayunpaman, hindi kailangang makapagpatingin muna kayo sa *Welcome sa Medicare* upang saklawin ang taunang pagpapatingin para sa wellness kung mayroon kayong Bahagi B sa loob ng 12 buwan.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa taunang pagpapatingin para sa wellness.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pagsukat sa bone mass Para sa mga kwalipikadong indibidwal, (sa pangkalahatan, tumutukoy ito sa mga taong may panganib na magkaroon ng mahinang buto o may panganib na magkaroon ng osteoporosis), sinasaklaw ang mga sumusunod na serbisyo kada 24 na buwan o mas madalas kung medikal na kinakailangan: mga procedure upang sukatin ang mass ng buto, tuklasin kung may nawalang buto, o alamin ang kalidad ng buto, kasama na ang pagpapaliwanag ng doktor sa mga resulta.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa pagsukat sa bone mass na sinasaklaw ng Medicare.
Screening para sa kanser sa suso (mga mammogram) Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Isang baseline mammogram sa pagitan ng mga edad na 35 at 39 • Isang screening mammogram tuwing 12 buwan para sa mga babaeng edad 40 pataas • Mga eksaminasyon ng suso sa klinika isang beses tuwing 24 na buwan	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa mga sinasaklaw na pagsusuring gumagamit ng mammogram.
Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso Ang mga komprehensibong programa ng mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso na kinabibilangan ng pag-eehersisyo, edukasyon, at pagpapayo, ay sinasaklaw para sa mga miyembro na makakatugon sa ilang partikular na kundisyon sa referral ng doktor. Sinasaklaw ng aming plano ang mga komprehensibong programang ito kung nagkaroon na kayo ng kahit isa sa mga sumusunod na kundisyon: • Atake sa puso sa nakalipas na 12 buwan • Coronary artery bypass surgery • Stable angina pectoris (pananakit ng dibdib) • Pagkukumpuni o pagpapalit ng balbula ng puso • Coronary angioplasty (isang medikal na procedure na ginagamit upang buksan ang baradong arterya) o coronary stenting (isang procedure na ginagamit upang panatilihing bukas ang isang arterya) • Transplant ng puso o ng puso at baga • Stable na chronic na pagpalya ng puso Mga limitasyon sa pagsaklaw:	$0 copay para sa mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* $0 copay para sa mga intensive na serbisyo ng rehabilitasyon ng puso na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso - pagpapatuloy Maaari kayong makatanggap ng hanggang 36 na sesyon ng rehabilitasyon ng puso. Maaari kayong magkaroon ng 2 sesyon bawat araw (na ang bawat isa ay tumatagal ng 1 oras), at maaaring abutin ang programa nang hanggang 36 na linggo. Kung kwalipikado kayo, maaari kayong makatanggap ng 36 pang sesyon na maaaring ikalat sa mas mahabang yugto ng panahon.	
Pagpapatingin para sa pagpapababa ng panganib sa cardiovascular na sakit (therapy para sa sakit sa puso) Babayaran namin ang isang pagpapatingin kada taon sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga upang tumulong sa pagpapababa ng inyong panganib para sa sakit sa puso. Sa pagpapatinging ito, maaaring talakayin ng inyong doktor ang paggamit ng aspirin (kung naaangkop), suriin ang presyon ng inyong dugo, at bigyan kayo ng mga tip upang matiyak na kumakain kayo nang masustansya.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa benepisyo na pang-iwas para sa intensive na therapy sa pag-uugali para sa sakit sa puso.
Mga screening na pagsusuri para sa sakit sa puso Mga pagsusuri sa dugo para sa pagtuklas ng sakit sa puso (o mga abnormalidad na kaugnay ng pinataas na panganib sa sakit sa puso) isang beses kada 5 taon (60 buwan).	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa pagsusuri sa sakit sa puso na sinasaklaw nang isang beses kada 5 taon.
Screening para sa kanser sa cervix at sa ari ng babae Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Mga Pap test at eksaminasyon sa balakang isang beses kada 24 na buwan para sa lahat ng babae • Isang Pap test kada 12 buwan kung mataas ang inyong panganib na magkaroon ng kanser sa cervix o sa ari ng babae o kung kayo ay nasa edad na may kakayahan nang magbuntis at mayroon kayong abnormal na Pap test sa loob ng nakaraang 3 taon	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa mga Pap test at eksaminasyon sa balakang na pang-iwas na sinasaklaw ng Medicare.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyong chiropractic Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Sinasaklaw lang namin ang mga mano-manong manipulasyon ng gulugod para sa pagsasaayos ng vertebral subluxation	$0 copay para sa mga serbisyong chiropractic na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Pagsusuri para sa colorectal cancer Sinasaklaw ang mga sumusunod na screening test: • Walang minimum o maximum na limitasyon sa edad ang colonoscopy at sinasaklaw 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. • Ang computed tomography colonography para sa mga pasyenteng nasa edad 45 pataas na hindi kabilang sa pangkat ng mga nasa mataas na panganib na magkaroon ng colorectal cancer ay sinasaklaw kapag lumipas na ang hindi bababa sa 59 na buwan mula noong buwan ng huling pagsasagawa ng screening sa computed tomography colonography o 47 buwan mula noong buwan ng huling isinagawa ang screening flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy. Para sa mga pasyenteng nasa mataas na panganib na magkaroon ng colorectal cancer, maaaring saklawin ang screening computed tomography colonography kung lumipas na ang hindi bababa sa 23 buwan mula noong buwan ng huling screening computed tomography colonography o huling screening colonoscopy. • Flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyente edad 45 pataas. Isang beses kada 120 buwan para sa mga pasyenteng hindi nasa mataas na panganib pagkatapos sumailalim sa screening colonoscopy. Isang beses kada 48 buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib mula sa huling flexible sigmoidoscopy o computed tomography colonography. • Mga screening fecal-occult blood test para sa mga pasyente edad 45 pataas. Isang beses bawat 12 buwan.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa mga eksaminasyon sa pagsusuri para sa colorectal cancer na sinasaklaw ng Medicare. Kung nakakita ng polyp o iba pang tissue ang inyong doktor at inalis niya ito habang nagsasagawa ng colonoscopy o flexible sigmoidoscopy, magiging diagnostic exam ang screening exam at napapailalim sa $0 copay para sa mga serbisyo ng inyong doktor.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pagsusuri para sa colorectal cancer - pagpapatuloy • Multitarget stool DNA para sa mga pasyente edad 45 hanggang 85 at hindi pasok sa mga pamantayan ng mataas na panganib. Isang beses bawat 3 taon. • Mga Biomarker Test na batay sa dugo para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang na hindi natutugunan ang mga pamantayan sa mataas na panganib. Isang beses bawat 3 taon. • May kasama nang follow-up na pagsusuri sa pamamagitan ng colonoscopy ang mga test para sa pagsusuri para sa colorectal cancer pagkatapos maglabas ng positibong resulta ng isang hindi invasive na test para sa pagsusuri para sa colorectal cancer na batay sa stool na sinasaklaw ng Medicare. • Kasama sa mga test para sa pagsusuri para sa colorectal cancer ang isang nakaplanong screening flexible sigmoidoscopy o pagsusuri sa pamamagitan ng colonoscopy na kinabibilangan ng pag-aalis ng tissue o iba pang matter, o iba pang procedure na isasagawa kaugnay ng, bilang resulta ng, at kasabay ng screening na pagsusuri.	
Mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin Sa pangkalahatan, ang mga serbisyong pang-iwas para sa pangangalaga ng ngipin (gaya ng paglilinis, karaniwang pagsusuri sa ngipin, at mga x-ray ng ngipin) ay hindi sinasaklaw ng Original Medicare. Gayunpaman, kasalukuyang nagbabayad ang Medicare para sa mga serbisyo sa ngipin sa limitadong bilang ng mga sitwasyon, partikular na kapag ang serbisyong iyon ay isang mahalagang bahagi ng isang partikular na paggamot sa pangunahing medikal na kundisyon ng isang tao. 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 transplant ng organ. Dagdag pa rito, sinasaklaw namin ang: **<u>Mga pandagdag (ibig sabihin, karaniwan) na serbisyo sa pangangalaga ng ngipin</u>** • **Komprehensibong Pangangalaga sa Ngipin** Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang mga sumusunod	$0 copay para sa bawat serbisyo sa ngipin na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin - pagpapatuloy	
○ Mga restorative na serbisyo – 1 bawat ngipin bawat 7 taon ng plano	$0 copay para sa bawat serbisyo sa pagpapanumbalik.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
○ Prosthodontics, hindi natatanggal - 1 bawat ngipin bawat 7 taon ng plano	$0 copay para sa bawat serbisyo sa hindi naaalis na prosthodontic.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
○ Prosthodontics, natatanggal - 1 bawat arch bawat 2 hanggang 3 taon sa plano depende sa uri ng serbisyo	$0 copay para sa bawat serbisyo sa naaalis na prosthodontic. * *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
○ Mga adjunctive na pangkalahatang serbisyo - 1 bawat taon	$0 copay para sa bawat adjunctive na pangkalahatang serbisyo. * *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Bago makuha ang mga serbisyong ito, pinapayuhan ang mga miyembro na talakayin ang kanilang mga opsyon sa pagpapagamot kasama ng kasaling tagapagbigay ng serbisyo sa karaniwang pangangalaga ng ngipin. Kailangang masimulan at makumpleto ang paggamot habang sinasaklaw ng plano sa kasalukuyang taon ng plano. Babayaran ng miyembro ang gastos sa mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin na hindi sinasaklaw ng plano. **Ang pandagdag (ibig sabihin, karaniwang serbisyo na hindi saklaw ng Medicare) na mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin ay dapat matanggap mula sa kasaling tagapagbigay ng serbisyo upang masaklaw ito ng plano.** **Para sa mga tanong tungkol sa kung paano makahanap ng tagapagbigay ng serbisyo, maghain ng claim, o para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.** **Makakahanap kayo ng karagdagang impormasyon tungkol sa saklaw sa ngipin, kabilang ang isang detalyadong listahan ng mga saklaw na procedure, sa aming Mga Detalye ng Benepisyo sa Ngipin sa:** go.wellcare.com/dental-ca	

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pagsusuri para sa depresyon Sinasaklaw namin ang isang pagsusuri para sa depresyon kada taon. Dapat isagawa ang pagsusuri sa isang lugar ng pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga referral.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa taunang pagpapatingin para sa pagsusuri para sa depresyon.
Pagsusuri para sa diabetes Sasaklawin namin ang screening na ito (kabilang ang mga pagsusuring fasting glucose) kung mayroon kayong anuman sa mga sumusunod na salik ng panganib: mataas na presyon ng dugo (hypertension), kasaysayan ng abnormal na antas ng cholesterol at triglyceride (dyslipidemia), labis na katabaan (obesity), o kasaysayan ng mataas na asukal sa dugo. Posible ring saklawin ang mga pagsusuri kung makakatugon kayo sa iba pang kinakailangan, tulad ng pagkakaroon ng labis na timbang at pagkakaroon ng kasaysayan ng diabetes sa pamilya. Maaari kayong maging kwalipikado para sa hanggang 2 pagsusuri para sa diabetes bawat 12 buwan pagkatapos ng petsa ng inyong pinakakamakailang pagsusuri para sa diabetes.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa mga screening test para sa diabetes na sinasaklaw ng Medicare.
Pagsasanay sa sariling pamamahala sa diabetes, mga serbisyo at supply para sa diabetes Para sa lahat ng taong may diabetes (mga gumagamit ng insulin at hindi gumagamit ng insulin), kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Mga supply para masubaybayan ang inyong blood glucose: blood glucose monitor (traditional na finger stick blood glucose monitor), mga continuous glucose monitor (CGM), mga blood glucose test strip, mga lancet device at lancet, at mga solusyon sa pagkontrol ng glucose para sa pagsusuri sa accuracy ng mga test strip at monitor.	$0 copay para sa saklaw ng Medicare na blood glucose monitor (tradisyonal na finger stick blood glucose monitor). *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* $0 copay para sa mga saklaw ng Medicare na continuous glucose monitor (CGM). *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* $0 copay para sa mga saklaw ng Medicare na blood glucose test strip, lancet device at lancet, at mga glucose-control solution.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pagsasanay sa sariling pamamahala sa diabetes, mga serbisyo at supply para sa diabetes - pagpapatuloy	
	Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon. Gayunpaman, maaari pa rin kayong magbayad ng hanggang 20% ng halaga para sa mga produkto na hindi saklaw ng California Medi-Cal (Medicaid).
• Para sa mga taong may diabetes na may malubhang sakit sa paa na nauugnay sa diabetes, kada taon sa kalendaryo, isang pares ng therapeutic na pasadyang sapatos (kasama ang mga insert na ibinibigay kasama ng mga ganitong sapatos) at 2 karagdagang pares ng mga insert, o isang pares ng depth shoes at 3 pares ng mga insert (hindi kasama ang mga hindi pasadyang insert na natatanggal na ibinibigay kasama ng sapatos na ito) kasama ang fitting	$0 copay para sa mga therapeutic na sapatos o insert na saklaw ng Medicare para sa mga taong may diabetes na may malalang sakit sa paa na nauugnay sa diabetes. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* Gayunpaman, maaari pa rin kayong magbayad ng hanggang 20% ng halaga para sa mga produkto na hindi saklaw ng California Medi-Cal (Medicaid).
• Pagsasanay sa sariling pamamahala sa diabetes sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon.	$0 copay para sa pagsasanay sa sariling pamamahala sa diabetes na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* Gayunpaman, maaari pa rin kayong magbayad ng hanggang 20% ng halaga para sa mga produkto na hindi saklaw ng California Medi-Cal (Medicaid).
Ang Accu-Chek™ Guide at True Metrix™ ay ang mga preferred naming supply para sa pag-test ng diabetes (mga glucose monitor at test strip). Ang Dexcom at FreeStyle Libre ang aming mga preferred na brand ng continuous glucose monitor.	

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pagsasanay sa sariling pamamahala sa diabetes, mga serbisyo at supply para sa diabetes - pagpapatuloy Upang makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga item na nasa mga preferred na listahan ng supply para sa diabetic testing at monitoring, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Kung gumagamit kayo ng mga supply para sa diabetic testing at monitoring na hindi preferred ng plano, makipag-usap sa inyong tagapagbigay ng serbisyo upang makakuha ng bagong reseta o humiling ng paunang awtorisasyon para sa isang hindi preferred na blood glucose monitor at mga test strip.	
Matitibay na medikal na kagamitan (DME) at mga kaugnay na supply (Para sa kahulugan ng matitibay na medikal na kagamitan, tingnan ang Kabanata 12 at Kabanata 3) Kabilang sa mga sinasaklaw na item ang, ngunit hindi limitado sa, ang mga wheelchair, saklay, powered mattress system, mga supply para sa diabetes, kama sa ospital na iniutos ng tagapagbigay ng serbisyo upang magamit sa bahay, IV infusion pump, mga kagamitang pantulong sa pagsasalita, oxygen equipment, nebulizer, at walker. Sinasaklaw namin ang lahat ng medikal na kinakailangang DME na sinasaklaw ng Original Medicare. Kung walang ginagamit na partikular na brand o manufacturer ang supplier sa inyong lugar, maaari ninyo silang tanungin kung maaari nila itong espesyal na orderin para sa inyo. Makikita ang pinakabagong listahan ng mga supplier sa aming website sa go.wellcare.com/2027providerdirectories.	$0 copay para sa matitibay na medikal na kagamitan na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* $0 copay para sa mga medikal na supply na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* Ang inyong bahagian sa gastos para sa saklaw na kagamitan para sa oxygen ng Medicare ay $0 copay, kada 36 na buwan. Hindi magbabago ang inyong bahagian sa gastos matapos kayong maitala nang 36 na buwan. Kung nakapagbigay kayo ng 36 na buwang bayad sa renta para sa pagsaklaw sa oxygen equipment bago kayo nagpatala sa aming plano, ang inyong bahagian sa gastos sa aming plano ay $0 copay.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pang-emergency na pangangalaga	
Tinutukoy ng pang-emergency na pangangalaga ang mga serbisyong: • Ipinagkakaloob ng tagapagbigay ng serbisyong kwalipikado upang magkaloob ng mga serbisyo sa emergency • Kailangan upang suriin o patatagin ang isang emergency na medikal na kondisyon Ang medikal na emergency ay kapag kayo, o sinumang ibang taong may karaniwang kaalaman tungkol sa kalusugan at gamot, ay naniniwalang mayroon kayong mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon upang maiwasan ang pagkamatay (at kung kayo ay buntis, pagkalaglag ng sanggol sa sinapupunan), pagkawala ng isang bahagi ng katawan, o pagkawala ng silbi ng isang bahagi ng katawan. Ang mga medikal na sintomas ay posibleng karamdaman, injury, matinding pananakit, o isang medikal na kundisyon na mabilis ang paglala.	$0 copay para sa mga pagpunta sa emergency room na sinasaklaw ng Medicare. Kung tatanggap kayo ng emergency na pangangalaga mula sa ospital na wala sa network at kailangan ninyo ng pangangalaga bilang pasyente pagkatapos maging stable ng inyong emergency na kundisyon, kailangan ninyong bumalik sa isang ospital na nasa network para maipagpatuloy ang pagsaklaw sa inyong pangangalaga o kailangan ninyong kunin ang inyong inpatient na pangangalaga sa ospital na wala sa network na awtorisado ng plano at ang inyong gastos ay ang bahagian sa gastos na babayaran ninyo sa isang ospital na nasa network.
Ang mga bahagian sa gastos para sa mga kinakailangang serbisyo sa emergency na nakuha ninyo sa labas ng network ay pareho kapag nakukuha ninyo ang mga serbisyong ito sa loob ng network.	$115 copay para sa mga serbisyo sa emergency sa labas ng Estados Unidos.*
Saklaw ang mga serbisyo sa emergency sa labas ng Estados Unidos.	Babayaran ninyo ang halagang ito kahit na ma-admit kayo sa ospital para sa parehong kundisyon. Sinasaklaw kayo nang hanggang $50,000 kada taon para sa emergency o mga serbisyong agarang kinakailangan sa labas ng Estados Unidos.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga programang edukasyon sa kalusugan at wellness • **Linya para sa pagpapayo ng nurse** Toll-free na telephonic na Linya para sa Pagpapayo ng Nurse na may mga sinanay at lisensyadong rehistradong nurse, na available 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga nurse ay nagbibigay ng gabay para sa mga tanong na may kaugnayan sa kalusugan, tumutulong sa mga miyembro na matukoy ang pinakaangkop na antas ng pangangalaga, at nag-aalok ng suporta para sa mga alalahanin sa kalusugan na hindi emergency. Maaari ninyong i-access ang Linya para sa Pagpapayo ng Nurse sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro at paghiling na ilipat sa Linya para sa Pagpapayo ng Nurse.	$0 copay para sa linya para sa pagpapayo ng nurse.*
Mga serbisyo sa pandinig Ang pagsusuri sa pandinig at ebalwasyon sa balanse na ginagawa ng inyong tagapagbigay ng serbisyo upang matukoy kung kailangan ninyo ng medikal na paggamot ay sinasaklaw bilang outpatient na pangangalaga kapag nakuha ninyo ito mula sa isang doktor, audiologist, o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo. **Sinasaklaw rin ng aming plano ang mga sumusunod na pandagdag (ibig sabihin, karaniwan) na mga serbisyo sa pagdinig:**	$0 copay para sa bawat pagsusuri sa pandinig na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• 1 karaniwang pagsusuri sa pandinig kada taon.	$0 copay para sa 1 karaniwang pagsusuri sa pandinig kada taon.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• 1 pagpapakabit ng hearing aid at pagsusuri kada taon.	$0 copay para sa 1 pagpapakabit ng hearing aid at pagsusuri kada taon.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo sa pandinig - pagpapatuloy **Dapat matanggap ang mga regular na serbisyo para sa pandinig mula sa isang kasaling tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng vendor upang matanggap ang kumpletong benepisyo sa pandinig na sinasaklaw ng plano.** Para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong vendor sa pagdinig, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at mga benepisyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.	
Screening para sa HIV Para sa mga taong humihiling para sa pagsusuring screening para sa HIV at sa mga taong may mataas na panganib para sa impeksyon ng HIV, sinasaklaw namin ang: • Isang pagsusuring eksaminasyon kada 12 buwan Kung kayo ay buntis, sasaklawin namin ang: • Hanggang 3 screening na eksaminasyon habang nagbubuntis	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa mga miyembrong kwalipikado para sa pang-iwas na screening para sa HIV na sinasaklaw ng Medicare.
Pangangalagang pangkalusugan ng ahensya sa bahay Bago kayo makatanggap ng mga serbisyo para sa kalusugan sa bahay, kailangan munang sertipikahan ng doktor na kailangan ninyo ng mga serbisyo sa kalusugan sa bahay at ibilin na magbigay ng mga serbisyo para sa kalusugan sa bahay mula sa ahensya ng kalusugan sa bahay. Kailangan ay nananatili kayo sa bahay, na nangangahulugang nahihirapan kayong umalis ng bahay. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa: • Mga part-time o paulit-ulit na serbisyo ng dalubhasang pangangalaga at tulong sa kalusugan sa bahay (sasaklawin sa ilalim ng benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa bahay, dapat ay hindi lumampas sa 8 oras kada araw at 35 oras kada linggo ang kabuuan ng inyong pinagsamang mga serbisyo ng dalubhasang pangangalaga 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	$0 copay para sa bawat serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan ng ahensya sa bahay na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Therapy ng infusion sa bahay	
Ang therapy ng infusion sa bahay ay ang intravenous o subcutaneous na pagbibigay ng mga gamot o biological sa isang indibidwal sa bahay. Kabilang sa mga component na bumubuo sa home infusion ang gamot (halimbawa, mga antiviral, immune globulin), equipment (halimbawa, pump), at mga supply (halimbawa, mga tubing at catheter).	$0 copay para sa mga propesyonal na serbisyo mula sa isang Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (PCP), kabilang ang mga serbisyo ng nurse, pagsasanay at edukasyon, remote na pagsubaybay at mga serbisyo sa pagsubaybay. $0 copay para sa mga propesyonal na serbisyo mula sa isang espesyalista, kabilang ang mga serbisyo ng nurse, pagsasanay at edukasyon, remote na pagsubaybay at mga serbisyo sa pagsubaybay.
Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa: • Mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo ng nurse, na isinagawa alinsunod sa aming plano ng pangangalaga • Pagsasanay at edukasyon sa pasyente na hindi saklaw ng benepisyo sa matitibay na medikal na kagamitan • Pagsubaybay sa malayo • Mga serbisyo sa pagsubaybay para sa pagsasagawa ng therapy ng infusion sa bahay at mga gamot ng infusion sa bahay ng isang kwalipikadong supplier ng therapy ng infusion sa bahay	*Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* Ang mga kagamitan at supply para sa home infusion ay saklaw ng inyong benepisyo sa Matitibay na Medikal na Kagamitan (DME). Pakitingnan ang seksyong “Matitibay na medikal na kagamitan (DME) at mga kaugnay na supply” para sa impormasyon tungkol sa bahagian sa gastos. Saklaw ang mga gamot para sa home infusion sa ilalim ng inyong benepisyo sa Mga inireresetang Gamot sa Medicare Part B. Pakitingnan ang seksyong “Mga inireresetang Gamot sa Medicare Part B” para sa impormasyon sa bahagian sa gastos.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pangangalaga sa hospisyo Kwalipikado kayo para sa benepisyo ng hospisyo kapag binigyan kayo ng inyong doktor o ng medikal na direktor ng hospisyo ng terminal na prognosis na nagpapatunay na kayo ay may karamdaman na hindi na gagaling at mayroon na lang 6 na buwan o mas mababa pa upang mabuhay kung susundan ng inyong karamdaman ang normal nitong kurso. Maaari kayong tumanggap ng pangangalaga mula sa alinmang programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare. Obligado ang inyong plano na tulungan kayong humanap ng mga programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano, kabilang ang programang aming pagmamay-ari, kinokontrol, may pinansyal kaming interes. Ang inyong doktor sa hospisyo ay maaaring maging isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network o tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Mga gamot para sa pagkontrol ng sintomas at pagpapaginhawa ng pananakit • Panandaliang pangangalaga upang makapagpahinga ang tagapangalaga • Pangangalaga sa tahanan Kapag na-admit kayo sa isang hospisyo, may karapatan pa rin kayong manatili sa aming plano, kung mananatili kayo sa aming plano dapat ninyong patuloy na bayaran ang mga premium ng plano.	Kapag nagpatala kayo sa programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare, ang inyong mga serbisyo sa hospisyo at ang inyong mga serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B na may kaugnayan sa inyong terminal na prognosis ay babayaran ng Original Medicare, hindi ng aming plano.
Para sa mga serbisyo ng hospisyo at serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A o B at nauugnay sa inyong terminal na prognosis: Ang Original Medicare (sa halip na aming plano) ang magbabayad para sa inyong mga tagapagbigay ng serbisyo sa hospisyo para sa inyong mga serbisyo sa hospisyo at anumang serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B na nauugnay sa inyong terminal na prognosis. Habang kayo ay nasa programa ng hospisyo, sisingilin ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng hospisyo ang Original Medicare para sa mga serbisyong babayaran ng Original Medicare. Sisingilin kayo ng bahagian sa gastos ng Original Medicare.	Ang bahagian sa gastos para sa serbisyo ng doktor ay maaaring ilapat para sa mga serbisyo ng konsultasyon sa hospisyo. Tingnan ang seksyong “Mga Serbisyo ng Doktor/ Practitioner” ng chart na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa bahagian sa gastos na ito.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pangangalaga sa hospisyo - pagpapatuloy **Para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part A o B na hindi nauugnay sa inyong terminal na prognosis:** Kung kailangan ninyo ng hindi pang-emergency, serbisyong hindi agarang kinakaikangan na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part A o B at hindi nauugnay sa inyong terminal na prognosis, ang inyong gastos para sa mga serbisyong ito ay depende sa kung gagamit kayo ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano at kung sinusunod ninyo ang mga panuntunan ng plano (tulad ng kung kinakailangang kumuha ng paunang awtorisasyon). • Kung kukuha kayo ng mga saklaw na serbisyo mula sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network at sinusunod ninyo ang mga panuntunan ng plano para sa pagkuha ng serbisyo, ang tanging babayaran ninyo ay ang halaga ng bahagian sa gastos ng aming plano para sa mga serbisyong mula sa network. • Kung kukuha kayo ng mga saklaw na serbisyo mula sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, babayaran ninyo ang bahagian sa gastos sa ilalim ng Original Medicare **Para sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano ngunit hindi sinasaklaw ng Medicare Part A o B:** Patuloy na sasaklawin ng aming plano ang mga saklaw na serbisyo ng plano na hindi sinasaklaw sa ilalim ng Bahagi A o B, ito man ay nauugnay o hindi sa inyong terminal na prognosis. Babayaran ninyo ang halaga ng inyong bahagian sa gastos sa plano para sa mga serbisyong ito. **Para sa mga gamot na maaaring sinasaklaw ng benepisyo sa Bahagi D ng aming plano:** Kung ang mga gamot na ito ay hindi nauugnay sa inyong pangangalaga mula sa hospisyo para sa nakamamatay na kundisyon, babayaran ninyo ang bahagian sa gastos. Kung nauugnay ang mga ito sa inyong pangangalaga mula sa hospisyo para sa nakamamatay na kundisyon, babayaran ninyo ang bahagian sa gastos sa Original Medicare. Hindi kailanman sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plano ang mga gamot nang magkasabay. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 9.4.	

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pangangalaga sa hospisyo - pagpapatuloy **Tandaan:** Kung kailangan ninyo ng pangangalagang hindi sa hospisyo (pangangalagang hindi nauugnay sa inyong terminal na prognosis), makipag-ugnayan sa amin upang isaayos ang mga serbisyo. Saklaw ng aming plano ang mga serbisyo sa pagpapakonsulta sa hospisyo (isang beses lang) para sa taong may nakakamatay na sakit na hindi pa gumagamit ng benepisyo ng hospisyo.	
Mga Pagpapabakuna Kabilang sa mga Medicare Part B na serbisyong sinasaklaw ang: • Mga bakuna para sa pulmonya • Mga iniksyon (o bakuna) sa trangkaso, isang beses sa bawat panahon ng trangkaso sa taglagas at taglamig, na may karagdagang mga iniksyon (o bakuna) sa trangkaso kung medikal na kinakailangan • Mga bakuna laban sa Hepatitis B kung hindi pa kayo nakakatanggap ng kumpletong series, hindi ninyo alam ang inyong kasaysayan ng pagbabakuna, o mayroon kayong anupamang kundisyon na naglalagay sa inyo sa mataas o agarang 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 Sinasaklaw din namin ang karamihan sa ibang bakuna para sa adulto sa ilalim ng aming benepisyo sa Bahagi D na gamot. Tingnan ang Kabanata 6, Seksyon 7 para sa higit pang impormasyon. Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna para sa nasa hustong gulang sa Bahagi D nang libre para sa mga miyembrong 19 na taong gulang pataas.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa mga bakuna sa pulmonya, influenza, Hepatitis B, at COVID-19. Para sa iba pang bakunang saklaw ng Medicare (kung may panganib sa inyo at natutugunan ng mga ito ang mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part B), mangyaring sumangguni sa seksyon ng mga inireresetang gamot ng Medicare Part B ng chart na ito para sa naaangkop na bahagian sa gastos. *Nangangailangan ng paunang awtorisasyon ang ilang Bahagi B na mga gamot upang masaklaw ang mga ito.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Inpatient na pangangalaga sa ospital Kabilang dito ang mga inpatient acute, inpatient rehabilitation, pangmatagalang pangangalaga sa mga ospital, at iba pang uri ng serbisyo sa ospital bilang pasyente. Magsisimula ang inpatient na pangangalaga sa ospital sa araw na pormal kayong na-admit sa ospital ayon sa bilin ng doktor. Ang araw bago kayo palabasin sa ospital ay ang inyong huling araw bilang pasyente. Saklaw kayo sa loob ng 90 araw para sa inpatient na pananatili sa ospital na saklaw ng Medicare. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang ngunit hindi limitado sa: • Semi-private na kwarto (o pribadong kwarto kung medikal na kinakailangan) • Mga pagkain kabilang ang mga espesyal na diyeta • Mga regular na serbisyong pangangalaga • Ang mga halaga ng mga unit para sa espesyal na pangangalaga (tulad ng intensive care unit o coronary care unit) • Mga gamot at medikasyon • Mga pagsusuri sa laboratoryo • Mga x-ray at iba pang serbisyo sa radiology • Mga kinakailangang supply sa operasyon at medikal na supply • Paggamit ng mga aparato, gaya ng mga wheelchair • Mga gastos sa kwarto sa pagpapaopera at pagpapagaling • Physical, occupational, at speech language therapy • Mga inpatient na serbisyo para sa pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot • Sa ilang partikular na kundisyon, saklaw ang mga sumusunod na uri ng mga transplant: corneal, bato, kidney-pancreatic, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell, at intestinal/multivisceral. Kung kailangan ninyo ng transplant, aayusin namin na masuri ang inyong kaso ng transplant center na aprubado ng Medicare na magpapasya kung kandidato ba kayo para sa isang transplant. Maaaring lokal o wala sa sineserbisyuhang lugar ang mga tagapagbigay ng serbisyo ng transplant. Kung ang aming mga serbisyo ng transplant sa network ay nasa labas ng pattern ng pangangalaga ng komunidad, maaari ninyong piliing pumunta sa mga lokal na tagapagbigay ng serbisyo ng transplant basta't tatanggapin ng lokal na tagapagbigay ng transplant ang halaga ng bayad ng Original Medicare.	Para sa mga sinasaklaw ng Medicare na pagpapaospital, kada pagpapaospital: $0 copay para sa bawat pananatili sa ospital. Panghabambuhay na Nakareserbang Araw na may $0 copay kada araw. Ang Panghabambuhay na Nakareserbang Araw ay mga karagdagang araw na babayaran ng plano kapag nasa ospital ang mga miyembro nang higit sa bilang ng araw na sinasaklaw ng plano. May kabuuang 60 nakareserbang araw ang mga miyembro na magagamit habang sila ay nabubuhay. Kung makakakuha kayo ng awtorisadong pangangalaga sa ospital bilang pasyente na wala sa network pagkatapos umayos ng inyong emergency na kundisyon, ang inyong gastos ay ang bahagian sa gastos na dapat ninyong bayaran sa ospital na nasa network. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Inpatient na pangangalaga sa ospital - pagpapatuloy Kung magbibigay ang aming plano ng mga serbisyo sa transplant sa lokasyong nasa labas ng pattern ng pangangalaga para sa mga transplant sa inyong komunidad at pipiliin ninyong makakuha ng transplant sa malayong lokasyon na ito, aayusin o babayaran namin ang kinakailangang gastos sa tirahan at transportasyon para sa inyo at sa inyong kasama. • Dugo - kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay. Ang pagsaklaw sa buong dugo at packed red cells ay magsisimula lang sa unang pint ng dugong kailangan ninyo. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay sinasaklaw simula sa unang pint. • Mga serbisyo ng doktor **Tandaan:** Upang maging inpatient, kailangan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na magsulat ng utos upang pormal kayong i-confine bilang inpatient sa ospital. Kahit manatili kayo sa ospital nang magdamag, posibleng ituring pa rin kayong outpatient. Kung hindi kayo sigurado kung kayo ay inpatient o outpatient, dapat ninyong tanungin ang kawani ng ospital. • Makakuha ng higit pang impormasyon mula sa fact sheet ng Medicare na *Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare* na available sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.	
Mga serbisyo bilang pasyente sa isang psychiatric na ospital Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan ng pag-iisip na nangangailangan ng pananatili sa ospital. Saklaw kayo sa loob ng 90 araw bawat admission para sa mga pananatiling saklaw ng Medicare. Mayroong limitasyon sa lifetime na 190 araw para sa mga inpatient na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay sa psychiatric na ospital. Ang 190 araw na limitasyon ay hindi naaangkop sa mga inpatient na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay sa isang psychiatric unit ng isang general hospital. Kung nagamit na ninyo ang bahagi ng 190 araw na lifetime na benepisyo sa Medicare bago magpatala sa aming plano, ang maaari na lang ninyong matanggap ay ang natitira sa mga araw sa inyong lifetime.	Para sa mga sinasaklaw ng Medicare na pagpapaospital, kada pagpapaospital: $0 copay para sa bawat pananatili para sa pangangalaga ng kalusugan ng pag-iisip.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo bilang pasyente sa isang psychiatric na ospital - pagpapatuloy	Panghabambuhay na Nakareserbang Araw na may $0 copay kada araw. Ang Panghabambuhay na Nakareserbang Araw ay mga karagdagang araw na babayaran ng plano kapag nasa ospital ang mga miyembro nang higit sa bilang ng araw na sinasaklaw ng plano. May kabuuang 60 nakareserbang araw ang mga miyembro na magagamit habang sila ay nabubuhay. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* Kung makakakuha kayo ng awtorisadong pangangalaga sa ospital bilang pasyente na wala sa network pagkatapos umayos ng inyong emergency na kundisyon, ang inyong gastos ay ang bahagian sa gastos na dapat ninyong bayaran sa ospital na nasa network.

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

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Therapy para sa medikal na nutrisyon Ang benepisyo na ito ay para sa mga taong may diabetes, sakit sa bato (ngunit hindi nagda-dialysis), o pagkatapos ng transplant ng bato kapag ibinilin ng inyong doktor. Sinasaklaw namin ang 3 oras ng serbisyong one-on-one na pagpapayo sa inyong unang taon ng pagtanggap ng mga serbisyo ng therapy para sa medikal na nutrisyon sa ilalim ng Medicare (kabilang dito ang aming plano, anupamang plano ng Medicare Advantage, o Original Medicare), at 2 oras bawat taon pagkatapos nito. Kung magbago ang inyong kundisyon, paggamot o nasuring sakit, maaari kayong makakuha ng mas marami pang oras ng paggamot nang may bilin ng doktor. Dapat irekomenda ng isang doktor ang mga serbisyong ito at i-renew ang bilin bawat taon kung kailangan ninyo ang paggamot hanggang sa susunod na taon sa kalendaryo.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa mga miyembrong kwalipikado para sa mga serbisyo ng therapy para sa medikal na nutrisyon na sinasaklaw ng Medicare.
Programang Pag-iwas sa Diabetes ng Medicare (MDPP) **Sasaklawin ang mga serbisyo ng MDPP para sa mga kwalipikadong tao sa ilalim ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare.** Ang MDPP ay isang nakaayos na pamamagitan sa pagbabago ng pag-uugaling pangkalusugan na nagbibigay ng praktikal na pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa diyeta, pinataas na pisikal na aktibidad, at estratehiya sa paglutas ng problema upang malampasan ang mga hamon sa pagpapanatili ng pagbabawas ng timbang at ng malusog na pamumuhay.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa benepisyo na MDPP.
Mga gamot sa Medicare Part B **Ang mga gamot na ito ay sinasaklaw sa ilalim sa Bahagi B ng Original Medicare. Makakatanggap ng pagsaklaw ang mga miyembro ng aming plano para sa mga gamot na ito sa pamamagitan ng aming plano. Kabilang sa mga saklaw na gamot ang:** • Mga gamot na karaniwang hindi kayang inumin ng pasyente nang mag-isa at iniiniksyon o ini-infuse habang kayo ay kukuha ng mga serbisyo ng doktor, outpatient sa ospital, o center ng ambulatoryong operasyon	Maaaring sumasailalim sa step therapy ang ilang gamot. Posibleng kailanganin ng parmasya na magsumite ng mga claim sa aming plano at sa California Medi-Cal (Medicaid) upang makatanggap kayo ng Bahagi B na mga gamot ssa mga bahagian sa gastos na ipinapakita sa ibaba.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga gamot sa Medicare Part B - pagpapatuloy • Insulin na ibinibigay gamit ang isang item ng matitibay na medikal na kagamitan (gaya ng medikal na kinakailangang insulin pump) • Iba pang gamot na iniinom ninyo sa tulong ng matitibay na medikal na kagamitan (tulad ng mga nebulizer) na awtorisado ng aming plano • Ang gamot para sa Alzheimer's na Leqembi®, (generic na gamot na lecanemab), ay ibinibigay sa intravenous na paraan. Bukod sa mga gastos sa gamot, posibleng kailanganin ninyo ng mga karagdagang pag-scan at pagsusuri bago ang paggamot at/o habang ginagamot na maaaring makadagdag sa inyong pangkalahatang gastusin. Makipag-usap sa inyong doktor tungkol sa kung anong mga pag-scan at pagsusuri ang posibleng kailanganin ninyo bilang bahagi ng inyong paggamot • Mga clotting factor o pampabuo ng dugo na ibinibigay ninyo sa inyong sarili kung mayroon kayong hemophilia • Mga transplant/immunosuppressive na gamot: Sinasaklaw ng Medicare ang transplant drug therapy kung Medicare ang nagbayad para sa inyong organ transplant. Dapat ay mayroon kayong Bahagi A sa oras ng saklaw na transplant, at mayroon dapat kayong Bahagi B sa oras na kumuha kayo ng mga immunosuppressive na gamot. Sinasaklaw ng gamot sa Medicare Part D ang mga immunosuppressive na mga gamot kung hindi sinasaklaw sa Bahagi B ang mga ito • Mga injectable na gamot sa osteoporosis, kung kayo ay nananatili sa bahay, may nabaling buto na ayon sa inyong doktor ay nauugnay sa osteoporosis na dulot ng pagtatapos ng menopause, at hindi ninyo kayang pamahalaan ang gamot nang mag-isa • Ilang antigen: Sinasaklaw ng Medicare ang mga antigen kung isang doktor ang maghahanda ng mga ito at isang taong nakatanggap ng wastong tagubilin (na maaaring kayo, ang pasyente) ang magbibigay ng mga ito sa ilalim ng naaangkop na pangangasiwa	**Mga Insulin na Gamot sa Medicare Part B** $0 copay para sa mga gamot sa insulin sa Bahagi B na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* **Ibang Pang Gamot sa Medicare Part B** $0 copay para sa iba pang Bahagi B na mga gamot na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* **Mga Chemotherapy/Radiation na Gamot ng Medicare Part B** $0 copay para sa mga gamot sa chemotherapy sa Bahagi B na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga gamot sa Medicare Part B - pagpapatuloy • Ilang partikular na iniinom na gamot laban sa cancer: Sinasaklaw ng Medicare ang ilang iniinom na gamot laban sa cancer kung available ang gamot ding iyon sa iniiniksyong anyo o kung ang gamot ay isang prodrug (isang iniinom na anyo ng gamot na, kapag nainom, natutunaw sa aktibong sangkap na makikita sa iniiniksyong gamot) ng iniiniksyong gamot. Habang patuloy na nagiging available ang mga bagong iniinom na gamot sa cancer, posibleng saklawin ang mga iyon sa Bahagi B. Kung hindi sinasaklaw sa Bahagi B ang mga iyon, sasaklawin ito sa Bahagi D • Mga iniinom na gamot laban sa pagduruwal: Sinasaklaw ng Medicare ang mga iniinom na gamot laban sa pagduruwal na ginagamit ninyo bilang bahagi ng chemotherapeutic na regimen laban sa cancer kung ibinigay ito bago ang, sa, o sa loob ng 48 oras ng chemotherapy o ginagamit bilang ganap na therapeutic na pamalit para sa isang intravenous na gamot laban sa pagduruwal • Ilang gamot para sa Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (ESRD) na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B • Mga calcimimetic at phosphate binder na gamot sa ilalim ng sistema ng pagbabayad ng ESRD, kasama ang intravenous na gamot na Parsabiv® at ang iniinom na gamot na Sensipar® • Ilang partikular na gamot para sa dialysis sa bahay, kasama ang heparin, ang antidote para sa heparin, kapag medikal na kinakailangan, at mga topical anesthetics • Erythropoiesis-stimulating agents: Sinasaklaw ng Medicare ang erythropoietin sa pamamagitan ng iniksyon kung kayo ay mayroong Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (End-Stage Renal Disease, ESRD) o kung kailangan ninyo ang gamot na ito upang gamutin ang anemia na nauugnay sa iba pang kundisyon (gaya ng Retacrit®) • Intravenbous Immune Globulin para sa paggamot sa bahay ng mga pangunahing karamdaman kaugnay ng immune deficiency • Parenteral at enteral na nutrisyon (intravenous at tube feeding)	

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Dadalhin kayo ng link na ito sa isang listahan ng Bahagi B na mga gamot na maaaring napapailalim sa Step Therapy: go.wellcare.com/CAStepTherapy. Sinasaklaw din namin ang ilang bakuna sa ilalim sa Bahagi B at karamihan sa mga bakuna para sa adulto sa ilalim ng aming benepisyo sa Bahagi D na gamot. Ipinapaliwanag ng Kabanata 5 ang benepisyo ng Bahagi D na gamot, kabilang ang mga panuntunan na kailangan ninyong sundin upang masaklaw ang mga reseta. Kung ano ang babayaran ninyo para sa inyong Bahagi D na mga gamot sa pamamagitan ng aming plano ay ipinaliwanag sa Kabanata 6.	
Screening at therapy para sa labis na katabaan upang isulong ang napapanatiling pagbabawas ng timbang Kung mayroon kayong body mass index na 30 o higit pa, babayaran namin ang masusing pagpapayo upang tulungan kayong magbawas ng timbang. Sinasaklaw ang pagpapayong ito kung kukunin ninyo ito sa lugar ng pangunahing pangangalaga, kung saan maaari itong isaayos sa inyong komprehensibong planong pang-iwas. Makipag-usap sa inyong doktor o practitioner ng pangunahing pangangalaga upang matuto ng higit pa.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa screening at therapy na pang-iwas sa labis na katabaan.
Mga serbisyo sa programa sa paggamot sa problema sa opioid Ang mga miyembro ng aming plano na may problema sa paggamit ng opioid (OUD) ay makakatanggap ng pagsaklaw ng mga serbisyo upang magamot ang OUD sa pamamagitan ng Mga Programa sa Paggamot sa Problema sa Opioid (OTP) na kinabibilangan ng mga sumusunod na serbisyo: • Mga aprubado ng U.S. Food and Drug Administration (FDA) na medikasyong para sa paggamot sa tulong ng gamot (MAT) na opioid na agonist at antagonist • Pagpapainom at pagbibigay ng mga medikasyong MAT (kung naaangkop) • Pagpapayo tungkol sa paggamit ng substance • Indibidwal na therapy at nakagrupong therapy • Toxicology na pagsusuri • Mga aktibidad pag-inom • Mga pana-panahong pagtatasa	$0 copay para sa bawat serbisyo sa paggamot gamit ang opioid na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga diagnostic na pagsusuri at therapeutic na serbisyo at supply para sa outpatient Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:	
• Mga X-ray	$0 copay para sa mga X-ray na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Radiation (radium at isotope) therapy kasama ang mga materyales at supply ng technician	$0 copay para sa mga therapeutic na serbisyo sa radiology na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Mga supply sa operasyon, gaya ng mga dressing • Mga splint, semento at iba pang aparatong ginagamit upang bawasan ang mga pagkabali at pagkalinsad ng buto	$0 copay para sa mga medikal na supply na saklaw ng Medicare kabilang ang mga cast at splint. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Mga pagsusuri sa laboratoryo	$0 copay para sa bawat serbisyo sa laboratoryo na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Dugo - kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay. Ang pagsaklaw sa buong dugo at naka-pack na pulang selyula ay magsisimula lang sa unang pint ng dugong kailangan ninyo. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay sinasaklaw simula sa unang pint na ginamit	$0 copay para sa mga serbisyo sa dugo na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga diagnostic na pagsusuri at therapeutic na serbisyo at supply para sa outpatient - pagpapatuloy	
• Mga pagsusuring diagnostic na wala sa laboratoryo tulad ng mga CT scan, MRI, EKG, at PET scan kapag ibinilin ito ng inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan upang gamutin ang isang medikal na problema	$0 copay para sa mga diagnostic na serbisyo sa radiology na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Ibang mga diagnostic na pagsusuri sa outpatient	$0 copay para sa mga diagnostic na procedure at pagsusuri na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Obserbasyon sa ospital para sa outpatient Ang mga serbisyo ng pag-obserba ay mga serbisyo ng ospital para sa outpatient na ibinibigay upang matukoy kung kailangan ninyong ma-admit bilang pasyente o kung maaari na kayong lumabas. Para sa mga serbisyo ng pag-obserba sa ospital para sa outpatient, kailangan ninyong matugunan ang mga pamantayan ng Medicare at maituring ang mga ito na makatwiran at kinakailangan. Sinasaklaw lang ang mga serbisyo ng pag-obserba kapag ibinibigay ayon sa bilin ng doktor o ng ibang indibidwal na awtorisado ng batas na naglilisensiya ng estado at ng mga regulasyon ng mga kawani ng ospital upang magpasok ng mga pasyente sa ospital o mag-bilin ng mga pagsusuri sa mga outpatient. **Tandaan:** Maliban kung magsusulat ang tagapagbigay ng serbisyo ng bilin na i-admit kayo sa ospital bilang pasyente, mananatili kayong outpatient at babayaran ninyo ang halaga ng bahagian sa gastos para sa mga outpatient na serbisyo sa ospital. Kahit manatili kayo sa ospital nang magdamag, posibleng ituring pa rin kayong outpatient. Kung hindi kayo sigurado kung kayo ay isang outpatient, dapat ninyong tanungin ang kawani ng ospital.	$0 copay para sa bawat pagpapatingin para sa serbisyo sa obserbasyon na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Obserbasyon sa ospital para sa outpatient - pagpapatuloy Makakuha ng higit pang impormasyon mula sa fact sheet ng Medicare na *Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare* na available sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.	
Mga outpatient na serbisyo sa ospital Sinasaklaw namin ang mga serbisyong medikal na kinakailangan na natatanggap ninyo mula sa departamento ng outpatient ng isang ospital para sa pagtuklas o paggamot ng karamdaman o pinsala. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa: • Mga serbisyo sa isang departamento ng emergency o klinikang para sa outpatient, tulad ng mga serbisyo ng pag-obserba o operasyon para sa outpatient • Mga pagsusuri sa laboratoryo at pagsusuring pantuklas ng sakit na sisingilin ng ospital • Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip, kabilang ang pangangalaga sa bahagyang pagkakaospital na programa, kung pinapatunayan ng doktor na kailangan ang inpatient na paggamot kung wala ito • Mga x-ray at iba pang serbisyo sa radiology na sisingilin ng ospital • Mga medikal na supply gaya ng mga splint at semento • Ilang partikular na gamot at biological na hindi ninyo maibigay sa inyong sarili **Tandaan:** Maliban kung magsusulat ang tagapagbigay ng serbisyo ng bilin na i-admit kayo sa ospital bilang pasyente, mananatili kayong outpatient at babayaran ninyo ang halaga ng bahagian sa gastos para sa mga outpatient na serbisyo sa ospital. Kahit manatili kayo sa ospital nang magdamag, posibleng iturin pa rin kayong outpatient. Kung hindi kayo sigurado kung kayo ay isang outpatient, dapat ninyong tanungin ang kawani ng ospital.	Babayaran ninyo ang mga naaangkop na halaga ng bahagian sa gastos na ipinapakita sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo na ito para sa partikular na serbisyo.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Outpatient na pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng psychiatrist o doktor, klinikal na psychologist, klinikal na social worker (CSW), klinikal na espesyalistang nurse (CNS), lisensyadong propesyonal na tagapayo (LPC), lisensyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (LMFT), nurse na nagsasanay (NP), assistant ng doktor (PA), na lisensyado ng estado, o iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan ng isip na kwalipikado sa Medicare ayon sa pinapahintulutan sa ilalim ng naaangkop na mga batas ng estado.	
• Mga serbisyong ibinibigay ng psychiatrist	$0 copay para sa bawat pagpapatingin sa indibidwal na therapy ng psychiatrist na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
	$0 copay para sa bawat pagpapatingin sa panggrupong therapy ng psychiatrist na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Mga serbisyong ibinibigay ng iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang sa kalusugan ng isip	$0 copay para sa bawat pagpapatingin sa indibidwal na therapy ng iba pang tagapagbigay ng serbsiyo ng pangangalaga sa kalusugan ng isip na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Outpatient na pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip - pagpapatuloy	$0 copay para sa bawat pagpapatingin sa panggrupong therapy ng iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan ng isip na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Mga outpatient na serbisyong rehabilitasyon Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang physical therapy, occupational therapy, at speech language therapy. Ibinibigay ang mga outpatient na serbisyong rehabilitasyon sa iba't ibang lugar para sa outpatient, gaya ng departamento para sa outpatient ng ospital, mga tanggapan ng hiwalay na therapist, at sa Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Pasyenteng Hindi Kailangang I-confine (CORF).	
• Mga serbisyong ibinibigay ng physical therapist	$0 copay para sa bawat pagpapatingin para sa physical therapy na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Mga serbisyong ibinibigay ng occupational therapist	$0 copay para sa bawat pagpapatingin para sa occupational therapy na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga outpatient na serbisyong rehabilitasyon - pagpapatuloy • Mga serbisyong ibinibigay ng speech language therapist	$0 copay para sa bawat pagpapatingin para sa speech language therapy na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Mga outpatient na serbisyo para sa karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: Mga serbisyo sa Problema sa Paggamit ng Substance gaya ng mga indibidwal at panggrupong therapy session na ibinibigay ng doktor, klinikal na psychologist, klinikal na social worker, klinikal na espesyalistang nurse, nurse na nagsasanay, assistant ng doktor, o iba pang propesyonal o programa sa pangangalaga sa kalusugan ng isip na kwalipikado sa Medicare ayon sa pinapahintulutan sa ilalim ng naaangkop na mga batas ng estado.	$0 copay para sa bawat pagpapatingin para sa indibidwal na therapy na sinasaklaw ng Medicare. $0 copay para sa bawat pagpapatingin para sa panggrupong therapy na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Pag-opera sa outpatient, kabilang ang mga serbisyong ibinibigay sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at mga center ng ambulatoryong operasyon **Tandaan:** Kung may operasyon kayo sa isang pasilidad ng ospital, dapat kayong magtanong sa inyong tagapagbigay ng serbisyo kung kayo ba ay isang inpatient o outpatient. Maliban kung sumulat ang tagapagbigay ng serbisyo ng bilin na ipasok kayo sa ospital bilang pasyente, mananatili kayong outpatient at babayaran ninyo ang halaga ng bahagian sa gastos para sa outpatient na operasyon. Kahit manatili kayo sa ospital nang magdamag, posibleng iturin pa rin kayong outpatient.	

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pag-opera sa outpatient, kabilang ang mga serbisyong ibinibigay sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at mga center ng ambulatoryong operasyon - pagpapatuloy	
• Mga serbisyong ibinibigay sa isang outpatient na ospital	$0 copay para sa bawat pagpapatingin para sa operasyon na sinasaklaw ng Medicare sa pasilidad na ospital para sa outpatient. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Mga serbisyong ibinibigay sa isang center ng ambulatoryong operasyon	$0 copay para sa bawat pagpapatingin sa isang center ng ambulatoryong operasyon na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Mga serbisyo sa bahagyang pagkakaospital at mga intensive na serbisyo sa outpatient	
Ang *bahagyang pagkakaospital* ay isang may organisadong programa ng aktibong paggamot na may kinalaman sa pag-iisip na ibinibigay bilang outpatient na serbisyo sa ospital o ng isang center ng komunidad para sa kalusugan ng pag-iisip, na mas matindi kaysa sa pangangalagang natatanggap sa tanggapan ng inyong doktor, threrapist, lisensyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (LMFT), o lisensyadong propesyonal na tagapayo, at isang alternatibo sa pagkakaospital bilang pasyente.	$0 copay kada araw para sa bawat serbisyo sa bahagyang pagkakaospital na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Ang *intensive na serbisyo sa outpatient* ay isang organisadong programa ng aktibong therapy na paggamot sa kalusugan ng pag-uugali (pag-iisip) na ibinibigay bilang isang departamento ng outpatient ng ospital, isang sentro sa komunidad para sa kalusugan ng pag-iisip, isang kwalipikado sa pederal na mga sentro ng kalusugan, o isang rural na klinikang pangkalusugan na mas matindi kaysa sa pangangalagang natatanggap sa tanggapan ng inyong doktor, therapist, lisensyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (LMFT), o lisensyadong propesyonal na tagapayo, ngunit hindi kasingtindi ng bahagyang pagkakaospital.	$0 copay kada araw para sa bawat intensive na serbisyo sa outpatient na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo ng doktor/practitioner, kabilang ang mga pagpapatingin sa tanggapan ng doktor Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:	
• Mga medikal na kinakailangang serbisyo para sa medikal na pangangalaga o operasyon na natatanggap ninyo sa tanggapan ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga	$0 copay para sa bawat pagpapatingin sa tanggapan ng PCP na sinasaklaw ng Medicare.
• Mga medikal na pangangalaga o serbisyo sa operasyon na medikal na kinakailangan na nakukuha sa sertipikadong center ng ambulatoryong operasyon, outpatient department ng ospital, o anumang iba pang lokasyon	Tingnan ang “Outpatient na Surgery” sa unang bahagi ng chart na ito para sa anumang nalalapat na halaga sa bahagi ng gastos para sa mga pagpapatingin sa center ng ambulatoryong operasyon o sa isang outpatient na setting sa ospital.
• Konsultasyon, pagtuklas ng sakit at panggagamot ng isang espesyalista	$0 copay para sa bawat pagpapatingin sa espesyalista na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan	$0 copay para sa bawat pagpapatingin sa iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo ng doktor/practitioner, kabilang ang mga pagpapatingin sa tanggapan ng doktor - pagpapatuloy	
• Mga pangunahing eksaminasyon sa pandinig at balanse na isinasagawa ng inyong *PCP o espesyalista*, kung ibinilin ito ng inyong doktor upang makita kung kailangan ninyo ng medikal na paggamot	$0 copay para sa mga serbisyo sa pandinig na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Ilang partikular na telehealth na serbisyo kabilang ang: Mga Serbisyong Agarang Kinakailangan, Mga Serbisyo sa Kalusugan sa Bahay, Doktor ng Pangunahing Pangangalaga, Occupational Therapy, Espesyalista, Mga Pang-indibidwal at Panggrupong Session para sa Kalusugan ng Isip, Mga Serbisyo sa Paa, Iba Pang Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan, Mga Pang-indibidwal at Panggrupong Session para sa Mga Psychiatric na Serbisyo, Mga Serbisyo sa Physical Therapy at Speech-Language Pathology, Mga Pang-indibidwal at Panggrupong Session para sa Serbisyo sa Pang-aabuso sa Substance para sa Outpatient, at Pagsasanay sa Sariling Pamamahala sa Diabetes.	$0 copay para sa mga serbisyo sa virtual na pagbisita na isasagawa sa pamamagitan ng (mga) tagapagbigay ng serbisyo para sa virtual na pagbisita ng inyong plano.
○ May opsyon kayong makuha ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagpapatingin 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.	**Pakitandaan:** Ang $0 copay sa itaas, ay nalalapat lang kapag ang mga serbisyo ay natanggap mula sa (mga) tagapagbigay ng serbisyo para sa virtual na pagpapatingin ng inyong plano.
○ Ang isang virtual na pagpapatingin (tinatawag ding telehealth o telemedicine) ay pagpapatingin sa doktor sa pamamagitan ng telepono o internet gamit ang isang smart phone, tablet, o computer. May ilang partikular na uri ng pagpapatingin na mangangailangan ng internet at device na may camera.	

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo ng doktor/practitioner, kabilang ang mga pagpapatingin sa tanggapan ng doktor - pagpapatuloy	
○ Nag-aalok ang aming plano ng 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo na access sa virtual na pagpapatingin sa mga board certified na doktor sa pamamagitan ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa virtual na pagpapatingin upang 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. Para sa higit pang impormasyon, o upang makahanap ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa virtual na pagbisita, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.	Kung nakatanggap kayo ng mga harapang serbisyo o serbisyo sa telemedicine mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network at hindi mula sa (mga) tagapagbigay ng serbisyo para sa virtual na pagpapatingin, babayaran ninyo ang mga bahagi ng gastos na nakalista para sa mga tagapagbigay ng serbisyong iyon ayon sa nakabalangkas sa chart ng benepisyo na ito (hal., kung nakatanggap kayo ng mga serbisyo sa telehealth mula sa inyong PCP, babayaran ninyo ang bahagi ng gastos para sa PCP). *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Ilang telelealth na serbisyo kabilang ang konsultasyon, diagnosis, at paggamot ng isang doktor o practitioner, para sa mga pasyente sa ilang partikular na rural na lokasyon o iba pang lugar na aprubado ng Medicare. • Mga telehealth na serbisyo sa mga miyembrong nagda-dialysis sa bahay para sa kanilang mga buwanang pagpapatinging kaugnay ng sakit sa bato na wala nang lunas sa center para sa dialysis sa bato ng ospital o critical access na ospital, pasilidad para sa dialysis sa bato, o bahay ng miyembro • Mga serbisyo sa Telehealth upang mag-diagnose, sumuri, o gumamot ng mga sintomas ng stroke, nasaan man kayo • Mga telehealth na serbisyo para sa mga miyembrong may problema sa paggamit ng substance o kasabay na problema sa kalusugan ng isip, nasaan man sila	Babayaran ninyo ang bahagian sa gastos na nalalapat sa mga tagapagbigay ng serbisyo (ayon sa nakalarawan sa “Mga Serbisyo ng Doktor/ Practitioner, Kabilang ang Mga Pagpapatingin sa Tanggapan ng Doktor” sa itaas).

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo ng doktor/practitioner, kabilang ang mga pagpapatingin sa tanggapan ng doktor - pagpapatuloy	
• Mga serbisyo sa telehealth para sa diagnosis, pagsusuri, at paggamot ng mga karamdaman sa kalusugan ng pag-iisip • Mga serbisyo sa telehealth para sa mga pagpapatingin sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng Mga Rural na Klinikang Pangkalusugan at Kwalipikado sa Pederal na mga Sentro ng Kalusugan • Mga virtual na pag-check in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) sa inyong doktor sa loob ng 5-10 minuto **kung**: ○ Hindi kayo bagong pasyente **at** ○ Hindi nauugnay ang pag-check in sa isang pagpapatingin sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw **at** ○ Hindi humantong ang pag-check in sa isang pagpapatingin sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na available na appointment	Babayaran ninyo ang bahagian sa gastos na nalalapat sa mga tagapagbigay ng serbisyo (ayon sa nakalarawan sa “Mga Serbisyo ng Doktor/ Practitioner, Kabilang ang Mga Pagpapatingin sa Tanggapan ng Doktor” sa itaas).
• Pagpapasuri sa video at/o mga larawang ipapadala ninyo sa inyong doktor, at interpretasyon at follow-up ng inyong doktor sa loob ng 24 na oras **kung**: ○ Hindi kayo bagong pasyente **at** ○ Hindi nauugnay ang pagsusuri sa isang pagpapatingin sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw **at** ○ Hindi hahantong ang pagsusuri sa pagpapatingin sa klinika sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na available na appointment	Babayaran ninyo ang bahagian sa gastos na nalalapat sa mga tagapagbigay ng serbisyo (ayon sa nakalarawan sa “Mga Serbisyo ng Doktor/ Practitioner, Kabilang ang Mga Pagpapatingin sa Tanggapan ng Doktor” sa itaas).
• Konsultasyon ng inyong doktor sa iba pang doktor sa pamamagitan ng telepono, internet, o electronic na tala ng kalusugan	Babayaran ninyo ang bahagian sa gastos na nalalapat sa mga tagapagbigay ng serbisyo (ayon sa nakalarawan sa “Mga Serbisyo ng Doktor/ Practitioner, Kabilang ang Mga Pagpapatingin sa Tanggapan ng Doktor” sa itaas).

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo ng doktor/practitioner, kabilang ang mga pagpapatingin sa tanggapan ng doktor - pagpapatuloy • Ikalawang opinyon ng isa pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network bago ang isang operasyon	Babayaran ninyo ang bahagian sa gastos na nalalapat sa mga tagapagbigay ng serbisyo (ayon sa nakalarawan sa "Mga Serbisyo ng Doktor/ Practitioner, Kabilang ang Mga Pagpapatingin sa Tanggapan ng Doktor" sa itaas). Dagdag pa sa bahagi ng gastos sa itaas, may copay at/o coinsurance para sa Medikal na Kinakailangang Mga Serbisyong Sinasaklaw ng Medicare para sa Matitibay na Medikal na Kagamitan at supply, mga prosthetic na kagamitan at supply, mga pagsusuring pantuklas ng sakit at mga serbisyo sa pagpapaginhawa ng pakiramdam para sa outpatient, salamin sa mata at mga contact pagkatapos ng operasyon sa katarata, inireresetang Bahagi D na gamot at inireresetang gamot na nasa Medicare Part B, gaya ng inilalarawan sa Chart ng Benepisyo na ito.
Mga serbisyo sa paa Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Pagtuklas ng sakit at medikal o operasyon na paggamot ng mga pinsala at karamdaman ng paa (tulad ng hammer toe o heel spurs) • Karaniwang pangangalaga ng paa para sa miyembrong may ilang partikular na medikal na kundisyong nakakaapekto sa ibabang binti	$0 copay para sa mga serbisyo sa paa na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pre-exposure prophylaxis (PrEP) para sa pag-iwas sa HIV	
Kung wala kayong HIV, ngunit natukoy ng inyong doktor o iba pang tagapangalaga ng kalusugan na kayo ay nasa mataas na panganib na magkaroon ng HIV, sasaklawin namin ang gamot para sa pre-exposure prophylaxis (PrEP) at mga nauugnay na serbisyo. Kung kwalipikado kayo, kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: • Iniinom o iniiniksyong gamot na PrEP na gamot na inaprubahan ng FDA kabilang ang bayad para sa pagtuturok ng gamot, kung naaangkop • Hanggang sa 8 indibidwal na session ng pagpapayo (kabilang ang pagtatasa sa panganib ng HIV, pag-iwas sa panganib na dulot ng HIV, at pag-inom ng gamot) tuwing 12 buwan • Hanggang sa 8 screening para sa HIV tuwing 12 buwan • Isang beses na screening para sa hepatitis B virus	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa benepisyo na PrEP.
Mga eksaminasyong pagsusuri para sa prostate cancer	
Para sa mga lalaking nasa edad 50 pataas, kabilang ang mga sumusunod sa mga saklaw na serbisyo isang beses tuwing 12 buwan: • Digital na eksaminasyon ng puwet	$0 copay para sa taunang digital na rectal exam na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.*
• Pagsusuri gamit ang prostate specific antigen (PSA)	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa taunang PSA na pagsusuri.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga prosthetic at orthotic na device at kaugnay na supply Mga aparatong (maliban sa dental) pamalit sa lahat o sa bahagi ng parte ng katawan o ng gamit nito. Kabilang dito ang, ngunit hindi limitado sa pagsusuri, pagsusukat, o pagsasanay sa paggamit ng mga prosthetic at orthotic na device; pati na rin ang mga colostomy bag at supply na direktang nauugnay sa pangangalaga ng colostomy, pacemaker, brace, prosthetic na sapatos, artipisyal na paa at prostheses sa suso (kabilang ang surgical na brassiere pagkatapos ng mastectomy). Kabilang dito ang ilang partikular na supply na nauugnay sa mga prosthetic at orthotic na device, at pagsasaayos at/o pagpapalit ng mga prosthetic na device. Kabilang din dito ang ilang pagsaklaw kasunod ng pagtanggal ng katarata o operasyon sa katarata – tingnan ang *Pangangalaga sa Paningin* sa seksyong ito para sa higit pang detalye.	$0 copay para sa prosthetic at orthotics na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* $0 copay para sa mga medikal na supply na nauugnay sa mga prosthetic device na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng baga Sinasaklaw ang mga komprehensibong programa ng rehabilitasyon ng baga para sa mga miyembro na mayroong katamtaman hanggang napakalubhang chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at may referral para sa rehabilitasyon ng baga mula sa doktor na gumagamot ng chronic na sakit sa baga.	$0 copay para sa bawat pagpapatingin sa mga serbisyo ng rehabilitasyon ng baga na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.*
Screening at pagpapayo upang mabawasan ang labis na pag-inom ng alak Sasaklawin namin ang isang screening ng labis na pag-inom ng alak para sa mga nasa hustong gulang (kabilang ang mga buntis na babae) na labis na umiinom ng alak, ngunit hindi lulong rito. Kung positibo ang resulta ng inyong screening para sa labis na pag-inom ng alak, makakakuha kayo ng hanggang 4 na saglit at harapang sesyon ng pagpapayo bawat taon (kung kaya ninyo at alerto kayo habang ginagawa ang pagpapayo) mula sa isang kwalipikadong doktor ng pangunahing pangangalaga o isang propesyonal sa isang lugar na para sa pangunahing pangangalaga.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa sinasaklaw ng Medicare na pang-iwas na benepisyo ng screening at pagpapayo upang mabawasan ang maling paggamit ng alak.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Screening para sa kanser sa baga gamit ang may mababang dosis na computed tomography (LDCT) Para sa mga kwalipikadong tao, sinasaklaw ang LDCT kada 12 buwan. **Mga kwalipikadong miyembro ang** mga taong edad 50 – 77 na walang senyales o sintomas ng kanser sa baga, ngunit mayroong kasaysayan ng paggamit ng tabako na hindi bababa sa 20 pack kada taon at kasalukuyang naninigarilyo o tumigil sa paninigarilyo sa loob ng nakaraang 15 taon, na nakatanggap ng bilin para sa LDCT habang ginagawa ang pagpapayo sa screening para sa kanser sa baga at pagpapatingin para sa magkasamang paggawa ng desisyon na nakakatugon sa mga pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagpapatingin at maibibigay ng isang doktor o kwalipikadong practitioner na hindi doktor. *Para sa mga screening para sa kanser sa baga gamit ang LDCT pagkatapos ng panimulang screening gamit ang LDCT:* dapat makatanggap ang miyembro ng bilin para sa screening sa kanser sa baga gamit ang LDCT, na maaaring ibigay habang ginagawa ang anumang wastong pagpapatingin sa isang doktor o kwalipikadong practitioner na hindi doktor. Kung pinili ng doktor o ng kwalipikadong propesyonal na hindi doktor na magbigay ng pagpapayo sa screening para sa kanser sa baga at ibinabahaging pagdedesisyon na pagpapatingin para sa kasunod na mga screening para sa kanser sa baga gamit ang LDCT, dapat matugunan ng pagpapatingin ang mga pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagpapatingin.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa sinasaklaw ng Medicare na pagpapayo at ibinabahaging pagdedesisyon na pagpapatingin o para sa LDCT.
Screening para sa impeksyon ng Hepatitis C virus Sasaklawin namin ang isang screening para sa Hepatitis C kung iniatas ng inyong doktor ng pangunahing pangangalaga o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan na magsaagawa ng isang pagsusuri at natutugunan ninyong ang isa sa mga kundisyong ito: • Nasa mataas kayong panganib dahil ginamit o gumamit kayo ng mga ipinagbabawal na itinuturok na gamot.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa mga sinasaklaw na screening ng Medicare para sa Hepatitis C Virus.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Screening para sa impeksyon ng Hepatitis C virus - pagpapatuloy • Sinalinan kayo ng dugo bago ang 1992. • Ipinanganak kayo sa pagitan ng 1945-1965. Kung ipinanganak kayo sa pagitan ng 1945-1965 at hindi itinuturing na nasa mataas na panganib, babayaran namin nang isang beses ang screening. Kung kayo ay nasa mataas na panganib (halimbawa, patuloy kayong gumagamit ng ipinagbabawal na iniiniksyong gamot simula ng inyong nakaraang negatibong resulta sa screening para sa Hepatitis C), sasaklawin namin ang taunang screening.	
Screening para sa mga naipapasang impeksyon sa pakikipagtalik (STI) at pagpapayo upang maiwasan ang mga STI Sumasaklaw kami ng mga screening para sa naipapasang impeksyon sa pakikipagtalik (STI) tulad ng chlamydia, gonorrhea, syphilis, at Hepatitis B. Sinasaklaw ang mga screening na ito para sa mga buntis na babae at para sa mga partikular na taong may mas mataas na panganib sa STI kapag ibinilin ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga ang mga pagsusuri. Sinasaklaw namin ang mga pagsusuring ito isang beses kada 12 buwan o sa mga partikular na panahon ng pagbubuntis. Sinasaklaw rin namin ang hanggang 2 indibidwal na 20 hanggang 30 minutong, harapan at napakasidhing sesyon ng pagpapayo para sa pag-uugali bawat taon para sa mga nasa hustong gulang na aktibo sa pakikipagtalik na may mas mataas na panganib sa mga STI. Sasaklawin lang namin ang mga sesyon ng pagpapayong ito bilang pang-iwas na serbisyo kung ibinibigay ang mga ito ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga at nagaganap sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga, tulad ng tanggapan ng doktor.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa sinasaklaw ng Medicare na screening para sa mga STI at sa pang-iwas na benepisyo ng pagpapayo para sa mga STI.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo sa paggamot ng sakit sa bato Kabilang sa mga serbisyo para sa mga sakit sa bato at dialysis ang:	
• Mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato upang magturo ng pangangalaga sa bato at tulungan ang mga miyembro na gumawa ng mabubuting desisyon tungkol sa kanilang pangangalaga. Para sa mga miyembro na may antas IV na chronic na sakit sa bato nang ini-refer ng kanilang doktor, sumasaklaw kami ng hanggang 6 na sesyon ng mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato bawat tanang buhay	$0 copay para sa mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.*
• Mga paggamot sa dialysis ng outpatient (kabilang ang mga paggamot sa dialysis kapag pansamantalang wala sa sineserbisyuhang lugar, tulad ng ipinaliwanag sa Kabanata 3, o kapag ang inyong tagapagbigay ng serbisyo para sa serbisyong ito ay pansamantalang hindi magagamit o hindi naa-access)	$0 copay para sa mga outpatient na renal dialysis treatment na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.*
• Mga dialysis na paggamot para sa pasyente (kung kayo ay naka-admit sa isang ospital bilang pasyente para sa espesyal na pangangalaga)	Tingnan ang “Inpatient na Pangangalaga sa Ospital” para sa mga bahagi ng gastos na naaangkop sa mga dialysis na paggamot bilang pasyente.
• Pagsasanay sa pagsasagawa ng dialysis sa sarili (kabilang ang pagsasanay para sa inyo at sinumang tumutulong sa inyo sa mga dialysis na paggamot ninyo sa bahay)	$0 copay para sa pagsasanay sa sariling dialysis na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.*
• Kagamitan at mga supply para sa dialysis sa bahay	$0 copay para sa pambahay na medikal na kagamitan sa dialysis na saklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.* $0 copay para sa mga supply sa dialysis na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo sa paggamot ng sakit sa bato - pagpapatuloy • Mga partikular na serbisyo ng suporta sa bahay (tulad ng, kung kinakailangan, pagpapatingin ng mga nagsanay na nangangasiwa ng dialysis upang kumustahin ang inyong pag-dialysis sa bahay, upang tumulong sa mga emergency, at upang kumustahin ang inyong kagamitan para sa dialysis at supply ng tubig) Ang ilang gamot para sa dialysis ay sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B. Para sa impormasyon tungkol sa saklaw para sa Bahagi B na mga gamot, tingnan ang **mga gamot sa Medicare Part B** sa talahanayang ito.	$0 copay para sa mga serbisyo ng suporta sa bahay na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.*
Pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) (Para sa kahulugan ng pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, tingnan ang Kabanata 12. Kung minsan, tinawag ang mga pasilidad ng dalubhasang pangangalaga na mga SNF.) Saklaw kayo sa loob ng 100 araw bawat admission para sa mga pananatili. Hindi kailangan ng paunang pananatili sa ospital. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang ngunit hindi limitado sa: • Semi-private na kwarto (o pribadong kuwarto kung ito ay medikal na kinakailangan) • Mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • Mga serbisyo ng dalubhasang pangangalaga • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Mga gamot na ibinigay sa inyo bilang bahagi ng aming plano ng pangangalaga (kabilang dito ang mga substance na natural na nasa katawan, gaya ng mga salik na pampabuo ng dugo) • Dugo - kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay. Ang pagsaklaw sa buong dugo at packed red cells ay magsisimula lang sa unang pint ng dugong kailangan ninyo. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay sinasaklaw simula sa unang pint na ginamit. • Mga medikal at pang-operang supply na karaniwang ibinibigay ng mga SNF	Para sa mga sinasaklaw ng Medicare na pagpapaospital, kada pagpapaospital: $0 copay para sa bawat pananatili sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga na saklaw ng Medicare. Kayo ang magbabayad para sa lahat ng gastos para sa bawat araw pagkatapos ng araw 100. *Maaaring kailangan ng referral.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) - pagpapatuloy • Mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga SNF • Mga x-ray at iba pang serbisyo ng radiology na karaniwang ibinibigay ng mga SNF • Paggamit ng mga kasangkapan tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga SNF • Mga serbisyo ng Doktor/Propesyonal Karaniwan kayong makakakuha ng pangangalaga sa SNF mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, sa ilalim ng mga partikular na kundisyong nakalista sa ibaba, maaari kayong magbayad ng nasa network na bahagian sa gastos para sa isang pasilidad na hindi tagapagbigay ng serbisyong nasa network kung tatanggapin ng pasilidad ang mga halaga para sa pagbabayad ng aming plano. • Isang nursing home o komunidad ng pagreretiro na may patuloy na pangangalaga kung saan kayo tumira bago kayo pumunta sa ospital (basta't nagbibigay ito ng pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga) • Ang SNF ay kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa oras na umalis kayo sa ospital	
Paghinto sa paninigarilyo at paghinto sa paggamit ng tabako (pagpapayo para sa paghinto sa paninigarilyo at pagtatabako) Ang pagpapayo para sa paghinto sa paggamit ng tabako at paninigarilyo ay sinasaklaw para sa outpatient at mga pasyenteng nasa ospital na nakakatugon sa mga pamantayang ito: • Gumagamit ng tabako, nagpapakita man sila ng mga senyales o sintomas ng sakit na nauugnay sa pananabako • Nakikibahagi at alerto sa panahon ng pagpapayo • Isang kwalipikadong doktor o iba pang doktor na kinikilala ng Medicare ang nagbibigay ng pagpapayo Saklaw namin ang 2 pagtatangka ng pagtigil sa paggamit bawat taon (bawat pagtatangka ay maaaring may hanggang 4 na intermediate o intensive session, kaya't maaaring makakuha ang pasyente ng hanggang 8 session bawat taon.)	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa mga sinasaklaw ng Medicare na pang-iwas na mga benepisyo ng pagtigil sa paninigarilyo at sa paghinto sa paggamit ng tabako.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Platform ng suportang social Nagbibigay ang aming plano ng online na platform ng suportang social upang makatulong sa pagsuporta sa kabuuan ninyong well-being. Nag-aalok ang platform ng mga therapeutic na aktibidad, engagement sa komunidad, at mga mapagkukunang sponsored ng plano upang makatulong sa pagkontrol sa stress at pagkabalisa. Pinapadali ng platform ang pagsali ninyo at pananatili ninyong involved upang makatulong sa inyo sa pamamahala sa inyong mga pangangailangan sa kalusugan ng pag-uugali. Available ito online 24/7, kaya magagamit ninyo ito kailanman ninyo gusto. Kabilang sa platform ng suportang social ang: • Mga Iniangkop na Programa ng Well-Being: I-access ang mga naka-customize na 4 na linggong sariling gabay na programang idinisenyong pabutihin ang pisikal at emosyonal na well-being, na gumagamit ng mga insight mula sa mga eksperto sa malusog na pagtanda upang partikular na suportahan ang mga miyembro. Sundin ang mga programa ayon sa bilis na gusto ninyo at subaybayan ang inyong progreso upang mabantayan ang pagbuti ng inyong kalusugan. • Tulong ng Kapwa at Eksperto: Makipag-ugnayan sa isang online na komunidad sa isang pinangangasiwaang space kung saan maaari kayong makipag-ugnayan sa kapwa at kwalipikadong mga eksperto sa kalusugan. Magkaroon ng access sa mga artikulong sinuri sa klinikal na paraan at makatanggap ng mga naka-personalize na rekomendasyon para sa mga karagdagang serbisyo ng Wellcare batay sa inyong mga interaksyon at mga natukoy na pangangailangan. • Mga Naka-personalize na Digital na Tool para sa Kalusugan: Sumali sa mga interactive na aktibidad, meditasyon, at laro na nakatuon sa therapy sa pag-uugali para sa isipan, pagiging maingat, at positibong sikolohiya. Tinutugunan ng mga tool na ito ang mga paksa tulad ng malusog na pagtanda, pamamahala sa pag-iisa, pag-aalaga, kalungkutan, paghahanap ng kahulugan sa pagtanda, at higit pa. Maa-access ng mga miyebro ang platform sa pamamagitan ng pag-log in sa kanilang portal ng miyembro sa go.wellcare.com/member o sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Pagkatapos ninyong magparehistro, maaari ninyong i-access nang direkta ang platform anumang oras mula sa computer, tablet, o smartphone.	$0 copay para sa platform ng suportang social.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga espesyal na karagdagang benepisyo para sa mga may chronic na karamdaman Kung kwalipikado kayo para sa Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Chronic na Karamdaman (SSBCI), nag-aalok ang aming plano ng mga karagdagang mga benepisyo. Kailangan ninyong matugunan ang ilang pamantayan, kabilang ang pagkakaroon ng dokumentado at aktibong diagnosis para sa isa o higit pang kwalipikadong kundisyon. Ang kundisyon ay dapat na nagbabanta sa buhay o lubos nitong nalilimitahan ang inyong pangkalahatang kalusugan o pagkilos. Bukod pa rito, dapat ay may mataas kayong panganib ng pagpapaospital o iba pang hindi kanais-nais na resulta sa kalusugan at nangangailangan ng koordinasyon ng intensive na pangangalaga. Kabilang sa mga kwalipikadong chronic na kundisyon ang: Mga autoimmune na sakit; Cancer; Mga sakit sa puso; Chronic na problema sa pag-inom ng alak at iba pang problema sa paggamit ng substance (SUD); Mga chronic at nakakapagbigay ng kapansanan na kundisyon sa kalusugan ng isip; Mga chronic na kundisyong nakakasira sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, pandama, at pang-amoy; Mga chronic na sakit sa gastrointestinal system; Chronic na pagpalya ng puso; Chronic na sakit sa bato (CKD); Mga chronic na sakit sa baga; Mga kundisyong nauugnay sa kapansanan sa pag-iisip; Mga kundisyong nangangailangan ng mga tuloy-tuloy na serbisyo ng therapy upang mapanatili o maibalik ang kakayahang kumilos; Mga kundisyong nagdudulot ng kahirapan sa pagkilos; Dementia; Diabetes mellitus; Endometriosis; HIV/AIDS; Mga Immunodeficiency at Immunosuppressive disorder; Mga sakit sa nervous system; Labis na timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome; kalagayan pagkatapos ng organ transplant; Malulubhang sakit sa dugo; Stroke. Sumangguni sa Kabanata 4, Seksyon 2, para sa impormasyon tungkol sa mga pamantayan ng pagiging kwalipikado. Ang pagiging kwalipikado para sa mga benepisyo na nakalista sa ibaba ay tinutukoy pagkatapos ninyong magpatala sa aming plano.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Chronic na Karamdaman.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga espesyal na karagdagang benepisyo para sa mga may chronic na karamdaman - pagpapatuloy **Kung kwalipikado, magagamit ninyo ang inyong allowance sa Wellcare Spendables® sa mga karagdagang benepisyong nakalista sa ibaba. Ang parehong allowance ay gagamitin para sa inyong benepisyo sa Nabibili nang Walang Reseta (Over-the-Counter, OTC) ng Wellcare Spendables ®. Kapag natukoy nang kwalipikado, magiging available ang pinalawak na mga benepisyo na ito sa loob ng 7-10 araw ng negosyo. Ang inyong allowance ay maidaragdag sa susunod na buwan kung hindi nagamit at mag-e-expire sa katapusan ng taon ng plano. Sumangguni sa benepisyo ng Wellcare Spendables® sa chart na ito para sa higit pang impormasyon.** • **Pagbabayad ng gasolina sa pump** Maaari ninyong gamitin ang inyong card upang magbayad ng gasolina nang direkta sa pump sa mga nakikilahok na lokasyon. Hindi maaaring gamitin ang card upang magbayad nang personal sa cash register. Magagamit lang ang card ninyo upang magkarga ng gas hanggang sa available na halaga ng allowance. Ang pag-charge ng electric na sasakyan (EV) ay maaari ring masaklaw sa mga kalahok na lokasyon kung saan tinatanggap ang pagbabayad gamit ang card. • **Malusog na Pagkain** Maaari ninyong gamitin ang inyong card para bumili ng masustansyang pagkain at produkto sa mga kalahok na retailer. Posibleng may mga available na opsyon sa paghahatid para sa mga kwalipikadong grocery item. Maaaring available sa pag-order ang mga inihanda nang pagkain at produce box gamit ang online member portal. Hindi maaaring gamitin ang card upang bumili ng tabako o alak. Kabilang sa mga aprubadong item ang: ○ Mga prutas at gulay ○ Mga whole grain at pangunahing sangkap sa kusina, gaya ng harina, mga pampalasa, at mga sangkap na maaaring itago nang matagal	

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga espesyal na karagdagang benepisyo para sa mga may chronic na karamdaman - pagpapatuloy ○ Mga produktong dairy at mga alternatibo sa dairy, gatas, yogurt, keso ○ Mga pinagkukunan ng protein, gaya ng mga karne, manok, pagkaing-dagat, itlog, bean, legume, mani, at buto ○ Mga nutritional shake at bar Gamitin ang inyong in-app barcode scanner upang matukoy ang mga aprubadong item sa mga lokasyon ng retail, o mag-log in sa inyong member portal. • **Mga Item para sa Personal na Pangangalaga** Magagamit ninyo ang inyong card para bumili ng mga item para sa personal na pangangalaga at mga pangunahing pangangailangan sa bahay sa mga kalahok na retailer. Posibleng may mga available na opsyon sa paghahatid para sa mga kwalipikadong item. Kabilang sa mga aprubadong item ang: ○ Sabon, shampoo, at conditioner ○ Toilet paper at mga paper towel ○ Mga personal na hygiene item, tulad ng deodorant, facial wash, at body wash ○ Mga supply at produktong panlinis na tumutulong sa pagkontrol ng impeksiyon, tulad ng mga disinfectant wipe at multipurpose na cleaning spray Gamitin ang inyong in-app barcode scanner upang mahanap ang mga aprubadong item sa mga lokasyon ng retail o mag-log in sa inyong member portal. • **Pagkontrol ng Peste** Magagamit ninyo ang inyong card para bumili ng mga produkto para sa pagkontrol ng peste para gamitin sa loob at paligid ng inyong tahanan sa mga kalahok na retailer. Posibleng may mga available na opsyon sa paghahatid para sa mga kwalipikadong item.	

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga espesyal na karagdagang benepisyo para sa mga may chronic na karamdaman - pagpapatuloy Kabilang sa mga aprubadong item para sa benepisyo na ito ang mga sumusunod: ○ Mga spray at repellent para sa insekto ○ Mga produktong pangkontrol ng langgam, ipis, at daga ○ Mga bug trap at bait station ○ Mga produktong pangkontrol ng lamok Gamitin ang inyong in-app barcode scanner upang mahanap ang mga aprubadong item sa mga lokasyon ng retail o mag-log in sa inyong member portal. • **Tulong sa Renta** Maaari ninyong gamitin ang inyong card upang makatulong sa pagbabayad ng renta ninyo sa bahay. Mag-log in sa inyong provider portal para sa renta/sangla upang magbayad o bayaran ang nagpaparenta sa inyo nang direkta kung saan tinatanggap ang pagbabayad gamit ang card. Magagamit lang ang card ninyo hanggang sa available na halaga ng allowance. Hindi magagamit ang card upang mag-set up ng mga awtomatikong nauulit na pagbabayad. • **Robotic na Companion Pet** Maaari kayong mag-order ng robotic na companion pet sa pamamagitan ng member portal. Maaaring kabilang sa mga available na opsyon ang companion na pusa, aso, o ibon. Idinisenyo ang mga alagang hayop na ito upang magbigay ng kaginhawahan at kasama upang suportahan ang pangkalahatang kapakanan. Magagamit lang ang card ninyo hanggang sa available na halaga ng allowance. Mag-sign in sa inyong member portal o makipag-ugnayan sa amin para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano mag-order at sa mga available na opsyon. • **Tulong sa Utility** Maaari ninyong gamitin ang inyong card allowance upang makatulong sa gastos sa mga utility ninyo sa bahay. Mag-log in nang direkta sa inyong provider portal para sa mga utility upang magbayad gamit ang inyong card.	

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga espesyal na karagdagang benepisyo para sa mga may chronic na karamdaman - pagpapatuloy Hindi magagamit ang card upang mag-set up ng mga awtomatikong nauulit na pagbabayad. Magagamit lang ang card ninyo hanggang sa available na halaga ng allowance. Kabilang sa mga aprubadong gastusin para sa benepisyo na ito ang mga sumusunod: ○ Mga serbisyo sa utility ng kuryente, gas, sanitary/ basura, at tubig ○ Serbisyo sa landline at cell phone ○ Serbisyo sa internet ○ Serbisyo sa cable TV (hindi kasama ang mga streaming service) ○ Ilang gastusin sa petrolyo, gaya ng langis ng pampainit sa bahay Hindi kasama sa benepisyong ito ang mga online na serbisyo sa entertainment, kabilang ang gaming at streaming (tulad ng mga platform para sa musika at pagbabasa) at iba pang serbisyong may subscription.	
Pinapangasiwaang ehersisyo na therapy (SET) Sinasaklaw ang SET para sa mga miyembrong may symptomatic peripheral artery disease (PAD) at may referral para sa PAD mula sa doktor na nagsasagawa ng paggamot ng PAD. Sinasaklaw ang hanggang 36 na sesyon sa loob ng 12 linggo kung natutugunan ang lahat ng kinakailangan para sa programa ng SET. Ang programa ng SET ay dapat: • Binubuo ng mga sesyon na tumatagal ng 30-60 minuto, mayroong programa ng pagsasanay para sa therapeutic na pag-eehersisyo para sa PAD sa mga pasyenteng may claudication • Ginaganap sa isang lugar sa ospital para sa outpatient o sa tanggapan ng doktor	$0 copay para sa bawat pagpapatingin para sa pinapangasiwaang ehersisyo na therapy na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pinapangasiwaang ehersisyo na therapy (SET) - pagpapatuloy • Ibinibigay ng kwalipikadong pantulong na kawani na kailangan upang tiyaking mahihigitan ng mga benepisyo ang mga panganib, at may kasanayan sa ehersisyong therapy para sa PAD • Nasa ilalim ng direktang pagsubaybay ng doktor, ng tumutulong sa doktor, assistant ng doktor (PA), o nurse na nagsasanay (NP)/klinikal na espesyalistang nurse (CNS) na may kasanayan sa mga pangunahin at advanced na paraan ng pagsuporta ng buhay Maaaring saklawin ang SET nang higit sa 36 na sesyon sa loob ng 12 linggo para sa karagdagang 36 na sesyon sa loob ng pinahabang panahon kung ipagpapalagay ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na medikal na kinakailangan ito.	
Mga serbisyong agarang kinakailangan Ang isang serbisyo na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon na sinasaklaw ng plano na hindi isang emergency ay isang agarang kinakailangang serbisyo kung kayo ay pansamantalang nasa labas ng sineserbisyuhang lugar aming plano, o kahit na nasa loob kayo ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano, kung hindi makatuwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon na kunin ninyo ang serbisyong ito mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Dapat saklawin ng aming plano ang mga serbisyong agarang kinakailangan at sisingilin lang dapat kayo nito ng nasa network na bahagian sa gastos. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay mga hindi inaasahang medikal na karamdaman at pinsala, o hindi inaasahang pagsumpong ng mga dati nang kundisyon. Ang mga regular na pagpapatingin sa tagapagbigay ng serbisyo na medikal na kinakailangan (tulad ng taunang pagsusuri) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na kayo ay nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.	$0 copay para sa mga sinasaklaw ng Medicare na pagpapatingin para sa mga serbisyong agarang kinakailangan.
Saklaw ang mga serbisyong agarang kinakailangan sa labas ng Estados Unidos.	$115 copay para sa mga serbisyong agarang kinakailangan sa labas ng Estados Unidos.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyong agarang kinakailangan - pagpapatuloy	Babayaran ninyo ang halagang ito kahit na ma-admit kayo sa ospital para sa parehong kundisyon. Sinasaklaw kayo nang hanggang $50,000 kada taon para sa emergency o mga serbisyong agarang kinakailangan sa labas ng Estados Unidos.
Pangangalaga ng paningin Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:	
• Mga serbisyo ng doktor para sa outpatient para sa pagtukoy at paggamot ng mga sakit at pinsala sa mata, kasama ang paggamot ng macular degeneration na nauugnay sa edad. Hindi sumasaklaw ang Original Medicare ng mga karaniwang pagsusuri ng mata (mga refraction ng mata) para sa mga salamin/contacts	$0 copay para sa lahat ng iba pang pagsusuri sa mata upang tumukoy at gumamot ng mga sakit sa mata. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Para sa mga taong nasa mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma, sasaklawin namin ang isang screening para sa glaucoma bawat taon. Kabilang sa mga taong nasa mataas na panganib ng glaucoma ang: mga taong may kasaysayan ng glaucoma sa pamilya, mga taong may diabetes, mga African-American na edad 50 at mas matanda at mga Hispanic American na edad 65 o mas matanda	$0 copay para sa screening ng glaucoma na sinasaklaw ng Medicare. *Maaaring kailangan ng referral.*
• Para sa mga taong may diabetes, sinasaklaw ang screening para sa retinopathy na dulot ng diabetes isang beses sa isang taon	$0 copay para sa sinasaklaw ng Medicare na pagsusuri ng retina para sa mga miyembrong may diabetes o pagsusuri sa mata para sa may diabetes. *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pangangalaga ng paningin - pagpapatuloy	
• Isang pares ng mga salamin o contact lens pagkatapos ng bawat surgery para sa katarata na may kasamang paglalagay ng intraocular lens. Kung mayroon kayong 2 magkahiwalay na operasyon sa katarata, hindi ninyo marereserba ang benepisyo pagkatapos ng unang operasyon at hindi kayo makakabili ng 2 salamin pagkatapos ng pangalawang operasyon	$0 copay para sa mga eyewear na sinasaklaw ng Medicare.
Bukod pa rito, sinasaklaw rin ng aming plano ang sumusunod na pandagdag (ibig sabihin, karaniwan) na mga serbisyo sa paningin:	
• Karaniwang pagsusuri sa mata 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.	$0 copay para sa 1 karaniwang pagsusuri sa mata kada taon.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Pagsukat ng salamin sa mata Limitado sa 1 pagbisita bawat taon. Ang pagbisita para sa pagsukat ng salamin sa mata ay hindi isang regular na pagsusuri sa mata. Kasama sa mga serbisyo ang pagsukat ng salamin sa mata (mga contact lens, frame/lens ng salamin sa mata).	$0 copay para sa 1 pagsukat ng salamin sa mata kada taon.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
• Eyewear Walang limitasyong mga pares ng inireresetang eyewear bawat taon hanggang sa maximum na benepisyo na $100 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	$0 copay para sa eyewear.* *Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon.*
Tandaan: Sinasaklaw ng plano ang bayad sa pagpapasukat ng mga contact lens.	

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Pangangalaga ng paningin - pagpapatuloy Ang maximum na halaga ng pagsaklaw sa benepisyo ng plano na $100 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 pandagdag na benepisyo sa salamin sa mata upang mapataas ang kanilang saklaw sa salamin sa mata na sinasaklaw ng Medicare. Dapat kunin ang mga serbisyo ng paningin sa pamamagitan network sa paningin ng plano. Para sa mga tanong tungkol sa kung paano makahanap ng tagapagbigay ng serbisyo o para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.	
Welcome sa Medicare na pagpapatinging pang-iwas sa sakit Sinasaklaw ng aming plano ang minsanang *Welcome sa Medicare* na pagpapatinging pang-iwas sa sakit. Kasama sa pagpapatingin ang pagsusuri ng inyong kalusugan, pati na ang pagtuturo at pagpapayo tungkol sa mga pang-iwas na serbisyong kailangan ninyo (kabilang ang mga partikular na screening at iniksyon (o mga bakuna)), at mga referral para sa iba pang pangangalaga kung kinakailangan. **Mahalaga:** Sasaklawin namin ang *Welcome sa Medicare* na pagpapatinging pang-iwas sa sakit sa unang 12 buwan ng pagkakaroon ninyo ng Medicare Part B. Kapag nagpa-appointment kayo, ipaalam sa tanggapan ng inyong doktor na gusto ninyong iiskedyul ang inyong *Welcome sa Medicare* na pagpapatinging pang-iwas sa sakit.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa *Welcome sa Medicare* na pagpapatinging pang-iwas sa sakit.
• EKG na saklaw ng Medicare pagkatapos ng *Welcome sa Medicare* na Serbisyo sa Pang-iwas sa Sakit.	$0 copay para sa bawat EKG na sinasaklaw ng Medicare pagkatapos ng Serbisyo sa Pang-iwas sa Sakit ng *Welcome sa Medicare*. *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Wellcare Spendables® Makakatanggap kayo ng **$10 kada buwan** na ipe-preload sa inyong Wellcare Spendables® card upang gamitin para sa mga OTC na item, at kung kwalipikado kayo, SSBCI. • Ang inyong buwanang allowance ay **maidaragdag sa susunod na buwan kung hindi nagamit at mag-e-expire sa katapusan ng taon ng plano.** **<u>Maaaring gamitin ang inyong allowance sa card para sa mga sumusunod -</u>** **Mga item na nabibili nang walang reseta (OTC):** Maaari ninyong gamitin ang inyong card upang bumili ng mga item na nabibili nang walang reseta (OTC) sa mga kasaling retail na lokasyon, sa pamamagitan ng mobile app, o pag-log in sa inyong member portal upang magpa-deliver ng order sa bahay. Kabilang sa mga OTC na item ang: • Mga produkto para sa allergy, sipon, ubo, trangkaso, at sinus • Mga produkto para sa pag-ibsan sa pananakit, kalusugan ng digestive system, at pantulong sa pagtulog • Vitamins at supplement • Mga supply para sa first aid at mga medikal na supply na hindi nangangailangan ng reseta • Mga karaniwang item para sa pangangalaga sa bibig, mata, at tainga • Mga supply para sa incontinence, mga produktong pangkalusugan para sa kababaihan, at mga pantulong sa pang-araw-araw na pamumuhay Gamitin ang inyong in-app barcode scanner upang mahanap ang mga aprubadong item sa mga lokasyon ng retail, o mag-log in sa inyong member portal. **Tandaan:** Sa ilang partikular na sitwasyon, sinasaklaw ang diagnostic equipment at mga tulong para sa pagtigil sa paninigarilyo sa ilalim ng mga medikal na mga benepisyo ng plano. (Kapag maaari), dapat ninyong gamitin ang mga medikal na benepisyo ng aming plano bago gastusin ang inyong OTC allowance para sa mga item na ito.	Walang coinsurance, bahagian sa bayad, o naibabawas para sa Wellcare Spendables® card. Walang minimum na kinakailangan para sa mga pagbili sa tindahan.

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Wellcare Spendables® - pagpapatuloy **Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Chronic na Karamdaman (SSBCI):** **Ang mga benepisyo na binanggit sa ibaba ay bahagi ng SSBCI. Hindi lahat ng miyembro ay kuwalipikado. Dapat ninyong matugunan ang mga pamantayan sa pagiging kuwalipikado para sa mga sumusunod na mga benepisyo ng plano.** **Kung kwalipikado kayo, maaari ring gamitin ang inyong buwanang allowance sa card sa:** • Pagbabayad ng gasolina sa pump • Malusog na Pagkain • Mga Item para sa Personal na Pangangalaga • Mga Item sa Pagkontrol ng Peste • Tulong sa Renta • Robotic na Companion Pet • Tulong sa Utility Sumangguni sa Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Chronic na Karamdaman (SSBCI) sa chart na ito para sa higit pang impormasyon sa mga benepisyo na ito. **Paano gamitin ang inyong card:** 1. I-activate ang inyong card bago ito gamitin. 2. Pumunta sa isang kasaling retailer, mag-log in sa portal link na nakalista sa ibaba, o i-download ang Wellcare Spendables® mobile app. 3. Piliin ang mga aprubado ninyong item o serbisyo. 4. Sa tindahan, pumunta sa checkout ng retailer at magbayad gamit ang inyong Wellcare Spendables® card. Para sa mga order online o sa mobile app, mag-log in upang ma-access at gamitin ang inyong benepisyo. 5. Hindi credit card ang card ninyo ngunit maaari ninyo itong ilagay bilang “credit” sa checkout. Kung hiniling, ilagay ang PIN na ginawa ninyo noong inactivate ninyo ang inyong card. **Karagdagang impormasyong dapat ninyong malaman:** • Kapag nagamit na ninyo ang inyong allowance na maaaring gastusin, kayo na ang magbabayad para sa natitirang gastos sa mga binili ninyo. • Maaaring isauli ang mga item na binili sa tindahan alinsunod sa mga patakaran ng retailer sa pagsasauli at pagpapalit. Ang mga item na nabili online ay pinal nang pagbebenta. Kung may damage o sira ang item, makipag-ugnayan sa amin.	

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Wellcare Spendables® - pagpapatuloy • Kung hindi gumagana nang maayos ang inyong card o kung sakaling may teknikal na isyu, mangyaring makipag-ugnayan sa amin gamit ang 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 maaaring ibenta o ilipat, at wala itong katumbas sa cash. • Ang mga piling benepisyo ay posibleng kwalipikado para sa reimbursement kung hindi matagumpay ang pagbabayad. Makipag-ugnayan sa amin o magsumite ng kahilingan sa pagbabalik ng ibinayad sa pamamagitan ng portal ng miyembro para sa pagsusuri. Dapat isumite ang mga kahilingan para sa reimbursement sa taon ng plano kung kailan binili ang item o serbisyo. Maaaring mangailangan ng karagdagang impormasyon upang mapatunayan ang mga kwalipikadong pagbili. • Maaaring ilapat ang mga limitasyon at paghihigpit, ang mga inaprubahang item lang ang sinasaklaw. **Para sa higit pang impormasyon tungkol sa Wellcare Spendables® card o upang humiling ng catalog, tumawag sa:** 1-800-431-9007, ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa: 711. Ang mga oras ay: Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. **Maaari rin kayong bumisita online sa:** go.wellcare.com/member.	

SEKSYON 3 Mga serbisyong sinasaklaw sa labas ng plano

May mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ngunit available sa pamamagitan ng California Medi-Cal (Medicaid). Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa tulong na nakukuha ninyo mula sa California Medi-Cal (Medicaid), makipag-ugnayan sa California Medi-Cal (Medicaid) sa 1-800-541-5555, ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077. Ang mga oras ay: 8:00 a.m. - 5:00 p.m. PT, Lunes - Biyernes.

Programang Medi-Cal Dental

Ang ilang partikular na serbisyo sa pangangalaga ng ngipin ay available sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental; kasama ang, ngunit hindi limitado sa, mga serbisyo gaya 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

Available ang mga benepisyo para sa ngipin sa Programang Medi-Cal Dental Fee-For-Service (FFS). Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang programang Medi-Cal Dental sa 1-800-322-6384 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Matutulungan kayo ng mga kinatawan ng mga kinatawan ng Medi-Cal Dental mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari rin ninyong bisitahin ang website sa SmileCalifornia.org para sa higit pang impormasyon.

SEKSYON 4 Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng aming plano (mga eksepsiyon)

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

Inililista ng chart sa ibaba ang ilang serbisyo at item na hindi sinasaklaw ng aming plano sa ilalim ng anumang kundisyon o sinasaklaw lang ng aming plano sa ilalim ng mga partikular na kundisyon.

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

Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare	Sinasaklaw lang sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon
Acupuncture	Available para sa mga taong may matinding pananakit sa bandang ibaba ng likod sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon

Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare	Sinasaklaw lang sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon
Pampagandang operasyon o mga procedure	Sinasaklaw sa mga kaso ng aksidenteng pinsala o para sa pagpapahusay ng paggana ng may ibang hubog na bahagi ng katawan Sinasaklaw para sa lahat ng yugto ng muling pagpapagawa ng suso pagkatapos ng mastectomy, pati ng hindi apektadong suso upang makagawa ng pantay na hitsura
Pantulong na pangangalaga Ang pantulong na pangangalaga ay isang personal na pangangalagang hindi nangangailangan ng patuloy na atensyon ng sanay na medikal o paramedikal na tauhan, tulad ng pangangalagang tumutulong sa inyo sa mga pang-araw-araw na gawain, gaya ng pagligo o pagbibihis	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon
Mga panubok na medikal at pang-operang procedure, kagamitan, at paggagamot Mga panubok na procedure at item ang mga item at procedure na tinukoy ng Original Medicare na huwag tanggapin, sa pangkalahatan, ng medikal na komunidad	Maaaring saklawin ng aming plano o ng Original Medicare sa ilalim ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare (Tingnan ang Kabanata 3, Seksyon 5 para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral)
Mga bayaring sinisingil sa inyong malalapit na kamag-anak o miyembro ng inyong sambahayan para sa pangangalaga	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon
Buong panahon na pangangalaga ng nurse sa inyong tahanan	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon
Mga pagkaing ipinapadala sa bahay	Tingnan ang mga benepisyo na ‘Masustansyang Pagkain’ sa seksyong SSBCI ng Chart ng Mga Medikal na Benepisyo para sa higit pang impormasyon

Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare	Sinasaklaw lang sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon
Mga serbisyo sa kalusugan sa bahay	Sinasaklaw ng Medicare ang mga medikal na kinakailangang part-time o paulit-ulit na dalubhasang pangangalaga.
Kasama sa mga serbisyo ng homemaker ang pangunahing tulong sa sambahayan, kabilang ang magaang gawaing bahay o paghahanda ng kaunting pagkain.	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon
Mga serbisyo para sa naturopath (gumagamit ng mga natural o alternatibong paggamot)	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon
Orthopedic shoes o mga pansuportang device para sa mga paa	Mga sapatos na bahagi ng isang leg brace at kasama sa gastos ng brace. Mga orthopedic o nakakapagpagaling na sapatos para sa mga taong may sakit sa paa dulot ng diabetes
Mga personal na item sa inyong kwarto sa ospital o sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, tulad ng telepono o ng telebisyon	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon
Pribadong kwarto sa isang ospital	Sinasaklaw lang kapag medikal na kinakailangan
Reversal ng mga sterilization procedure at/o mga hindi inireresetang supply na pang-iwas sa pagbubuntis	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon
Karaniwang chiropractic na pangangalaga	Sinasaklaw ang mano-manong pagmamanipula ng gulugod upang itama ang isang subluxation

Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare	Sinasaklaw lang sa ilalim ng ilang partikular na kundisyon
Regular na pangangalaga sa ngipin, tulad ng: • **Mga paglilinis (Prophylaxis)** • **Fluoride treatment** • **Mga orthodontic na serbisyo** • **Endodontics** • **Periodontics** • **Mga serbisyo ng pag-implant** • **Maxillofacial prosthetics**	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon Tingnan ang benepisyo ng mga serbisyo sa Pangangalaga sa ngipin sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo para sa karaniwang pangangalaga sa ngipin na saklaw ng inyong plano bilang bahagi ng inyong package ng benepisyo
Karaniwang pangangalaga ng paa (serbisyo sa paa)	Ilang limitadong pagsaklaw na ibinibigay alinsunod sa mga alituntunin ng Medicare, (hal., kung mayroon kayong diabetes)
(Mga) karaniwang pagsusuri sa pandinig o pagsusuri sa pagsusukat ng mga hearing aid	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon
Mga serbisyong itinuturing na hindi makatuwiran at hindi kinakailangan, ayon sa mga pamantayan ng Original Medicare	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon
Pangangalaga ng Paningin: Radial keratotomy, LASIK surgery, at iba pang low vision aid	Hindi sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon
Pangangalaga ng Paningin: Mga karaniwang pagsusuri sa mata, salamin sa mata	Tingnan ang benepisyo sa Pangangalaga ng paningin sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo para sa mga karaniwang serbisyo sa paningin na saklaw ng inyong plano bilang bahagi ng inyong package ng benepisyo.

KABANATA 5: Paggamit sa pagsaklaw ng plano para sa Bahagi D na mga gamot

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

Dahil kwalipikado kayo para sa California Medi-Cal (Medicaid), kwalipikado rin kayo para sa at kayo ay makakatanggap ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare upang bayaran ang inyong mga gastos sa plano sa inireresetang gamot. Dahil kayo ay nasa programa ng Karagdagang Tulong, maaaring hindi nalalapat sa inyo ang ilang impormasyon sa *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito tungkol sa mga gastos sa inireresetang Bahagi D na mga gamot. Pinadalhan namin kayo ng isang hiwalay na kalakip, na tinatawag na *Rider ng Katibayan ng Pagsaklaw para sa Mga Taong Nakakakuha ng Karagdagang Tulong sa Pagbabayad para sa Mga inireresetang Gamot* (na kilala rin bilang *Rider ng Subsidy para sa Mababa ang Kita* o ang *LIS Rider*), na nagsasaad tungkol sa inyong saklaw sa gamot. Kung wala kayong ganitong kalakip, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humingi ng *LIS Rider*. (Naka-print sa likod na pabalat ng dokumentong ito ang mga numero ng telepono ng Mga Serbisyo para sa Miyembro.)

SEKSYON 1 Mga pangunahing panuntunan para sa pagsaklaw ng aming plano sa Bahagi D na gamot

Tingnan ang Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4 para sa mga benepisyo na gamot sa Medicare Part B at mga benepisyo na gamot sa hospisyo.

Bukod pa sa mga gamot na saklaw ng Medicare, sinasaklaw rin ang ilang inireresetang gamot sa ilalim ng inyong mga benepisyo ng California Medi-Cal (Medicaid). Upang matuto pa tungkol sa saklaw na gamot ng Medicaid, makipag-ugnayan sa California Medi-Cal (Medicaid) upang tukuyin kung aling saklaw na gamot ang posibleng available sa inyo. (Makikita ninyo ang mga numero ng telepono at impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa California Medi-Cal (Medicaid) sa Kabanata 2, Seksyon 6.)

Sa pangkalahatan, sasaklawin ng aming plano ang inyong mga gamot hangga't sinusunod ninyo ang mga panuntunang ito:

- Dapat kayong resetahan ng tagapagbigay ng serbisyo (isang doktor, dentista, o iba pang tagapagreseta) na dapat ay valid sa ilalim ng naaangkop na batas ng estado.
- Ang inyong tagapagreseta ay hindi dapat kasama sa Mga Listahan ng Pagbubukod o Pag-iwas ng Medicare.
- Dapat kayong gumamit ng isang parmasyang nasa network upang kunin ang inyong reseta (Pumunta sa Seksyon 2) *o maaari ninyong makuha ang inyong reseta sa pamamagitan ng mail-order na serbisyo ng inyong plano*.

- Ang inyong gamot ay dapat na nasa Listahan ng Gamot ng aming plano (Tingnan ang Seksyon 3).
- Ang inyong gamot ay dapat na gamitin para sa isang indikasyong medikal na tinatanggap. Ang “indikasyong medikal na tinatanggap” ay ang paggamit ng gamot na aprubado ng FDA o suportado ng mga partikular na sanggunian. (Tingnan ang Seksyon 3 para sa higit pang impormasyon tungkol sa indikasyong medikal na tinatanggap.)
- Ang inyong gamot ay maaaring mangailangan ng pag-apruba mula sa aming plano batay sa mga partikular na pamantayan bago kami sumang-ayon na saklawin ito. (Tingnan ang Seksyon 4 para sa higit pang impormasyon)

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

Sa kadalasang kaso, sasaklawin *lang* ang inyong mga reseta kung bibilhin ito sa mga parmasyang nasa network ng aming plano. (Tingnan ang Seksyon 2.4 para sa impormasyon tungkol sa kung kailan namin sasaklawin ang mga resetang kinuha sa mga parmasyang wala sa network.)

Ang parmasyang nasa network ang parmasyang may kontrata sa aming plano na magbibigay ng inyong mga saklaw na gamot. Ang terminong “mga saklaw na gamot” ay nangangahulugan na ang lahat ng Bahagi D na mga gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plano.

Seksyon 2.1 Mga parmasyang nasa network

Humanap ng parmasyang nasa network sa inyong lugar

Upang maghanap ng parmasyang nasa network, sumangguni sa inyong *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, bisitahin ang aming website (go.wellcare.com/2027providerdirectories), at/o tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Maaari kayong pumunta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network. Ang ilang parmasyang nasa network ay nagbibigay ng preferred na bahagian sa gastos, na maaaring mas mababa sa bahagian sa gastos sa isang parmasya na nag-aalok ng karaniwang bahagian sa gastos. Isinasaad sa inyo ng *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* kung aling mga parmasya ang nag-aalok ng preferred na bahagian sa gastos. Makipag-ugnayan sa amin upang malaman ang higit pa tungkol sa kung paano nag-iiba ang inyong mga gastos mula sa bulsa para sa iba't ibang gamot.

Kung umalis ang inyong parmasya sa network

Kung umalis sa network ng aming plano ang parmasyang ginagamit ninyo, kakailanganin ninyong humanap ng bagong parmasyang nasa network. Kung mananatili sa aming network ang parmasyang ginagamit ninyo ngunit hindi na ito nag-aalok ng preferred na bahagian sa gastos, maaari kayong magpalit ng parmasyang nasa network o ng preferred na parmasya, kung available. Upang maghanap ng iba pang parmasya sa inyong lugar, humingi ng tulong sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa

1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o gamitin ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*. Makikita rin ninyo ang impormasyon sa aming website sa go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Mga specialized na parmasya

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

- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa therapy ng infusion sa bahay.
- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa mga residente ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (LTC). Kadalasan, may sariling parmasya ang isang pasilidad ng LTC (tulad ng nursing home). Kung nahihirapan kayong makakuha ng inyong Bahagi D na mga gamot sa isang pasilidad ng LTC, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).
- Mga parmasyang nagbibigay ng serbisyo sa Serbisyo sa Kalusugan ng Indian/Tribal/ Programang Pangkalusugan para sa Urban na Indian (hindi available sa Puerto Rico). Maliban sa mga emergency, ang mga Native American o Alaska Native lang ang may access sa mga parmasyang ito na nasa aming network.
- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot na pinaghihigpitan ng FDA sa mga partikular na lokasyon o na nangangailangan ng espesyal na pangangasiwa, ng pakikipagtulungan ng tagapagbigay ng serbisyo, o ng kaalaman tungkol sa paggamit ng mga ito. Upang maghanap ng specialized na parmasya, sumangguni sa *inyong Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* go.wellcare.com/2027providerdirectories o tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Seksyon 2.2 Paggamit ng mga mail-order na serbisyo ng aming plano

Para sa ilang uri ng mga gamot, maaari ninyong gamitin ang serbisyo ng mail-order ng network ng aming plano. Karaniwan, ang mga gamot na ibinibigay sa pamamagitan ng mail-order ay mga gamot na regular ninyong ginagamit para sa isang chronic o pangmatagalang medikal na kundisyon. Ang mga gamot na hindi available sa pamamagitan ng mail-order na serbisyo ng aming plano ay may markang**"NM"** sa aming Listahan ng Gamot.

Ang mail-order na serbisyo ng aming plano ay nagpapahintulot sa inyo na mag-order ng **hindi bababa sa 35 araw na supply ng gamot at hindi lalampas sa 100 araw na supply.**

Maaaring mas mababa ang inyong copay kapag ginamit ninyo ang piniling mail-order na serbisyo ng aming plano. Para sa karagdagang detalye, sumangguni sa talahanayan sa Kabanata 6, seksyon 5.2 at 5.4.

Upang kumuha ng mga order form at impormasyon tungkol sa pagkuha ng inyong mga reseta sa pamamagitan ng mail, tumawag sa Express Scripts® Pharmacy sa 1-833-750-0201 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. O, mag-log in sa express-scripts.com/rx. Kung gagamit kayo ng parmasyang may mail order na wala sa network ng plano, hindi sasaklawin ang inyong reseta.

Kadalasan, makakarating sa inyo ang inyong order sa mail order na parmasya ng hindi lalagpas ng 14 araw. Gayunpaman, maaaring maantala ang inyong reseta sa mail order. Para sa mga pangmatagalang gamot na kailangan ninyo agad, humingi sa inyong doktor ng dalawang reseta: isa para sa 30 araw na supply upang makakuha sa isang kalahok na retail na parmasya, at isang pangmatagalang supply (35 hanggang 100 araw) upang makakuha sa pamamagitan ng mail. Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng inyong 30 araw na supply sa isang na retail na parmasya kapag naantala ang inyong reseta sa mail order, patawagin ang inyong retail na parmasya sa aming Center ng Serbisyo ng Tagapagbigay ng Serbisyo sa 1-866-800-6111 (TTY 1-888-816-5252), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo para sa tulong. Maaaring tumawag ang mga miyembro sa Express Scripts® Pharmacy sa 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. O, mag-log in sa express-scripts.com/rx.

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

- Ginamit ninyo ang mga mail-order na serbisyo ng planong ito sa nakaraan, o
- Nagpatala kayo para sa awtomatikong pagpapadala ng mga bagong reseta na direktang natanggap mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Maaari ninyong hilingin ang awtomatikong pagpapadala ng lahat ng bagong reseta anumang oras sa pamamagitan ng pagtawag sa Express Scripts® Pharmacy sa 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. O, mag-log in sa express-scripts.com/rx.

Kung awtomatiko kayong makatanggap ng reseta sa mail na hindi ninyo gusto, at hindi tinanong sa inyo kung gusto ninyo ito bago ipadala, maaaring maging kwalipikado kayong makakuha ng refund.

Kung gumamit kayo dati ng mail order at ayaw ninyong awtomatikong ibigay 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), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. O, mag-log in sa express-scripts.com/rx.

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

Upang mag-opt out sa mga awtomatikong pagpapadala ng mga bagong resetang natanggap nang direkta mula sa tanggapan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Express Scripts® Pharmacy sa 1-833-750-0201, (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. O, mag-log in sa express-scripts.com/rx.

Mga muling pagkuha sa mga reseta sa pamamagitan ng mail-order. Para sa refill ng inyong mga gamot, may opsyon kayong magpatala para sa programa ng awtomatikong refill. 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 refill upang matiyak na kakailanganin ninyo ng higit pang gamot, at maaari ninyong ikansela ang mga nakaiskedyul na refill kung may sapat na kayong gamot o kung pinalitan ang inyong gamot.

Kung pipiliin ninyong huwag gamitin ang aming programa sa awtomatikong refill ngunit gusto pa rin ninyong ipadala sa inyo ng mail order na parmasya ang inyong reseta, makipag-ugnayan sa inyong parmasya 21 araw bago maubos ang kasalukuyan ninyong reseta. Tinitiyak nito na maipapadala sa inyo sa tamang oras ang inyong order.

Upang mag-opt out sa aming programa na awtomatikong naghahanda ng mga refill sa pamamagitan ng mail order, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa inyong mail order na parmasya:

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

Kung awtomatiko kayong makatanggap ng refill sa pamamagitan ng mail na hindi ninyo gusto, maaaring maging kwalipikado kayong makakuha ng refund.

Seksyon 2.3 Paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

Nag-aalok ang aming plano ng 2 paraan ng pagkuha ng pangmatagalang supply (tinatawag ding pinalawig na supply) ng mga maintenance na gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plano. (Ang mga maintenance na gamot ay ang mga gamot na regular ninyong ginagamit para sa isang chronic o pangmatagalang medikal na kundisyon.)

1. May ilang retail na parmasya na nasa aming network na nagbibigay sa inyo ng pahintulot na kumuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Isinasaad sa inyo ng inyong *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* go.wellcare.com/2027providerdirectories kung aling mga parmasya sa aming network ang makakapagbigay sa inyo ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Maaari rin ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa higit pang impormasyon.
2. Maaari rin kayong makatanggap ng mga maintenance na gamot sa pamamagitan ng aming programa sa mail-order. Sumangguni sa Seksyon 2.2 para sa higit pang impormasyon.

Seksyon 2.4 Paggamit ng parmasyang wala sa network ng aming plano

Karaniwan, sinasaklaw *lang* namin ang mga gamot na kinuha sa isang parmasyang wala sa network kapag hindi ninyo magagamit ang isang parmasyang nasa network. Mayroon din kaming mga parmasyang nasa network na nasa labas ng aming sineserbisyuhang lugar kung saan maaari ninyong kunin ang inyong mga reseta bilang miyembro ng aming plano. **Tumawag muna sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)** upang malaman kung mayroon bang parmasyang nasa network sa malapit.

Sinasaklaw namin ang mga resetang kinuha sa isang parmasyang wala sa network sa ilalim lang ng mga sitwasyong ito:

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

- Kung regular kayong umiinom ng inireresetang gamot at bibiyahe kayo, tiyaking suriin ang inyong supply ng gamot bago umalis. Kapag posible, dahil ang lahat ng gamot na kakailanganin ninyo. Maaari ninyong i-order ang inyong mga inireresetang gamot nang maaga sa pamamagitan ng aming mail order na parmasya.

- Kung bibiyahe kayo sa loob ng Estados Unidos at mga teritoryo nito at nagkasakit, nawalan, o naubusan kayo ng mga inireresetang gamot, sasaklawin namin ang mga inireresetang kinuha sa parmasyang wala sa network. Sa sitwasyong ito, kakailanganin ninyong bayaran ang buong gastos (sa halip na bayaran lang ang inyong bahagian sa bayad o coinsurance) kapag kukunin ninyo ang inyong reseta. Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang aming bahagian sa gastos sa pamamagitan ng pagsusumite ng form ng claim para sa inireresetang gamot. Kung pupunta kayo sa isang parmasyang wala sa network, maaaring maging tungkulin ninyong bayaran ang pagkakaiba ng halaga ng ibabayad namin para sa isang resetang kinuha sa parmasyang nasa network at ng halagang siningil ng parmasyang wala sa network para sa inyong reseta. Upang malaman kung paano magsumite ng claim para sa inireresetang gamot upang hilingin sa amin na bayaran kayo, mangyaring sumangguni sa Kabanata 7, Seksyon 2.

- Maaari rin ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman kung mayroong parmasyang nasa network sa lugar kung saan kayo bibiyahe.

- Hindi kami magbabayad para sa anumang resetang kinuha sa mga parmasyang nasa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito, kahit pa para sa medikal na emergency ito.

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

- Sasaklawin namin ang mga resetang kinuha sa parmasyang wala sa network kung nauugnay ang mga reseta sa pangangalaga para sa medikal na emergency o sa agarang pangangalaga. Sa sitwasyong ito, kakailanganin ninyong bayaran ang buong gastos (sa halip na bayaran lang ang inyong bahagian sa bayad o coinsurance) kapag kukunin ninyo ang inyong reseta. Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang aming bahagian sa gastos sa pamamagitan ng pagsusumite ng reimbursement form. Kung pupunta kayo sa isang parmasyang wala sa network, maaaring maging tungkulin ninyong bayaran ang pagkakaiba ng halaga ng ibabayad namin para sa isang resetang kinuha sa parmasyang nasa network at ng halagang siningil ng parmasyang wala sa network para sa inyong reseta. Upang malaman kung paano magsumite ng reimbursement claim, mangyaring sumangguni sa Kabanata 7, Seksyon 2.

Mga Karagdagang Sitwasyon: Iba pang pagkakataong maaaring saklawin ang inyong reseta kung pupunta kayo sa isang parmasyang wala sa network.

- Sasaklawin namin ang inyong reseta sa isang parmasyang wala sa network kung nalalapat ang kahit isa sa mga sumusunod:

- Kung hindi kayo nakakuha ng sinasaklaw na gamot sa tamang oras sa loob ng aming sineserbisyuhang lugar dahil walang parmasyang nasa network, sa loob ng makatwirang distansya ng pagmamaneho, na nagbibigay ng 24 na oras na serbisyo.
- Kung sinusubukan ninyong makakuha ng inireresetang gamot na hindi karaniwang nakukuha sa isang accessible na retail na nasa network o sa mail order na parmasya (kabilang ang mga mahal at natatanging gamot).
- Kung kukuha kayo ng bakuna na medikal na kinakailangan ngunit hindi sinasaklaw ng Medicare Part B at hindi ibinibigay sa tanggapan ng inyong doktor.
- Kung kumuha kayo ng saklaw na inireresetang gamot mula sa isang parmasyang nakabatay sa institusyon habang isang pasyente sa isang outpatient surgery clinic, o iba pang outpatient setting.

- Para sa lahat ng nakalistang sitwasyon sa itaas, maaari kayong makatanggap ng hanggang 30 araw na supply ng mga inireresetang gamot. Bilang karagdagan, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang singil ng parmasyang wala sa network para sa gamot at magpasa ng dokumentasyon upang makatanggap ng reimbursement mula sa aming plano. Tiyaking magsama ng paliwanag tungkol sa sitwasyong nauugnay kung bakit gumamit kayo ng parmasyang wala sa network. Makakatulong ito sa pagproseso ng inyong kahilangan sa pagbabalik ng nagastos.

Kung kailangan ninyong gumamit ng parmasyang wala sa network, sa pangkalahatan ay kakailanganin ninyong bayaran ang buong gastos (sa halip na inyong karaniwang bahagi ng gastos) sa oras na kunin ninyo ang inyong reseta. Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang aming bahagian sa gastos. (Tingnan ang Kabanata 7, Seksyon 2 para sa impormasyon kung paano hilingin sa aming plano na ibalik ang inyong ibinayad.) Maaaring kailanganin ninyong bayaran ang pagkakaiba ng halaga ng binabayaran ninyo para sa gamot sa parmasyang wala sa network at ng gastos na sasaklawin namin sa parmasyang nasa network.

SEKSYON 3 Ang inyong mga gamot ay dapat na nasa Listahan ng Gamot ng aming plano

Seksyon 3.1 Isinasaad sa Listahan ng Gamot kung aling Bahagi D na mga gamot ang sinasaklaw

Ang aming plano ay mayroong *Listahan* ng *mga Saklaw na Gamot* (pormularyo). Sa *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito, **tinatawag namin itong Listahan ng Gamot.**

Ang mga gamot sa listahang ito ay pinili ng aming plano sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Natutugunan ng listahan ang mga kinakailangan ng Medicare at aprubado ito ng Medicare.

Ipinapakita sa Listahan ng Gamot ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Bukod pa sa mga gamot na saklaw ng Medicare, sinasaklaw rin ang ilang inireresetang gamot sa ilalim ng inyong mga benepisyo sa Medicaid. Upang matuto pa tungkol sa saklaw na gamot ng Medicaid, makipag-

ugnayan sa California Medi-Cal (Medicaid) upang tukuyin kung aling saklaw na gamot ang posibleng available sa inyo. (Makikita ninyo ang mga numero ng telepono at impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa California Medi-Cal (Medicaid) sa Kabanata 2, Seksyon 6.)

Karaniwan naming sinasaklaw ang isang gamot na nasa Listahan ng Gamot ng aming plano basta't susundin ninyo ang iba pang panuntunan ng pagsaklaw na ipinaliwanag sa kabanatang ito at ang paggamit ng indikasyong medikal na tinatanggap. Ang indikasyong medikal na tinatanggap ay ang paggamit ng gamot na *alinman sa*:

- Aprubado ng FDA para sa diagnosis o sa kundisyong pinagreresetahan nito, o
- Suportado ng ilang partikular na sanggunian, gaya ng American Hospital Formulary Service Drug Information at ng Sistema ng Impormasyon ng Micromedex DRUGDEX.

Kabilang sa Listahan ng Gamot ang mga branded na gamot, generic na gamot, at biological na produkto (na posibleng kinabibilangan ng mga biosimilar).

Ang isang branded na gamot ay isang inireresetang gamot na ibinebenta sa ilalim ng isang trademark na pangalan na pag-aari ng tagagawa ng gamot. Ang mga biological na produkto ay mga gamot na mas kumplikado kaysa sa mga karaniwang gamot. Sa aming Listahan ng Gamot, kapag binaggit namin ang salitang mga gamot ito ay maaaring mangahulugan ng isang gamot o isang biological na produkto.

Ang generic na gamot ay isang inireresetang gamot na may mga aktibong sangkap na kapareho ng branded na gamot. Ang mga biological na produkto ay may mga alternatibong tinatawag na mga biosimilar. Karaniwan, ang mga generic na gamot at biosimilar ay kasingbisa ng mga branded o orihinal na biological na produkto at karaniwang mas mura ang halaga. May mga pamalit na generic na gamot na nakukuha para sa maraming branded na gamot at mga biosimilar na pamalit para sa ilang orihinal na biological na produkto. May ilang biosimilar na mapapagpalit-palit na biosimilar at, depende sa batas ng estado, maaari nitong palitan ang orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi nanghihingi ng panibagong reseta, gaya na lang ng maaaring ipalit ang mga generic na gamot para sa mga branded na gamot.

Pumunta sa Kabanata 12 para sa mga kahulugan ng mga uri ng mga gamot na maaaring nasa Listahan ng Gamot.

Mga gamot na wala sa Listahan ng Gamot

Hindi sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng inireresetang gamot.

- Sa ilang sitwasyon, hindi pinapayagan ng batas ang anumang plano ng Medicare na saklawin ang ilang partikular na uri ng mga gamot. (Para sa higit pang impormasyon, pumunta sa Seksyon 7.)
- Sa ibang kaso, nagdesisyon kami na huwag isama ang isang partikular na gamot sa Listahan ng Gamot.
- Sa ilang kaso, maaari kayong makakuha ng gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot. (Para sa higit pang impormasyon, pumunta sa Kabanata 9.)

- Ang mga inireresetang gamot na sinasaklaw ng California Medi-Cal (Medicaid) ay wala sa Listahan ng Gamot. Makipag-ugnayan sa California Medi-Cal (Medicaid) upang matukoy kung anong pagsaklaw sa gamot ang maaaring available para sa inyo. (Makikita ninyo ang mga numero ng telepono at impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa California Medi-Cal (Medicaid) sa Kabanata 2, Seksyon 6.)

Seksyon 3.2 Anim na tier ng bahagian sa gastos para sa mga gamot sa Listahan ng Gamot

Ang bawat gamot na nasa Listahan ng Gamot ng aming plano ay nasa isa sa anim na tier ng bahagian sa gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier, mas mataas ang gastos para sa gamot:

- Kabilang sa Tier 1 (Generic na Gamot) ang mga preferred na generic na gamot at maaari ring magsama ng ilang branded na gamot.
- Kabilang sa Tier 2 (Mga Preferred na Branded na Gamot) ang mga preferred na branded na gamot at maaari ring magsama ng ilang generic na gamot.
- Kabilang sa Tier 3 (Mga Hindi Preferred na Gamot) ang mga hindi preferred na branded at generic na gamot.
- Kasama sa Tier 4 (Mga Iniiniksyong Gamot) ang mga piling gamot na ibinibigay sa pamamagitan ng iniksyon o ginagamit upang maiwasan ang karamdaman (mga bakuna).
- Kabilang sa Tier 5 (Mga Gamot sa Specialty na Tier) ang mga branded at generic na gamot na may mataas na presyo. Ang mga gamot sa tier na ito ay hindi kwalipikado para sa mga eksepsiyon para sa pagbabayad sa mas mababang tier. Ito ang may pinakamataas na tier ng bahagian sa gastos.
- Kasama sa Tier 6 (Mga Piling Gamot sa Pangangalaga) ang mga piling generic at/o branded na gamot na ginagamit upang gamutin ang mga partikular na kundisyon. Ito ang may pinakamababang tier ng bahagian sa gastos.

Upang malaman kung sa aling tier ng bahagian sa gastos nabibilang ang inyong gamot, hanapin ito sa Listahan ng Gamot ng aming plano. Ang halagang babayaran ninyo para sa mga gamot na nasa bawat tier ng bahagian sa gastos ay ipinapakita sa Kabanata 6.

Seksyon 3.3 Paano malalaman kung nasa Listahan ng Gamot ang isang partikular na gamot

Upang malaman kung ang isang gamot ay nasa aming Listahan ng Gamot, narito ang mga opsyon na mayroon kayo:

- Tingnan ang pinakabagong Listahan ng Gamot na ibinigay namin sa inyo nang electronic.
- Bisitahin ang website ng aming plano (go.wellcare.com/HealthNetCA). Ang Listahan ng Gamot na nasa website ay palaging ang pinakabago.

- Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang malaman kung ang isang partikular na gamot ay nasa Listahan ng Gamot ng aming plano o upang humingi ng kopya ng listahan.
- Gamitin ang "Real-Time Benefit Tool" ("Tool para sa Real Time na Benepisyo") ng aming plano (go.wellcare.com/HealthNetCA) upang maghanap ng mga gamot sa Listahan ng Gamot upang makakuha ng pagtatantya kung ano ang babayaran ninyo at makita kung mayroong mga alternatibong gamot sa Listahan ng Gamot na maaaring makagamot sa parehong kundisyon. Maaari rin ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

SEKSYON 4 Mga gamot na may mga paghihigpit sa saklaw

Seksyon 4.1 Bakit may mga paghihigpit ang ilang gamot

Para sa mga partikular na inireresetang gamot, nililimitahan ng mga espesyal na panuntunan kung paano at kailan sasaklawin ng aming plano ang mga ito. Binuo ng pangkat ng mga doktor at pharmacist ang mga panuntunang ito upang hikayatin kayo at ang inyong tagapagbigay ng serbisyo na gumamit ng mga gamot sa pinakaepektibong paraan. Upang malaman kung nalalapat ang alinman sa mga paghihigpit na ito sa isang gamot na iniinom o gusto ninyong inumin, tingnan ang Listahan ng Gamot.

Kung may ligtas, mas murang gamot na kasing-bisa ng mas mahal na gamot, idinisenyo ang mga panuntunan ng aming plano upang hikayatin kayo at ang inyong tagapagbigay ng serbisyo na gumamit ng mas murang opsyon.

Tandaan na minsan ay mahigit sa isang beses na makikita ang isang gamot sa aming Listahan ng Gamot. Ito ay dahil sa maaaring mag-iba ang parehong mga gamot batay sa lakas, dami, o anyo ng gamot na inirereseta ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, at maaaring magkakaibang paghihigpit o bahagian sa gastos ang ilapat sa iba't ibang bersyon ng gamot (halimbawa, 10 mg kumpara sa 100 mg; isa bawat araw kumpara sa 2 bawat araw; tableta kumpara sa liquid).

Seksyon 4.2 Mga uri ng paghihigpit

Kung may paghihigpit para sa inyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na kayo o ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ay kailangang gumawa ng mga karagdagang hakbang para saklawin namin ang gamot. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang malaman kung ano ang maaari ninyong gawin o ng inyong tagapagbigay ng serbisyo upang makakuha ng saklaw para sa gamot. **Kung gusto ninyong alisin namin ang paghihigpit para sa inyo, kailanganin ninyong gamitin ang proseso ng desisyon sa pagsaklaw at hilingin sa amin na gumawa ng eksepsiyon.** Maaaring sumang-ayon kami o hindi sumang-ayon na alisin ang paghihigpit para sa inyo. (Tingnan ang Kabanata 9.)

Pagkuha ng paunang pag-apruba ng plano

Para sa mga partikular na gamot, kailangan ninyo at ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot para sa inyo. Tinatawag itong **paunang awtorisasyon**. Ipinapatupad ito upang matiyak ang kaligtasan ng gamot at makatulong sa paggabay sa naaangkop na paggamit ng ilang partikular na gamot. Kung hindi ninyo makuha ang pag-aprubang ito, maaaring hindi saklawin ng aming plano ang inyong gamot. Maaaring makuha ang mga pamantayan ng paunang awtorisasyon ng aming plano sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711) o sa aming website sa go.wellcare.com/enhanced-select-pa.

Pagsubok muna ng ibang gamot

Hinihikayat kayo ng pangangailangang ito na sumubok ng mga gamot na kasing-bisa ngunit mas mura bago saklawin ng aming plano ang isa pang gamot. Halimbawa, kung ang Gamot A at Gamot B ay nakakagamot sa parehong medikal na kundisyon at mas mura ang Gamot A, maaaring hilingin sa inyo ng aming plano na subukan muna ang Gamot A. Kung hindi mabisa ang Gamot A sa inyo, sasaklawin ng aming plano ang Gamot B. Ang kinakailangang ito na sumubok muna ng ibang gamot ay tinatawag na **step therapy**. Maaaring makuha ang mga pamantayan sa step therapy sa aming plano sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711) o sa aming website sa go.wellcare.com/enhanced-select-st.

Mga limitasyon sa dami

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

SEKSYON 5 Ano ang maaari ninyong gawin kung ang isa sa inyong mga gamot ay hindi sinasaklaw sa paraang gusto ninyo

May mga sitwasyon kung saan ang inireresetang gamot na iniinom ninyo, o na sa tingin ninyo o ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ay dapat ninyong inumin, ay wala sa aming Listahan ng Gamot o may mga paghihigpit. Halimbawa:

- Maaaring hindi talaga saklawin ang gamot. O maaaring saklawin ang generic na bersyon ng gamot ngunit hindi ang sasaklawin branded na bersyon na gusto ninyong inumin.
- Sinasaklaw ang gamot, ngunit may mga karagdagang panuntunan o paghihigpit sa pagsaklaw.
- Sinasaklaw ang gamot, ngunit nasa tier ito ng bahagian sa gastos na mas nagpapamahal sa inyong bahagian sa gastos kumpara sa palagay ninyong halaga nito.

Kung ang inyong gamot ay nasa tier ng bahagian sa gastos na mas nagpapamahal sa inyong gastos kumpara sa palagay ninyong halaga nito, pumunta sa Seksyon 5.1 upang malaman kung ano ang maaari ninyong gawin.

Kung wala sa Listahan ng Gamot ang inyong gamot o kung pinaghihigpitan ito, narito ang mga pagpipilian na maaari ninyong gawin:

- Maaari kayong makatanggap ng pansamantalang supply ng gamot.
- Maaari kayong magpalit ng ibang gamot.
- Maaari kayong humilin ng **eksepsiyon** at hilingin sa aming plano na saklawin ang gamot o alisin ang mga paghihigpit sa gamot.

Maaari kayong makakuha ng pansamantalang supply

Sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon, dapat magbigay ang aming plano ng pansamantalang supply ng gamot na iniinom na ninyo. Binibigyan kayo ng pansamantalang supply na ito ng oras na kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo tungkol sa pagbabago.

Upang maging kwalipikado para sa pansamantalang supply, ang gamot na inyong iniinom **ay dapat na wala na sa Listahan ng Gamot ng aming plano** O **pinaghihigpitan na sa ilang paraan.**

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

  Sasaklawin namin ang 31 araw na emergency supply ng isang partikular na gamot, o mas kaunti kung ang inyong reseta ay para sa mas kaunting bilang ng araw. Bukod pa ito sa pansamantalang supply na nabanggit sa itaas.
- **Para sa mga miyembrong nakakaranas ng antas ng pagbabago sa pangangalaga (gaya ng paglipat papunta o mula sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga o ospital) at nangangailangan kaagad ng supply:**

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

Para sa mga tanong tungkol sa pansamantalang supply, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Sa mga panahong gumagamit kayo ng pansamantalang supply ng isang gamot, dapat ninyong kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo upang mapagpasyahan kung ano ang gagawin kapag naubos ang inyong pansamantalang supply. Mayroon kayong 2 opsyon:

Opsyon 1. Maaari kayong magpalit ng ibang gamot

Kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo tungkol sa kung may iba bang gamot na sinasaklaw ng aming plano ang posibleng mabisa rin sa inyo. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang humingi ng listahan ng mga saklaw na gamot na nakakagamot sa parehong medikal na kundisyon. Maaaring makatulong ang listahang ito sa inyong tagapagbigay ng serbisyo na makahanap ng sinasaklaw na gamot na maaaring makatulong sa inyo.

Opsyon 2. Maaari kayong humiling ng eksepsiyon

Maari kayo at ang inyong tagapagbigay ng serbisyo na humiling sa aming plano na gumawa ng eksepsiyon at saklawin ang gamot sa paraang gusto ninyo. Kung sinabi ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na mayroon kayong mga medikal na dahilan na nagpapatibay sa paghiling ninyo sa amin ng eksepsiyon, maaari kayong tulungan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na humiling ng eksepsiyon. Halimbawa, maaari ninyong hilingin sa aming plano na saklawin ang isang gamot kahit na wala ito sa Listahan ng Gamot ng aming plano. O maaari ninyong hilingin sa aming plano na gumawa ng eksepsiyon at saklawin ang gamot nang walang paghihigpit.

Kung gusto ninyo at ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na humiling ng eksepsiyon, pumunta sa Kabanata 9, Seksyon 7.4 upang malaman kung ano ang dapat gawin. Ipinapaliwanag nito ang mga proseso at takdang petsang itinakda ng Medicare upang tiyaking mapapangasiwaan agad at nang patas ang inyong kahilingan.

Seksyon 5.1 Ano ang maaaring gawin kung ang inyong gamot ay nasa tier ng bahagian sa gastos na sa palagay ninyo ay masyadong mataas

Kung ang inyong gamot ay nasa tier ng bahagian sa gastos na sa palagay ninyo ay masyadong mataas, narito ang mga bagay na maaari ninyong gawin:

Maaari kayong magpalit ng ibang gamot

Kung ang inyong gamot ay nasa tier ng bahagian sa gastos na sa palagay ninyo ay masyadong mataas, makipag-ugnayan sa inyong tagapagbigay ng serbisyo. Maaaring may ibang gamot na nasa mas mababang tier ng bahagian sa gastos na posibleng maging mabisa rin sa inyo. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang humingi ng listahan ng mga saklaw na gamot na nakakagamot sa parehong medikal na kundisyon. Maaaring makatulong ang listahang ito sa inyong tagapagbigay ng serbisyo na makahanap ng sinasaklaw na gamot na maaaring makatulong sa inyo.

Maaari kayong humiling ng eksepsiyon

Maaari kayong humiling at ang inyong provider sa aming plano na gumawa ng eksepsiyon sa tier ng bahagian sa gastos para sa gamot upang mas mababa ang inyong babayaran para rito. Kung sinabi ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na mayroon kayong mga medikal na dahilan na nagpapatibay sa paghiling ninyo sa amin ng eksepsiyon, maaari kayong tulungan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na humiling ng eksepsiyon sa panuntunan.

Kung gusto ninyo at ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na humiling ng eksepsiyon, pumunta sa Kabanata 9, Seksyon 7.4 kung ano ang dapat gawin. Ipinapaliwanag nito ang mga proseso at takdang petsang itinakda ng Medicare upang tiyaking mapapangasiwaan agad at nang patas ang inyong kahilingan.

Ang mga gamot na nasa aming Tier 5 (Specialty na Tier) ay hindi kwalipikado sa ganitong uri ng eksepsiyon. Hindi namin ibinababa ang halaga ng bahagian sa gastos para sa mga gamot na nasa tier na ito.

SEKSYON 6 Maaaring magbago ang aming Listahan ng Gamot sa loob ng taon

Nangyayari ang halos lahat ng pagbabago sa pagsaklaw sa gamot sa simula ng bawat taon (ika-1 ng Enero). Gayunpaman, sa loob ng taon, maaaring gumawa ang aming plano ng ilang pagbabago sa Listahan ng Gamot. Halimbawa, ang aming plano ay maaaring:

- **Magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa Listahan ng Gamot.**
- **Maglipat ng gamot sa mas mataas o mas mababang tier ng bahagian sa gastos.**
- **Magdagdag o mag-alis ng paghihigpit sa pagsaklaw para sa isang gamot.**
- **Palitan ang isang branded na gamot ng generic na bersyon ng gamot.**
- Palitan ang isang orihinal na biological na produkto ng interchangeable na biosimilar na bersyon ng biological na produkto.

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

Impormasyon sa mga pagbabago ng pagsaklaw sa gamot

Kapag may nangyaring mga pagbabago sa Listahan ng Gamot, maglalagay kami ng impormasyon sa aming website tungkol sa mga pagbabagong iyon. Regular din naming ina-update ang aming online na Listahan ng Gamot. Minsan makakatanggap kayo ng direktang abiso kung may ginawang mga pagbabago sa isang gamot na iniinom ninyo.

Mga pagbabago sa pagsaklaw sa gamot na makakaapekto sa inyo sa loob ng taon ng plano

- **Pagdaragdag ng mga bagong gamot sa Listahan ng Gamot at agarang pag-aalis o paggawa ng mga pagbabago sa isang gamot sa Listahan ng Gamot.**
    - Maaari naming alisin kaagad ang isang gamot mula sa Listahan ng Gamot, ilipat ang katulad na gamot sa ibang tier ng bahagian sa gastos, magdagdag ng mga bagong paghihigpit, o pareho. Lalabas ang bagong bersyon ng gamot sa pareho o mas mababang tier ng bahagian sa gastos at nang may pareho o mas kaunting paghihigpit.
    - Gagawin lang namin ang mga agarang pagbabagong ito kung magdaragdag kami ng bagong generic na bersyon ng isang brand o magdaragdag ng ilang partikular na bagong bersyon ng biosimilar ng isang orihinal na biological na produkto na nasa Listahan ng Gamot.
    - Maaaring agaran naming gawin ang mga pagbabagong ito at ipaalam namin sa inyo pagkatapos, kahit na iniinom ninyo ang gamot na inalis namin o ginawan ng mga pagbabago. Kung iniinom ninyo ang katulad na gamot sa panahong ginawa namin ang pagbabago, ipapaalam namin sa inyo ang tungkol sa anumang partikular na pagbabagong ginawa namin.
- **Pagdaragdag ng mga gamot sa Listahan ng Gamot at pag-aalis o paggawa ng mga pagbabago sa isang parehong gamot sa Listahan ng Gamot.**
    - Kapag nagdaragdag ng ibang bersyon ng gamot sa Listahan ng Gamot, maaari naming alisin ang isang gamot mula sa Listahan ng Gamot, ilipat ito sa ibang tier ng bahagian sa gastos, magdagdag ng mga bagong paghihigpit, o pareho. Ang bersyon ng gamot na idaragdag namin ay maaaring mananatili sa pareho o ilalagay sa mas mababang tier ng bahagian sa gastos at nang may pareho o mas kaunting paghihigpit.
    - Gagawin lang namin ang mga pagbabagong ito kung magdaragdag kami ng bagong generic na bersyon ng isang branded na gamot o magdagdag ng ilang partikular na bagong bersyon ng biosimilar ng isang orihinal na biological na produkto na nasa Listahan ng Gamot.
    - Ipapaalam namin sa inyo nang hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang pagbabago o ipaalam namin sa inyo ang tungkol sa pagbabago at sasaklawin namin ang 30 araw na pagkuha ng bersyon ng gamot na iniinom ninyo.
- **Pag-alis ng mga hindi ligtas na gamot at iba pang gamot na nasa Listahan ng Gamot na inalis sa merkado.**
    - Minsan, maaaring tukuying hindi ligtas ang isang gamot o alisin sa merkado para sa ibang dahilan. Kapag nangyari ito, posibleng alisin namin agad ang gamot mula sa Listahan ng Gamot. Kung iniinom ninyo ang gamot na iyon, ipapaalam namin sa inyo pagkatapos naming gawin ang pagbabago.

- **Paggawa ng iba pang pagbabago sa mga gamot na nasa Listahan ng Gamot.**
    - Maaari kaming gumawa ng iba pang pagbabago na makakaapekto sa gamot na iniinom ninyo kapag nagsimula na ang taon. Halimbawa, bumabase kami sa nakakahong babala ng FDA o sa mga bagong klinikal na gabay na kinikilala ng Medicare.
    - Ipapaalam namin sa inyo nang hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang mga pagbabagong ito o ipaalam namin sa inyo ang tungkol sa pagbabago at sasaklawin ang karagdagang 30 araw na pagkuha ng gamot na iniinom ninyo.

Kung gagawin namin ang alinman sa mga pagbabagong ito sa anuman sa mga gamot na iniinom ninyo, makipag-usap sa inyong tagapagreseta tungkol sa mga opsyong pinakamabisa para sa inyo, kasama ang pagpapalit ng ibang gamot para gamutin ang inyong kundisyon, o paghiling ng desisyon sa pagsaklaw upang matugunan ang anumang bagong paghihigpit sa gamot na ginagamit ninyo. Maaari kayong humiling sa amin o ang inyong tagapagreseta ng eksepsiyon upang patuloy na saklawin ang gamot o bersyon ng gamot na inyong iniinom. Para sa higit pang impormasyon kung paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang eksepsiyon, pumunta sa Kabanata 9.

Mga pagbabago sa Listahan ng Gamot na hindi makakaapekto sa inyo sa loob ng taon ng plano

Maaari kaming gumawa ng ilang partikular na pagbabago sa Listahan ng Gamot na hindi inilarawan sa itaas. Sa mga kasong ito, hindi nalalapat sa inyo ang pagbabago kung iniinom ninyo ang gamot noong ginawa ang pagbabago; gayunpaman, maaaring makaapekto sa inyo ang mga pagbabagong ito simula ika-1 ng Enero ng susunod na taon ng plano kung mananatili kayo sa parehong plano.

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

- Ililipat namin ang inyong gamot sa mas mataas na tier ng bahagian sa gastos.
- Maglagay kami ng bagong limitasyon sa inyong paggamit sa gamot.
- Mag-aalis kami ng gamot sa Listahan ng Gamot.

Kung mangyari man ang anuman sa mga pagbabagong ito sa gamot na iniinom ninyo (maliban sa pag-alis sa merkado, pagpalit ng generic na gamot sa isang branded na gamot, o iba pang pagbabago na nakatala sa mga seksyon sa itaas), hindi maaapektuhan ng pagbabago ang inyong paggamit o ang inyong binabayaran bilang inyong bahagi ng gastos hanggang ika-1 ng Enero sa susunod na taon.

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

SEKSYON 7 Mga uri ng gamot na hindi namin sinasaklaw

Ang ilang uri ng mga inireresetang gamot ay *ibinukod*. Ibig sabihin ay hindi babayaran ng Medicare ang mga gamot na ito.

Kung umapela kayo at mapag-alamang hindi kasama ang gamot na hiniling sa mga ibinukod na gamot sa Bahagi D, magbabayad kami para dito o sasaklawin namin ito. (Para sa impormasyon tungkol sa pag-apela sa desisyon, pumunta sa Kabanata 9.) Kung ang gamot na hindi isinama ng aming plano ay hindi rin isinama ng California Medi-Cal (Medicaid), dapat ninyo itong bayaran mismo (maliban sa ilang partikular na hindi kasamang gamot na sinasaklaw sa ilalim ng aming pinahusay na pagsaklaw sa gamot).

Narito ang 3 pangkalahatang panuntunan tungkol sa mga gamot na hindi sasaklawin ng mga plano ng gamot ng Medicare sa ilalim sa Bahagi D:

- Hindi masasaklaw ng pagsaklaw ng aming plano sa Bahagi D na gamot ang isang gamot na sasaklawin sa ilalim ng Medicare Part A o Part B.
- Hindi maaaring saklawin ng aming plano ang gamot na binili sa labas ng Estados Unidos o ng mga teritoryo nito.
- Hindi maaaring saklawin ng aming plano ang *off-label* na paggamit ng gamot kapag ang paggamit ay hindi suportado ng ilang partikular na sanggunian, gaya ng American Hospital Formulary Service Drug Information at ng Sistema ng Impormasyon ng Micromedex DRUGDEX. Ang *Off-label* na paggamit ay ang anumang paggamit na naiiba sa mga nakalagay sa label ng gamot na aprubado ng FDA.

Bilang karagdagan, ayon sa batas, ang mga sumusunod na kategorya ng mga gamot na nakalista sa ibaba ay hindi sinasaklaw ng Medicare o Medicaid. Gayunpaman, ang ilan sa mga gamot na ito ay maaaring saklawin para sa inyo sa ilalim ng inyong pagsaklaw sa gamot ng California Medi-Cal (Medicaid). Makipag-ugnayan sa California Medi-Cal (Medicaid) upang matukoy kung anong pagsaklaw sa gamot ang maaaring available para sa inyo. (Makikita ninyo ang mga numero ng telepono at impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa California Medi-Cal (Medicaid) sa Kabanata 2, Seksyon 6.)

- Mga hindi inireresetang gamot (tinatawag ding mga gamot na nabibili nang walang reseta (over-the-counter))
- Mga gamot na ginagamit upang makatulong na magbuntis
- Mga gamot na ginagamit para sa alisin ang mga sintomas ng ubo o sipon
- Mga gamot na ginagamit upang pampaganda o pampatubo ng buhok
- Mga inireresetang bitamina at mineral na produkto, maliban sa mga bitamina ng buntis at mga paghahanda gamit ang fluoride
- Mga gamot na ginagamit sa paggamot ng kawalan ng gana sa pakikipagtalik o ng erectile dysfunction

- Mga gamot na ginagamit sa paggamot ng anorexia, pagbabawas ng timbang, o pagdaragdag ng timbang
- Mga gamot para sa mga outpatient kung saan hinihiling ng manufacturer ng gamot na bilhin lang mula sa manufacturer ang mga nauugnay na pagsusuri o serbisyo ng pagsubaybay bilang kundisyon ng pagbebenta

Kung **nakakatanggap kayo ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare** sa pagbabayad ng inyong mga reseta, hindi babayaran ng Karagdagang Tulong ang mga gamot na hindi karaniwang sinasaklaw. (Tingnan ang Listahan ng Gamot ng aming plano o tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa higit pang impormasyon.) Kung mayroon kayong pagsaklaw ng gamot sa pamamagitan ng Medicaid, maaaring saklawin ng programa ng Medicaid ng inyong estado ang ilang gamot na hindi karaniwang sinasaklaw ng plano ng gamot ng Medicare. Makipag-ugnayan sa programa ng Medicaid ng inyong estado upang matukoy kung anong pagsaklaw sa gamot ang maaaring available para sa inyo. (Humanap ng mga numero ng telepono at impormasyon ng pakikipag-ugnayan para sa Medicaid sa Kabanata 2, Seksyon 6.)

SEKSYON 8 Paano kumuha ng reseta

Upang kunin ang inyong reseta, ibigay ang impormasyon ng membership ninyo sa aming plano (na makikita sa inyong membership card) sa parmasyang nasa network na pinili ninyo. Awtomatikong sisingilin ng parmasyang nasa network ang aming plano para sa aming bahagi ng gastos ng inyong gamot. Kakailanganin ninyong bayaran sa parmasya ang *inyong* bahagi ng gastos kapag kinuha ninyo ang inyong reseta.

Kung wala sa inyo ang impormasyon ng inyong membership sa aming plano, maaari kayong tumawag sa aming plano o ang parmasya upang kunin ang kinakailangang impormasyon, o maaari ninyong hilingin sa parmasya na hanapin ang inyong impormasyon ng pagpapatala sa aming plano.

Kung hindi makukuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, **maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng reseta kapag kinuha ninyo ito**. Pagkatapos ay maaari ninyong **hilingin sa amin na bayaran kayo** para sa aming bahagian sa gastos. Tingnan ang Kabanata 7, Seksyon 2 para sa impormasyon tungkol sa kung paano hilingin sa aming plano na ibalik ang inyong ibinayad.

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

Seksyon 9.1 Sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa pananatili na saklaw ng aming plano

Kung ma-admit kayo sa isang ospital o sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa pananatiling sinasaklaw ng aming plano, karaniwan naming sasaklawin ang halaga ng inyong mga inireresetang gamot sa panahon ng inyong pananatili. Sa oras na lumabas na kayo sa ospital o sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, sasaklawin ng aming plano ang inyong mga inireresetang gamot basta't nakakatugon ang mga ito sa lahat ng aming panuntunan para sa pagsaklaw na inilalarawan sa kabanatang ito.

Seksyon 9.2 Bilang residente sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (LTC)

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

Tingnan ang inyong *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* go.wellcare.com/2027providerdirectories upang malaman kung bahagi ng aming network ang parmasya ng pasilidad ng LTC ninyo o ang parmasyang ginagamit nito. Kung hindi, o kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon o tulong, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Kung kayo ay nasa pasilidad ng LTC, dapat naming tiyaking nakasanayan ninyong tinatanggap ang inyong mga benepisyo sa Bahagi D sa pamamagitan ng aming network ng mga parmasya ng LTC.

Kung naninirahan kayo sa isang pasilidad ng LTC at nangailangan ng gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o pinaghihigpitan sa ilang paraan, pumunta sa Seksyon 5 para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pansamantala o emergency na supply.

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

Kung mayroon kayong ibang saklaw sa gamot mula sa employer ninyo (o ng inyong asawa o kinakasama) o sa grupo ng mga retirado, makipag-ugnayan sa **tagapangasiwa ng mga benepisyo ng grupong iyon**. Matutulungan nila kayong maunawaan kung paano makakatulong sa aming plano ang inyong kasalukuyang saklaw sa gamot.

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

Espesyal na paalala tungkol sa kinikilalang pagsaklaw:

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

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

Itabi ang anumang abiso tungkol sa kinikilalang pagsaklaw dahil maaaring kailanganin ninyo ang mga abisong ito upang ipakita na nananatili kayong may kinikilalang pagsaklaw. Kung hindi kayo nakatanggap ng abiso sa kinikilalang pagsaklaw, humiling ng kopya mula sa inyong employer o tagapangasiwa ng mga benepisyo ng plano para sa retirado o sa employer o union.

Seksyon 9.4 Kung kayo ay nasa hospisyong sertipikado ng Medicare

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

Kung sakaling tanggalan ninyo ng bisa ang inyong pagpili sa hospisyo o lumabas kayo sa hospisyo, dapat saklawin ng aming plano ang lahat ng inyong gamot ayon sa ipinaliwanag sa dokumentong ito. Upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa isang parmasya sa oras na matapos ang inyong mga benepisyo sa hospisyo ng Medicare, magdala ng dokumentasyon sa parmasya upang mapatunayan ang inyong pagpapawalang bisa o paglabas sa ospital.

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

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

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

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

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

Seksyon 10.1 Programa ng Pamamahala sa Gamot (DMP) upang matulungan ang mga miyembro na ligtas na gamitin ang mga opioid na gamot

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

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

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

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

Seksyon 10.2 Programa ng Pamamahala sa Medication Therapy (MTM) na makakatulong sa mga miyembro na pamahalaan ang kanilang mga gamot

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

Ang ilang miyembrong may partikular na chronic na sakit at umiinom ng mga gamot na lampas sa isang partikular na halaga ng mga gamot o nasa DMP, upang tulungan silang gamitin ang kanilang mga opioid sa ligtas na paraan, ay maaaring makakuha ng mga serbisyo sa pamamagitan ng programa ng MTM. Kung kwalipikado kayo para sa programa, bibigyan kayo ng pharmacist o ng iba pang propesyonal sa kalusugan ng komprehensibong pagsusuri sa lahat ng inyong gamot. Sa panahon ng pagsusuri, maaari ninyong pag-usapan ang inyong mga gamot, ang inyong mga gastos, at anumang problema o tanong na mayroon kayo tungkol sa inyong mga resetang gamot at mga gamot na nabibili nang walang reseta. Makakatanggap kayo ng nakasulat na buod na may inirerekomendang listahan ng dapat gawin na kinabibilangan ng mga hakbang na dapat ninyong gawin upang makuha ang pinakamahusay na resulta mula sa inyong mga gamot. Makakatanggap rin kayo ng listahan ng gamot na kasama ang lahat ng gamot na inyong iniinom, kung gaano karami ang inyong iniinom, at kailan at kung bakit ninyo iniinom ang mga ito. Bilang karagdagan, makakatanggap ang mga miyembrong nasa programa ng MTM ng impormasyon tungkol sa ligtas na pagtatapon ng mga inireresetang gamot na mga kontroladong sangkap.

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

Kung mayroon kaming programang naaangkop sa inyong mga pangangailangan, awtomatiko namin kayong itatala sa programa at padadalhan namin kayo ng impormasyon. Kung magpasya kayong huwag makilahok, abisuhin kami at aalisin namin kayo. Para sa mga tanong tungkol sa programang ito, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

KABANATA 6: Ang binabayaran ninyo para sa Bahagi D na mga gamot

SEKSYON 1: Kung ano ang binabayaran ninyo para sa Bahagi D na mga gamot

Tinawag naming "gamot" sa kabanatang ito ang mga inireresetang Bahagi D na gamot. Hindi lahat ng Bahagi D na mga gamot. Ang ilang gamot ay ibinukod sa saklaw sa Bahagi D ayon sa batas. Ang ilan sa mga gamot na hindi kasama sa pagsaklaw sa Bahagi D ay sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Part B o sa ilalim ng Medicaid. Bilang karagdagan, ang ilang hindi kasaling gamot ay maaaring saklawin ng aming plano kung bumili kayo ng pandagdag na pagsaklaw sa gamot.

Upang maunawaan ang impormasyon ng pagbabayad, kailangan ninyong malaman kung ano ang mga saklaw na gamot, kung saan kukunin ang inyong mga reseta, at kung anong mga panuntunan ang dapat sundin kapag sinaklaw ang inyong mga gamot. Ipinapaliwanag sa Kabanata 5 ang mga patakarang ito. Kapag ginamit ninyo ang "Tool para sa Real Time na Benepisyo" ng aming plano upang maghanap ng pagsaklaw ng gamot go.wellcare.com/HealthNetCA, ang halagang makikita ninyo ay isang pagtatantya sa mga gastos mula sa bulsa na inaasahang inyong babayaran. Maaari rin ninyong makuha ang impormasyon na ibinibigay ng "Tool para sa Real Time na Benepisyo" sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

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

Dahil kwalipikado kayo para sa California Medi-Cal (Medicaid), kwalipikado rin kayo para sa at kayo ay makakatanggap ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare upang bayaran ang inyong mga gastos sa plano sa inireresetang gamot. Dahil mayroon kayong Karagdagang Tulong, **maaaring hindi nalalapat sa inyo ang ilang impormasyon sa** *Katibayan ng Pagsaklaw* **na ito tungkol sa mga gastos sa inireresetang Bahagi D na mga gamot.** Pinadalhan namin kayo ng isang hiwalay na kalakip, na tinatawag na *Rider ng Katibayan ng Pagsaklaw para sa Mga Taong Nakakakuha ng Karagdagang Tulong sa Pagbabayad para sa Mga inireresetang Gamot* (na kilala rin bilang *Rider ng Subsidy para sa Mababa ang Kita* o ang *LIS Rider*), na nagsasaad tungkol sa inyong saklaw sa gamot. Kung wala kayong ganitong kalakip, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humingi ng *LIS Rider*.

Seksyon 1.1 Mga uri ng gastos mula sa bulsa na maaari ninyong bayaran para sa mga saklaw na gamot

Mayroong 3 magkakaibang uri ng mga gastos mula sa bulsa para sa sinasaklaw na Bahagi D na mga gamot na maaaring kailangan ninyong bayaran:

- Ang **naibabawas** ay ang halagang babayaran ninyo para sa mga gamot bago simulang bayaran ng aming plano ang aming bahagi para dito.
- Ang **bahagian sa bayad** ay isang nakatakdang halaga na inyong babayaran sa tuwing kukuha kayo ng reseta.
- Ang **coinsurance** ay ang porsyento ng kabuuang gastos na babayaran ninyo sa bawat pagkuha ng reseta.

Seksyon 1.2 Paano kinakalkula ng Medicare ang inyong mga gastos mula sa bulsa

May mga panuntunan ang Medicare tungkol sa kung ano ang maituturing at hindi maituturing na bahagi ng inyong gastos mula sa bulsa. Narito ang mga panuntunan na dapat naming sundin upang subaybayan ang inyong mga gastos mula sa bulsa.

Ang mga pagbabayad na ito <u>ay kasama</u> sa inyong mga gastos mula sa bulsa

Kabilang sa inyong mga gastos mula sa bulsa ang mga bayaring nakalista sa ibaba (hangga't ang mga ito ay para sa saklaw na Bahagi D na mga gamot at sinunod ninyo ang mga patakaran sa pagsaklaw ng gamot na ipinaliwanag sa Kabanata 5):

- Ang halagang babayaran ninyo para sa mga gamot kapag kayo ay nasa alinman sa sumusunod na mga yugto ng pagbabayad ng gamot:
  - Ang Yugto ng Naibabawas
  - Ang Yugto ng Paunang Saklaw
- Anumang pagbabayad na ginawa ninyo sa loob ng taon sa kalendaryong ito bilang miyembro ng ibang plano ng gamot ng Medicare bago kayo sumali sa aming plano
- Anumang pagbabayad para sa mga gamot na ginawa ng kapamilya o mga kaibigan
- Anumang pagbabayad para sa inyong mga gamot ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare, mga planong pangkalusugan ng employer o union, Serbisyo sa Kalusugan ng Indian, mga programang tulong sa gamot sa AIDS, at mga kawanggawa

Paglipat tungo sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw:

Kapag gumastos kayo (o ang mga taong nagbabayad para sa inyo) ng kabuuan ng $2,400 sa mga gastos mula sa bulsa sa loob ng taon sa kalendaryo, lilipat kayo mula sa Yugto ng Paunang Saklaw tungo sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw.

Ang mga bayad na ito ay <u>hindi kasama</u> sa inyong mga gastos mula sa bulsa

Hindi kasama sa inyong mga gastos mula sa bulsa ang anuman sa mga uri ng pagbabayad na ito:

- Mga gamot na binili ninyo sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito
- Mga gamot na hindi sinasaklaw ng aming plano
- Mga gamot na nakuha ninyo mula sa isang parmasyang wala sa network na hindi nakakatugon sa mga kinakailangan ng aming plano para sa pagsaklaw na wala sa network
- Mga gamot lang na sinasaklaw ng Medicaid
- Mga inireresetang gamot na sinasaklaw ng Bahagi A o Bahagi B
- Mga pagbabayad na inyong ginagawa para sa mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng aming karagdagang pagsaklaw ngunit hindi karaniwang sinasaklaw sa isang Plano sa Gamot ng Medicare
- Mga pagbabayad na inyong ginagawa para sa mga gamot na karaniwang hindi sinasaklaw sa isang Plano sa Gamot ng Medicare
- Mga bayad para sa inyong mga gamot na ginawa ng mga partikular na plano ng insurance at mga programang pangkalusugan na pinondohan ng pamahalaan tulad ng TRICARE at ng Veterans Health Administration (VA)
- Mga pagbabayad para sa inyong mga gamot na ginawa ng ikatlong partido na may legal na pananagutan na magbayad para sa mga gastos sa reseta (halimbawa, Mga Pasuweldo sa mga Manggagawa)
- Ang mga ibinayad sa mga manufacturer ng gamot sa ilalim ng Programa ng Diskwento ng Manufacturer

Paalala: Kung binayaran ng anupamang organisasyon katulad ng mga nakalista sa itaas ang bahagi o lahat ng inyong gastos mula sa bulsa para sa mga gamot, kailangan ninyo itong ipaalam sa aming plano sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Pagsubaybay sa inyong mga gastos mula sa sariling bulsa

- Kabilang sa *Paliwanag ng mga Benepisyo sa Bahagi D* (EOB) na matatanggap ninyo ay ang kasalukuyang total ng inyong mga gastos mula sa bulsa. Kapag umabot na ang halagang ito sa $2,400, ipapaalam sa inyo sa *EOB ng Bahagi D* na wala na kayo sa Yugto ng Paunang Saklaw at lumipat na kayo sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw.
- **Tiyaking hawak namin ang impormasyong kailangan namin.** Tingnan ang Seksyon 3.1 upang malaman kung ano ang maaari ninyong gawin upang makatulong na matiyak na kumpleto at napapanahon ang aming mga ulat tungkol sa inyong mga nagastos.

SEKSYON 2 Mga yugto ng pagbabayad ng gamot para sa mga miyembro ng aming plano

Mayroong **3 yugto ng pagbabayad ng gamot** para sa inyong saklaw sa gamot sa ilalim ng aming plano. Kung magkano ang inyong babayaran para sa bawat reseta ay depende kung nasaang yugto kayo kapag kinukuha o nagre-refill kayo ng reseta. Ipinapaliwanag ang mga detalye ng bawat yugto sa kabanatang ito. Ang mga yugtong ito ay ang:

- **Yugto 1: Yugto ng Taunang Naibabawas**
- **Yugto 2: Yugto ng Paunang Saklaw**
- **Yugto 3: Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw**

SEKSYON 3 Ipinapaliwanag sa inyong *Paliwanag ng mga Benepisyo sa Bahagi D* kung nasa anong yugto kayo ng pagbabayad

Sinusubaybayan ng aming plano ang inyong mga gastos sa inireresetang gamot at ang mga pagbabayad na ginawa ninyo sa tuwing kumukuha kayo ng reseta sa parmasya. Sa ganitong paraan, masasabi namin sa inyo kapag lilipat na kayo sa kasunod na yugto ng pagbabayad ng gamot. Sinusubaybayan namin ang 2 uri ng gastos:

- **Mga Gastos Mula sa Bulsa:** ito ang kabuuang halaga na inyong binayaran. Kabilang dito ang kung ano ang binayaran ninyo noong kumuha kayo ng sinasaklaw na Bahagi D na Gamot, anumang pagbabayad para sa inyong mga gamot na ginawa ng kapamilya o mga kaibigan, at anumang pagbabayad na ginawa para sa inyong mga gamot ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare, mga planong pangkalusugan ng employer o union, Serbisyo ng Kalusugan ng Indian, mga programang tulong sa gamot sa AIDS, mga kawanggawa, at karamihan ng mga Programang Tulong ng Estado sa Gamot (SPAP).
- **Kabuuang mga Gastos sa Gamot:** ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad na ginawa para sa inyong sinasaklaw na Bahagi D na mga gamot. Kasama rito kung ano ang binayaran ng aming plano, kung ano ang binayaran ninyo, at kung ano ang binayaran ng iba pang programa o organisasyon para sa inyong sinasaklaw na Bahagi D na mga gamot.

Kung kumuha kayo ng isa o higit pang reseta sa pamamagitan ng aming plano noong nakaraang buwan, papadalhan namin kayo sa EOB ng Bahagi D. Kasama sa *EOB ng Bahagi D* ang:

- **Impormasyon para sa buwang iyon.** Nagbibigay ang ulat na ito ng mga detalye ng pagbabayad tungkol sa mga reseta na kinuha ninyo noong nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot, kung ano ang binayaran ng aming plano, at kung ano ang binayaran ninyo at ng iba pang nagbayad para sa inyo.
- **Mga kabuuan para sa buong taon simula ika-1 ng Enero.** Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot at kabuuang pagbabayad para sa inyong mga gamot simula sa pagsisimula ng taon.

- **Impormasyon sa presyo ng gamot.** Ipapakita ng nito ang kabuuang presyo ng gamot, at impormasyon tungkol sa mga pagbabago ng presyo mula sa una ninyong pagkuha para sa bawat reseta sa parehong dami.
- **Mga available na mas murang alternatibong reseta.** Ipinapakita nito ang impormasyon tungkol sa iba pang available na gamot na may mas mababang bahagian sa gastos para sa bawat kukuning reseta, kung naaangkop

Seksyon 3.1 Tulungan ninyo kaming panatilihing napapanahon ang aming impormasyon tungkol sa inyong mga binayarang gamot

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

- **Ipakita ang inyong membership card sa tuwing kukuha kayo ng reseta.** Makakatulong ito sa amin na matiyak na alam namin ang tungkol sa mga resetang kinuha ninyo at kung ano ang binayaran ninyo.
- **Tiyaking hawak namin ang impormasyong kailangan namin.** May mga pagkakataong maaari kayong magbayad para sa buong halaga ng inireresetang gamot. Sa ganitong kaso, hindi namin awtomatikong kukunin ang impormasyong kailangan namin upang masubaybayan ang inyong mga gastos mula sa bulsa. Upang tulungan kaming masubaybayan ang inyong mga gastos mula sa bulsa, bigyan kami ng mga kopya ng inyong mga resibo. **Mga halimbawa kung kailan dapat ninyo kaming bigyan ng mga kopya ng inyong mga resibo:**
    - Kapag bumili kayo ng saklaw na gamot sa isang parmasyang nasa network sa isang espesyal na presyo o gamit ang card ng diskwento na hindi bahagi ng mga benepisyo ng aming plano.
    - Kapag nagbayad kayo ng bahagian sa bayad para sa mga gamot na ibinigay sa ilalim ng programa ng tulong sa pasyente ng manufacturer ng gamot.
    - Anumang oras na bumili kayo ng mga saklaw na gamot sa mga parmasyang wala sa network o nagbayad kayo nang buong presyo ng isang saklaw na gamot sa ilalim ng mga espesyal na pagkakataon.
    - Kung siningil kayo para sa isang saklaw na gamot, maaari ninyong hilingin sa aming plano na bayaran ang aming bahagi ng gastos. Para sa mga tagubilin sa kung paano ito gawin, pumunta sa Kabanata 7, Seksyon 2.
- **Ipadala sa aming ang impormasyon tungkol sa mga binayaran ng ibang tao para sa inyo.** Ang mga pagbabayad na ginawa ng 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, at mga kawanggawa ay itinuturing na inyong mga gastos mula sa bulsa. Dapat kayong magtago ng tala ng inyong mga pagbabayad at ipadala ang mga ito sa amin upang masubaybayan namin ang inyong mga gastos.

- **Basahin ang nakasulat na ulat na ipinapadala namin sa inyo.** Kapag natanggap ninyo ang *EOB ng Bahagi D*, suriin ito upang matiyak na kumpleto at wasto ang impormasyon. Kung sa tingin ninyo ay may kulang o kung may mga tanong kayo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). **Sa halip na makatanggap ng papel na *Paliwanag ng mga Benepisyo ng Bahagi D (EOB ng Bahagi D)* sa pamamagitan ng mail, may opsyon na kayong makatanggap ng electronic na bersyon.** Maaari ninyo itong hilingin sa pamamagitan ng pagbisita sa https://www.express-scripts.com/. Kung pipiliin ninyong mag-opt in, makakatanggap kayo ng email kapag handa nang tingnan, i-print, o i-download ang inyong *eEOB ng Bahagi D*. Ang mga electronic na *EOB ng Bahagi D* ay tinatawag ding mga paperless na *EOB ng Bahagi D*. Ang mga ito ay mga eksaktong kopya (mga larawan) ng mga naka-print na *EOB ng Bahagi D*. Tiyaking itago ang mga ulat na ito.

SEKSYON 4 Ang Yugto ng Naibabawas

Dahil karamihan sa aming miyembro ay nakakatanggap ng Karagdagang Tulong sa kanilang mga gastos sa inireresetang gamot, hindi nalalapat sa karamihan sa kanila ang Yugto ng Naibabawas. Kung nakakatanggap kayo ng Karagdagang Tulong, hindi nalalapat sa inyo ang yugto ng pagbabayad na ito.

Tingnan ang nakahiwalay na kalakip (ang *LIS Rider*) para sa impormasyon tungkol sa inyong halaga ng naibabawas.

Kung hindi kayo nakakatanggap ng Karagdagang Tulong, ang Yugto ng Naibabawas ang unang yugto ng pagbabayad para sa inyong pagsaklaw sa gamot. Hindi nalalapat ang naibabawas sa mga saklaw na produktong insulin at karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D na para sa mga nasa hustong gulang, kasama ang mga bakuna para sa shingles, tetanus at pagbiyahe. Magbabayad kayo ng taunang naibabawas na $700 sa mga gamot sa Tier 3 (Mga Hindi Preferred na Gamot) at Tier 5 (Mga Gamot sa Specialty na Tier) na gamot.

Dapat ninyong bayaran ang kabuuang gastos ng inyong mga gamot sa Tier 3 (Mga Hindi Preferred na Gamot) at Tier 5 (Mga Gamot sa Specialty na Tier) hanggang sa maabot ninyo ang halaga ng naibabawas ng aming plano. Para sa lahat ng iba pang gamot, hindi ninyo kinakailangang magbayad ng anumang naibabawas. Kadalasang mas mababa ang **kabuuang gastos** kaysa sa karaniwang buong presyo ng gamot, dahil naipagkasundo ng aming plano ang mga mas mababang gastos para sa halos lahat ng gamot sa mga parmasyang nasa network. Ang kabuuang halaga ay hindi dapat lumampas sa maximum na patas na presyo at ang bayad sa pagpapalabas ng gamot na itinakda para sa mga gamot na may naipagkasundong presyo sa ilalim ng Programa ng Pakikipagkasundo sa Presyo ng Gamot ng Medicare.

Kapag nabayaran na ninyo ang $700 para inyong mga gamot na nasa Tier 3 (Mga Hindi Preferred na Gamot) at Tier 5 (Mga Gamot sa Specialty na Tier), aalis na kayo sa Yugto ng Naibabawas at lilipat kayo sa Yugto ng Paunang Saklaw.

SEKSYON 5 Ang Yugto ng Paunang Saklaw

Seksyon 5.1 Kung ano ang babayaran ninyo para sa isang gamot ay nakadepende sa gamot at kung saan ninyo kinuha ang inyong reseta

Sa panahon ng Yugto ng Paunang Saklaw, binabayaran ng aming plano ang bahagi nito sa gastos sa inyong mga saklaw na gamot, at babayaran naman ninyo ang inyong bahagi ng gastos (ang halaga ng inyong bahagian sa bayad *o* coinsurance). Mag-iiba ang inyong bahagi ng gastos depende sa gamot at sa kung saan kayo kumukuha ng inyong reseta.

May anim na tier ng bahagian sa gastos ang aming plano

Ang bawat gamot na nasa Listahan ng Gamot ng aming plano ay nasa isa sa anim na tier ng bahagian sa gastos. Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang numero ng tier ng bahagian sa gastos, mas mataas ang gastos ninyo sa gamot:

- Kabilang sa Tier 1 (Generic na Gamot) ang mga preferred na generic na gamot at maaari ring magsama ng ilang branded na gamot.
- Kabilang sa Tier 2 (Mga Preferred na Branded na Gamot) ang mga preferred na branded na gamot at maaari ring magsama ng ilang generic na gamot. Magbabayad kayo ng hindi lalampas sa $35 para sa bawat isang buwang supply ng bawat saklaw na produktong insulin sa tier na ito.
- Kabilang sa Tier 3 (Mga Hindi Preferred na Gamot) ang mga hindi preferred na branded at generic na gamot. Magbabayad kayo ng hindi lalampas sa $35 para sa bawat isang buwang supply ng bawat saklaw na produktong insulin sa tier na ito.
- Kasama sa Tier 4 (Mga Iniiniksyong Gamot) ang mga piling gamot na ibinibigay sa pamamagitan ng iniksyon o ginagamit upang maiwasan ang karamdaman (mga bakuna).
- Kabilang sa Tier 5 (Mga Gamot sa Specialty na Tier) ang mga branded at generic na gamot na may mataas na presyo. Ang mga gamot sa tier na ito ay hindi kwalipikado para sa mga eksepsiyon para sa pagbabayad sa mas mababang tier. Ito ang may pinakamataas na tier ng bahagian sa gastos.
- Kasama sa Tier 6 (Mga Piling Gamot sa Pangangalaga) ang mga piling generic at/o branded na gamot na ginagamit upang gamutin ang mga partikular na kundisyon. Ito ang may pinakamababang tier ng bahagian sa gastos.

Upang malaman kung sa aling tier ng bahagian sa gastos nabibilang ang inyong gamot, hanapin ito sa Listahan ng Gamot ng aming plano.

Ang inyong mga mapagpipiliang parmasya

Kung magkano ang babayaran ninyo para sa isang gamot ay nakadepende sa kung ang gamot ba ay nakukuha ninyo mula sa:

- Isang retail na parmasyang nasa network.

- Isang retail na parmasyang nasa network na nag-aalok ng preferred na bahagian sa gastos. Maaaring mas mababa ang mga gastos sa mga parmasyang nag-aalok ng preferred na bahagian sa gastos.
- Isang parmasyang wala sa network ng aming plano. Sinasaklaw namin ang mga resetang kinuha sa isang parmasyang wala sa network sa mga limitadong sitwasyon lang. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.4 upang malaman kung kailan namin sasaklawin ang mga resetang kinuha sa mga parmasyang wala sa network.
- Mail-order na parmasya ng aming plano.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pagpipiliang parmasyang ito at sa pagkuha ng inyong mga reseta, pumunta sa Kabanata 5 at sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* go.wellcare.com/2027providerdirectories ng aming plano.

Seksyon 5.2 Ang inyong mga babayaran para sa *isang buwang* supply ng saklaw na gamot

Sa Yugto ng Paunang Saklaw, ang inyong bahagi ng gastos ng isang saklaw na gamot ay maaaring maging ang bahagian sa bayad o coinsurance.

Ang halaga ng bahagian sa bayad o coinsurance ay nakadepende sa tier ng bahagian sa gastos.

Minsan, ang halaga ng gamot ay mas mababa kaysa sa inyong bahagian sa bayad. Sa mga kasong ito, magbabayad kayo ng mas mababang presyo para sa gamot sa halip na ang bahagian sa bayad.

Ang inyong mga babayaran para sa *isang buwang* supply ng gamot na sinasaklaw sa Bahagi D

Tier	Karaniwang bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Karaniwang bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Bahagian sa gastos para sa pangmatagalang pangangalaga (LTC) (hanggang sa 31-araw na supply)	Bahagian sa gastos na wala sa network (Limitado ang pagsaklaw sa ilang partikular na sitwasyon; tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.) (hanggang sa 30 araw na supply)
Bahagian sa Gastos sa Tier 1 (Generic na Gamot - kabilang ang mga preferred na generic na gamot at maaaring kabilang ang ilang branded na gamot.)	$15	$0	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	$15	$15

Tier	Karaniwang bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Karaniwang bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Bahagian sa gastos para sa pangmatagalang pangangalaga (LTC) (hanggang sa 31-araw na supply)	Bahagian sa gastos na wala sa network (Limitado ang pagsaklaw sa ilang partikular na sitwasyon; tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.) (hanggang sa 30 araw na supply)
Bahagian sa Gastos sa Tier 2 (Mga Preferred na Branded na Gamot - kabilang ang mga preferred na branded na gamot at maaaring may kasamang ilang generic na gamot.)	25%	20%	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	25%	25%

Tier	Karaniwang bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Karaniwang bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Bahagian sa gastos para sa pangmatagalang pangangalaga (LTC) (hanggang sa 31-araw na supply)	Bahagian sa gastos na wala sa network (Limitado ang pagsaklaw sa ilang partikular na sitwasyon; tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.) (hanggang sa 30 araw na supply)
Bahagian sa Gastos sa Tier 3 (Mga Hindi Preferred na Gamot - kasama ang mga hindi preferred na branded na gamot at generic na gamot.)	41%	41%	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	41%	41%

Tier	Karaniwang bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Karaniwang bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Bahagian sa gastos para sa pangmatagalang pangangalaga (LTC) (hanggang sa 31-araw na supply)	Bahagian sa gastos na wala sa network (Limitado ang pagsaklaw sa ilang partikular na sitwasyon; tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.) (hanggang sa 30 araw na supply)
Bahagian sa Gastos sa Tier 4 (Mga Iniiniksyong Gamot - kasama ang mga piling gamot na ibinibigay sa pamamagitan ng iniksyon o ginagamit upang maiwasan ang karamdaman (mga bakuna).)	15%	0%	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	15%	15%

Tier	Karaniwang bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Karaniwang bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Bahagian sa gastos para sa pangmatagalang pangangalaga (LTC) (hanggang sa 31-araw na supply)	Bahagian sa gastos na wala sa network (Limitado ang pagsaklaw sa ilang partikular na sitwasyon; tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.) (hanggang sa 30 araw na supply)
Bahagian sa Gastos sa Tier 5 (Mga Gamot sa Specialty na Tier - kabilang ang mga branded at generic na gamot na may mataas na presyo. Ang mga gamot sa tier na ito ay hindi kwalipikado para sa mga eksepsiyon sa pagbabayad sa isang mas mababang tier.)	25%	25%	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	25%	25%

Tier	Karaniwang bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa retail sa loob ng network (hanggang sa 30 araw na supply)	Karaniwang bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Preferred na bahagian sa gastos sa mail-order (hanggang 34 na araw na supply)	Bahagian sa gastos para sa pangmatagalang pangangalaga (LTC) (hanggang sa 31-araw na supply)	Bahagian sa gastos na wala sa network (Limitado ang pagsaklaw sa ilang partikular na sitwasyon; tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.) (hanggang sa 30 araw na supply)
Bahagian sa Gastos sa Tier 6 (Mga Piling Gamot sa Pangangalaga - kabilang ang ilang generic at/o branded na gamot na ginagamit upang gamutin ang mga partikular na kundisyon.)	$0	$0	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	Hindi sinasaklaw ang isang buwan (34 na araw pababa) na mail-order na reseta.	$0	$0

Hindi kayo magbabayad ng higit sa $35 para sa isang buwan ng supply ng bawat saklaw na produktong insulin anuman ang tier ng bahagian sa gastos, kahit na hindi ninyo binayaran ang inyong naibabawas.

Tingnan ang Seksyon 7 para sa higit pang impormasyon tungkol sa bahagian sa gastos para sa mga bakuna sa Bahagi D.

Seksyon 5.3 Kung magrereseta ang inyong doktor ng mas mababa sa isang buong buwang supply, maaaring hindi na ninyo kailangang bayaran ang buong gastos sa buong buwang supply

Karaniwang sinasaklaw ng halagang binabayaran ninyo para sa isang gamot ang isang buong buwang supply. Maaaring may mga pagkakataon na gugustuhin ninyo o ng inyong doktor na magkaroon ng mas mababa sa isang buwang supply ng gamot (halimbawa, kapag sumusubok kayo ng isang gamot sa unang beses). Maaari rin ninyong hilingin sa inyong doktor na magreseta, at sa inyong pharmacist na magbigay, ng mas mababa sa isang buwang supply kung makatutulong ito sa inyo na mas mapagplanuhan ang mga petsa ng pag-refill.

Kung makatanggap kayo ng mas mababa sa isang buwang supply ng ilang gamot, hindi ninyo kailangang bayaran ang buong buwang supply.

- Kung may pananagutan kayo sa coinsurance, babayaran ninyo ang *porsyento* ng kabuuang halaga ng gamot. Dahil nakabatay ang coinsurance sa kabuuang halaga ng gamot, magiging mas mababa ang babayaran ninyo dahil magiging mas mababa ang kabuuang halaga ng gamot.
- Kung may pananagutan kayo sa bahagian sa bayad ng gamot, babayaran lang ninyo ang para sa bilang ng mga araw ng mga gamot na natanggap ninyo sa halip na ang buong buwan. Kinakalkula namin ang halagang babayaran ninyo kada araw para sa gamot (ang pang-araw-araw na rate ng bahagian sa gastos) at imu-multiply ito sa bilang ng araw ng gamot na natanggap ninyo.

Seksyon 5.4 Ang inyong mga gastos para sa *pangmatagalan* (61-100 araw) na supply ng saklaw na Bahagi D na gamot

Para sa ilang gamot, maaari kayong makatanggap ng pangmatagalang supply (na tinatawag ding pinalawig na supply). Ang pangmatagalang supply ay 61-100 araw na supply.

Ang inyong mga gastos para sa *pangmatagalan* (61-100 araw) na supply ng saklaw na Bahagi D na gamot

Tier	**Karaniwang bahagian sa gastos sa retail (nasa network)** (61-100 araw na supply)	**Preferred na bahagian sa gastos sa retail (nasa network)** (61-100 araw na supply)	**Karaniwang bahagian sa gastos sa mail order** (61-100 araw na supply)	**Preferred na bahagian sa gastos sa mail-order** (61-100 araw na supply)
Bahagian sa Gastos sa Tier 1 (Generic na Gamot - kabilang ang mga preferred na generic na gamot at maaaring kabilang ang ilang branded na gamot.)	$45	$0	$45	$0
Bahagian sa Gastos sa Tier 2 (Mga Preferred na Branded na Gamot - kabilang ang mga preferred na branded na gamot at maaaring may kasamang ilang generic na gamot.)	25%	20%	25%	20%
Bahagian sa Gastos sa Tier 3 (Mga Hindi Preferred na Gamot - kabilang ang mga hindi preferred na branded at generic na gamot.)	41%	41%	41%	41%

Tier	**Karaniwang bahagian sa gastos sa retail (nasa network)** (61-100 araw na supply)	**Preferred na bahagian sa gastos sa retail (nasa network)** (61-100 araw na supply)	**Karaniwang bahagian sa gastos sa mail order** (61-100 araw na supply)	**Preferred na bahagian sa gastos sa mail-order** (61-100 araw na supply)
Bahagian sa Gastos sa Tier 4 (Mga Iniiniksyong Gamot - kasama ang mga piling gamot na ibinibigay sa pamamagitan ng iniksyon o ginagamit upang maiwasan ang karamdaman (mga bakuna).)	15%	0%	15%	0%
Bahagian sa Gastos sa Tier 5 (Mga Gamot sa Specialty na Tier - kabilang ang mga branded at generic na gamot na may mataas na presyo. Ang mga gamot sa tier na ito ay hindi kwalipikado para sa mga eksepsiyon sa pagbabayad sa isang mas mababang tier.)	**Hindi available ang pangmatagalang supply para sa mga gamot na nasa Tier 5.**			

Tier	**Karaniwang bahagian sa gastos sa retail (nasa network)** (61-100 araw na supply)	**Preferred na bahagian sa gastos sa retail (nasa network)** (61-100 araw na supply)	**Karaniwang bahagian sa gastos sa mail order** (61-100 araw na supply)	**Preferred na bahagian sa gastos sa mail-order** (61-100 araw na supply)
Bahagian sa Gastos sa Tier 6 (Mga Piling Gamot sa Pangangalaga - kabilang ang ilang generic at/o branded na gamot na ginagamit upang gamutin ang mga partikular na kundisyon.)	$0	$0	$0	$0

Hindi kayo magbabayad ng higit sa $70 sa loob ng hanggang sa 2 buwang supply o $105 sa loob ng hanggang sa 3 buwang supply ng bawat saklaw na produktong insulin anuman ang tier ng bahagian sa gastos, kahit na hindi ninyo binayaran ang inyong naibabawas.

Seksyon 5.5 Mananatili kayong nasa Yugto ng Paunang Saklaw hanggang sa umabot ang inyong mga gastos mula sa bulsa sa buong taon ng $2,400

Mananatili kayong nasa Yugto ng Paunang Saklaw hanggang sa umabot ang inyong mga gastos mula sa bulsa ng $2,400. Pagkatapos ay lilipat na kayo sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw.

Nagbibigay kami ng karagdagang pagsaklaw sa ilang inireresetang gamot na karaniwang hindi sinasaklaw ng Plano sa Inireresetang Gamot ng Medicare. Ang mga pagbabayad na ginawa para sa mga gamot na ito ay hindi binibilang sa inyong kabuuang mga gastos mula sa bulsa.

Ang *EOB ng Bahagi D* na matatanggap ninyo ay makakatulong na masubaybayan ninyo kung magkano na ang nagastos ninyo, ng aming plano, at ng anumang ikatlong partido sa ngalan ninyo sa buong taon. Hindi lahat ng miyembro ay nakakaabot sa $2,400 na limitasyon ng gastos mula sa bulsa sa loob ng isang taon.

Ipapaalam namin sa inyo kung naabot na ninyo ang halagang ito. Tingnan ang Seksyon 1.2 para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano kinakalkula ng Medicare ang inyong mga gastos mula sa bulsa.

SEKSYON 6 Ang Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw

Sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw, wala kayong babayaran para sa saklaw ninyong Bahagi D na mga gamot. Papasok kayo sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw kapag umabot ang inyong mga gastos mula sa bulsa sa $2,400 na limitasyon para sa taon sa kalendaryo. Kapag kayo ay nasa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw, kayo ay mananatili sa yugtong ito ng pagbabayad hanggang matapos ang taon sa kalendaryo.

- Sa yugtong ito ng pagbabayad, wala kayong babayaran para sa inyong saklaw na Bahagi D na mga gamot at para sa mga hindi kasamang gamot na saklaw sa ilalim ng aming pinahusay na benepisyo.

SEKSYON 7 Ano ang mga babayaran ninyo para sa mga bakuna sa Bahagi D

Mahalagang mensahe tungkol sa kung ano ang binabayaran ninyo para sa mga bakuna - Ang ilang bakuna ay itinuturing na medikal na mga benepisyo at sinasaklaw sa ilalim sa Bahagi B. Ang ilang bakuna naman ay itinuturing na Bahagi D na mga gamot. Maaari ninyong mahanap ang mga bakunang ito na nakalista sa Listahan ng Gamot ng aming plano. Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto nang walang bayad kahit na hindi kayo nagbayad ng inyong naibabawas. Tingnan ang Listahan ng Gamot ng aming plano o tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa mga detalye tungkol sa pagsaklaw at bahagian sa gastos sa mga partikular na bakuna.

May 2 bahagi ang aming pagsaklaw sa mga bakuna sa Bahagi D:

- Ang unang bahagi ay ang gastos ng **bakuna mismo**.
- Ang ikalawang bahagi ay para sa gastos ng **pagtuturok sa inyo ng bakuna**. (Kung minsan, tinatawag itong pagturok ng bakuna.)

Ang inyong gagastusin para sa isang bakuna sa Bahagi D ay nakadepende sa 3 bagay:

1. **Kung inirerekomenda ba ang bakuna sa mga adulto ng isang organisasyong tinatawag na Komite sa Pagpapayo para sa Pagsasagawa ng Pagbabakuna (ACIP).**
   - Ang karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto ay inirerekomenda ng ACIP at wala kayong babayaran dito.
2. **Saan kayo makakakuha ng bakuna.**
   - Maaaring ibigay ang bakuna sa parmasya mismo o iturok sa tanggapan ng doktor.
3. **Sino ang magbabakuna sa inyo.**
   - Maaaring ibakuna ng isang pharmacist o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ang bakuna sa parmasya. O, maaari rin itong ibakuna sa tanggapan ng doktor.

Nag-iiba ang halaga ng babayaran ninyo sa panahong natanggap ninyo ang bakuna sa Bahagi D depende sa mga sitwasyon at kung nasa anong **yugto kayo ng pagbabayad sa gamot**.

- Kapag nagpabakuna kayo, maaaring kailangan ninyong bayaran ang buong gastos para sa bakuna mismo at sa gastos para sa tagapagbigay ng serbisyo na nagbakuna sa inyo. Maaari ninyong hilingin sa aming plano na ibalik namin sa inyo ang inyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos. Para sa karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, nangangahulugan itong ibabalik sa inyo ang kabuuang gastos na inyong binayaran.
- Sa ibang pagkakataon, kapag nagpabakuna kayo, babayaran lang ninyo ang inyong bahagi ng gastos sa ilalim ng inyong benepisyo sa Bahagi D. Para sa karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, wala kayong babayaran.

Nasa ibaba ang 3 halimbawa ng mga paraan kung paano kaya maaaring makakuha ng mga bakuna sa Bahagi D.

Sitwasyon 1: Matatanggap ninyo ang Bahagi D na bakuna sa parmasyang nasa network. (Ang opsyong ito ay nakadepende sa kung saan kayo nakatira. Hindi pinapayagan ng ilang estado ang mga parmasya na magbigay ng ilang partikular na bakuna.)

- Para sa karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, wala kayong babayaran.
- Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, babayaran ninyo ang parmasya ng inyong coinsurance O bahagian sa bayad para sa bakuna mismo, na kinabibilangan ng gastos sa pagbabakuna sa inyo.
- Babayaran ng aming plano ang natitirang gastos.

Sitwasyon 2: Nakuha ninyo ang bakuna sa Bahagi D sa tanggapan ng inyong doktor.

- Kapag nagpabakuna kayo, maaaring kailangan ninyong bayaran ang buong gastos para sa bakuna mismo at ang gastos para sa tagapagbigay ng serbisyo na nagbakuna sa inyo.
- Pagkatapos ay maaari ninyong hilingin sa aming plano na bayaran ang aming bahagi ng gastos, sa pamamagitan ng mga paggamit sa prosesong inilarawan sa Kabanata 7.
- Para sa karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, ibabalik sa inyo ang kabuuang gastos na inyong binayaran. Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, ibabalik sa inyo ang halagang inyong ibinayad bawas sa anumang coinsurance O bahagian sa bayad para sa bakuna (kabilang ang pagtuturok), at bawas sa anumang diperensya sa pagitan ng halagang siningil ng doktor at ng karaniwang halagang binabayaran namin. (Kung nakakuha kayo ng Karagdagang Tulong, ibabalik namin sa inyo ang diperensya.)

Sitwasyon 3: Kayo mismo ang bibili ng Bahagi D na bakuna sa parmasyang nasa network at magdadala nito sa tanggapan ng inyong doktor kung saan kayo babakunahan.

- Para sa karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, wala kayong babayaran para sa bakuna mismo.

- Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, babayaran ninyo sa parmasya ang inyong coinsurance O bahagian sa bayad para sa bakuna mismo.
- Kapag binakunahan kayo ng inyong doktor, maaaring kailangan ninyong bayaran ang buong gastos para sa serbisyong ito.
- Pagkatapos ay maaari ninyong hilingin sa aming plano na bayaran ang aming bahagi ng gastos, sa pamamagitan ng mga paggamit sa proseso sa Kabanata 7.
- Para sa karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, ibabalik sa inyo ang kabuuang gastos na inyong binayaran. Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, ibabalik sa inyo ang halagang inyong ibinayad bawas sa anumang coinsurance para sa pagtuturok ng bakuna, at bawas sa anumang diperensya sa pagitan ng halagang siningil ng doktor at ng karaniwang halagang binabayaran namin. (Kung nakakuha kayo ng Karagdagang Tulong, ibabalik namin sa inyo ang diperensya.)

TANDAAN: Maaaring hindi namin ibalik ang buong halagang inyong ibinayad sa tanggapan ng doktor o sa parmasya kung ang halaga ng perang binayaran ninyo ay mas mataas kaysa sa aming ipinagkasundong presyo (kung ano ang karaniwan naming binabayaran) para sa mga bakuna sa Bahagi D.

KABANATA 7:
Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi ng bill para sa mga saklaw na medikal na serbisyo o gamot

SEKSYON 1 Mga sitwasyon kung kailan ninyo dapat hilingin sa amin na bayaran ang aming bahagi ng gastos para sa mga saklaw na serbisyo o gamot

Direktang sisingilin ng aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ang aming plano para sa inyong mga saklaw na serbisyo at gamot. Kung makatanggap kayo ng bill para sa buong halaga ng medikal na pangangalagang natanggap ninyo, ipadala sa amin ang bill na ito upang mabayaran namin ito. Kapag ipinadala ninyo sa amin ang bill, titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo at gamot. Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang mga ito, direkta naming babayaran ang tagapagbigay ng serbisyo.

Kung nabayaran na ninyo ang serbisyo o item ng Medicare na saklaw ng aming plano, maaari ninyong hilingin sa aming plano na ibalik ang ibinayad ninyo (ang pagbabayad sa inyo ay kadalasang tinatawag na **pag-reimburse** sa inyo). Karapatan ninyong mabayaran ng aming plano sa tuwing mas malaki ang inyong binayaran kaysa sa inyong bahagi ng gastos para sa mga medikal na serbisyo o gamot na sinasaklaw ng aming plano. Posibleng may mga deadline na dapat ninyong tugunan upang mabayaran. Tingnan ang Seksyon 2 ng kabanatang ito. Kapag nagpadala kayo sa amin ng bill na binayaran na ninyo, titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo o gamot. Kung magdesisyon kami na dapat saklawin ang mga ito, babayaran namin kayo para sa mga serbisyo o gamot.

Posibleng mayroon ding mga pagkakataon na makakatanggap kayo ng bill mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo para sa buong halaga ng medikal na pangangalagang natanggap ninyo o mas mataas kaysa sa inyong hati sa bahagian sa gastos. Una, subukang lutasin ang bill sa tagapagbigay ng serbisyo. Kung hindi nito maayos ang lahat, ipadala sa amin ang bill sa halip na bayaran ito. Titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo. Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang mga ito, direkta naming babayaran ang tagapagbigay ng serbisyo. Kung magpasya kaming huwag itong bayaran, aabisuhan namin ang tagapagbigay ng serbisyo. Hindi dapat kayo kailanman magbayad ng mas malaki kaysa sa bahagian sa gastos na pinapayagan ng plano. Kung nakakontrata ang tagapagbigay ng serbisyong ito, mayroon pa rin kayong karapatang makakuha ng paggamot.

Narito ang mga halimbawa ng mga sitwasyon kung saan kailangan ninyong hilingin sa aming plano na ibalik ang inyong ibinayad o bayaran ang bill na natanggap ninyo:

Kabanata 7 Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi ng bill para sa mga saklaw na medikal na serbisyo o gamot

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

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

- Kung kayo mismo ang magbabayad ng buong halaga sa oras na matanggap ninyo ang pangangalaga, hilingin sa aming bayaran sa inyo ang aming bahagi sa gastos. Ipadala sa amin ang bill, kasama ng mga dokumentasyon ng anumang ibinayad ninyo.

- Maaari kayong makakuha ng isang bill mula sa tagapagbigay ng serbisyo na humihingi ng bayad na sa palagay ninyo ay hindi ninyo dapat bayaran. Ipadala sa amin ang bill na ito, kasama ng mga dokumentasyon ng anumang ibinayad ninyo.

    - Kung may dapat bayaran sa tagapagbigay ng serbisyo, direkta namin silang babayaran.

    - Kung lampas na sa inyong bahagi sa gastos para sa serbisyo ang nabayaran ninyo, tutukuyin namin kung magkano ang kailangan ninyong bayaran at babayaran namin sa inyo ang aming bahagi sa gastos.

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

Palaging dapat direktang singilin ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ang aming plano. Ngunit kung minsan ay nagkakamali sila at sisingilin nila kayo nang higit sa inyong bahagi sa gastos.

- Ang dapat lang ninyong bayaran ay ang halaga ng inyong bahagian sa gastos kapag kumukuha kayo ng mga saklaw na serbisyo. Hindi namin pinapayagan ang mga tagapagbigay ng serbisyo na maglagay ng mga karagdagang hiwalay na singil, na tinatawag na **bill ng balanse**. Nalalapat ang proteksyong ito (na kailanman ay hindi kayo magbabayad ng higit sa inyong halaga ng bahagian sa gastos) kahit pa bayaran namin ang tagapagbigay ng serbisyo ng mas mababa kaysa sa mga singil nito para sa isang serbisyo at kahit mayroong hindi pagkakasundo at hindi kami nagbabayad ng mga partikular na singil.

- Kapag nakatanggap kayo ng isang bill mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network na sa palagay ninyo ay higit sa dapat ninyong bayaran, ipadala sa amin ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa tagapagbigay ng serbisyo at aayusin ang problema sa pagsingil.

- Kung nabayaran na ninyo ang bill sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network, ngunit sa inyong palagay ay masyadong malaki ang binayaran ninyo, ipadala sa amin ang bill kasama ng dokumentasyon ng anumang pagbabayad na inyong ginawa. Hilingin sa amin na ibalik sa inyo ang sosobra sa halagang ibinayad ninyo at sa halagang kailangan ninyong bayaran sa aming plano.

3. Kung kayo ay retroaktibong nakatala sa aming plano

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

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

4. Kapag gumamit kayo ng parmasyang wala sa network sa pagkuha ng reseta

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

Itago ang inyong resibo at magpadala sa amin ng kopya kapag hihilingin ninyo sa amin na ibalik sa inyo ang inyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos. Tandaan na sinasaklaw lang namin ang mga parmasyang wala sa network sa mga limitadong sitwasyon. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.4 upang malaman ang higit pa tungkol sa mga sitwasyong ito. Maaaring hindi namin maibalik sa inyo ang inyong ibinayad sa diperensya sa pagitan ng halagang binayaran ninyo para sa gamot sa parmasyang wala sa network at ng halaga na binabayaran namin sa parmasyang nasa network.

5. Kapag nagbayad kayo ng kabuuang halaga para sa isang reseta dahil hindi ninyo dala ang inyong membership card ng aming plano

Kung hindi ninyo dala ang inyong membership card ng aming plano, maaari ninyong hilingin sa parmasya na tawagan ang aming plano o hanapin ang impormasyon ng pagpapatala sa aming plano. Kung hindi agad makuha ng parmasya ang impormasyong kinakailangan nila, maaaring kailanganin ninyong bayaran mismo ang kabuuang halaga ng reseta.

Itago ang inyong resibo at magpadala sa amin ng kopya kapag hihilingin ninyo sa amin na ibalik sa inyo ang inyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos. Maaaring hindi namin ibalik ang kabuuang halaga na ibinayad ninyo kung mas malaki ang halagang binayaran ninyo kaysa sa napagkasunduan naming presyo para sa reseta.

6. Kapag binayaran ninyo ang buong gastos para sa isang reseta sa iba pang sitwasyon

Maaari ninyong bayaran ang kabuuang halaga ng reseta dahil nalaman ninyong hindi sinasaklaw ang gamot batay sa ilang dahilan.

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

- Itago ang inyong resibo at magpadala sa amin ng kopya kapag hihilingin ninyo sa amin na ibalik sa inyo ang inyong ibinayad. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailanganin naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa inyong doktor upang maibalik sa inyo ang inyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos para sa gamot. Maaaring hindi namin ibalik ang kabuuang halaga na ibinayad ninyo kung mas malaki ang halagang binayaran ninyo kaysa sa napagkasunduan naming presyo para sa reseta.

7. Kung nakapagpatala kayo sa plano sa retroaktibong paraan dahil kwalipikado kayo para sa California Medi-Cal (Medicaid).

Ang Medicaid ay isang pinagsamang programa ng pederal na pamahalaan at estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa ilang partikular na mga taong may limitadong kita at mapagkukunan. May ilang taong may Medicaid na awtomatikong itinatala sa aming plano upang makuha ang kanilang saklaw sa inireresetang gamot. Kung minsan, ang pagkakatala ng isang tao sa plano ay retroaktibo. (Ang retroaktibo ay nangangahulugan na lumipas na ang unang araw ng kanilang pagpapatala. Maaari ring naganap na ang petsa ng pagpapatala noong nakaraang taon.)

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

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

Kapag nagpadala kayo sa amin ng kahilingan para sa bayad, susuriin namin ang inyong kahilingan at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang serbisyo o gamot. Tinatawag itong paggawa ng **desisyon sa pagsaklaw**. Kung magdesisyon kami na dapat itong saklawin, babayaran namin ang aming bahagi ng gastos para sa serbisyo o gamot. Kung tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa bayad, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. May impormasyon ang Kabanata 9 tungkol sa kung paano maghain ng apela.

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

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

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

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

- Mag-download ng kopya ng form mula sa aming website (go.wellcare.com/HealthNetCA) o tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humingi sa kanila ng form.

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

Address ng Paghiling ng Bayad
Member Reimbursement Dept
Medical Reimbursement Department
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

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

Address ng Kahilingan para sa Pagbabayad sa Bahagi D
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

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

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

- Kung nagdesisyon kami na dapat saklawin ang medikal na pangangalaga o gamot at nasunod ninyo ang lahat ng panuntunan, babayaran namin ang aming bahagi sa gastos para sa mga serbisyo o gamot. Kung nabayaran na ninyo ang serbisyo o gamot, ipapadala namin sa inyo sa pamamagitan ng koreo ang inyong reimbursement ng nagastos ninyo sa aming bahagi ng gastos. Kung binayaran ninyo ang buong halaga ng gamot, maaaring hindi maibalik sa inyo ang buong halagang binayaran ninyo (halimbawa, kung kumuha kayo ng gamot sa isang parmasyang wala sa network o kung ang halagang binayaran ninyo para sa gamot ay mas malaki kaysa sa napagkasunduan naming presyo). Kung hindi pa ninyo nababayaran ang serbisyo o gamot, direkta naming ipapadala sa koreo ang bayad sa tagapagbigay ng serbisyo.
- Kung nagdesisyon kami na *hindi* dapat saklawin ang medikal na pangangalaga o gamot, o *hindi* ninyo nasunod ang lahat ng panuntunan, hindi namin babayaran ang aming bahagi sa gastos para sa pangangalaga o gamot. Papadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag sa mga dahilan kung bakit hindi namin ipapadala ang sa inyo ang bayad at ang inyong mga karapatang iapela ang desisyong iyon.

Seksyon 3.1 Kung sasabihin namin sa inyo na hindi namin babayaran ang lahat o ang bahagi ng medikal na pangangalaga o gamot, maaari kayong umapela

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

KABANATA 8:
Ang inyong mga karapatan at pananagutan

SEKSYON 1 Dapat igalang ng aming plano ang inyong mga karapatan at kultural na paniniwala

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, audio, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish, Arabic, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Farsi, Chinese and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-431-9007 (TTY users call 711).

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

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

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

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que se adapte a usted y a sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluidos español, árabe, chino, coreano, ruso, tagalo, vietnamita y farsi en formatos de audio, braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo, si los necesita. Estamos obligados a ofrecerle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nuestra parte en un formato que se ajuste a sus necesidades, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

Si no hay proveedores disponibles dentro de la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para que le informen dónde acudir a fin de recibir este servicio con la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para atenderse con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame a fin de presentar una queja a Servicios para Miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

القسم 1.1 يجب أن نقدم المعلومات بطريقةٍ تناسبك وتكون متوافقة مع الحساسيات الثقافية لديك (بلغات أخرى غير ال نجليزية أو بتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات أخرى بديلة، وغير ذلك)

خطتنا ملزَ مة بضمان أن كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم توفيرها بطريقة مناسبة على المستوى الثقافي وتتم إتاحتها لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة ال نجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. وتشتمل ال مثلة التي تجسد كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال ل الحصر، على توفير خدمات الترجمة الكتابية أو خدمات الترجمة الفورية أو المبرقة الكاتبة أو ال تصال عبر TTY (الهاتف النصي أو هاتف المبرقة الكاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة لل جابة عن ال سئلة الواردة من ال عضاء غير الناطقين باللغة بلغات غير بلغات غير ال نجليزية، بما في ذلك ال سبانية، والعربية، والصينية، والكورية، والروسية، والتاغالوغية، والفيتنامية، والفارسية، وبتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون أي كلفة إذا كنت بحاجة إليها. ونحن ملزمون بتقديم معلوماتٍ لك حول مزايا

خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، اتصل بقسم خدمات ال عضاء على الرقم: 1-800-431-9007 (ويمكن لمستخدمي TTY ال تصال بالرقم 711).

خطتنا مطلوبة ل عطاء المُ سجل ت خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

وإذا كان مقدمو الرعاية لتخصص معين في شبكة الخطة غير متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد موقع مقدمي الرعاية المتخصصين من خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية الل زمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط قيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقفٍ ل يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بمسؤولي الخطة للحصول على معلوماتٍ حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خل ل مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلوماتٍ من خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك، أو في زيارة اختصاصي صحة نسائية أو في العثور على متخصصٍ داخل الشبكة، فيُ رجى ال تصال لتقديم تظلم لدى قسم خدمات ال عضاء. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare من خل ل ال تصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو TTY على الرقم 1-800-537-7697.

섹션 1.1 당사는 귀하에게 유용하고 귀하의 문화적 민감성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 외의의 언어, 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 적합한 방식으로 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있도록 보장해야 합니다. 당사 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 **제공합니다**. 스페인어, 아랍어, 중국어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 페르시아어를 포함한 영어 이외의 언어 를 포함한 영어 이외의 언어]로 된 자료 및 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 다른 대체 형식으로 무료 제공해드릴 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 당사 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 당사로부터 정보를 확인하려면 1-800-431-9007 (TTY 사용자: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

당사 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스에 대한 네트워크 소속 여성 건강 전문의에 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 당사 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없는 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 당사 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 소속 비용 분담만 납부하게 됩니다. 당사 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 전화하여 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있거나 여성 건강 전문의를 만나거나 네트워크 소속 전문의를 찾는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 Office for Civil Rights 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Раздел 1.1 Мы обязаны предоставлять информацию в удобном для вас формате и в соответствии с вашими культурными особенностями (на языках, отличных от английского, в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.)

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

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию на языках, отличных от английского, включая испанский, арабский, китайский, корейский, русский, тагальский, вьетнамский и фарси, а также в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к специалисту по женскому здоровью, представленному в сети плана. В случае отсутствия в сети нашего плана поставщиков услуг соответствующей специализации наш план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуется оплатить только долю участия в расходах в рамках сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети нашего плана, позвоните в наш план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле участия в расходах в рамках сети.

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

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

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

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Puwede ka rin naming bigyan ng mga impormasyon sa mga wika bukod sa Ingles kasama ang Espanyol, Arabic, Tsino, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, at Farsi at audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format nang libre kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan kayo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa inyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711).

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

Kung walang available na tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano para sa isang specialty, responsibilidad ng aming plano na maghanap ng mga specialty na tagapagbigay ng serbisyong nasa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahagian sa gastos na nasa network lang ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng aming plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang aming plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahagian sa gastos na nasa network.

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

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của chúng tôi được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiểu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có

nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng dễ sử dụng này bao gồm, nhưng không giới hạn chỉ là cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ điện báo hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi có thể cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Farsi và âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

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

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

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ sử dụng và phù hợp cho quý vị, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, vui lòng gọi để nộp đơn khiếu nại tới Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp đến Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

بخش 1.1 ما باید اطل عات را به گونه ای ارائه دهیم که برای شما قابل فهم باشد و با حساسیت‌های فرهنگی شما سازگار باشد (به زبان های غیرانگلیسی، به زبان بریل، در قالب فایل صوتی، چاپ با حروف بزرگ، یا سایر قالب‌های جایگزین، و غیره.)

طرح ما حتماً باید اطمینان حاصل کند که همه خدمات چه بالینی و چه غیربالینی به گونه ای ارائه شود که با فرهنگ شما مطابقت داشته باشد و برای همه ثبت‌نام کنندگان قابل دسترس باشد، ازجمله برای کسانی که مهارت زبان انگلیسی و مهارت‌های خواندن محدودی دارند، مشکل شنوایی دارند، یا کسانی که پس‌زمینه فرهنگی و قومی متفاوتی دارند. نمونه هایی از این که طرح ما چطور از چنین الزاماتی برای دسترسی اعضا پیروی می‌کند، شامل و نه محدود به این موارد است: ارائه خدمات ترجمه، خدمات مترجم شفاهی، تله تایپ، یا اتصال TTY (تلفن متنی یا تلفن تله تایپ مخصوص ناشنوایان).

طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوال ت اعضایی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند. همچنین می‌توانیم اطل عاتی را به زبان‌های غیر از انگلیسی ازجمله اسپانیایی، عربی، چینی، کره‌ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی و فارسی. به صورت صوتی، خط بریل، در قالب چاپ بزرگ، و یا دیگر فرمت‌های جایگزین بدون هزینه در صورت نیاز به شما ارائه دهیم. ما ملزم هستیم اطل عات مربوط به مزایای طرح را به فرمتی قابل دسترس و مناسب برای شما ارائه کنیم. برای دریافت اطل عات از ما به روشی که برای شما بهتر است، با Member Services (خدمات اعضا) در 1-008-134-7009 (کاربران TTY تماس بگیرند با 711) تماس بگیرید.

طرح ما ملزم است برای ثبت‌نام کنندگان زن امکان دسترسی مستقیم به متخصصین سل مت زن در شبکه، و دسترسی به خدمات پیشگیری مراقبت از سل مت و خدمات معمول زنان را فراهم کند.

اگر ارائه دهندگان در شبکه طرح برای موردی خاص دردسترس نباشند، طرح مسئولیت دارد ارائه دهندگان با تخصص ویژه را در خارج از شبکه پیدا کند تا خدمات ضروری را در اختیار شما قرار دهند. در این شرایط، شما فقط مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه را پرداخت خواهید کرد. اگر در شرایط خاصی هستید که هیچ متخصصی در شبکه حضور ندارد تا خدمات مورد نیاز شما را پوشش دهد، برای اطل ع درباره این که برای دسترسی به این خدمات با مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه باید به کجا مراجعه کنید با طرح تماس بگیرید.

اگر در دسترسی به اطل عات طرح ما به شکلی که برای شما مناسب و قابل فهم باشد، مشکلی دارید، یا در مراجعه به متخصص سل مت زنان یا یافتن متخصص داخل شبکه دچار مشکل شده اید، لطفاً جهت ثبت شکایت‌نامه با خدمات اعضا تماس بگیرید.
همچنین می‌توانید با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا تماس مستقیم با Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 شکایتی را به Medicare ارائه کنید.

第1.1节 我们一定会以适合您以及您的文化的方式提供信息（英语以外的语言、音频、盲文、大字体或。（其他替代格式等

我们的计划是确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以文化上合格的方式提供，并可供所有参保者使用，包括英语水平有限，阅读技能有限，听力丧失能力或具有不同文化和种族背景的人士。我们的计划如何满足这些无障碍要求的示例包括但不限于提供翻译服务，口译服务，电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

我们的计划提供免费的口译服务，解答非英语会员的问题。我们还可以在 提供英文以外的其他语言，包括西班牙语、阿拉伯语、韩语、俄语、塔加拉语、越南语、波斯语和简体中文。音频，盲文，大字体印刷或其他备用格式（如果需要），无需付费。我们需要以您易懂且适合您的方式向您提供有关我们的计划福利的信息。要以适合您的方式从我们获取信息，请致电会员服务部门，电话：1-800-431-9007（TTY 用户呼叫 711）。

我们的计划要求为女性参保者提供直接联系网络内女性健康专科医生以获得女性常规和预防性保健服务的选择。

如果我们计划的专业网络中的提供商不可用，我们计划有责任找到网络外的专业提供商，他们将为您提供必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内成本分摊。如果您发现我们的计划网络中没有专科医生提供您所需的服务，请致电我们的计划以获取有关在哪里以网络内费用分摊的方式获得此项服务的信息。

如果您在以适合您的方式获取我们计划的信息、咨询女性健康专科医生或寻找网络内 专科医生时遇到任何问题，请致电向会员服务部提出申诉。您还可以通过拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉或直接拨打Office for Civil Rights 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

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

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

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

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

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

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

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

Paano namin pinoprotektahan ang pagkapribado ng inyong impormasyong pangkalusugan?

- Tinitiyak naming hindi makikita o mapapalitan ng mga hindi awtorisadong tao ang inyong mga tala.
- Maliban sa mga sitwasyong tinukoy sa ibaba, kung nilalayon naming ibigay ang inyong impormasyon ng kalusugan sa sinumang hindi nagbibigay ng inyong pangangalaga o nagbabayad para sa inyong pangangalaga, *kinakailangan naming kumuha muna ng nakasulat na pahintulot mula sa inyo o sa sinumang may legal na kapangyarihang gumawa ng mga desisyon para sa inyo.*
- May mga partikular na eksepsiyon na hindi nag-aatas sa aming kunin muna ang inyong nakasulat na pahintulot. Ang mga eksepsiyon na ito ay pinahihintulutan o hinihingi ng batas.
    - Kailangan naming ilabas ang impormasyong pangkalusugan sa mga ahensiya ng pamahalaan na sumusuri sa kalidad ng aming pangangalaga.
    - Dahil miyembro kayo ng aming plano sa pamamagitan ng Medicare, kailangan naming ibigay sa Medicare ang inyong impormasyong pangkalusugan kabilang ang impormasyon

tungkol sa inyong mga inireresetang Bahagi D na gamot. Kung ilalabas ng Medicare ang inyong impormasyon para sa pananaliksik o para sa iba pang paggamit, gagawin ito nang naaayon sa mga batas at regulasyon ng pederal na pamahalaan; sa karaniwan, inaatas nito na huwag ibahagi ang impormasyong partikular na makakapagtukoy sa inyo.

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

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

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

Kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin tungkol sa privacy ng inyong personal na impormasyon ng kalusugan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Seksyon 1.4 Dapat namin kayong bigyan ng impormasyon tungkol sa aming plano, sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, at sa inyong mga saklaw na serbisyo

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

Kung gusto ninyong makatanggap ng anuman sa mga sumusunod na uri ng impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711):

- **Impormasyon tungkol sa aming plano.** Kasama rito ang, halimbawa, impormasyon tungkol sa pinansyal na kundisyon ng aming plano.
- **Impormasyon tungkol sa aming tagapagbigay ng serbisyong nasa network at mga parmasya.** May karapatan kayong kumuha ng impormasyon sa amin tungkol sa mga pagiging kwalipikado ng mga tagapagbigay ng serbisyo at ng mga parmasya sa aming network at kung paano namin binabayaran ang mga tagapagbigay ng serbisyo sa aming network.
    - Maaari kayong humingi ng higit pang impormasyon sa Mga Serbisyo para sa Miyembro tungkol sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, kasama ang kanilang mga kwalipikasyon, kung saang medikal na paaralan sila nag-aral, kung saan sila nagtapos ng residency, at kung nakapasa sila sa board. Maibibigay sa inyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro at ng website ang pinakabagong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Makikita ang impormasyong ito sa aming website sa go.wellcare.com/2027providerdirectories.

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

Seksyon 1.5 May karapatan kayong malaman ang tungkol sa inyong mga pagpipilian sa paggamot at makibahagi sa mga desisyon tungkol sa inyong pangangalaga

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

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

- **Upang malaman ang tungkol sa lahat ng inyong pagpipilian.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa lahat ng opsyon ng paggamot na inirerekomenda para sa inyong kundisyon, magkano man ang gastos o kung sinasaklaw ba ang mga ito ng aming plano. Kabilang din dito ang pagsasabi sa inyo tungkol sa mga programang inaalok ng aming plano upang tulungan ang mga miyembro na mapamahalaan ang kanilang mga gamot at magamit ang kanilang mga ito nang ligtas.
- **Malaman ang tungkol sa mga panganib.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa anumang kaakibat na mga panganib ng inyong pangangalaga. Dapat kayong masabihan nang maaga kung may anumang inirerekomendang medikal na pangangalaga o paggamot ang bahagi ng isang pananaliksik na eksperimento. May opsyon kayong tanggihan ang anumang pang-eksperimentong paggamot.
- **Karapatang sumagot ng "hindi."** May karapatan kayong tanggihan ang anumang inirerekomendang paggamot. Kabilang dito ang karapatang umalis ng ospital o iba pang

medikal na pasilidad, kahit pa pinapayuhan kayo ng inyong doktor na huwag umalis. May karapatan din kayong huminto sa pag-inom ng inyong gamot. Kung tatanggihan ninyo ang paggamot o hihinto kayo sa pag-inom ng gamot, tinatanggap ninyo ang buong pananagutan sa mangyayari sa inyong katawan.

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

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

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

Ang mga legal na dokumentong maaari ninyong gamitin upang ibigay ang inyong mga tagubilin nang maaga sa mga sitwasyong ito ay tinatawag na **mga paunang direktiba**. Ang mga dokumentong tinatawag na **living will** at **power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan** ang mga halimbawa ng mga paunang direktiba.

Paano magtakda ng paunang direktiba upang magbigay ng mga tagubilin:

- **Kumuha ng form.** Maaari kayong kumuha ng form ng paunang direktiba mula sa inyong abogado, sa isang social worker, o sa ilang tindahan ng supply sa opisina. Kung minsan, maaari kayong kumuha ng mga form ng paunang direktiba sa mga organisasyon na nagbibigay ng impormasyon sa mga tao tungkol sa Medicare.
- **Punan ang form at lagdaan ito.** Saan man ninyo nakuha ang form na ito, isa itong legal na dokumento. Dapat ninyong isaalang-alang na magpatulong sa abogado sa paghahanda nito.
- **Bigyan ng kopya ng form ang mga tamang tao.** Dapat kayong magbigay ng kopya ng form sa inyong doktor at sa taong itinalaga ninyo sa form na gagawa ng mga desisyon para sa inyo kung hindi ninyo kaya. Maaari gustuhin rin ninyong magbigay ng mga kopya sa inyong mga kaibigan o miyembro ng pamilya. Magtago ng isang kopya sa bahay.

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

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

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

Kung hindi nasunod ang inyong mga tagubilin

Kung may nilagdaan kayong paunang direktiba, at naniniwala kayong hindi sinunod ng doktor o ospital ang mga tagubilin dito, maaari kayong maghain ng reklamo sa Tanggapan ng Punong Abogado ng California sa 1-916-210-6276. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711, o bumisita sa https://oag.ca.gov/consumers/general/care.

Seksyon 1.6 Mayroon kayong karapatang maghain ng reklamo at hilingin sa aming pag-isipang muli ang mga desisyong ginawa namin

Kung mayroon kayong anumang problema, alalahanin, o reklamo at kailangan ninyong humiling ng pagsaklaw, o maghain ng apela, isinasaad sa inyo ng Kabanata 9 ng dokumentong ito kung ano ang maaari ninyong gawin. Anuman ang inyong gagawin—humingi ng desisyon sa pagsaklaw, maghain ng apela, o maghain ng reklamo—**kailangan namin kayong tratuhin nang patas**.

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

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

Seksyon 1.8 Pagsusuri sa mga bagong teknolohiya

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

Kung walang desisyon sa pagsaklaw ng Medicare, sinusuri ng aming plano ang mga bagong teknolohiya o mga bagong paggamit sa mga dati nang teknolohiya kung isasama ba ang mga ito sa mga naaangkop na plano ng mga benepisyo upang 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), Mga Center sa Pagkontrol ng Sakit (CDC), at Mga Pambansang Institusyon sa Kalusugan (NIH)).

Seksyon 1.9 Kung naniniwala kayong hindi kayo tinatrato nang patas o hindi iginagalang ang inyong mga karapatan

Kung naniniwala kayong hindi kayo tinrato nang patas o hindi iginalang ang inyong mga karapatan dahil sa inyong lahi, kapansanan, relihiyon, kasarian, kalusugan, etnisidad, pananampalataya (mga paniniwala), edad, o bansang pinagmulan, tawagan ang **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 dapat tumawag sa 1-800-537-7697), o tawagan ang inyong lokal na Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil. May karapatan kayong pakitunguhan nang may paggalang at pagkilala sa inyong dignidad.

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

- **Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ng aming plano sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)**
- **Tawagan ang inyong Programa ng Estado sa Insurance sa Kalusugan (SHIP)** sa 1-800-434-0222.
- **Tawagan ang Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048)

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

Kumuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan mula sa mga lugar na ito:

- **Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)**
- **Tawagan ang inyong Programa ng Estado sa Insurance sa Kalusugan (SHIP)** sa 1-800-434-0222.
- **Makipag-ugnayan sa Medicare**
    - Bisitahin ang Medicare.gov upang mabasa ang publikasyon na *Medicare Rights & Protections (Mga Karapatan at Proteksyon ng Medicare)* (available sa: Medicare Rights & Protections)

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048)

SEKSYON 2 Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng aming plano

Nakalista sa ibaba ang mga bagay na kailangan ninyong gawin bilang miyembro ng aming plano. Para sa mga tanong, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

- **Maging pamilyar sa inyong mga sinasaklaw na serbisyo at sa mga panuntunang dapat ninyong sundin upang makuha ninyo ang mga saklaw na serbisyong ito.** Gamitin ang *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito upang matutunan kung ano ang sinasaklaw at ang mga panuntunang kailangan ninyong sundin upang makuha ninyo ang inyong mga saklaw na serbisyo.
  - Ang Kabanata 3 at 4 ay nagbibigay ng detalye tungkol sa mga medikal na serbisyo.
  - Ang Kabanata 5 at 6 ay nagbibigay ng detalye tungkol sa inyong mga saklaw sa Bahagi D.
- **Kung mayroon kayong anupamang saklaw sa kalusugan at gamot bukod pa sa aming plano, kailangan ninyo itong ipaalam sa amin.** Malalaman ninyo sa Kabanata 1 ang tungkol sa pagkokoordina ng mga benepisyo na ito.
- **Ipaalam sa inyong doktor at iba pang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan na nakatala kayo sa aming plano.** Ipakita ang inyong membership card sa aming plano at ang inyong card sa California Medi-Cal (Medicaid) sa tuwing kukuha kayo ng medikal na pangangalaga o Bahagi D na mga gamot.
- **Tulungan ang inyong mga doktor at tagapagbigay ng serbisyo na matulungan kayo sa pamamagitan ng pagbibigay sa kanila ng impormasyon, pagtatanong, at pagsubaybay ng inyong pangangalaga.**
  - Upang makatulong na makuha ang pinakamahusay na pangangalaga, ipaalam sa inyong doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyong pangkalusugan ang tungkol sa inyong mga problema sa kalusugan. Sundin ang mga plano at tagubilin sa paggamot na pinagkasunduan ninyo at ng inyong mga doktor.
  - Tiyaking alam ng inyong mga doktor ang lahat ng gamot na iniinom ninyo, kabilang ang mga gamot na nabibili nang walang reseta, bitamina, at mga supplement.
  - Kung mayroon kayong mga tanong, tiyaking magtanong at makakuha ng sagot na nauunawaan ninyo. Tungkulin ninyong unawain ang inyong mga problema sa kalusugan at tumulong na magtakda ng mga layunin ng paggamot na pinagkasunduan ninyo ng inyong doktor.
- **Maging maunawain.** Inaasahan namin na igagalang ng lahat ng aming miyembro ang mga karapatan ng ibang pasyente. Inaasahan naming kikilos kayo sa paraang makakatulong sa maayos na pagpapatakbo ng tanggapan ng inyong doktor, mga ospital, at iba pang tanggapan.
- **Bayaran ang dapat ninyong bayaran.** Bilang miyembro ng plano, tungkulin ninyong bayaran ang mga sumusunod:

- Dapat ninyong patuloy na bayaran ang inyong mga premium sa Medicare upang manatiling miyembro ng aming plano.
- Para sa karamihan ng inyong mga medikal na serbisyo o gamot na sinasaklaw ng plano, dapat ninyong bayaran ang inyong bahagi sa gastos kapag kinukuha ninyo ang serbisyo o gamot.

- **Kung lilipat kayo *sa loob ng* sineserbisyuhang lugar ng aming plano, kailangan namin itong malaman** upang mapanatili naming updated ang inyong tala sa pagiging miyembro at malaman namin kung paano makipag-ugnayan sa inyo.
- **Kung lilipat kayo *sa labas* ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano, hindi kayo maaaring manatiling miyembro ng aming plano.**
- **Kung lilipat kayo, ipaalam ito sa Panlipunang Seguridad (o sa Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles).**

KABANATA 9:
Kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

SEKSYON 1 Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o alalahanin

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga proseso sa pangangasiwa ng mga problema at alalahanin. Ang prosesong ginagamit ninyo upang pangasiwaan ang inyong problema ay nakabatay sa 2 bagay:

1. Kung ang inyong problema ay tungkol sa mga benepisyong sinasaklaw ng **Medicare** o **Medicaid**. Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpapasya kung ang proseso ng Medicare o ang proseso ng California Medi-Cal (Medicaid) ang dapat gamitin, o pareho, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

2. Ang uri ng problemang mayroon kayo:

    - Para sa ilang problema, kailangan ninyong gamitin ang **proseso para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela**.

    - Para sa iba pang problema, kailangan ninyong gamitin ang **proseso para sa paghahain ng reklamo** (na tinatawag ding mga karaingan).

Ang dalawang prosesong ito ay aprubado ng Medicare. Ang bawat proseso ay mayroong nakatakdang ng mga panuntunan, proseso, at deadline na dapat naming sundin at gayundin kayo.

Ang impormasyon sa kabanatang ito ang tutulong sa inyong tukuyin ang tamang prosesong gagamitin at kung ano ang dapat gawin.

Seksyon 1.1 Mga legal na termino

May mga legal na termino para sa ilang panuntunan, proseso, at uri ng mga deadline na ipinaliwanag sa kabanatang ito. Karamihan sa mga terminong ito ay hindi pamilyar sa karamihan ng mga tao. Upang gawing madali ang lahat, gumagamit ang kabanatang ito ng mas pamilyar na mga salita bilang kapalit sa ilang legal na termino.

Gayunpaman, minsan ay mahalaga ring malaman ang wastong mga legal na termino. Upang matulungan kayong malaman kung aling mga termino ang dapat gamitin upang makatanggap ng wastong tulong o impormasyon, isinama namin ang mga legal na termino na ito kapag nagbibigay ng mga detalye para sa pangangasiwa ng mga partikular na sitwasyon.

SEKSYON 2 Saan makakakuha ng higit pang impormasyon at personalisadong tulong

Available kami palagi upang tulungan kayo. Kahit na mayroon kayong reklamo tungkol sa paggamot namin sa inyo, obligado kaming igalang ang inyong karapatang magreklamo. Dapat ninyong tawagan palagi ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa tulong. Sa ilang sitwasyon, maaaring gustuhin din ninyo ng tulong o gabay mula sa isang taong hindi nauugnay sa amin. Ang dalawang organisasyong makakatulong ay ang:

Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan (SHIP).

Ang bawat estado ay mayroong programa ng pamahalaan na may mga tagapagpayong may kasanayan. Hindi konektado ang programang ito sa amin o sa alinmang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Matutulungan kayo ng mga tagapayo sa programang ito na maunawaan kung aling proseso ang dapat ninyong gamitin upang maayos ang inyong problema. Maaari rin nilang sagutin ang inyong mga tanong, bigyan kayo ng higit pang impormasyon, at mag-alok ng patnubay sa gagawin.

Libre ang mga serbisyo ng mga tagapayo ng SHIP.
Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan ng California (HICAP) 1-800-434-0222, ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa: 1-800-735-2929
8:00 a.m. - 4:00 p.m. lokal na oras, Lunes - Biyernes

Medicare

Maaari rin kayong makipag-ugnayan sa Medicare para sa tulong:

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ninyo ang Medicare.gov.

Makakakuha rin kayo ng tulong at impormasyon mula sa California Medi-Cal (Medicaid)

	California Medi-Cal (Medicaid) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
Tumawag	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 8:00 a.m. - 5:00 p.m. PT, Lunes - Biyernes

	California Medi-Cal (Medicaid) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TTY	1-800-430-7077 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.
Sumulat sa	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
Website	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal-resources/

SEKSYON 3 Anong proseso ang dapat gamitin para sa inyong problema

Dahil mayroon kayong Medicare at nakakakuha kayo ng tulong mula sa California Medi-Cal (Medicaid), mayroon kayong iba't ibang prosesong magagamit upang pangasiwaan ang inyong problema o reklamo. Nakabatay ang kung aling proseso ang inyong ginagamit sa kung ang problema ay tungkol sa mga benepisyo sa Medicare o mga benepisyo sa California Medi-Cal (Medicaid). Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang benepisyo na sinasaklaw ng Medicare, gamitin ang proseso ng Medicare. Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang benepisyong sinasaklaw ng California Medi-Cal (Medicaid), dapat ninyong gamitin ang proseso ng California Medi-Cal (Medicaid). Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpapasya kung ang proseso ng Medicare o ang proseso ng California Medi-Cal (Medicaid) ang dapat gamitin, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Ang proseso ng Medicare at proseso ng California Medi-Cal (Medicaid) ay inilalarawan sa iba't ibang bahagi ng kabanatang ito. Upang alamin kung aling bahagi ang dapat ninyong basahin, gamitin ang chart sa ibaba.

Ang problema ba ninyo ay tungkol sa mga benepisyo sa Medicare o benepisyo sa California Medi-Cal (Medicaid)?

Ang aking problema ay tungkol sa mga benepisyo ng **Medicare**.

Tingnan ang **Seksyon 4, Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo sa Medicare.**

Ang aking problema ay tungkol sa pagsaklaw ng **California Medi-Cal (Medicaid)**.

Pumunta sa **Seksyon 12, Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo ng California Medi-Cal (Medicaid).**

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

Ang problema o alalahanin ba ninyo ay tungkol sa inyong mga benepisyo o sa pagsaklaw?

Kasama rito ang mga problema tungkol sa kung sasaklawin ba o hindi ang medikal na pangangalaga (mga medikal na item, mga serbisyo, at/o Bahagi B na mga gamot), ang paraan ng pagsaklaw sa mga ito, at ang mga problemang may kaugnayan sa pagbabayad para sa medikal na pangangalaga.

Oo.

Tingnan ang **Seksyon 5, Isang gabay para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela.**

Hindi.

Tingnan ang **Seksyon 11, Paano maghain ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, serbisyo sa kostumer o iba pang alalahanin.**

Mga desisyon sa pagsaklaw at apela

SEKSYON 5 Isang gabay para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela

Mga desisyon at apela sa pagsaklaw na may kinalaman sa mga problemang nauugnay sa inyong mga benepisyo at pagsaklaw para sa inyong medikal na pangangalaga (mga serbisyo, item, at Bahagi B na mga gamot, kabilang ang pagbabayad). Upang panatilihing simple ang mga bagay-bagay, karaniwan naming tinutukoy ang mga medikal na item, serbisyo, at gamot sa Medicare Part B bilang **medikal na pangangalaga**. Ang proseso ng desisyon sa pagsaklaw at apela ang inyong gagamitin para sa mga isyu tulad ng kung sinasaklaw o hindi ang isang bagay at sa aling paraan sinasaklaw ang isang bagay.

Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw bago tumanggap ng mga serbisyo

Kung gusto ninyong malaman kung sasaklawin namin ang isang medikal na pangangalaga bago ninyo ito makuha, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw para sa inyo. Ang desisyon sa pagsaklaw ay isang desisyong ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa inyong mga medikal na pangangalaga. Halimbawa, kung na-refer kayo ng doktor na nasa network ng aming plano sa isang medikal na espesyalistang wala sa loob ng network, itinuturing na makakabuting desisyon sa pagsaklaw ang referral na ito maliban na lang kung maipapakita ng inyong doktor na nasa network na nakatanggap kayo ng karaniwang abiso ng pagtanggi para sa medikal na espesyalistang ito, o nilinaw ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na hindi kailanman sasaklawin ang naturang na-refer na serbisyo sa ilalim ng anumang kundisyon. Magagawa ninyo o ng inyong doktor na makipag-ugnayan sa amin at humiling ng desisyon sa pagsaklaw kung hindi sigurado ang inyong doktor kung sasaklawin namin o hindi ang isang partikular na medikal

na serbisyo o tatanggihan naming ang pagbibigay ng medikal na pangangalagang sa tingin ninyo ay kailangan ninyo.

Sa mga limitadong pagkakataon, tinatanggihan ang kahilingan para sa desisyon sa pagsaklaw, ibig sabihin, hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa kung kailan tinatanggihan ang kahilingan ay kapag ito ay hindi kumpleto, kung ibang tao ang humiling para sa inyo ngunit wala siyang legal na awtorisasyong gawin ito, o kung hiniling ninyo na bawiin ang kahilingan. Kung tanggihan namin ang kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw, magpapadala kami ng abisong nagpapaliwanag kung bakit tinanggihan ang kahilingan at kung paano hihiling na suriin ang pagtanggi.

Gumagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw kapag nagdedesisyon kami kung ano ang sasaklawin para sa inyo at kung magkano ang babayaran namin. Sa ilang kaso, maaari kaming magpasya na hindi saklawin o hindi na saklawin ng Medicare ang medikal na pangangalaga para sa inyo. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa pagsaklaw na ito, maaari kayong maghain ng apela.

Paghahain ng apela

Kung gagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw, bago man o pagkatapos ninyong makatanggap ng benepisyo, at hindi kayo nasiyahan, maaari ninyong **iapela** ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin namin ang aming ginawang desisyon sa pagsaklaw. Sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon, maaari kayong humiling ng pinabilis o **mabilis na apela** ng isang desisyon sa pagsaklaw. Ang inyong apela ay pinangangasiwaan ng ibang tagasuri na gumawa ng orihinal na 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 mga panuntunan. Kapag nakumpleto na namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon.

Sa mga limitadong pagkakataon, tinatanggihan ang kahilingan para sa Antas 1 na apela, ibig sabihin, hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa kung kailan tinatanggihan ang kahilingan ay kapag ito ay hindi kumpleto, kung ibang tao ang humiling para sa inyo ngunit wala siyang legal na awtorisasyong gawin ito, o kung hiniling ninyo na bawiin ang kahilingan. Kung tanggihan namin ang kahilingan para sa Antas 1 na apela, magpapadala kami ng abisong nagpapaliwanag kung bakit tinanggihan ang kahilingan at kung paano hihiling na suriin ang pagtanggi.

Kung tatanggihan namin ang lahat o isang bahagi ng inyong Antas 1 na apela para sa medikal na pangangalaga, awtomatikong mapupunta ang inyong apela sa Antas 2 na apela na isasagawa ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na hindi konektado sa amin.

- Wala kayong kailangang gawin upang magsimula ng Antas 2 na apela. Kinakailangan sa mga panuntunan ng Medicare na awtomatiko naming ipadala ang inyong apela para sa medikal na pangangalaga sa Antas 2 kung hindi kami ganap na sumasang-ayon sa inyong Antas 1 na apela.
- Tingnan ang **Seksyon 6.4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga Antas 2 na apela para sa medikal na pangangalaga.
- Tinatalakay ang mga apela sa Bahagi D sa Seksyon 7.

Kung hindi kayo nasisiyahan sa desisyon sa Antas 2 na apela, maaari kayong makapagpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela (ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga proseso ng Antas 3, 4, at 5 na apela).

Seksyon 5.1 Tumanggap ng tulong sa paghiling ng desisyon sa pagsaklaw o paghahain ng apela

Narito ang mga sanggunian kung magpapasya kayong humiling ng anumang uri ng desisyon sa pagsaklaw o umapela sa isang desisyon:

- **Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)**
- **Tumanggap ng libreng tulong** mula sa inyong Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan
- **Maaaring ang doktor ninyo ang humiling para sa inyo.** Kung tumutulong ang inyong doktor sa isang apela na lampas sa Antas 2, kakailanganin nilang maitalaga bilang inyong kinatawan. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at humiling ng form para sa *Pagtatalaga ng Kinatawan* (Available din ang form sa www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa go.wellcare.com/HealthNetCA)
    - Para sa medikal na pangangalaga, maaaring humiling ang inyong doktor ng desisyon sa pagsaklaw o ng isang Antas 1 na apela sa inyong ngalan. Kung matatanggihan ang inyong apela sa Antas 1, awtomatiko itong dadalhin sa Antas 2.
    - Para sa Bahagi D na mga gamot, maaaring humiling ang inyong doktor o tagapagreseta ng desisyon sa pagsaklaw o ng isang Antas 1 na apela sa inyong ngalan. Kung tinanggihan ang inyong Antas 1 na apela, maaaring humiling ang inyong doktor o tagapagreseta ng Antas 2 na apela.
- **Maaari ninyong hilingin sa isang tao na kumilos sa ngalan ninyo.** Maaari ninyong pangalanan ang isa pang tao upang kumilos para sa inyo bilang inyong kinatawan upang humiling ng isang desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela.
    - Kung gusto ninyong maging kinatawan ninyo ang isang kaibigan, kamag-anak, o iba pang tao, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humiling ng *form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan*. (Available din ang form sa cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa go.wellcare.com/HealthNetCA.) Nagbibigay ang form na ito ng pahintulot sa taong iyon na kumilos sa ngalan ninyo. Dapat ninyo itong lagdaan at pati na rin ng taong gusto ninyong kumilos sa ngalan ninyo. Dapat ninyo kaming bigyan ng kopya ng nalagdaang form.
    - Maaari kaming tumanggap ng kahilingan sa apela mula sa isang kinatawan nang wala ang form, ngunit hindi namin makukumpleto ang aming pagsusuri hanggang sa matanggap

namin ito. Kung hindi namin matatanggap ang form bago ang deadline namin sa paggawa ng desisyon tungkol sa inyong apela, tatanggihan na ang inyong kahilingan sa apela. Kung mangyayari ito, magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng inyong karapatang humiling sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na suriin ang desisyon naming tanggihan ang inyong apela.

- **May karapatan din kayong kumuha ng abogado.** Maaari kayong makipag-ugnayan sa inyong sariling abogado o kumuha ng pangalan ng abogado sa inyong lokal na samahan ng mga abogado o sa iba pang serbisyo ng referral. May mga pangkat na makapagbibigay sa inyo ng mga libreng legal na serbisyo kung kwalipikado kayo. Gayunpaman, **hindi ninyo kailangang kumuha ng abogado** upang humiling ng anumang uri ng desisyon sa pagsaklaw o iapela ang isang desisyon.

Seksyon 5.2 Mga panuntunan at deadline para sa iba't ibang sitwasyon

Mayroong 4 na magkakaibang sitwasyon na kinasasangkutan ng mga desisyon sa pagsaklaw at mga apela. Ang bawat sitwasyon ay may magkakaibang tuntunin at deadline. Ibinibigay namin ang mga detalye para sa bawat isa sa mga sitwasyong ito:

- **Seksyon 6:** Medikal na pangangalaga: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela
- **Seksyon 7:** Bahagi D na mga gamot: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela
- **Seksyon 8:** Paano hihilingin sa aming saklawin ang mas matagal na inpatient na pananatili sa ospital kung sa palagay ninyo ay masyado pang maaga upang ma-discharge kayo
- **Seksyon 9:** Paano hihilingin sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na medikal na serbisyo kung sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong pagsaklaw (*Nalalapat lang ang mga ito sa mga sumusunod na serbisyo:* pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, at mga serbisyo ng Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Pasyenteng Hindi Kailangang I-confine (CORF))

Kung hindi kayo sigurado kung aling impormasyon ang nalalapat sa inyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Maaari rin kayong makakuha ng tulong o impormasyon mula sa inyong SHIP.

SEKSYON 6 Medikal na pangangalaga: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela

Seksyon 6.1 Ano ang dapat gawin kung magkakaproblema kayo sa pagkuha ng saklaw para sa medikal na pangangalaga o kung nais ninyong bayaran namin kayo para sa inyong pangangalaga

Ang inyong mga benepisyo para sa medikal na pangangalaga ay inilalarawan sa Kabanata 4 ng Chart ng Mga Medikal na Benepisyo. Sa kadalasan, nalalapat ang iba-ibang panuntunan sa kahilingan para sa isang gamot sa Bahagi B. Sa mga sitwasyong iyon, ipapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa Bahagi B na mga gamot mula sa mga panuntunan para sa mga medikal na item at serbisyo.

Isinasaad sa seksyong ito ang maaari ninyong gawin kung kayo ay nasa alinman sa 5 sumusunod na sitwasyon:

1. Hindi ninyo nakukuha ang ilang partikular na medikal na pangangalaga na gusto ninyo, at naniniwala kayong sinsaklaw ng aming plano ang pangangalagang ito. **Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 6.2.**

2. Hindi inaaprubahan ng aming plano ang medikal na pangangalagang gustong ibigay sa inyo ng inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng medikal na serbisyo, at naniniwala kayong sinasaklaw ng aming plano ang pangangalagang ito. **Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 6.2.**

3. Nakatanggap kayo ng medikal na pangangalaga na sa paniniwala ninyo ay dapat saklawin ng aming plano, ngunit sinabi naming hindi kami magbabayad para sa pangangalagang ito. **Maghain ng apela. Seksyon 6.3.**

4. Nakatanggap at nagbayad kayo ng medikal na pangangalaga na sa tingin ninyo ay dapat saklawin ng aming plano, at gusto ninyong hilingin sa aming plano na bayaran kayo sa nagastos ninyo para sa pangangalagang ito. **Ipadala sa amin ang bill. Seksyon 6.5.**

5. Sinabihan kayong babawasan o ititigil na ang pagsaklaw para sa partikular na medikal na pangangalagang natatanggap ninyo na dati na naming naaprubahan, at naniniwala kayong maaaring makasama sa inyong kalusugan ang pagbawas o paghinto ng pangangalagang ito. **Maghain ng apela. Seksyon 6.3.**

Tandaan: Kung ang ititigil na pagsaklaw ay para sa mga serbisyo sa pangangalaga sa ospital, pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Pasyenteng Hindi Kailangang I-confine (CORF), pumunta sa Seksyon 8 at 9. May mga espesyal na panuntunang nalalapat sa ganitong mga uri ng pangangalaga.

Seksyon 6.2 Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw

Mga Legal na Termino:

Ang desisyon sa pagsaklaw na kinasasangkutan ng inyong medikal na pangangalaga ay tinatawag na **pagpapasya ng organisasyon**.

Ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw ay tinatawag na **pinabilis na pagpapasya**.

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan ninyo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

Ang karaniwang desisyon sa pagsaklaw ay karaniwang naibibigay sa loob ng 7 araw sa kalendaryo kapag ang medikal na item o serbisyo ay sumasailalim sa aming mga panuntunan ng paunang awtorisasyon, 14 na araw sa kalendaryo para sa lahat ng iba pang item at serbisyo, o 72 oras para sa Bahagi B na mga gamot. Karaniwang ginagawa ang isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw sa loob ng 72 oras, para sa mga medikal na serbisyo, o 24 na oras para sa Bahagi B na mga gamot. Maaari *lang* kayong makatanggap ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw kung lubhang makakapinsala sa inyong kalusugan o makakasama sa kakayahan ninyong maibalik ang paggalaw kung susundin ang mga karaniwang deadline.

Kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kinakailangan ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, awtomatiko kaming sasang-ayon sa pagbibigay sa inyo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

Kung kayo lang mismo ang hihingi ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, nang walang suporta ng inyong doktor, magdedesisyon kami kung kinakailangan ba ng inyong kundisyon sa kalusugan na mabigyan kayo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw. Kung hindi namin aaprubahan ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw, papadalhan namin kayo ng sulat na:

- Nagpapaliwanag na gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.
- Ipinapaliwanag kung hihiling ang inyong doktor ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, awtomatiko naming ibibigay ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw.
- Ipinapaliwanag na maaari kayong makapaghain ng mabilis na reklamo tungkol sa desisyon naming bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw na hiniling ninyo.

Hakbang 2: Hilingin sa aming plano na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw o mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

- Simulan sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o pag-fax sa aming plano ng kahilingan ninyong pahintulutan o ipagkaloob ang pagsaklaw para sa medikal na pangangalagang gusto ninyo. Ito ay magagawa ninyo, ng inyong doktor, o ng inyong kinatawan. May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.

Hakbang 3: Pag-iisipan namin ang tungkol sa inyong kahilingan para sa pagsaklaw sa medikal na pangangalaga at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

Para sa mga karaniwang desisyon sa pagsaklaw, ginagamit namin ang mga karaniwang deadline.

Ibig sabihin nito ay bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 7 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan para sa isang medikal na item o serbisyo na sumasailalim sa aming mga panuntunan ng paunang awtorisasyon. Kung ang inyong hiniling na medikal na item o serbisyo ay hindi sumasailalim sa aming mga panuntunan ng paunang awtorisasyon, bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B, bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.

- **Gayunpaman,** kung hihiling kayo ng karagdagang oras, o kung kakailanganin naming mangalap ng higit pang impormasyong makakatulong sa inyo, **maaaring abutin kami nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo** kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.

- Kung naniniwala kayong *hindi* dapat kami maglaan ng karagdagang araw, maaari kayong maghain ng *mabilis na reklamo*. Bibigyan namin kayo ng sagot sa inyong reklamo sa sandaling makagawa kami ng desisyon. (Naiiba ang proseso ng paghahain ng reklamo sa proseso ng mga desisyon sa pagsaklaw at apela. Tingnan ang Seksyon 11 ng kabanatang ito para sa impormasyon tungkol sa mga reklamo.)

Para sa mga mabilisang desisyon sa pagsaklaw, gumagamit kami ng pinabilis na timeframe.

Ang ibig sabihin ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw ay sasagot kami sa loob ng 72 oras kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B, sasagot kami sa loob ng 24 na oras.

- **Gayunpaman,** kung hihiling kayo ng karagdagang oras, o kung kakailanganin naming mangalap ng higit pang impormasyong makakatulong sa inyo, **maaaring abutin kami nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo**. Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.

- Kung naniniwala kayong *hindi* dapat kami maglaan ng karagdagang araw, maaari kayong maghain ng *mabilis na reklamo*. (Tingnan ang Seksyon 11 para sa impormasyon tungkol sa mga reklamo.) Tatawagan namin kayo sa sandaling makagawa kami ng desisyon.

- Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling, magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin.

Hakbang 4: Kung hindi ang sagot namin sa inyong kahilingan sa pagsaklaw para sa medikal na pangangalaga, maaari kayong umapela.

Kung sasabihin naming hindi, may karapatan kayong hilingin sa amin na isaalang-alang muli ang pasyang ito sa pamamagitan ng paghahain ng apela. Ang ibig sabihin nito ay muling paghiling na makuha ang pagsaklaw sa medikal na pangangalagang gusto ninyo. Kung maghahain kayo ng apela, nangangahulugan itong uusad kayo sa Antas 1 ng proseso ng mga apela.

Seksyon 6.3 Paano maghain ng Antas 1 na apela

Mga Legal na Termino:

Ang isang apela sa aming plano tungkol sa desisyon sa pagsaklaw sa isang medikal na pangangalaga ay tinatawag na **muling pagsasaalang-alang** ng plano.

Ang mabilis na apela ay tinatawag ding **pinabilis na muling pagsasaalang-alang**.

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan ninyo ng karaniwang apela o mabilis na apela.

Karaniwang ginagawa ang isang karaniwang apela sa loob ng 30 araw sa kalendaryo o 7 araw sa kalendaryo para sa Bahagi B na mga gamot. Ang mabilis na apela ay ginagawa sa loob ng 72 na oras.

- Kung umaapela kayo sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa pagsaklaw sa pangangalaga, kakailanganin ninyo at ng inyong doktor na magpasya kung kailangan ninyo ng mabilis na apela. Kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kinakailangan ang mabilis na apela dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, bibigyan namin kayo ng mabilis na apela.
- Ang mga kinakailangan sa pagkuha ng mabilis na apela ay kapareho lang ng mga kinakailangan sa paghingi ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw sa Seksyon 6.2 ng kabanatang ito.

Hakbang 2: Humiling sa aming plano ng apela o mabilis na apela

- **Kung humihiling kayo ng karaniwang apela, isumite ang inyong karaniwang apela sa sulat.** Maaari rin kayong humiling ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin. May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.
- **Kung humihiling kayo ng mabilis na apela, maghain kayo ng apela sa sulat o tumawag sa amin.** May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.
- **Dapat kayong magsumite ng inyong kahilingan sa apela sa loob ng 65 araw sa kalendaryo** mula sa petsa ng nakasulat na abiso na ipinadala namin para sabihin sa inyo ang aming sagot sa inyong kahilingan para sa desisyon sa pagsaklaw. Kung hindi ninyo mahahabol ang deadline na ito at mayroon kayong magandang dahilan para dito, ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela kapag umapela kayo. Maaari namin kayong bigyan ng higit pang oras upang maghain ng apela. Kabilang sa mga halimbawa ng magandang dahilan kaya hindi ninyo

nagawang makipag-ugnayan sa amin ay nagkaroon kayo ng malubhang karamdaman o kung hindi tama o hindi kumpleto ang impormasyong naibigay namin sa inyo tungkol sa deadline sa paghiling ng apela.

- **Maaari kayong humiling ng kopya ng impormasyon kaugnay ng inyong medikal na desisyon. Kayo at ang inyong doktor ay maaari ring magbigay ng higit pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.**

Hakbang 3: Isasaalang-alang namin ang inyong apela at, bibigyan namin kayo ng aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang inyong apela, tinitingnan namin nang mabuti ang lahat ng impormasyon. Titingnan namin kung sinusunod namin ang lahat ng panuntunan noong sumagot kami ng hindi sa inyong kahilingan.

- Mangangalap kami ng higit pang impormasyon kung kinakailangan at maaaring makipag-ugnayan sa inyo o sa inyong doktor.

Mga deadline para sa mabilis na apela

- Para sa mga mabilis na apela, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong apela**. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.

    - Kung hihiling kayo ng karagdagang oras, o kung kakailanganin naming mangalap ng higit pang impormasyong makakatulong sa inyo, **maaaring abutin kami nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo** kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.

    - Kung hindi namin kayo mabigyan ng sagot sa loob ng 72 oras (o sa katapusan ng pinalawig na yugto ng oras kung naglaan kami ng karagdagang araw), kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Aabisuhan kayo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa sulat kapag natanggap na nila ang inyong apela. Ipinapaliwanag sa Seksyon 6.4 ang proseso ng Antas 2 na apela.

- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.

- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling,** ipapadala namin sa inyo ang aming desisyon sa sulat at awtomatiko naming ipapadala ang inyong apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa Antas 2 na apela. Aabisuhan kayo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa sulat kapag natanggap na nila ang inyong apela.

Mga deadline para sa isang karaniwang apela

- Para sa mga karaniwang apela, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela. Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B na hindi pa ninyo natatanggap, bibigyan namin kayo ng sagot **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** matapos naming matanggap ang inyong apela. Ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon nang mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kundisyon sa kalusugan.
    - Gayunpaman, kung hihiling kayo ng karagdagang oras, o kung kakailanganin naming mangalap ng higit pang impormasyong makakatulong sa inyo, **maaaring abutin kami nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo** kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.
    - Kung naniniwala kayong *hindi* dapat kami maglaan ng karagdagang araw, maaari kayong maghain ng mabilis na reklamo. Kapag maghahain kayo ng mabilis na reklamo, magbibigay kami ng sagot sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras. (Tingnan ang Seksyon 11 para sa impormasyon tungkol sa mga reklamo.)
    - Kung hindi namin kayo mabigyan ng sagot hanggang sa deadline (o hanggang sa katapusan ng pinalawig na yugto ng panahon), ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 na apela kung saan susuriin ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang apela. Aabisuhan kayo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa sulat kapag natanggap na nila ang inyong apela. Ipinapaliwanag sa Seksyon 6.4 ang proseso ng Antas 2 na apela.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw sa loob ng 30 araw sa kalendaryo kung ang inyong kahilingan ay para sa medikal na item o serbisyo, o **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** kung ang inyong kahilingan ay para sa Bahagi B na gamot.
- **Kung hindi ang sagot ng aming plano sa isang bahagi o sa lahat ng inyong apela,** awtomatiko naming ipapadala ang inyong apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa isang Antas 2 na apela. Aabisuhan kayo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa sulat kapag natanggap na nila ang inyong apela.

Seksyon 6.4 Ang proseso ng Antas 2 na apela

Legal na Termino:

Ang pormal na pangalan para sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay **Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri**. Tinatawag ito minsang **Independent Review Entity o IRE**.

Ang **hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay isang hiwalay na organisasyong kinuha ng Medicare**. Wala itong koneksyon sa amin at ito ay hindi isang ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang nagpapasya kung tama o dapat bang baguhin ang naging desisyon namin. Pinangangasiwaan ng Medicare ang gawain nito.

Hakbang 1: Sinusuri ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang inyong apela.

- Ipapadala namin ang impormasyon tungkol sa inyong apela sa organisasyong ito. Tinatawag ang impormasyong ito na inyong **dokumento ng kaso. May karapatan kayong humingi sa amin ng kopya ng inyong dokumento ng kaso**.
- May karapatan kayong magbigay sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ng karagdagang impormasyon upang masuportahan ang inyong apela.
- Susuriing mabuti ng mga tagasuri sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong apela.

Kung nagkaroon kayo ng mabilis na apela sa Antas 1, mayroon rin kayong mabilis na apela sa Antas 2.

- Para sa mabilis na apela, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat na magbigay ng sagot sa inyong Antas 2 na apela **sa loob ng 72 oras** kung kailan nito natanggap ang inyong apela.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo at kailangan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na mangalap ng higit pang impormasyon na maaaring makatulong sa inyo, **maaari itong umabot nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo**. Kung kailangan pa nila ng mga karagdagang araw, aabisuhan nila kayo sa pamamagitan ng sulat. Ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay hindi maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.

Kung nagkaroon kayo ng karaniwang apela sa Antas 1, mayroon rin kayong karaniwang apela sa Antas 2.

- Para sa karaniwang apela, kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat na magbigay ng sagot sa inyong Antas 2 na apela **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** kung kailan nito natanggap ang inyong apela. Kung ang inyong kahilingan ay para sa gamot sa Bahagi B, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat na magbigay ng sagot sa inyong Antas 2 na apela **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** kung kailan nito natanggap ang inyong apela.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo at kailangan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na mangalap ng higit pang impormasyon na maaaring makatulong sa inyo, **maaari itong umabot nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo**. Kung kailangan pa nila ng mga karagdagang araw, aabisuhan nila kayo sa pamamagitan ng sulat. Ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay hindi maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.

Hakbang 2: Ibibigay sa inyo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang sagot nito.

Sasabihin sa inyo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang desisyon nito sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag nito ang mga dahilan ng desisyon.

- **Kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling para sa isang medikal na item o serbisyo**, dapat naming pahintulutan ang pagsaklaw sa medikal na pangangalaga sa loob ng **72 oras** o ibigay ang serbisyo sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa **mga karaniwang kahilingan**. Para sa mga **pinabilis na kahilingan**, mayroon kaming **72 oras** mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

- **Kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa bahagi o lahat ng inyong hiniling para sa isang gamot sa Bahagi B**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang gamot sa Bahagi B sa loob ng **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa **mga karaniwang kahilingan**. Para sa mga **pinabilis na kahilingan**, mayroon kaming **24 na oras** mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

- **Kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o lahat ng inyong apela,** ibig sabihin nito ay sumasang-ayon sila sa aming plano na hindi dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o ang bahagi ng inyong kahilingan) para sa pagsaklaw sa medikal na pangangalaga. (Tinatawag itong **pagsuporta sa desisyon** o **pagtanggi sa inyong apela**.) Sa kasong ito, papadalhan kayo ng sulat ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na:
    - Nagpapaliwanag sa naging desisyon.
    - Nagpapaalam sa inyo tungkol sa inyong karapatan para sa Antas 3 na apela kung natutugunan ng halaga sa dolyar ng pagsaklaw sa medikal na pangangalagang na hinihiling ninyo ang isang partikular na minimum. Sasabihin sa inyo sa abisong matatanggap ninyo mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang kinakailangang dolyar na halaga upang makapagpatuloy sa proseso ng mga apela.
    - Nagsasabi sa inyo kung paano maghain ng Antas 3 na apela.

Hakbang 3: Kung makakatugon ang inyong kaso sa mga kinakailangan, kayo ang magpapasya kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas na antas ang inyong apela.

- May 3 karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang 5 antas ng apela). Kung magpapasya kayong maghain ng Antas 3 na apela, makikita ang mga detalye sa abisong sulat na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong Antas 2 na apela.

- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado. Ipinapaliwanag sa Seksyon 10 ang mga proseso ng Antas 3, 4, at 5 na mga apela.

Seksyon 6.5 Kung hihiling kayo sa amin na bayaran kayo para sa bill na natanggap ninyo para sa medikal na pangangalaga

Kung nakapagbayad na kayo para sa isang serbisyo o item ng California Medi-Cal (Medicaid) na sinasaklaw ng aming plano, hilingin sa aming plano na bayaran kayo (ibalik ang inyong ibinayad). Karapatan ninyong mabayaran ng aming plano sa tuwing mas malaki ang inyong binayaran para sa mga medikal na serbisyo o gamot na sinasaklaw ng aming plano. Kapag nagpadala kayo sa amin ng bill na binayaran na ninyo, titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo o gamot. Kung magdesisyon kami na dapat saklawin ang mga ito, babayaran namin kayo para sa mga serbisyo o gamot.

Ang paghingi ng bayad para sa nagastos ninyo ay paghingi sa amin ng desisyon sa pagsaklaw

Kung papadalhan ninyo kami ng papeles na humihiling ng pagbabalik ng bayad, humihiling kayo ng desisyon sa pagsaklaw. Upang gawin ang desisyong ito, susuriin namin kung sinasaklaw ang medikal na pangangalagang binayaran ninyo. Titingnan din namin kung sinunod ninyo ang mga panuntunan sa paggamit ng inyong saklaw para sa medikal na pangangalaga.

- **Kung oo ang sagot namin sa inyong kahilingan:** Kung sinasaklaw ang medikal na pangangalaga at sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa inyo ang bayad para sa gastos sa loob ng 30 araw sa kalendaryo, ngunit hindi lalampas sa 60 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Kung hindi pa ninyo nababayaran ang medikal na pangangalaga, direkta naming ipapadala ang bayad sa tagapagbigay ng serbisyo.

- **Kung hindi ang sagot namin sa inyong kahilingan:** Kung hindi sinasaklaw ang medikal na pangangalaga, o kung *hindi* ninyo sinunod ang lahat ng panuntunan, hindi kami magpapadala ng bayad. Sa halip, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagsasabing hindi namin babayaran ang medikal na pangangalaga at ang mga dahilan kung bakit.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyong tanggihan kayo, **maaari kayong maghain ng apela**. Kung maghahain kayo ng apela, ibig sabihin nito ay hinihiling ninyo sa amin na baguhin namin ang aming desisyon sa pagsaklaw na tanggihan ang inyong kahilingan para sa pagbabayad.

Upang ihain ang apelang ito, sundin ang proseso para sa mga apela sa Seksyon 6.3. Para sa mga apelang nauugnay sa pagbabalik ng bayad, tandaan:

- Dapat naming maibigay ang aming sagot sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong apela. Kung hinihiling ninyo sa aming ibalik ang ibinayad ninyo para sa medikal na pangangalagang natanggap at binayaran na ninyo, hindi kayo pinapayagang maghain ng mabilis na apela.

- Kung magpasya ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na dapat kaming magbayad, papadalhan namin kayo o ang tagapagbigay ng serbisyo ng bayad sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung oo ang sagot sa inyong apela sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala sa inyo o sa tagapagbigay ng serbisyo ang bayad na hiningi ninyo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo.

SEKSYON 7 Bahagi D na mga gamot: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela

Seksyon 7.1 Isinasaad sa inyo ng seksyon ito kung ano ang dapat gawin kung magkakaproblema kayo sa pagkuha ng gamot sa Bahagi D o kung nais ninyong bayaran namin kayo para sa isang Bahagi D na gamot

Kasama sa inyong mga benepisyo ang pagsaklaw para sa maraming inireresetang gamot. Upang masaklaw, dapat ay ginagamit ang gamot para sa indikasyong medikal na tinatanggap. (Tingnan ang Kabanata 5 para sa higit pang impormasyon tungkol sa indikasyong medikal na tinatanggap.) Para sa mga detalye tungkol sa Bahagi D na mga gamot, mga panuntunan, paghihigpit, at gastusin, tingnan ang Kabanata 5 at 6. **Ang seksyong ito ay tungkol lang sa inyong Bahagi D na mga gamot.** Upang pasimplehin ang lahat, madalas naming babanggitin ang salitang *gamot* sa buong bahagi ng seksyong ito, sa halip na paulit-ulit na banggitin ang *saklaw na inireresetang gamot para sa outpatient* o *Bahagi D na mga Gamot*. Gagamitin din namin ang terminong Listahan ng Gamot sa halip na *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* o pormularyo.

- Kung hindi ninyo alam kung sinasaklaw ang isang gamot o kung natutugunan ninyo ang mga panuntunan, maaari kayong magtanong sa amin. May ilang gamot na kinakailangan ninyong kumuha ng pag-apruba mula sa amin bago namin ito saklawin.
- Kung sasabihin sa inyo ng parmasya ninyo na hindi maaaring ibigay ang nakasulat sa inyong reseta, bibigyan kayo ng parmasya ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano makikipag-ugnayan sa amin upang humingi ng desisyon sa pagsaklaw.

Mga desisyon sa pagsaklaw at apela sa Bahagi D

Legal na Termino:

Ang desisyon sa panimulang pagsaklaw tungkol sa inyong Bahagi D na mga gamot ay tinatawag na **desisyon sa pagsaklaw**.

Ang desisyon sa pagsaklaw ay isang desisyong ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa inyong mga gamot. Isinasaad sa seksyong ito ang maaari ninyong gawin kung kayo ay nasa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Paghiling sa amin na saklawin ang isang Bahagi D na gamot na wala sa Listahan ng Gamot ng aming plano. **Humiling ng eksepsiyon. Seksyon 7.2**
- Paghiling na alisin ang paghihigpit ng aming plano sa pagsaklaw sa isang gamot (gaya ng mga limitasyon sa dami ng gamot na makukuha ninyo) **Humiling ng eksepsiyon. Seksyon 7.2**

- Paghiling na magbayad ng mas mababang halaga ng bahagian sa gastos para sa isang saklaw ng gamot sa isang mas mataas na tier ng bahagian sa gastos. **Humiling ng eksepsiyon. Seksyon 7.2**
- Paghiling ng paunang pag-apruba para sa isang gamot. **Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 7.4**
- Bayaran ang inireresetang gamot na nabili na ninyo. **Maaari ninyong hilingin na bayaran namin kayo. Seksyon 7.4**

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa ginawa naming desisyon sa pagsaklaw, maaari ninyong iapela ang aming desisyon.

Makikita ninyo sa seksyong ito kung paano humiling ng mga desisyon sa pagsaklaw at apela.

Seksyon 7.2 Paghiling ng eksepsiyon

Mga Legal na Termino:

Ang paghiling para sa pagsaklaw ng gamot na wala sa Listahan ng Gamot ay isang **eksepsiyon sa pormularyo**.

Ang paghiling na alisin ang paghihigpit sa pagsaklaw para sa isang gamot ay isang **eksepsiyon sa pormularyo**.

Ang paghiling na magbayad ng mas mababang halaga para sa sinasaklaw na hindi preferred na gamot ay isang **eksepsiyon sa tier**.

Kung hindi sinasaklaw ang isang gamot sa paraang gusto ninyo, maaari kayong humiling sa amin na gumawa ng **eksepsiyon**. Ang eksepsiyon ay isang uri ng desisyon sa pagsaklaw.

Upang isaalang-alang namin ang inyong eksepsiyon, kakailanganin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na ipaliwanag ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan ninyong mapaaprubahan ang eksepsiyon. Narito ang 3 halimbawa ng mga eksepsiyon na maaaring hingin ninyo o ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta sa amin na gawin:

1. **Pagsaklaw sa isang Bahagi D na gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot.** Kung sasang-ayon kaming saklawin ang isang gamot na wala sa Listahan ng Gamot, kakailanganin ninyong bayaran ang halaga ng bahagian sa gastos na nalalapat sa mga gamot sa Tier 3 (Mga Hindi Preferred na Gamot). Hindi kayo maaaring humiling ng eksepsiyon sa halagang ng bahagian sa gastos na hinihiling naming bayaran ninyo para sa gamot kapag sumang-ayon kaming saklawin ang isang gamot na wala sa Listahan ng Gamot.

2. **Pag-alis ng paghihigpit para sa isang saklaw na gamot.** Inilalarawan ng Kabanata 5 ang mga karagdagang panuntunan o paghihigpit na nalalapat sa ilang partikular na gamot sa aming Listahan ng Gamot. Kung sumang-ayon kaming magbigay eksepsiyon at alisin namin ang paghihigpit para sa inyo, maaari pa rin kayong humiling ng eksepsiyon sa halaga ng bahagian sa gastos na hinihiling naming bayaran ninyo para sa gamot.

3. **Pagbabago ng pagsaklaw sa isang gamot tungo sa tier na may mas mababang bahagian sa gastos.** Ang bawat gamot na nasa aming Listahan ng Gamot ay nasa isa sa anim na tier ng bahagian sa gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mababa ang antas ng tier ng bahagian sa gastos, mas mababa rin ang babayaran ninyong bahagi ng gastos sa gamot.

    - Kung may (mga) alternatibong gamot sa aming Listahan ng Gamot para sa paggamot ng inyong medikal na kundisyon na nasa mas mababang tier ng bahagian sa gastos ito kaysa sa tier ng inyong gamot, maaari ninyong hilingin sa aming saklawin ang inyong gamot sa halaga ng bahagian sa gastos na nalalapat sa (mga) alternatibong gamot.

    - Kung ang gamot na inyong iniinom ay isang biological na produkto, maaari ninyong hilingin sa amin na saklawin ang inyong gamot sa mas mababang halaga ng bahagian sa gastos. Ito ang pinakamababang tier na nagpapaloob ng mga alternatibong biological na produkto para sa paggamot ng inyong kundisyon.

    - Kung branded na gamot ang iniinom ninyo, maaari ninyong hilingin sa aming saklawin ang inyong gamot sa halaga ng bahagian sa gastos na nalalapat sa pinakamababang tier kung nasaan ang mga branded na alternatibo para sa paggamot ng inyong kundisyon.

    - Kung generic na gamot ang iniinom ninyo, maaari ninyong hilingin sa aming saklawin ang inyong gamot sa halaga ng bahagian sa gastos na nalalapat sa pinakamababang tier kung nasaan ang alinman sa mga branded o generic na alternatibo para sa paggamot ng inyong kundisyon.

    - Hindi ninyo maaaring hilingin sa aming palitan ang tier ng bahagian sa gastos para sa anumang gamot sa Tier 5 (Mga Gamot sa Specialty na Tier).

    - Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan para sa eksepsiyon sa tier at may mahigit sa isang tier na may mas mababang bahagian sa gastos na may alternatibong gamot na hindi ninyo maaaring inumin, kadalasan na ang pinakamababang halaga ang babayaran ninyo.

Seksyon 7.3 Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng eksepsiyon

Dapat sabihin sa amin ng inyong doktor ang mga medikal na dahilan

Dapat magbigay sa amin ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta ng pahayag na nagpapaliwanag ng mga medikal na dahilan kung bakit kayo humihiling ng eksepsiyon. Para sa mas mabilis na desisyon, isama ang medikal na impormasyong ito mula sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta kapag humiling kayo ng eksepsiyon.

Ang aming Listahan ng Gamot ay kadalasang may kasamang higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kundisyon. Ang iba't ibang posibilidad na ito ay tinatawag na mga **alternatibong** gamot. Kung ang isang alternatibong gamot ay magiging kasing bisa ng gamot na hinihiling ninyo at hindi magdudulot ng higit pang side effect o iba pang problema sa kalusugan, hindi namin aaprubahan sa pangkalahatan ang inyong kahilingan para sa eksepsiyon. Kung hihiling kayo sa amin ng eksepsiyon sa tier, karaniwan na hindi namin aaprubahan ang inyong kahilingan para sa eksepsiyon maliban na lang kung hindi rin magiging mabisa para sa inyo o kung posibleng magdulot sa inyo ng masama o iba pang panganib ang lahat ng alternatibong gamot na nasa (mga) tier na may mas mababang bahagian sa gastos.

Maaari kaming sumagot ng oo o hindi sa inyong kahilingan

- Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan para sa isang eksepsiyon, karaniwang may-bisa ang pag-apruba namin hanggang sa katapusan ng taon ng aming plano. Umiiral ito hangga't inirereseta sa inyo ng doktor ang gamot at patuloy na magiging ligtas at epektibo ang gamot para sa paggamot ng inyong kundisyon.
- Kung hindi ang isasagot namin sa inyong kahilingan, maaari kayong humiling ng pagsusuri sa pamamagitan ng paghahain ng apela.

Seksyon 7.4 Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang eksepsiyon

Legal na termino:

Ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw ay tinatawag na **pinabilis na desisyon sa pagsaklaw**.

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan ninyo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

Ang **mga karaniwang desisyon sa pagsaklaw** ay ginagawa sa loob ng **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Ang **mabilisang desisyon sa pagsaklaw** ay ginagawa sa loob ng **24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, hilingin sa aming magbigay sa inyo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw. **Upang makakuha ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, dapat ninyong matugunan ang 2 kinakailangan:**

- Dapat kayong humiling para sa isang gamot na hindi pa ninyo nakuha. (Hindi kayo maaaring humiling ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw upang maibalik namin ang nagastos ninyo para sa isang gamot na nabili na ninyo.)
- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay maaaring magdulot ng malubhang kapahamakan sa inyong kalusugan o makapinsala sa inyong kakayahang kumilos.

- **Kung sasabihin sa amin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na kinakailangan ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, awtomatiko naming sasang-ayunan ang pagbibigay sa inyo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw.**
- **Kung kayo lang mismo ang hihingi ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, nang walang suporta ng inyong doktor o tagapagreseta, magdedesisyon kami kung kinakailangan ba ng inyong kundisyon sa kalusugan na mabigyan kayo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw.** Kung hindi namin aaprubahan ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw, papadalhan namin kayo ng sulat na:
    - Nagpapaliwanag na gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.
    - Nagpapaliwanag na kung hihiling ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, awtomatiko naming ibibigay ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw.
    - Ipapaalam sa inyo kung paano kayo makakapaghain ng mabilis na reklamo tungkol sa desisyon naming bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw na hiniling ninyo. Sasagutin namin ang inyong reklamo sa loob ng 24 na oras mula nang matanggap namin ito.

Hakbang 2: Humiling ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

Simulan sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o pag-fax sa aming plano upang hilingin sa amin na pahintulutan o ipagkaloob ang pagsaklaw para sa medikal na pangangalaga na gusto ninyo. Maaari rin ninyong i-access sa aming website ang proseso ng desisyon sa pagsaklaw. Dapat ay matanggap namin ang anumang nakasulat na kahilingan, kabilang ang kahilingan na isinumite sa *Form ng Kahilingan sa Desisyon sa Pagsaklaw ng Model ng CMS*, na available sa aming website sa go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations. May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2. Upang tulungan kaming iproseso ang inyong kahilingan, isama ang inyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyong nagpapakita kung anong tinanggihang claim ang inaapela.

Ito ay magagawa ninyo, ng inyong doktor, (o ng iba ninyong tagapagreseta) o ng inyong kinatawan. Maaari rin kayong kumuha ng abogadong kikilos para sa inyo. Makikita ninyo sa Seksyon 5.1 ng kabanatang ito kung paano ninyo maaaring bigyan ng nakasulat na pahintulot ang isang tao upang makakilos siya bilang kinatawan ninyo.

- **Kung humihiling kayo ng isang eksepsiyon, ibigay ang pansuportang pahayag,** na siyang mga medikal na dahilan para sa eksepsiyon. Maaaring ipadala sa amin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta ang pahayag sa pamamagitan ng fax o koreo. O kaya, maaari itong sabihin sa amin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta sa tawag at pagkatapos ay ipadala ang nakasulat na pahayag sa fax o sa koreo kung kinakailangan.

Hakbang 3: Isasaalang-alang namin ang inyong kahilingan at bibigyan namin kayo ng aming sagot.

Mga deadline para sa isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw

- Sa karaniwan ay dapat naming maibigay ang aming sagot sa **loob ng 24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
    - Para sa mga eksepsiyon, magbibigay kami sa inyo ng aming sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng inyong doktor. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
    - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipapaalam namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat kung naipadala na ang inyong kahilingan sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling,** dapat naming ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang pahayag ng doktor ninyo na sumusuporta sa inyong kahilingan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling**, magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa inyo kung paano kayo aapela.

Mga deadline para sa isang karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa isang gamot na hindi pa ninyo nakuha

- Sa karaniwan ay dapat naming maibigay ang aming sagot sa **loob ng 72 na oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
    - Para sa mga eksepsiyon, magbibigay kami sa inyo ng aming sagot sa loob ng 72 na oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng inyong doktor. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
    - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipapaalam namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat kung naipadala na ang inyong kahilingan sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling**, dapat naming **ibigay ang pagsaklaw** na sinang-ayunan naming ibigay **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang pahayag ng doktor ninyo na sumusuporta sa inyong kahilingan.

- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling**, magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa inyo kung paano kayo aapela.

Mga deadline para sa karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa bayad para sa isang 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, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipapaalam namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat kung ang inyong kahilingan ay naipadala na sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling,** kinakailangan din namin kayong bayaran sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling**, magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa inyo kung paano kayo aapela.

Hakbang 4: Kung hindi ang isasagot namin sa inyong kahilingan sa pagsaklaw, maaari kayong maghain ng apela.

- Kung sasabihin naming hindi, may karapatan kayong hilingin sa amin na isaalang-alang muli ang pasyang ito sa pamamagitan ng paghahain ng apela. Ang ibig sabihin nito ay muling paghiling na makuha ang pagsaklaw sa gamot na gusto ninyo. Kung maghahain kayo ng apela, nangangahulugan itong uusad kayo sa Antas 1 ng proseso ng mga apela.

Seksyon 7.5 Paano maghain ng Antas 1 na apela

Mga Legal na Termino:

Ang isang apela sa aming plano tungkol sa desisyon sa pagsaklaw ng Bahagi D na gamot ay tinatawag na muling pagpapasya ng plano.

Ang mabilis na apela ay tinatawag na **pinabilis na muling pagpapasya.**

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan ninyo ng karaniwang apela o mabilis na apela.

Karaniwang ginagawa ang isang karaniwang apela sa loob ng 7 araw sa kalendaryo. Ang mabilis na apela ay ginagawa sa loob ng 72 na oras. Kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

- Kung umaapela kayo sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa isang gamot na hindi ninyo nakuha, kakailanganin ninyo at ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na magpasya kung kailangan ninyo ng mabilis na apela.
- Ang mga kinakailangan sa pagkuha ng mabilis na apela ay kapareho lang ng mga kinakailangan sa paghingi ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw sa Seksyon 7.4 ng kabanatang ito.

Hakbang 2: Kayo, ang inyong kinatawan, doktor, o iba pang tagapagreseta ay dapat makipag-ugnayan sa amin at gawin ang inyong Antas 1 na apela. Kung kailangan ninyo ng mabilis na tugon dahil sa inyong kalusugan, dapat kayong humiling ng mabilis na apela.

- **Para sa mga karaniwang apela, magsumite ng nakasulat na kahilingan o tawagan kami. May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.**
- **Para sa mga mabilis na apela, magsumite ng nakasulat na apela o tawagan kami sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa: 711).** May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.
- **Dapat ay matanggap namin ang anumang nakasulat na kahilingan,** kabilang ang kahilingang isinumite sa *Form ng Kahilingan sa Muling Pagpapasya ng Model ng CMS*, na available sa aming website sa go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations. Isama ang inyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa inyong claim upang tulungan kaming iproseso ang inyong kahilingan.
- **Dapat kayong magsumite ng inyong kahilingan sa apela sa loob ng 65 araw sa kalendaryo** mula sa petsa ng nakasulat na abiso na ipinadala namin para sabihin sa inyo ang aming sagot sa inyong kahilingan para sa desisyon sa pagsaklaw. Kung hindi ninyo mahahabol ang deadline na ito at mayroon kayong magandang dahilan para dito, ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela kapag umapela kayo. Maaari namin kayong bigyan ng higit pang oras upang maghain ng apela. Kabilang sa mga halimbawa ng magandang dahilan kaya hindi ninyo nagawang makipag-ugnayan sa amin ay nagkaroon kayo ng malubhang karamdaman o kung hindi tama o hindi kumpleto ang impormasyong naibigay namin sa inyo tungkol sa deadline sa paghiling ng apela.
- **Maaari kayong humingi ng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela at magdagdag pa ng impormasyon.** Kayo at ang inyong doktor ay maaari ring magbigay ng higit pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Hakbang 3: Isasaalang-alang namin ang inyong apela at bibigyan namin kayo ng aming sagot.

- Kapag sinuri namin ang inyong apela, tinitingnan namin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan para sa pagsaklaw. Titingnan namin kung sinusunod namin ang lahat ng panuntunan noong sumagot kami ng hindi sa inyong kahilingan.
- Maaari kaming makipag-ugnayan sa inyo o sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta upang kumuha ng higit pang impormasyon.

Mga deadline para sa mabilis na apela

- Para sa mga mabilis na apela, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong apela**. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
    - Kung hindi namin kayo mabigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipapaalam namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat kung naipadala na ang inyong kahilingan sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipinapaliwanag sa Seksyon 7.6 ang proseso ng Antas 2 na apela.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling,** dapat naming ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling,** magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin at kung paano ninyo iaapela ang aming desisyon.

Mga deadline para sa isang karaniwang apela para sa isang gamot na hindi pa ninyo nakuha

- Para sa mga karaniwang apela, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela. Mas maaga naming ibibigay sa inyo ang aming desisyon kung hindi pa ninyo natanggap ang gamot at kung kinakailangan ito dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan.
    - Kung hindi namin kayo mabigyan ng desisyon sa loob ng 7 araw sa kalendaryo, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipapaalam namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat kung naipadala na ang inyong kahilingan sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipinapaliwanag sa Seksyon 7.6 ang proseso ng Antas 2 na apela.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling,** dapat naming ibigay ang pagsaklaw sa pinakamabilis na paraan ayon sa kinakailangan ng inyong kalusugan, ngunit hindi dapat abutin nang **7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling,** magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin at kung paano ninyo iaapela ang aming desisyon.

Mga deadline para sa karaniwang apela tungkol sa bayad para sa isang 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, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan ninyo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela, kung saan susuriin ito ng isang

hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipapaalam namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat kung naipadala na ang inyong kahilingan sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling,** kinakailangan din namin kayong bayaran sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling**, magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa inyo kung paano kayo aapela.

Hakbang 4: Kung hindi ang isasagot namin sa inyong apela, kayo ang magpapasya kung gusto ninyong magpatuloy sa proseso ng mga apela at maghain ng *panibagong* apela.

- Kung magpasya kayong maghain ng panibagong apela, ibig sabihin nito ay dadalhin ang inyong apela sa Antas 2 ng proseso ng mga apela.

Seksyon 7.6 Paano maghain ng Antas 2 na apela

Legal na Termino

Ang pormal na pangalan para sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay **Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri**. Tinatawag ito minsang **IRE**.

Ang **hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay isang hiwalay na organisasyong kinuha ng Medicare**. Wala itong koneksyon sa amin at ito ay hindi isang ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang nagpapasya kung tama o dapat bang baguhin ang naging desisyon namin. Pinangangasiwaan ng Medicare ang gawain nito.

Hakbang 1: Dapat kayong (o ang inyong kinatawan o ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta) makipag-ugnayan sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri at humiling ng pagsusuri ng inyong kaso.

- Kung hindi ang isasagot namin sa inyong Antas 1 na apela, kasama sa nakasulat na abiso na ipapadala namin sa inyo ang **mga tagubilin kung paano maghain ng Antas 2 na apela** sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Nakasaad sa mga tagubiling ito kung sino ang maaaring maghain ng Antas 2 na apela, ano ang mga deadline na dapat ninyong sundin, at paano makikipag-ugnayan sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Dapat kayong maghain ng apela sa loob ng 65 araw sa kalendaryo** mula sa petsa ng nakasulat na abiso.
- Kung hindi namin kukumpletuhin ang aming pagsusuri sa naaangkop na timeframe o hindi pabor sa inyo ang desisyon namin kaugnay ng pagtukoy sa **nanganganib** na pagpapasya sa ilalim ng aming programa ng pamamahala sa gamot, awtomatiko naming ipapasa ang inyong

kahilingan sa hiwalay na entidad sa pagsusuri. Ipapaalam namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat kung naipadala na ang inyong kahilingan sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

- Ipapadala namin ang impormasyon tungkol sa inyong apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Tinatawag ang impormasyong ito na inyong **dokumento ng kaso. May karapatan kayong humingi sa amin ng kopya ng inyong dokumento ng kaso.**
- May karapatan kayong magbigay sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ng karagdagang impormasyon upang masuportahan ang inyong apela.

Hakbang 2: Susuriin ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang inyong apela.

- Susuriing mabuti ng mga tagasuri sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong apela.

Mga deadline para sa isang mabilis na apela

- Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa mabilis na apela.
- Kung sasang-ayon ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na bigyan kayo ng mabilis na apela, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat magbigay sa inyo ng sagot sa inyong Antas 2 na apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos nitong matanggap ang inyong kahilingan para sa apela.

Mga deadline para sa karaniwang apela

- Para sa mga karaniwang apela, dapat magbigay sa inyo ng sagot ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa inyong Antas 2 na apela sa **loob ng 7 araw sa kalendaryo** matapos nitong matanggap ang inyong apela kung upang ito sa gamot na hindi pa ninyo nakuha. Kung hinihiling ninyo sa amin na ibalik ibinayad ninyo para sa isang gamot na nabili na ninyo, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat magbigay sa inyo ng sagot sa inyong Antas 2 na apela **sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos nitong matanggap ang inyong kahilingan.

Hakbang 3: Ibibigay sa inyo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang sagot nito.

Para sa mga mabilis na apela:

- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling,** dapat naming **ibigay ang pagsaklaw sa gamot** na inaprubahan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

Para sa mga karaniwang apela:

- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling na pagsaklaw,** dapat naming **ibigay ang pagsaklaw sa gamot** na

inaprubahan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng inyong hiniling na ibalik ang inyong ibinayad** para sa isang gamot na nabili na ninyo, kinakailangan naming **ipadala ang bayad sa inyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

Paano kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa inyong apela?

Kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa bahagi o lahat ng inyong apela, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa aming desisyong huwag aprubahan ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong kahilingan). (Ito ay tinatawag na **pagsang-ayon sa desisyon**. Tinatawag din itong **pagtanggi sa inyong apela**.). Sa kasong ito, papadalhan kayo ng sulat ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na:

- Nagpapaliwanag sa naging desisyon.
- Nagpapaalam sa inyo tungkol sa inyong karapatan para sa Antas 3 na apela kung natutugunan ng halaga sa dolyar ng pagsaklaw sa gamot na hinihiling ninyo ang isang partikular na minimum. Kung masyadong mababa ang dolyar na halaga ng pagsaklaw sa gamot na hinihiling ninyo, hindi kayo makakapaghain ng panibagong apela at magiging pinal na ang desisyon sa Antas 2.
- Nagsasabi sa inyo tungkol sa halaga ng dolyar na dapat ay nasa di-pagkakasundo upang makapagpatuloy sa proseso ng pag-apela.

Hakbang 4: Kung makakatugon ang inyong kaso sa mga kinakailangan, kayo ang magpapasya kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas na antas ang inyong apela.

- May 3 karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang 5 antas ng apela).
- Kung magpapasya kayong maghain ng Antas 3 na apela, makikita ang mga detalye kung paano ito gawin sa nakasulat na abiso na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado. Ipinapaliwanag sa Seksyon 10 ang proseso ng Antas 3, 4, at 5 na mga apela.

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

Kapag na-admit kayo sa ospital, may karapatan kayong makuha ang lahat ng inyong saklaw na serbisyo sa ospital na kinakailangan upang masuri at magamot ang inyong karamdaman o injury.

Sa panahon ng saklaw ninyong pananatili sa ospital, makikipagtulungan sa inyo ang inyong doktor at tauhan ng ospital upang maghanda para sa araw ng inyong paglabas sa ospital. Tutulong din silang ayusin ang pangangalagang maaaring kailanganin ninyo pagkalabas ninyo.

- Ang araw ng paglabas ninyo sa ospital ay tinatawag na inyong **petsa ng pagkaka-discharge**.
- Kapag napagpasyahan na ang inyong petsa ng pagkaka-discharge, ipapaalam ito sa inyo ng doktor ninyo o ng mga kawani ng ospital.
- Kung sa palagay ninyo ay masyado kayong maagang pinalabas sa ospital, maaari kayong humiling ng mas matagal na pamamalagi sa ospital at ang inyong kahilingan ay isasaalang-alang.

Seksyon 8.1 Sa panahon ng inyong pananatili sa ospital bilang pasyente, makakatanggap kayo ng nakasulat na abiso mula sa Medicare na nagpapaliwanag sa inyo ng tungkol sa inyong mga karapatan

Sa loob ng 2 araw sa kalendaryo ng pagkaka-admit sa ospital, bibigyan kayo ng nakasulat na abiso na tinatawag na *Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan*. Makakakuha ng kopya ng abisong ito ang lahat ng may Medicare. Kung hindi ninyo matatanggap ang abiso mula sa sinuman sa ospital (halimbawa, isang caseworker o nurse), hingin ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan ninyo ng tulong, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048).

1. **Basahin nang mabuti ang abisong ito at magtanong kung may hindi kayo naiintindihan tungkol dito.** Isinasaad nito sa inyo na:
    - Karapatan ninyong makatanggap ng mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng inyong pamamalagi sa ospital, ayon sa ibinilin ng inyong doktor. Kasama rito ang karapatang malaman kung ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito, at kung saan ninyo makukuha ang mga ito.
    - Ang inyong karapatang maging bahagi ng anumang desisyon tungkol sa inyong pananatili sa ospital.
    - Saan iuulat ang anumang alalahanin ninyo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga sa ospital.
    - Karapatan ninyong **humiling ng agarang pagsusuri** sa desisyong palabasin kayo kung sa palagay ninyo ay masyadong maaga kayong pinalabas sa ospital. Ito ay isang pormal, legal na paraan upang humiling na ipagpaliban ang petsa ng inyong pagkaka-discharge nang sa gayon ay mas mahabang panahon ng inyong pangangalaga sa ospital ang masaklaw namin.

2. **Hihilingin sa inyong lagdaan ang nakasulat na abiso upang ipahayag na natanggap ninyo ito at nauunawaan ninyo ang inyong mga karapatan.**

   - Dapat kayong lumagda sa abiso o ang taong kumikilos sa ngalan ninyo.
   - Ang paglagda sa abiso ay nagpapakita *lang* na natanggap ninyo ang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Hindi nakalagay sa abiso ang petsa ng inyong pagkaka-discharge. Ang paglagda sa abiso ay **hindi nangangahulugan** na sumasang-ayon kayo sa petsa ng pagkaka-discharge.

3. **Itago ang inyong kopya** ng abiso upang madali ninyong malaman ang impormasyon tungkol sa paghahain ng apela (o pag-uulat ng alalahanin tungkol sa kalidad ng pangangalaga) kung kakailanganin ninyo ito.

   - Kung lalagdaan ninyo ang abiso nang mahigit sa 2 araw sa kalendaryo bago ang petsa ng pagkaka-discharge ninyo sa ospital, makakatanggap kayo ng panibagong kopya bago ang nakaiskedyul na petsa ng paglabas ninyo.
   - Upang makita nang maaga ang kopya ng abisong ito, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari rin ninyong makuha ang abiso online sa CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Seksyon 8.2 Paano maghain ng Antas 1 na apela upang baguhin ang inyong petsa ng pagkaka-discharge sa ospital

Upang hilingin sa amin an saklawin ang inyong mga serbisyo sa ospital bilang pasyente nang mas matagal, gamitin ang proseso ng paghahain ng apela upang gawin ang kahilingang ito. Bago kayo magsimula, alamin kung ano ang kailangan ninyong gawin at kung ano ang mga deadline.

- **Sundin ang proseso**
- **Sumunod sa mga deadline**
- **Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito.** Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ninyo ng tulog, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). O tawagan ang inyong Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan (SHIP) para sa personalisadong tulong. Available ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng SHIP sa Kabanata 2, Seksyon 3.

Sa panahon ng Antas 1 na apela, susuriin ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong apela. Susuriin nito upang alamin kung medikal na nararapat para sa inyo ang nakaplanong petsa ng pagkaka-discharge ninyo sa ospital. Ang **Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad** ay isang pangkat ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at pahusayin ang kalidad ng pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. Kasama rito ang pagsusuri sa inyong mga petsa ng pagkaka-discharge sa ospital para sa mga taong may Medicare. Ang mga dalubhasang ito ay hindi bahagi ng aming plano.

Kabanata 9 Kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Hakbang 1: Makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad para sa inyong estado at humiling ng mabilis na pagsusuri sa inyong petsa ng paglabas sa ospital. Dapat kayong kumilos kaagad.

Paano kayo makikipag-ugnayan sa organisasyong ito?

- Makikita sa nakasulat na abisong natanggap ninyo (*Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare Tungkol sa Inyong Mga Karapatan*) kung paano makikipag-ugnayan sa organisasyong ito. O kaya hanapin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad para sa inyong estado sa Kabanata 2.

Kumilos kaagad:

- Upang maghain ng inyong apela, dapat kayong makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad *bago* kayo lumabas sa ospital at **bago lumampas ang hatinggabi ng araw ng petsa ng pag-discharge ninyo sa ospital**.
    - **Kung masusunod ninyo ang deadline na ito,** maaari kayong manatili sa ospital *pagkatapos* ng petsa ng inyong pagkaka-discharge sa ospital *nang hindi nagbabayad para dito* habang hinihintay ninyo ang desisyon mula sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad.
    - **Kung hindi ninyo matutugunan ang deadline na ito, makipag-ugnayan sa amin.** Kung magpapasya kayong manatili sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng pagkaka-discharge sa ospital, *maaaring kailanganin ninyong bayaran ang lahat ng gastos* para sa pangangalaga sa ospital na natanggap ninyo pagkalipas ng inyong nakaplanong petsa ng pagkaka-discharge sa ospital.
- Kapag humiling kayo ng agarang pagsusuri sa inyong paglabas sa ospital, makikipag-ugnayan sa amin ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad. Pagdating ng tanghali pagkatapos makipag-ugnayan sa amin, bibigyan namin kayo ng **Detalyadong Abiso ng Paglabas sa ospital**. Nakalagay sa abisong ito ang nakaplanong petsa ng pagkaka-discharge ninyo sa ospital at detalyado nitong ipinapaliwanag ang mga dahilan kung bakit sa pagalay ng inyong doktor, ng ospital, at namin, naaangkop (medikal na nararapat) na i-discharge kayo sa ospital sa petsang iyon.
- Makakakuha kayo ng sample ng **Detalyadong Abiso ng Pagkaka-discharge sa Ospital** sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.) O maaari kayong kumuha ng sample na abiso online sa CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Hakbang 2: Magsasagawa ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng hiwalay na pagsusuri ng inyong kaso.

- Itatanong sa inyo (o sa inyong kinatawan) ng mga propesyonal sa kalusugan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (ang *mga tagasuri*) kung bakit sa palagay ninyo ay dapat

ipagpatuloy ang pagsaklaw para sa mga serbisyo. Hindi ninyo kailangang maghanda ng anumang sulat, ngunit maaari ninyong itong gawin kung gusto ninyo.

- Titingnan din ng mga tagasuri ang inyong medikal na impormasyon, kakausapin ang inyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay namin at ng ospital sa kanila.
- Sa tanghali pagkatapos sabihin sa amin ng mga tagasuri ang tungkol sa inyong apela, makakatanggap kayo ng nakasulat na abiso mula sa amin na nagsasaad ng nakatakdang petsa ng inyong pagkaka-discharge. Ipapaliwanag ng detalyado sa abiso kung bakit sa palagay ng inyong doktor, ng ospital, at namin, na naaangkop (medikal na nararapat) para sa inyong lumabas ng ospital sa petsang iyon.

Hakbang 3: Sa loob ng isang buong araw, kapag nakuha na nito ang lahat ng kinakailangang impormasyon, magbibigay ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng sagot nito sa inyong apela.

Ano ang mangyayari kung oo ang sagot?

- Kung *oo* ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri, **dapat naming patuloy na ibigay ang inyong mga saklaw na inpatient na pangangalaga sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyong ito.**
- Kakailanganin ninyong patuloy na bayaran ang inyong bahagi ng mga gastos (gaya ng mga naibabawas o bahagian sa bayad, kung naaangkop ang mga ito). Bukod dito, maaaring may mga limitasyon sa inyong mga saklaw na serbisyo sa ospital.

Ano ang mangyayari kung hindi ang sagot?

- Kung *hindi* ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri, sinasabi nito na medikal na nararapat ang inyong nakaplanong petsa ng pagkaka-discharge. Kung mangyayari ito, **matatapos ang aming pagsaklaw para sa inyong inpatient na mga serbisyo sa ospital** sa tanghali nang araw *pagkatapos* ibigay sa inyo ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang sagot nito sa inyong apela.
- Kung *hindi* ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa inyong apela at magpasya kayong manatili sa ospital, **posibleng kayo ang kinakailangang magbayad ng buong gastos** sa pangangalaga ng ospital na matatanggap ninyo sa tanghali ng araw na iyon pagkatapos ibigay sa inyo ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang kanilang sagot sa inyong apela.

Hakbang 4: Kung hindi ang sagot sa inyong Antas 1 na apela, magpapasya kayo kung gusto ninyong maghain ng panibagong apela.

- Kung *hindi* ang sagot ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad sa inyong apela, *at* nanatili kayo sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng pagkaka-discharge sa ospital, maaari kayong maghain ng panibagong apela. Ang paghahain ng panibagong apela ay nangangahulugang uusad kayo sa **Antas 2** ng proseso ng mga apela.

Seksyon 8.3 Paano maghain ng Antas 2 na apela upang baguhin ang inyong petsa ng pagkaka-discharge sa ospital

Sa panahon ng Antas 2 na apela, hinihiling ninyo sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad na suriin ulit ang naging desisyon nito sa inyong unang apela. Kung tatanggihan ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong Antas 2 na apela, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang kabuuang halaga ng inyong pananatili pagkalipas ng inyong nakaplanong petsa ng pagkaka-discharge.

Hakbang 1: Makipag-ugnayan kayong muli sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad at humiling ng panibagong pagsusuri.

- Dapat kayong humingi ng pagsusuring ito sa loob ng **60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng *hindi* sa inyong Antas 1 na apela. Maaari lang ninyong hilingin ang pagsusuring ito kung mananatili kayo sa ospital pagkatapos ng petsa na natapos ang inyong pagsaklaw para sa pangangalaga.

Hakbang 2: Magsasagawa ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng pangalawang pagsusuri sa inyong sitwasyon.

- Susuriin muli ng mabuti ng mga Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Hakbang 3: Sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo mula nang natanggap ang inyong kahilingan para sa Antas 2 na apela, gagawa ng desisyon ang mga tagasuri tungkol sa inyong apela at sasabihin nila sa inyo ang naging desisyon nila.

Kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri:

- **Dapat naming ibalik ang inyong ibinayad** para sa aming bahagi ng gastos sa pangangalaga sa ospital na natanggap ninyo simula tanghali pagkatapos ng petsa kung kailan tinanggihan ang inyong unang apela ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad. **Dapat naming ipagpatuloy ang pagbibigay ng pagsaklaw para sa inyong inpatient na pangangalaga sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ito.**
- Dapat ninyong patuloy na bayaran ang inyong bahagi ng gastos at maaaring ilapat ang mga limitasyon sa pagsaklaw.

Kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri:

- Ibig sabihin nito ay sumasang-ayon sila sa naging desisyon nila sa inyong Antas 1 na apela.
- Sasabihin sa inyo sa abisong matatanggap ninyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng pagsusuri.

Hakbang 4: Kung hindi ang sagot, kailanganin ninyong magpasya kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas na antas ang inyong apela sa pamamagitan ng pagpapatuloy sa Antas 3.

- May 3 karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang 5 antas ng apela). Kung magpapasya kayong maghain ng Antas 3 na apela, makikita ang mga detalye kung paano ito gawin sa nakasulat na abiso na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado. May higit pang impormasyon sa Seksyon 10 sa kabanatang ito tungkol sa Antas 3, 4, at 5 ng proseso ng mga apela.

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

Kapag tumatanggap kayo ng saklaw na **mga serbisyo sa kalusugan sa bahay, dalubhasang pangangalaga, o rehabilitasyong pangangalaga (Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Pasyenteng Hindi Kailangang I-confine)**, may karapatan kayong patuloy na makatanggap ng inyong mga serbisyo para sa uri ng pangangalagang iyon hangga't kinakailangan ang pangangalaga upang masuri at magamot ang inyong karamdaman o injury.

Kapag magpasya kami na panahon nang itigil ang pagsaklaw sa alinman sa 3 uri ng pangangalagang ito para sa inyo, kinakailangan naming sabihin ito sa inyo nang maaga. Kapag natapos na ang inyong saklaw para sa pangangalagang iyon, *ititigil na namin ang pagbabayad para sa inyong pangangalaga*.

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.

Seksyon 9.1 Ipapaalam namin sa inyo nang maaga kung kailan matatapos ang inyong pagsaklaw

Legal na Termino:

Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare. Sinasabi nito sa inyo kung paano humiling ng **mabilisang apela**. Ang paghiling sa amin ng mabilisang apela ay isang pormal, legal na paraan upang humiling na baguhin ang aming desisyon sa pagsaklaw tungkol sa kung kailan dapat ihinto ang inyong pangangalaga.

1. **Makakatanggap kayo ng nakasulat na abiso** nang hindi bababa sa 2 araw sa kalendaryo bago ihinto ng aming plano ang pagsaklaw sa inyong pangangalaga. Sasabihin sa inyo ng abiso:

- Ang petsa kung kailan dapat namin ihinto ang pagsaklaw ng pangangalaga para sa inyo.
- Paano humiling ng mabilisang apela upang hilingin sa aming patuloy na saklawin ang inyong pangangalaga sa loob ng mas matagal na panahon.

2. **Kayo, o ang taong kumikilos sa ngalan ninyo, ay hihilinging lagdaan ang nakasulat na abiso upang ipakitang natanggap ninyo ito.** Ang paglagda sa abiso ay nagpapakita *lang* na natanggap ninyo ang impormasyon tungkol sa kung kailan ihihinto ang pagsaklaw sa inyo. **Ang paglagda rito ay hindi nangangahulugang sumasang-ayon kayo** sa desisyon ng aming plano na ihinto ang pangangalaga.

Seksyon 9.2 Paano maghain ng Antas 1 na apela upang mas matagal na panahong saklawin ng aming plano ang inyong pangangalaga

Kung gusto ninyong hilingin sa aming saklawin nang mas matagal ang inyong pangangalaga, kakailanganin ninyong gamitin ang proseso ng mga apela upang gawin ang kahilingang ito. Bago kayo magsimula, alamin kung ano ang kailangan ninyong gawin at kung ano ang mga deadline.

- **Sundin ang proseso**
- **Sumunod sa mga deadline**
- **Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito.** Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ninyo ng tulog, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). O tawagan ang inyong Programang Tulong ng Estado sa Segurong Pangkalusugan (SHIP) para sa personalisadong tulong. Available ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng SHIP sa Kabanata 2, Seksyon 3.

Sa panahon ng Antas 1 na apela, susuriin ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong apela. Magpapasya ito kung medikal na nararapat ang petsa ng pagtatapos para sa inyong pangangalaga. Ang **Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad** ay isang pangkat ng mga doktor at iba pang dalubhasa sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at pahusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. Kabilang dito ang pagsusuri sa mga desisyon sa plano tungkol sa kung kailan ihihinto ang pagsaklaw sa ilang partikular na uri ng medikal na pangangalaga. Ang mga dalubhasang ito ay hindi bahagi ng aming plano.

Hakbang 1: Ihain ang inyong Antas 1 na apela: makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad at humiling ng mabilisang apela. Dapat kayong kumilos kaagad.

Paano kayo makikipag-ugnayan sa organisasyong ito?

- Isinasaad sa inyo ng nakasulat na abiso na inyong natanggap (*Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare*) kung paano makikipag-ugnayan sa organisasyong ito. (O kaya, hanapin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad para sa inyong estado sa Kabanata 2.)

Kumilos kaagad:

- Dapat kayong makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad upang simulan ang inyong apela **hanggang tanghali ng araw bago ang petsa ng pagkakaroon ng bisa** sa *Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare*.

- Kung hindi kayo nakaabot sa deadline, at gusto ninyong maghain ng apela, mayroon pa rin kayong karapatang umapela. Makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad gamit ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare. Makikita rin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad para sa inyong estado sa Kabanata 2.

Hakbang 2: Magsasagawa ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng hiwalay na pagsusuri ng inyong kaso.

Legal na Termino:

Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw. Abisong nagbibigay ng mga detalye sa mga dahilan para sa pagwawakas ng pagsaklaw.

Ano ang nangyayari sa panahon ng pagsusuring ito?

- Itatanong sa inyo o sa inyong kinatawan ng mga propesyonal sa kalusugan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (ang mga tagasuri), kung bakit sa palagay ninyo ay dapat ipagpatuloy ang pagsaklaw para sa mga serbisyo. Hindi ninyo kailangang maghanda ng anumang sulat, ngunit maaari ninyong itong gawin kung gusto ninyo.

- Titingnan din ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang inyong medikal na impormasyon, kakausapin ang inyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.

- Bago matapos ang araw, sasabihin sa amin ng mga tagasuri ang tungkol sa inyong apela, makakatanggap din kayo ng *Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw* mula sa amin na detalyadong nagpapaliwanag ng mga dahilan namin sa pagwawakas ng pagsaklaw sa inyong mga serbisyo.

Hakbang 3: Sa loob ng isang buong araw pagkatapos nilang makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila, sasabihin sa inyo ng mga tagasuri ang desisyon.

Ano ang mangyayari kung oo ang sagot ng mga tagasuri?

- Kung *oo* ang sagot ng mga tagasuri sa inyong apela, **dapat naming patuloy na ipagkaloob ang inyong saklaw na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito**.

- Kakailanganin ninyong patuloy na bayaran ang inyong bahagi ng mga gastos (gaya ng mga naibabawas o bahagian sa bayad, kung naaangkop ang mga ito). Maaaring may mga limitasyon sa inyong mga saklaw na serbisyo.

Ano ang mangyayari kung hindi ang sagot ng mga tagasuri?

- Kung *hindi* ang sagot ng mga tagasuri, **matatapos ang inyong pagsaklaw sa petsang sinabi namin sa inyo**.
- Kung magpasya kayong patuloy na tumanggap ng pangangalaga sa kalusugan sa bahay, o pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o mga serbisyo ng Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Pasyenteng Hindi Kailangang I-confine (CORF) *pagkatapos* ng petsang ito kung kailan magwawakas ang inyong pagsaklaw, **kakailanganin ninyong bayaran mismo ang kabuuang gastos** para sa pangangalagang ito.

Hakbang 4: Kung hindi ang sagot sa inyong Antas 1 na apela, magpapasya kayo kung gusto ninyong maghain ng panibagong apela.

- Kung *hindi* ang sagot ng mga tagasuri sa inyong Antas 1 na apela – at pipiliin ninyong patuloy na makatanggap ng pangangalaga pagkatapos na magwakas ang pagsaklaw para sa inyong pangangalaga – maaari kayong maghain ng Antas 2 na apela.

Seksyon 9.3 Paano maghain ng Antas 2 na apela upang mas matagal na panahong saklawin ng aming plano ang inyong pangangalaga

Sa panahon ng Antas 2 na apela, hinihiling ninyo sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad na suriin ulit ang naging desisyon sa inyong unang apela. Kung tatanggihan ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong Antas 2 na apela, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang kabuuang gastos para sa inyong pangangalaga sa kalusugan sa bahay, o pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o mga serbisyo sa Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Pasyenteng Hindi Kailangang I-confine (CORF) *pagkatapos* ng petsa kung kailan namin sinabing magwawakas ang inyong pagsaklaw.

Hakbang 1: Makipag-ugnayan kayong muli sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad at humiling ng panibagong pagsusuri.

- Dapat kayong humingi ng pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng *hindi* sa inyong Antas 1 na apela. Maaari lang ninyong hilingin ang pagsusuring ito kung patuloy kayong nakatanggap ng pangangalaga pagkatapos ng petsa na natapos ang inyong pagsaklaw para sa pangangalaga.

Hakbang 2: Magsasagawa ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ng pangalawang pagsusuri sa inyong sitwasyon.

- Susuriin muli ng mabuti ng mga Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Hakbang 3: Sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo mula nang natanggap ang inyong kahilingan para sa apela, gagawa ng desisyon ang mga tagasuri tungkol sa inyong apela at sasabihin nila sa inyo ang naging desisyon nila.

Ano ang mangyayari kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri?

- **Dapat naming ibalik ang inyong ibinayad** para sa aming bahagi sa mga gastos ng pangangalagang natanggap ninyo pagkatapos ng petsang sinabi naming matatapos ang inyong pagsaklaw. **Dapat naming patuloy na ibigay ang pagsaklaw** para sa pangangalaga hangga't medikal na kinakailangan ito.

- Dapat ninyong patuloy na bayaran ang inyong bahagi ng gastos at maaaring magkaroon ng mga limitasyon sa pagsaklaw na nalalapat.

Ano ang mangyayari kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri?

- Ibig sabihin nito ay sumasang-ayon sila sa naging desisyon sa inyong Antas 1 na apela.

- Sasabihin sa inyo sa abisong matatanggap ninyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng pagsusuri. Magbibigay ito sa inyo ng mga detalye tungkol sa kung paano kayo makakapagpatuloy sa sunod na antas ng apela, na pinangangasiwaan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado.

Hakbang 4: Kung hindi ang sagot, kakailanganin ninyong magpasya kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas na antas ang inyong apela.

- May 3 karagdagang antas ng mga apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang 5 antas ng apela). Kung magpapasya kayong maghain ng Antas 3 na apela, makikita ang mga detalye kung paano ito gawin sa abisong sulat na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong desisyon sa Antas 2 na apela.

- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado. Binabanggit ng Seksyon 10 sa kabanatang ito ang higit pa tungkol sa Antas 3, 4, at 5 ng proseso ng mga apela.

SEKSYON 10 Pagdadala ng inyong apela sa Antas 3, 4 at 5

Seksyon 10.1 Apela sa Antas 3, 4, at 5 para sa Mga Kahilingan sa Medikal na Serbisyo

Maaaring naaangkop para sa inyo ang seksyong ito kung naghain kayo ng Antas 1 na apela at Antas 2 na apela, at parehong tinanggihan ang mga apelang ito.

Kung nakatutugon sa partikular na dolyar na halaga ang halaga ng item o medikal na serbisyo na inapela ninyo, maaaring makapagpatuloy kayo sa mga karagdagang antas ng apela. Kung hindi umabot sa kinakailangang pinakamababang antas ang dolyar na halaga, hindi kayo makakapaghain pa ng apela. Ipapaliwanag ng nakasulat na tugon na natanggap ninyo sa inyong Antas 2 na apela kung paano maghain ng Antas 3 na apela.

Para sa karamihan ng mga sitwasyon na may kinalaman sa mga apela, halos pareho ang pagsasagawa sa huling 3 antas ng apela gaya ng naunang 2 antas. Narito kung sino ang nangangasiwa sa pagsusuri ng inyong apela sa bawat isa sa mga antas na ito.

Antas 3 na apela

Isang **Hukom ng Pang-administratibong Batas o isang hukom na abogado** na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan ang susuri sa inyong apela at magbibigay sa inyo ng sagot.

- **Kung oo ang isasagot ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado sa inyong apela, *maaaring tapos na* o *hindi pa tapos* ang proseso ng mga apela.** Hindi katulad ng desisyon sa Antas 2 na apela, may karapatan kaming iapela ang isang desisyon sa Antas 3 na pabor sa inyo. Kung magpasya kaming mag-apela, mapupunta ito sa Antas 4 na apela.
    - Kung magpasya kaming *hindi* umapela, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa inyo ang medikal na pangagalaga sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado.
    - Kung magpasya kaming iapela ang desisyon, magpapadala kami sa inyo ng kopya ng kahilingan sa Antas 4 na apela kalakip ang anumang kasamang dokumento. Maaring hintayin muna namin ang desisyon sa Antas 4 na apela bago namin pahintulutan o ipagkaloob ang medikal na pangangalagang pinag-uusapan.
- **Kung hindi ang isasagot ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado sa inyong apela, maaaring *tapos na* o *hindi pa tapos* ang proseso ng mga apela.**
    - Kung magpasya kayong tanggapin ang desisyong tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
    - Kung hindi ninyo gustong tanggapin ang desisyon, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong matatanggap ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na apela.

Antas 4 na apela

Ang **Konseho ng Mga Apela ng 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, o kung tatanggihan ng Konseho ang kahilingan naming suriin ang isang desisyong pabor sa Antas 3 na apela, *maaaring tapos na* o *hindi pa tapos* ang proseso ng mga apela.** Hindi katulad ng desisyon sa Antas 2 na apela, may karapatan kaming iapela ang isang desisyon sa Antas 4 na pabor sa inyo. Magpapasya kami kung iaapela ba ang desisyong ito sa Antas 5.
    - Kung magpasya kaming *hindi* iapela ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa inyo ang medikal na pangagalaga sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Konseho.
    - Kung magpasya kaming iapela ang desisyon, ipapaalam namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat.
- **Kung hindi ang sagot o kung tinanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, *maaaring tapos na* o *hindi pa tapos* ang proseso ng mga apela.**
    - Kung magpasya kayong tanggapin ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
    - Kung hindi ninyo gustong tanggapin ang desisyon, maaari ninyong ipagpatuloy sa susunod na antas ang proseso ng pagsusuri. Kung hindi ang isasagot ng Konseho sa inyong apela, sasabihin sa inyo sa abisong matatanggap ninyo kung pinapayagan kayo ng mga panuntunan na magpatuloy sa Antas 5 na apela at kung paano magpatuloy sa Antas 5 na apela.

Antas 5 na apela

Isang hukom sa **Hukuman ng Pederal na Distrito** ang susuri sa inyong apela.

- Susuriin ng isang hukom ang lahat ng impormasyon at magpapasya siya kung *oo* o *hindi* ang isasagot sa inyong kahilingan. Pinal na ang sagot na ito. Wala nang ibang antas ng apela pagkatapos ng Hukuman ng Pederal na Distrito.

Seksyon 10.2 Apela sa Antas 3, 4, at 5 para sa Mga Kahilingan sa Bahagi D na mga Gamot

Maaaring naaangkop para sa inyo ang seksyong ito kung naghain kayo ng Antas 1 na apela at Antas 2 na apela, at parehong tinanggihan ang mga apelang ito.

Kung nakatutugon sa partikular na dolyar na halaga ang halaga ng gamot na inapela ninyo, maaari kayong magpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela. Kung mas mababa ang halaga ng dolyar, hindi na kayo makakapaghain pa ng apela. Ipapaliwanag ng nakasulat na tugon na natanggap ninyo sa inyong Antas 2 na apela kung kanino makikipag-ugnayan at kung ano ang gagawin upang humiling para sa isang Antas 3 na apela.

Para sa karamihan ng mga sitwasyon na may kinalaman sa mga apela, halos pareho ang pagsasagawa sa huling 3 antas ng apela gaya ng naunang 2 antas. Narito kung sino ang nangangasiwa sa pagsusuri ng inyong apela sa bawat isa sa mga antas na ito.

Antas 3 na apela

Isang Hukom ng Pang-administratibong Batas o isang hukom na abogado na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan ang susuri sa inyong apela at magbibigay sa inyo ng sagot.

- **Kung oo ang sagot, tapos na ang proseso ng mga apela.** Dapat naming **pahintulutan o ipagkaloob ang pagsaklaw sa gamot** na inaprubahan ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado **sa loob ng 72 oras (24 na oras para sa mga pinabilis na** apela) **o dapat kaming magbayad sa loob nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon.
- **Kung hindi ang isasagot ng Hukom ng Pang-administratibong Batas o hukom na abogado sa inyong apela, *maaaring tapos na* o *hindi pa tapos* ang proseso ng mga apela.**
    - Kung magpasya kayong tanggapin ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
    - Kung hindi ninyo gustong tanggapin ang desisyon, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong matatanggap ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na apela.

Antas 4 na apela

Ang **Konseho ng Mga Apela ng 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, tapos na ang proseso ng mga apela.** Dapat naming **pahintulutan o ibigay ang saklaw sa gamot** na inaprubahan ng Konseho **sa loob ng 72 oras (24 na oras para sa mga pinabilis na apela) o dapat kaming magbayad sa loob nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon.
- **Kung hindi ang sagot o kung tinanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, *maaaring tapos na* o *hindi pa tapos* ang proseso ng mga apela.**
    - Kung magpasya kayong tanggapin ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
    - Kung hindi ninyo gustong tanggapin ang desisyon, maaari ninyong ipagpatuloy sa susunod na antas ang proseso ng pagsusuri. Kung hindi ang isasagot ng Konseho sa inyong apela, sasabihin sa inyo sa abisong matatanggap ninyo kung pinapayagan kayo ng mga panuntunan na magpatuloy sa Antas 5 na apela at kung paano magpatuloy sa Antas 5 na apela.

Antas 5 na apela

Isang hukom sa **Hukuman ng Pederal na Distrito** ang susuri sa inyong apela.

- Susuriin ng isang hukom ang lahat ng impormasyon at magpapasya siya kung *oo* o *hindi* ang isasagot sa inyong kahilingan. Pinal na ang sagot na ito. Wala nang ibang antas ng apela pagkatapos ng Hukuman ng Pederal na Distrito.

Paghahain ng mga reklamo

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

Seksyon 11.1 Anong uri ng mga problema ang pinangangasiwaan sa pamamagitan ng proseso ng reklamo?

Ginagamit *lang* ang proseso ng reklamo para sa ilang partikular na uri ng mga problema. Kasama rito ang mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, 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 ba kayo nasisiyahan sa kalidad ng pangangalagang natanggap ninyo (kabilang ang pangangalaga sa loob ng ospital)?
Paggalang sa inyong privacy	• Mayroon bang hindi gumalang sa inyong karapatan sa privacy o nagbahagi ng kumpidensyal na impormasyon?
Kawalan ng respeto, hindi magandang serbisyo sa kostumer, o iba pang negatibong pag-uugali	• Naging bastos o walang galang ba sa inyo ang isang tao? • Hindi ba kayo nasisiyahan sa aming Mga Serbisyo para sa Miyembro? • Pakiramdam ba ninyo ay hinihikayat kayong umalis sa aming plano?

Reklamo	Halimbawa
Mga tagal ng paghihintay	• Nahihirapan ba kayong kumuha ng appointment, o masyadong matagal ang paghihintay ninyo upang makuha ito? • Pinaghihintay ba kayo nang matagal ng mga doktor, parmasyutiko, o iba pang propesyonal sa kalusugan? O ng aming Mga Serbisyo para sa Miyembro o iba pang kawani ng aming plano? o Kabilang sa mga halimbawa ang paghihintay nang matagal sa telepono, sa silid para sa paghihintay o eksaminasyon, o sa pagkuha ng inireresetang gamot.
Kalinisan	• Hindi ba kayo nasisiyahan sa kalinisan o kundisyon ng klinika, ospital, o tanggapan ng doktor?
Ang impormasyong nakukuha ninyo sa amin	• Hindi ba namin kayo nabigyan ng kinakailangang abiso? • Mahirap bang unawain ang aming nakasulat na impormasyon?
Pagiging Tama sa Oras (Ang mga ganitong uri ng reklamo ay nauugnay lahat sa *pagiging tama sa oras* ng aming mga pagkilos na may kinalaman sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela)	Kung humiling na kayo sa amin ng desisyon sa pagsaklaw o naghain na kayo ng apela, at sa palagay ninyo ay mabagal ang pagtugon namin, maaari rin kayong maghain ng reklamo tungkol sa pagiging mabagal namin. Narito ang mga halimbawa: • Humiling kayo sa amin ng isang *mabilisang desisyon sa pagsaklaw* o ng isang *mabilis na apela*, at hindi ang naging sagot namin; maaari kayong maghain ng reklamo. • Naniniwala kayong hindi namin natutugunan ang mga deadline para sa mga desisyon sa pagsaklaw o apela; maaari kayong maghain ng reklamo. • Naniniwala kayong hindi namin natutugunan ang mga deadline para sa pagsaklaw o pagbabalik ng bayad para sa ilang partikular na medikal na item o mga serbisyo o gamot na naaprubahan na; maaari kayong maghain ng reklamo. • Naniniwala kayong hindi namin natutugunan ang mga kinakailangang deadline para sa pagpapasa ng inyong kaso sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri; maaari kayong maghain ng reklamo.

Seksyon 11.2 Paano maghain ng reklamo

Mga Legal na Termino:

Ang **reklamo** ay tinatawag ding **karaingan.**

Ang **paghahain ng reklamo** ay tinatawag na **paghahain ng karaingan.**

Ang paggamit sa proseso para sa paghahain ng mga reklamo ay tinatawag na **paggamit sa proseso para sa paghahain ng karaingan.**

Ang **mabilis na reklamo** ay tinatawag na **pinabilis na karaingan.**

Hakbang 1: Makipag-ugnayan kaagad sa amin – sa pamamagitan ng pagtawag o pagsulat.

- **Ang pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) ang karaniwang unang hakbang.** Kung may iba pa kayong kailangang gawin, ipapaalam ito sa inyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- **Kung ayaw ninyong tumawag (o kung tumawag kayo at hindi kayo nasiyahan), maaari ninyong isulat ang inyong reklamo at ipadala ito sa amin.** Kung isusulat ninyo ang inyong reklamo, sasagutin namin ang inyong reklamo sa pamamagitan ng sulat.
- **Kung hindi namin malulutas ang inyong reklamo sa pamamagitan ng tawag, mayroon kaming pormal na proseso upang suriin ang inyong reklamo. Tinatawag namin itong Proseso ng Karaingan.** Upang maghain ng reklamo, o kung may mga tanong kayo tungkol sa prosesong ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. O maaari kayong magpadala sa amin ng nakasulat na kahilingan sa pamamagitan ng koreo sa address na nakalista sa ilalim ng *Mga Reklamo tungkol sa Medikal na Pangangalaga* o *Mga Reklamo tungkol sa Bahagi D na Mga Gamot* sa Kabanata 2 ng dokumentong ito.
    - Kung hihiling kayo ng nakasulat na tugon, kung naghain kayo ng nakasulat na reklamo (karaingan), o kung ang reklamo ninyo ay nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, sasagutin namin kayo sa pamamagitan ng sulat.
    - Kailangan ninyong ihain ang inyong reklamo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos ng pangyayari. Maaari ninyong isumite nang pormal ang inyong reklamo, sa pamamagitan ng pagsulat sa address na nakalista sa ilalim ng *Mga Reklamo tungkol sa Medikal na Pangangalaga* o *Mga Reklamo tungkol sa Bahagi D na mga Gamot* sa Kabanata 2 ng dokumento na ito.
    - Dapat naming sabihin sa inyo ang aming desisyon tungkol sa inyong reklamo sa pinakamabilis na panahong kailangan sa inyong kaso batay sa kalagayan ng inyong kalusugan, at hindi lalampas nang 30 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong reklamo. Maaari naming palawigin ang tagal ng panahon nang hanggang 14 na araw sa kalendaryo kung hihilingin ninyo ang pagpapalawig, o kung mapapatunayan namin na may mga karagdagang impormasyong kailangan at makabubuti sa inyo ang pagkaantala.

- Sa ilang partikular na pagkakataon, may karapatan kayong humiling ng mabilis na pagsusuri sa inyong reklamo. Tinatawag itong Proseso ng Pinabilis na Karaingan. May karapatan kayo para sa pinabilis na pagsusuri sa inyong reklamo kung tutol kayo sa aming desisyon sa mga sumusunod na sitwasyon:
  - Tinanggihan namin ang kahilingan ninyo para sa isang pinabilis na pagsusuri para sa medikal na pangangalaga o Bahagi D na mga gamot.
  - Tinanggihan namin ang kahilingan ninyo para sa isang pinabilis na pagsusuri ng isang apela para sa mga tinanggihang mga serbisyo o Bahagi D na mga gamot.
  - Nagdesisyon kami na kailangan ng dagdag na panahon upang suriin ang inyong kahilingan para sa medikal na pangangalaga.
  - Nagdesisyon kami na kailangan ng dagdag na panahon upang suriin ang inyong apela para sa tinanggihang medikal na pangangalaga.

- Maaari ninyong isumite ang ganitong uri ng reklamo sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Maaari rin ninyong isumite sa amin ang reklamo, sa pamamagitan ng pagsulat sa address na nakalista sa ilalim ng *Mga Reklamo tungkol sa Medikal na Pangangalaga* o *Mga Reklamo tungkol sa Bahagi D na mga Gamot* sa Kabanata 2 ng dokumento na ito. Kapag natanggap na namin ang pinabilis na karaingan, susuriin ng isang Clinical Practitioner ang kaso upang tukuyin ang mga dahilan ng pagtanggi sa inyong kahilingan para sa isang pinabilis na pagsusuri o kung nararapat ba ang pagpapalawig ng kaso. Sasabihin namin sa inyo ang desisyon tungkol sa pinabilis na kaso nang pasalita at sa pamamagitan ng pagsulat sa loob ng 24 na oras pagkatapos matanggap ang reklamo.

- Ang **deadline** para sa paghahain ng reklamo ay 60 araw sa kalendaryo mula sa oras na nagkaroon kayo ng problemang gusto ninyong ireklamo.

Hakbang 2: Susuriin namin ang inyong reklamo at magbibigay kami sa inyo ng aming sagot.

- **Sasagutin namin kayo agad, kung posible.** Kung tatawag kayo sa amin kaugnay ng isang reklamo, maaari namin kayong mabigyan ng sagot sa tawag ding iyon.

- **Ang karamihan sa mga reklamo ay nasasagot sa loob ng 30 araw sa kalendaryo.** Kung kailangan namin ng higit pang impormasyon at makakabuti para sa inyo ang pag-antala o kung hihingi kayo ng mas mahabang panahon, **maaari naming paabutin nang hanggang sa 14 araw ng kalendaryo** (44 na araw sa kalendaryo sa kabuuan) para sagutin ang inyong reklamo. Kung magpasya kaming magdagdag ng araw, ipapaalam namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat.

- **Kung naghahain kayo ng reklamo dahil tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa mabilisang desisyon sa pagsaklaw o mabilis na apela, awtomatiko naming ibibigay sa inyo ang mabilis na reklamo.** Kung mayroon kayong mabilis na reklamo, ibig sabihin nito ay magbibigay kami sa inyo **ng sagot sa loob ng 24 na oras**.

- **Kung hindi kami sumasang-ayon** sa isang bahagi o sa lahat ng inyong reklamo o kung hindi namin pananagutan ang problemang inirereklamo ninyo, ipapaalam namin ito sa inyo.

Seksyon 11.3 Maaari rin kayong maghain ng mga reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad

Kapag tungkol sa *kalidad ng pangangalaga* ang inyong reklamo, mayroon kayong 2 karagdagang opsyon:

- **Maaari kayong maghain ng reklamo direkta sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad.** Ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ay isang pangkat ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at pahusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. May impormasyon sa pakikipag-ugnayan ang Kabanata 2.

O

- **Maaari ninyong ihain ang inyong reklamo sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad at sa amin nang sabay.**

Seksyon 11.4 Maaari rin ninyong sabihin sa Medicare ang tungkol sa inyong reklamo

Maaari kayong magsumite ng reklamo tungkol sa aming plano nang direkta sa Medicare. Upang magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa Medicare.gov/my/medicare-complaint. Maaari rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY/TDD ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

Mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo sa California Medi-Cal (Medicaid)

SEKSYON 12 Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa inyong mga benepisyo sa California Medi-Cal (Medicaid)

Kung naniniwala kayong itinanggi sa inyo sa maling paraan ang isang serbisyo o pagbabayad para sa isang serbisyo na sinasaklaw ng California Medi-Cal (Medicaid), may karapatan kayong iapela ang aming desisyon sa California Medi-Cal (Medicaid).

Tutulungan kayo ng aming plano na mahanap ang mga form kung kinakailangan. Para sa iba pang tulong gaya ng pagsusuri sa inyong benepisyo sa California Medi-Cal (Medicaid) at/o pagtugon sa mga tanong sa mga claim, reklamo, at/o apela, makipag-ugnayan sa tanggapan ng Medicaid sa inyong Estado. Makikita ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6.

Upang maghain ng karaingan (reklamo) o mag-apela tungkol sa isang serbisyo ng California Medi-Cal (Medicaid), makipag-ugnayan sa tanggapan ng Medicaid sa inyong Estado. Makikita ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6.

KABANATA 10: Pagwawakas ng pagiging miyembro sa aming plano

SEKSYON 1 Pagwawakas ng inyong membership sa aming plano

Ang pagtatapos ng inyong membership sa Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ay maaaring **boluntaryo** (sarili ninyong kagustuhan) o **hindi boluntaryo** (hindi ninyo sariling kagustuhan):

- Maaaring umalis kayo sa aming plano dahil napagpasyahan ninyo na *gusto* na ninyong umalis. Nagbibigay ang Seksyon 2 at 3 ng impormasyon tungkol sa pagwawakas ng inyong membership.
- Mayroon ding mga limitadong sitwasyon kung saan kinakailangan naming wakasan ang inyong membership. Sinasabi sa inyo sa Seksyon 5 ang tungkol sa mga sitwasyon kung saan dapat naming wakasan ang inyong membership.

Kung aalis na kayo sa aming plano, dapat patuloy na ibigay ng aming plano ang inyong medikal na pangangalaga at mga inireresetang gamot, at patuloy ninyong babayaran ang inyong bahagi ng gastos hanggang sa magwakas ang inyong membership.

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

Seksyon 2.1

Maaari ninyong wakasan ang inyong membership dahil mayroon kayong Medicare at Medicaid

Maaaring lang wakasan ng karamihan ng taong may Medicare ang kanilang membership sa ilang partikular na panahon ng taon. Dahil mayroon kayong Medicaid, maaari ninyong wakasan ang inyong membership sa aming plano sa pamamagitan ng pagpili ng isa sa mga sumusunod na opsyon sa Medicare sa anumang buwan ng taon:

- Original Medicare na mayroong hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare
- Kung kwalipikado, isang integrated D-SNP na nagbibigay ng inyong Medicare at karamihan sa o ang lahat ng inyong benepisyo at serbisyo sa Medicaid sa iisang plano

Tandaan: Kung umalis kayo sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Karagdagang Tulong, at magpatuloy kayo nang walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa loob ng magkakasunod na 63 araw o higit pa, maaaring kailanganin ninyong magbayad

ng multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali kayo sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon. Kung tumatanggap kayo ng Karagdagang Tulong, maaari kayong itala ng Medicare sa isang plano ng gamot, maliban na lang kung hindi kayo lalahok sa awtomatikong pagpapatala.

- Tawagan ang Tanggapan ng Medicaid sa inyong Estado sa 1-800-541-5555, ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077, upang malaman ang tungkol sa inyong mga opsyon sa plano ng Medicaid.
- Available ang iba pang opsyon sa planong pangkalusugan ng Medicare sa **Panahon ng Bukas na Pagpapatala**. Ipinapaalam sa inyo ng Seksyon 2.2 ang higit pa tungkol sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala.
- **Karaniwang magwawakas ang inyong pagiging miyembro sa unang araw ng buwan pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan na baguhin ang inyong plano.** Magsisimula rin sa araw na ito ang inyong pagpapatala sa inyong bagong plano.

Seksyon 2.2 Maaari ninyong wakasan ang inyong membership sa loob ng Panahon ng Bukas na Pagpapatala

Maaari ninyong wakasan ang inyong membership sa **Panahon ng Bukas na Pagpapatala** kada taon. Sa panahong ito, suriin ang inyong saklaw sa kalusugan at gamot at magpasya tungkol sa saklaw para sa susunod na taon.

- Ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala** ay mula **ika-15 ng Oktubre hanggang ika-7 ng Disyembre**.
- **Maaari kayong magpasyang panatilihin ang inyong kasalukuyang saklaw o gumawa ng mga pagbabago sa inyong saklaw para sa susunod na taon.** Kung magpasya kayong lumipat sa isang bagong plano, maaari ninyong piliin ang alinman sa mga sumusunod na uri ng pagsaklaw:
    - Iba pang planong pangkalusugan ng Medicare, na mayroon o walang pagsaklaw sa gamot.
    - Original Medicare na *may* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare
    - Original Medicare na *walang* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare.
    - Kung kwalipikado, isang integrated D-SNP na nagbibigay ng inyong Medicare at karamihan sa o lahat ng inyong benepisyo at serbisyo sa Medicaid sa iisang plano.

Nakakatanggap kayo ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare upang mabayaran ang inyong mga inireresetang gamot: Kung lilipat kayo sa Original Medicare at hindi kayo magpapatala sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, maaari kayong ipatala ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung hindi kayo sumali sa awtomatikong pagpapatala.

Tandaan: Kung umalis kayo sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Karagdagang Tulong, at magpatuloy kayo nang walang kinikilalang pagsaklaw

sa gamot sa loob ng 63 sunod-sunod na araw o higit pa, maaaring kailanganin ninyong magbayad ng multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali kayo sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

- **Magwawakas ang inyong pagiging miyembro sa aming plano** kapag nagsimula ang inyong pagsaklaw sa bagong plano sa ika-1 ng Enero.

Seksyon 2.3 Maaari ninyong wakasan ang inyong membership sa loob ng Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage

Isang pagbabago lang ang maaari ninyong gawin sa inyong saklaw sa kalusugan sa panahon ng **Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** bawat taon.

- **Ang Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** ay tumatagal mula ika-1 ng Enero hanggang ika-31 ng Marso at para rin sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na nakatala sa isang MA na plano, mula sa buwan ng entitlement sa Bahagi A at Bahagi B hanggang sa huling araw ng ika-3 buwan ng entitlement.
- **Sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage,** maaari kayong:
    - Lumipat sa ibang Plano ng Medicare Advantage nang mayroon o walang pagsaklaw sa gamot.
    - Umalis sa pagkakatala sa aming plano at kumuha ng pagsaklaw sa pamamagitan ng Original Medicare. Kung lilipat kayo sa Original Medicare sa loob ng panahong ito, maaari rin kayong sumali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare sa panahong iyon.
- **Magwawakas ang inyong membership** sa unang araw ng buwan pagkatapos ninyong magpatala sa ibang plano ng Medicare Advantage, o pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingang lumipat sa Original Medicare. Kung pipiliin din ninyong magpatala sa isang plano sa gamot ng Medicare, magsisimula ang inyong membership sa plano sa gamot sa unang araw ng buwan pagkatapos makuha ng plano sa gamot ang inyong kahilingan sa pagpapatala.

Seksyon 2.4 Sa ilang partikular na sitwasyon, maaari ninyong wakasan ang inyong membership sa Natatanging Panahon ng Pagpapatala

Sa ilang partikular na sitwasyon, maaari kayong maging kwalipikado na wakasan ang inyong membership sa ibang panahon ng taon. Kilala ito bilang **Natatanging Panahon ng Pagpapatala**.

Posibleng kwalipikado kayong wakasan ang inyong pagiging miyembro sa panahon ng Natatanging Panahon ng Pagpapatala kung nalalapat sa inyo ang alinman sa mga sitwasyong ito. Mga halimbawa lang ang mga ito. Para sa kumpletong listahan, maaari kayong makipag-ugnayan sa aming plano, tawagan ang Medicare, o bumisita sa Medicare.gov.

- Karaniwan, kapag lilipat kayo
- Kung mayroon kayong California Medi-Cal (Medicaid)
- Kung kwalipikado kayo para sa Karagdagang Tulong na nagbabayad sa inyong saklaw sa gamot ng Medicare
- Kung lalabag kami sa aming kontrata sa inyo
- Kung tumatanggap kayo ng pangangalaga sa isang institusyon, gaya ng nursing home o ospital para sa pangmatagalang pangangalaga (LTC)
- Kung magpapatala kayo sa Programa ng Komprehensibong Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE)
- **Tandaan:** Kung kayo ay nasa isang programa ng pamamahala sa gamot, maaari lang kayong maging kwalipikado para sa partikular na mga Natatanging Panahon ng Pagpapatala. Makikita ninyo sa Kabanata 5, Seksyon 10 ang higit pang impormasyon tungkol sa mga programa ng pamamahala sa gamot.
- **Tandaan:** Ipinapaalam sa inyo ng Seksyon 2.1 ang higit pa tungkol sa natatanging panahon ng pagpapatala para sa mga taong may Medicaid.

Iba-iba ang mga panahon ng pagpapatala depende sa inyong sitwasyon.

Upang malaman kung kwalipikado kayo para sa Natatanging Panahon ng Pagpapatala, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kwalipikado kayong wakasan ang inyong membership dahil sa natatanging sitwasyon, maaari kayong magpasyang palitan ang pareho ninyong pagsaklaw sa kalusugan at pagsaklaw sa gamot ng Medicare. Maaari kayong pumili sa:

- Iba pang planong pangkalusugan ng Medicare na mayroon o walang pagsaklaw sa gamot,
- Original Medicare na *may* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare,
- Original Medicare na *walang* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare.
- Kung kwalipikado, isang integrated D-SNP na nagbibigay ng inyong Medicare at karamihan sa o lahat ng inyong benepisyo at serbisyo sa Medicaid sa iisang plano.

Tandaan: Kung umalis kayo sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Karagdagang Tulong, at magpatuloy kayo nang walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa loob ng 63 sunod-sunod na araw o higit pa, maaaring kailanganin ninyong magbayad ng multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali kayo sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Kung tumatanggap kayo ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare upang mabayaran ang inyong mga saklaw na gamot: Kung lilipat kayo sa Original Medicare at hindi kayo magpapatala sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, maaari kayong ipatala ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung hindi kayo sumali sa awtomatikong pagpapatala.

Karaniwang magwawakas ang inyong pagiging miyembro sa unang araw ng buwan pagkatapos ninyong humiling na palitan ang inyong plano.

Tandaan: Ipinapaalam sa inyo ng Seksyon 2.1 at 2.2 ang higit pa tungkol sa natatanging panahon ng pagpapatala para sa mga taong may Medicaid at Karagdagang Tulong.

Seksyon 2.5 Kumuha ng higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan ninyo maaaring wakasan ang inyong membership

Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa pagwawakas sa inyong pagiging miyembro maaari kayong:

- **Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)**
- Hanapin ang impormasyon sa handbook na ***Medicare at Ikaw 2027***
- Tawagan ang **Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048)

SEKSYON 3 Paano wakasan ang inyong membership ng aming plano

Ipinapaliwanag sa talahanayan sa ibaba kung paano ninyo maaaring wakasan ang inyong membership sa aming plano.

Upang magpalit mula sa aming plano tungo sa:	Narito ang kailangang gawin:
Iba pang planong pangkalusugan ng Medicare	• Magpatala sa bagong planong pangkalusugan ng Medicare. • Awtomatiko kayong maaalis sa pagkakatala sa Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) kapag nagsimula na ang inyong pagsaklaw sa bagong plano.
Original Medicare na *may* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare	• Magpatala sa bagong plano sa gamot ng Medicare. • Awtomatiko kayong maaalis sa pagkakatala sa Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) kapag nagsimula na ang inyong saklaw sa bagong plano ng gamot.

Upang magpalit mula sa aming plano tungo sa:	Narito ang kailangang gawin:
Original Medicare na *walang* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare	• **Padalhan kami ng nakasulat na kahilingan upang alisin kayo sa pagkakatala o bisitahin ang aming website upang alisin ang pagkakatala online.** Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon kung paano ito isasagawa. • Maaari rin ninyong tawagan ang **Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) at hilingin na alisin kayo sa pagkakatala. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. • Maaalis kayo sa pagkakatala sa Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) kapag nagsimula na ang inyong pagsaklaw sa Original Medicare.

Tandaan: Kung umalis kayo sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Karagdagang Tulong, at magpatuloy kayo nang walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa loob ng 63 sunod-sunod na araw o higit pa, maaaring kailanganin ninyong magbayad ng multa sa huling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali kayo sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Para sa mga tanong tungkol sa inyong mga benepisyo sa California Medi-Cal (Medicaid), tumawag sa 1-800-541-5555, TTY 1-800-430-7077, 8:00 a.m. - 5:00 p.m. PT, Lunes - Biyernes. Itanong kung paano makakaapekto ang pagsali sa ibang plano o pagbalik sa Original Medicare sa pagkuha ninyo ng inyong saklaw sa California Medi-Cal (Medicaid).

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

Hangga't hindi nagwawakas ang inyong membership, at hindi pa nagsisimula ang inyong bagong pagsaklaw sa Medicare at California Medi-Cal (Medicaid), dapat ninyong patuloy na kunin ang inyong mga medikal na item, serbisyo, at inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano.

- **Patuloy na gamitin ang aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network upang makakuha ng medikal na pangangalaga.**
- **Ipagpatuloy ang paggamit ng aming parmasyang nasa network o mail order upang kunin ang inyong mga reseta.**
- **Kung maospital kayo sa araw na matatapos ang inyong pagiging miyembro, karaniwang sasaklawin ng aming plano ang pananatili ninyo sa ospital hanggang sa ma-discharge kayo sa ospital** (kahit na makalabas na kayo pagkatapos na magsimula ang inyong bagong pagsaklaw sa kalusugan).

SEKSYON 5 Dapat wakasan ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ang membership sa aming plano sa ilang partikular na sitwasyon

Dapat wakasan ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ang inyong membership sa aming plano kung mangyayari ang alinman sa mga sumusunod:

- Kung wala na kayong Medicare Part A at Part B
- Kung hindi na kayo kwalipikado para sa California Medi-Cal (Medicaid). Gaya ng ipinapahayag sa Kabanata 1, Seksyon 2.1, ang aming plano ay para sa mga taong kwalipikado para sa parehong Medicare at California Medi-Cal (Medicaid). Kung hindi na ninyo natutugunan ang mga kinakailangan sa espesyal na pagiging kwalipikado ng aming plano, matatapos ang inyong membership sa planong ito pagkalipas ng 3 buwan. Gayunpaman, sa panahong ito, ang plano ng Medicare Advantage ay walang responsibilidad na saklawin ang kahit anong benepisyo ng California Medi-Cal (Medicaid) na maaaring kasama sa inyong Plano ng Estado sa Medicaid. Makakatanggap kayo ng abiso mula sa amin na nagbibigay ng impormasyon sa inyo tungkol sa pagtatapos ng inyong membership at inyong mga opsyon. Kung mayroon kayong anumang tanong tungkol sa inyong pagiging kwalipikado, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.
    - Ang panahon ng itinuring na tuloy-tuloy na pagiging kwalipikado ng plano ay 3 buwan. Ang panahon ng itinuring na patuloy na pagiging kwalipikado ay magsisimula sa unang araw ng buwan kasunod ng buwan na inabisuhan kami ng estado kung saan nawalan kayo ng katayuan sa mga espesyal na pangangailangan.
- Kung hindi ninyo babayaran ang inyong medikal na gastusin, kung naaangkop
- Kung aalis kayo sa aming sineserbisyuhang lugar
- Kung malayo kayo sa aming sineserbisyuhang lugar sa loob ng mahigit sa 6 buwan.
    - Kung lilipat o bibiyahe kayo nang matagal, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang malaman kung ang lugar na lilipatan o pupuntahan ninyo ay nasa sineserbisyuhang lugar ng aming plano.
- Kung makukulong kayo (papasok sa bilangguan)

- Kung hindi na kayo mamamayan o nasyonal ng Estados Unidos, o isang kwalipikadong hindi mamamayan
- Kung magsisinungaling kayo o magtatago kayo ng impormasyon tungkol sa iba pa ninyong insurance na nagbibigay ng pagsaklaw sa gamot
- 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. (Hindi namin kayo mapapaalis sa aming plano para sa ganitong dahilan maliban na lang kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
- Kung patuloy kayong kikilos sa nakakaistorbong paraan at nagiging mahirap sa amin na bigyan kayo at ang iba pang miyembro ng aming plano ng medikal na pangangalaga. (Hindi namin kayo mapapaalis sa aming plano para sa ganitong dahilan maliban na lang kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
- Kung ipapagamit ninyo sa ibang tao ang inyong membership card upang makakuha ng medikal na pangangalaga. (Hindi namin kayo mapapaalis sa aming plano para sa ganitong dahilan maliban na lang kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
    - Kung wawakasan namin ang inyong membership dahil dito, maaaring ipasiyasat ng Medicare ang inyong kaso sa Inspector General.

Kung mayroon kayong mga tanong o gusto ninyo ng higit pang impormasyon kung kailan namin maaaring wakasan ang inyong membership, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Seksyon 5.1 Hindi namin kayo maaaring paalisin sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa inyong kalusugan

Hindi pinapahintulutan ang Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) na hilingin sa inyo na umalis sa aming plano sa anumang dahilang nauugnay sa inyong kalusugan.

Ano ang dapat ninyong gawin kung mangyayari ito?

Kung sa palagay ninyo ay pinapaalis kayo sa aming plano para sa dahilang 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.

Seksyon 5.2 May karapatan kayong maghain ng reklamo kung wakasan namin ang inyong membership sa aming plano

Kung wawakasan namin ang inyong membership sa aming plano, dapat naming sabihin sa inyo sa sulat ang aming mga dahilan sa pagwawakas ng inyong membership. Dapat din naming ipaliwanag kung paano kayo makakapaghain ng karaingan o makakapagreklamo tungkol sa aming desisyong wakasan ang inyong membership.

KABANATA 11:
Mga legal na abiso

SEKSYON 1 Abiso tungkol sa nangangasiwang batas

Ang pangunahing batas na nalalapat sa *Katibayan ng Pagsaklaw* na dokumentong ito ay ang Pamagat XVIII ng Batas sa Social Security at ang mga regulasyong ipinatupad sa ilalim ng Batas sa Social Security ng Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS). Bilang karagdagan, maaaring may malapat na iba pang pederal na batas at, sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon ay may malapat na mga batas ng estado kung saan kayo nakatira. Maaari nitong maapektuhan ang inyong mga karapatan at pananagutan kahit na hindi isinama o ipinaliwanag ang mga batas sa dokumentong ito.

SEKSYON 2 Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina

Sumusunod ang aming planong pangkalusugan sa Mga Pederal na Batas sa Mga Karapatang Sibil. **Hindi kami nandidiskrimina** batay sa lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa pag-iisip o pisikal na kapansanan, kundisyon ng kalusugan, karanasan sa mga paghahabol, medikal na kasaysayan, impormasyon hinggil sa genes, katibayan ng pagiging kwalipikado para sa seguro, o heograpikong lokasyon sa loob ng sineserbisyuhang lugar. Ang lahat ng organisasyong naghahatid ng mga plano ng Medicare Advantage, tulad ng aming plano, ay dapat sumunod sa mga Pederal na batas laban sa pandidiskrimina, kabilang ang Pamagat VI ng Batas sa Mga Karapatang Sibil ng of 1964, ang Batas sa Rehabilitasyon ng of 1973, ang Batas sa Diskriminasyon Ayon sa Edad ng of 1975, ang Batas sa Mga Amerikanong may Mga Kapansanan, Seksyon 1557 ng Batas sa Abot-kayang Pangangalaga, lahat ng iba pang batas na nalalapat sa mga organisasyong tumatanggap ng pondo mula sa pederal na pamahalaan, at anupamang batas at panuntunang nalalapat para sa anupamang dahilan.

Kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon o kung may mga alalahanin kayo tungkol sa pandidiskrimina o hindi patas na pagtrato, tawagan ang **Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil** ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao sa 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o sa inyong lokal na Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil. Maaari rin ninyong suriin ang impormasyon mula sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil ng Departamento ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao sa HHS.gov/ocr/index.html.

Kung mayroon kayong kapansanan at kailangan ninyo ng tulong sa pag-access sa pangangalaga, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Kung mayroon kayong reklamo, gaya ng problema sa daraanan ng wheelchair, makakatulong sa inyo ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

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

May karapatan at responsibilidad kaming mangolekta para sa mga sinasaklaw naming serbisyo sa Medicare kung saan hindi ang Medicare ang pangunahing nagbabayad. Ayon sa mga regulasyon ng CMS sa 42 CFR seksyon 422.108 at 423.462, gagamitin ng *aming plano*, bilang Medicare Advantage Organization, ang parehong mga karapatan sa pagbawi na ginagamit ng Kalihim sa ilalim ng mga regulasyon ng CMS sa subpart B hanggang D ng bahagi 411 ng 42 CFR at ang mga panuntunang nakatakda sa seksyong ito ang mananaig kaysa sa anumang batas ng estado.

SEKSYON 4 Pagbawi ng mga benepisyo na binayaran ng aming plano sa ilalim ng inyong Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) plan

Kapag na-injure kayo

Kung sakaling kayo ay magkakaroon ng injury, magkakasakit, o magkakaroon ng kundisyon dahil sa mga aksyon ng ibang tao, kumpanya, o ng inyong sarili (“may pananagutang partido”), magbibigay ang aming plano ng mga benepisyo para sa mga saklaw na serbisyong natatanggap ninyo. Gayunpaman, kung nakatanggap kayo ng pera o kung dapat kayong makatanggap ng pera dahil sa inyong pinsala, karamdaman, o kundisyon, sa pamamagitan man ng areglo, hatol, o anupamang bayad na nauugnay sa inyong pinsala, karamdaman, o kundisyon, may karapatan ang aming plano at/o mga nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo na bawiin ang halaga ng anumang serbisyong ibinigay sa inyo sa pamamagitan ng planong ito alinsunod sa naaangkop na batas ng Estado.

Gaya ng kung paano ito ginamit sa kabuuan ng probisyong ito, ang salitang “may pananagutang partido” ay sinumang tao o entidad na aktwal o posibleng may pananagutan sa inyong injury, karamdaman, o kundisyon. Kasama sa salitang may pananagutang partido ang pananagutan o iba pang insurer ng may mananagot na tao o entidad.

Ilang halimbawa kung paano kayo maaaring ma-injury, magkasakit, o magkaroon ng kundisyon sa kagagawan ng may pananagutang partido, ngunit hindi limitado sa:

- Aksidente sa sasakyan;
- Nadulas at natumba kayo sa tindahan; o
- Na-expose kayo sa isang mapanganib na kemikal sa trabaho.

Ang karapatan ng aming plano para sa pagbawi ay nalalapat sa anuman at sa lahat ng halagang natanggap ninyo mula sa may pananagutang partido, kabilang ang mga sumusunod, ngunit hindi limitado sa:

- Mga bayad ng ikatlong partido o anumang kumpanya ng insurance sa ngalan ng ikatlong partido;
- Saklaw para sa hindi insured o underinsured na motorista;

- Proteksyon mula sa personal na injury, walang kasalanan, o iba pang saklaw para sa unang partido;
- Gawad o areglo para sa Kabayaran sa Manggagawa o may Kapansanan;
- Saklaw sa mga medikal na bayad sa ilalim ng anumang automobile policy, saklaw na insurance o umbrella na saklaw para sa mga premise o homeowner;
- Anumang areglo o hatol na natanggap mula sa demanda o iba pang legal na aksyon; o
- Anupamang pagbabayad mula sa anupamang pinagmulan bilang kabayaran para sa mga ginawa o pagkukulang ng may pananagutang partido.

Sa pamamagitan ng pagtanggap ng mga benepisyo sa ilalim ng planong ito, sumasang-ayon kayo na ang aming plano ay may unang priyoridad na karapatan para sa subrogation at reimbursement na nagiging kalakip kapag ang planong ito ay nagbayad ng mga benepisyo para sa Mga Saklaw na Serbisyong natanggap ninyo dahil sa mga ginawa o pagkukulang ng may pananagutang partido, at nakabawi kayo o ang inyong kinatawan, o may karapatan kayong magbawi, ng anumang halaga mula sa may pananagutang partido.

Sa pamamagitan ng pagtanggap ng mga benepisyo mula sa planong ito, (i) itinatalaga rin ninyo sa aming plano ang karapatan ninyong magbawi ng mga medikal na gastusin mula sa anumang pagsaklaw na available hanggang sa kabuuang gastos sa lahat ng Saklaw na Serbisyo na ibinigay ng plano kaugnay ng inyong pinsala, karamdaman, o kundisyon, at (ii) sumasang-ayon kayo na partikular na atasan ang may pananagutang partido na direktang i-reimburse ang plano sa ngalan ninyo.

Sa pamamagitan ng pagtanggap ng mga benepisyo sa ilalim ng planong ito, binibigyan rin ninyo ang aming plano ng unang priyoridad na lien sa anumang pagbawi, areglo, o hatol, o iba pang pinagmumulan ng kompensasyon at lahat ng reimbursement para sa buong gastos sa Mga Saklaw na Serbisyo na binayaran ng plano kaugnay ng inyong injury, karamdaman, o kundisyon sa kagagawan o kakulangan ng may pananagutang partido. Ilalapat ang priyoridad na ito, partikular man na tinukoy ang mga halaga bilang pagbawi sa mga medikal na gastusin, at naibigay man sa inyo ang buo o kumpletong kompensasyon para sa nawala sa inyo. Maaaring bawiin ng aming plano ang buong gastos ng lahat ng benepisyo na ibinigay ng planong ito nang hindi ikinokonsidera kung may anumang claim ng pagkakasala sa inyong bahagi, sa pamamagitan man ng comparative negligence o iba pa. Walang kakaltasing bayad sa abogado sa mababawi ng aming plano, at hindi kailangan ng aming plano na magbayad o mag-ambag sa pagbabayad ng mga gastusin sa korte o mga bayad sa abogado para sa abogadong na-hire upang isulong ang claim o demanda laban sa may pananagutang partido.

Mga hakbang na dapat ninyong gawin

Kung magkakaroon kayo ng injury, magkakasakit, o magkakaroon ng kundisyon dahil sa may pananagutang partido, dapat kayong makiisa sa mga hakbang ng aming plano at/o nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo upang mabawi ang mga gastusin nito, kabilang ang:

- Pagsasabi sa aming plano o nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo, kung naaangkop, ng pangalan at address ng may pananagutang partido at/o kanyang abogado, kung kilala ninyo; pangalan at address ng inyong abogado, kung may abogado kayo, pangalan at address ng anumang kasaling kumpanya ng insurance, kasama na ang isang paglalarawan ng pangyayaring nagdulot ng pinsala, karamdaman, o kundisyon.

- Pagkumpleto sa anumang papeles na makatuwirang hihingiin ng aming plano o ng nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo upang makatulong sa pagsusulong ng lien o karapatan sa pagbawi.
- Maagap na pagsagot sa mga tanong mula sa aming plano o nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo tungkol sa status ng kaso o claim at anumang usapin sa areglo.
- Agad na pagsasabi sa aming plano kung nakatanggap kayo o ang inyong abogado ng anumang pera mula sa (mga) may pananagutang partido o anupamang pinagmulan.
- Pagbabayad ng lien para sa pangangalagang pangkalusugan o halagang babawiin ng plano mula sa anumang pagbawi, areglo o hatol, o iba pang pinagmulan ng kompensasyon, kabilang ang pagbabayad ng lahat ng reimbursement na dapat bayaran sa aming plano para sa kabuuang halaga ng mga benepisyo na binayaran sa ilalim ng plano kaugnay ng inyong pinsala, karamdaman o kundisyon dahil sa may pananagutang partido, partikular man na tinukoy bilang pagbawi sa mga medikal na gastusin at naibigay man sa inyo ang buo o kumpletong kompensasyon para sa nawala sa inyo;
- Hindi paggawa ng anumang bagay na makakasira sa mga karapatan ng aming plano alinsunod sa nakasaad sa itaas. Kabilang dito ang, ngunit hindi limitado sa, hindi pagtatangka na kaltasan o hindi ibigay ang halagang naareglo o nabawi para sa buong gastos ng lahat ng binayarang mga benepisyo ng plano, o hindi pagtatangka na ipagkait sa aming plano ang unang priyoridad na karapatan para sa pagbawi o lien.
- Paghawak sa anumang perang natanggap ninyo o ng inyong abogado mula sa (mga) may pananagutang partido, o mula sa anupamang pinagmulan, upang ipagkatiwala sa inyo, at pag-reimburse sa aming plano o nanggagamot na tagapagbigay ng serbisyo, kung naaangkop, ng nabawing halaga na dapat ibayad sa plano sa sandaling mabayaran kayo at bago ang pagbabayad sa anupamang potensyal na lien holder o mga ikatlong partidong nagke-claim ng karapatang magbawi.
- Kinakailangan ninyong makipagtulungan sa amin sa paghahabol ng mga naturang pagbawi o sobrang bayad.

SEKSYON 5 Membership card

Gagamitin lang para sa identipikasyon ang membership card na ibibigay ng aming plano sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito. Ang pagkakaroon ng membership card ay hindi nagbibigay ng anumang karapatan para sa mga serbisyo o iba pang benepisyo sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito. Upang maging kwalipikado sa mga serbisyo o mga benepisyo sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito, ang nagmamay-ari ng card ay dapat kwalipikado sa saklaw at nakatala bilang miyembro sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito. Ang sinumang tatanggap ng mga serbisyong hindi niya dapat matanggap sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito ay mananagot sa pagbabayad ng mga serbisyong iyon. Dapat ipakita ng miyembro ang membership card ng plano, hindi ang Medicare card, sa oras ng serbisyo. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa: 711) kung kinakailangan ninyong palitan ang inyong membership card.

Tandaan: Maaaring maalis sa pagkakatala ang sinumang miyembrong sinasadyang hayaan ang mapang-abuso o maling paggamit sa membership card. Kailangan ng aming plano na iulat sa Tanggapan Inspector General ang isang pag-alis sa pagkakatala na resuta ng pang-aabuso o maling paggamit sa membership card, na maaaring humantong sa kriminal na kaso.

SEKSYON 6 Mga hiwalay na contractor

Ang ugnayan sa pagitan ng aming plano at bawat kasaling tagapagbigay ng serbisyo ay isang pakikipag-ugnayan sa hiwalay na contractor. Ang mga kasaling tagapagbigay ng serbisyo ay hindi mga empleyado o ahente ng aming plano, at hindi rin empleyado o ahente ng kasaling tagapagbigay ng serbisyo ang aming plano o sinumang empleyado ng aming plano. Hindi kailanman mananagot ang aming plano para sa kapabayaan, maling gawa, o kakulangan ng sinumang kalahok o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Ang mga kalahok na doktor, at hindi ang aming plano, ang nagpapanatili ng ugnayang doktor at pasyente sa Miyembro. Hindi tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan ang aming plano.

SEKSYON 7 Pandaraya sa plano ng pangangalagang pangkalusugan

Ang ibig sabihin ng pandaraya sa plano ng pangangalagang pangkalusugan ay ang panlilinlang o pagsisinungaling sa plano ng isang tagapagbigay ng serbisyo, Miyembro, employer, o sinumang taong kumikilos sa kanilang ngalan. Isa itong krimen na maaaring sampahan ng kaso. Ang sinumang tao na kusa at sadyang magsasagawa ng aktibidad na may layuning linlangin ang plano sa pangangalagang pangkalusugan, halimbawa, paghahain ng claim na naglalaman ng mali o mapanlinlang na pahayag, ay guilty sa pandaraya sa plano ng pangangalagang pangkalusugan.

Kung nag-aalala kayo sa anumang singil na nasa isang bill o form ng Paliwanag ng mga Benepisyo, o kung may alam kayo o naghihinala kayong may anumang ilegal na aktibidad, tawagan ang toll-free na Fraud Hotline ng aming plano sa 1-866-685-8664 (TTY: 711). Bukas ang Fraud Hotline 24 na oras bawat araw, pitong araw bawat linggo. Lubos na kumpidensyal ang lahat ng tawag.

SEKSYON 8 Mga sitwasyong hindi kontrolado ng plano

Kung sakaling ang isang natural na kalamidad, digmaan, kaguluhan, insureksyong sibil, epidemya, ganap o hindi ganap na pagkasira ng mga pasilidad, atomic na pagsabog o iba pang pag-release ng nuclear energy, disabilidad ng maraming tauhan sa medikal na pangkat, state of emergency, o iba pang katulad na pangyayari na hindi kontrolado ng aming plano, ay hahantong sa kawalan ng kakayahan ng mga pasilidad o personnel ng aming plano na makapagbigay o makapag-ayos ng mga serbisyo o mga benepisyo sa ilalim ng *Katibayan ng Pagsaklaw* na ito, ang obligasyon ng plano upang maihatid ang mga naturang serbisyo o mga benepisyo ay lilimitahan sa pangangailangan na dapat magsagawa ang aming plano ng tapat na pagsisikap na maibigay o makapag-ayos ng mga naturang serbisyo o mga benepisyo ayon sa kasalukuyang kakayahan ng mga pasilidad o personnel nito.

KABANATA 12: Mga kahulugan

Center ng Ambulatoryong Operasyon – Ang isang Center ng Ambulatoryong Operasyon ay isang entidad na eksklusibong pinapatakbo para sa layunin ng pagbibigay ng mga serbisyong operasyon para sa outpatient na hindi kinakailangang maospital at inaasahang manatili sa sentro nang hindi lalagpas sa 24 na oras.

Apela – Ang apela ay ang gagawin ninyo kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyong tanggihan ang kahilingan para sa pagsaklaw sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o mga inireresetang gamot o sa pagbabayad para sa mga serbisyo o gamot na natanggap na ninyo. Maaari rin kayong maghain ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyong ihinto ang mga serbisyong natatanggap ninyo.

Biological na Produkto – Isang inireresetang gamot na gawa mula sa mga natural at buhay na mapagkukunan tulad ng mga selyula ng hayop, selyula ng halaman, bacteria, o yeast. Mas kumplikado ang mga biological na produkto kaysa sa iba pang gamot at hindi kayang kopyahin nang eksakto ang mga ito, kaya ang mga alternatibong anyo ay tinatawag na mga biosimilar. (pumunta sa "**Orihinal na Biological na Produkto**" at "**Biosimilar**").

Biosimilar – Isang biological na produkto na may malaking pagkakatulad sa, ngunit hindi eksaktong kapareho ng, orihinal na biological na produkto. Ang mga biosimilar ay kasing ligtas at epektibo ng orihinal na biological na produkto. May ilang biosimilar na maaaring ipamalit sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta (tingnan ang "**interchangeable na biosimilar**").

Branded na Gamot – Isang inireresetang gamot na ginawa at ibinebenta ng kumpanya ng gamot na orihinal na nagsaliksik at bumuo ng gamot. Ang mga branded na gamot ay may formula ng aktibong sangkap na kapareho ng nasa generic na bersyon ng gamot. Gayunpaman, ang mga generic na gamot ay ginagawa at ibinebenta ng iba pang manufacturer ng gamot at karaniwang hindi makukuha hangga't hindi nag-e-expire ang patent sa branded na gamot.

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 medikal na serbisyo at serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali.

Grupo sa Pangangalaga – Ang isang grupo sa pangangalaga ay maaaring may kasamang 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.

Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw – Ang yugto sa Benepisyo sa Bahagi D na Gamot na nagsisimula kapag kayo (o ang iba pang kwalipikadong partido sa ngalan ninyo) ay gumastos na ng $2,400 para sa

saklaw na Bahagi D na mga gamot sa panahon ng saklaw na taon. Sa yugtong ito ng pagbabayad, wala kayong babayaran para sa inyong saklaw na Bahagi D na mga gamot at para sa mga hindi kasamang gamot na saklaw sa ilalim ng aming pinahusay na benepisyo.

Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS) – Ang pederal na ahensyang nangangasiwa sa Medicare.

Coinsurance – Halagang posibleng kailangan ninyong bayaran, na nasa anyong porsyento (halimbawa 20%) bilang bahagi ninyo sa gastos para mga serbisyo o inireresetang gamot.

Reklamo – Ang pormal na katawagan para sa paghahain ng reklamo ay **paghahain ng karaingan**. Ginagamit *lang* ang proseso ng reklamo para sa ilang partikular na uri ng mga problema. Kasama rito ang mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, at ang serbisyo sa kostumer na natanggap ninyo. Kabilang din dito ang mga reklamo kung hindi sinunod ng aming plano ang mga yugto ng panahon sa pagproseso ng apela.

Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Pasyenteng Hindi Kailangang I-confine (CORF) – Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo ng rehabilitasyon matapos magkasakit o mapinsala, kabilang ang physical therapy, mga serbisyong social o psychological, respiratory therapy, occupational therapy, at mga serbisyo sa speech-language pathology, at mga serbisyo ng pagsusuri sa kapaligiran ng tahanan.

Bahagian sa bayad (o copay) – Ang halaga na maaaring kailangan ninyong bayaran bilang inyong bahagi sa gastos para sa medikal na serbisyo o supply, tulad ng pagpapatingin sa doktor, pagbisita sa ospital ng outpatient, o inireresetang gamot. Ang bahagian sa bayad ay isang nakatakdang halaga (halimbawa $10), sa halip na porsyento.

Bahagian sa Gastos – Ang bahagian sa gastos ay tumutukoy sa mga halagang kailangang bayaran ng miyembro kapag tumatanggap ng mga serbisyo o gamot. Kasama sa bahagian sa gastos ang anumang kumbinasyon ng mga sumusunod na 3 uri ng mga pagbabayad: (1) anumang naibabawas na halagang maaaring ipataw ng plano bago masaklaw ang mga serbisyo o gamot; (2) anumang naka-fix na halaga ng bahagian sa bayad na hihingiin ng plano kapag nakatanggap ng isang partikular na serbisyo o gamot; o (3) anumang halaga ng coinsurance, isang porsyento ng kabuuang halagang binayaran para sa isang serbisyo o gamot, na hihingiin ng plano kapag nakatanggap ng isang partikular na serbisyo o gamot.

Mga Tier ng Bahagian sa Gastos – Ang lahat ng gamot sa listahan ng mga saklaw na gamot ay nasa isa sa anim na tier ng bahagian sa gastos. Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang tier ng bahagian sa gastos, mas mataas ang gastos ninyo sa gamot.

Desisyon sa Pagsaklaw – Isang desisyon kung sasaklawin ba ng aming plano ang gamot na inirereseta para sa inyo at kung magkano ang halaga, kung mayroon man, na kailangan ninyong bayaran para sa reseta. Sa pangkalahatan, kung dadalhin ninyo ang inyong reseta sa parmasya at sasabihin ng parmasya na hindi sinasaklaw ang reseta sa ilalim ng aming plano, hindi iyon desisyon sa pagsaklaw. Kailangan ninyong tumawag o sumulat sa aming plano upang humingi ng pormal na desisyon tungkol sa pagsaklaw. Ang mga desisyon sa pagsaklaw ay tinatawag na **mga desisyon sa pagsaklaw** sa dokumentong ito.

Mga Saklaw na Gamot – Ang terminong ginagamit namin upang tukuyin ang lahat ng gamot na sinasaklaw ng aming plano.

Mga Saklaw na Serbisyo – Ang terminong ginagamit namin upang tukuyin ang lahat ng serbisyo at supply sa pangangalagang pangkalusugan na sinasaklaw ng aming plano.

Kinikilalang Pagsaklaw sa Inireresetang Gamot – Pagsaklaw sa inireresetang gamot (halimbawa, mula sa isang employer o union) na inaasahang magbayad, sa average, ng kahit katumbas lang ng karaniwang pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare. Ang mga taong may ganitong uri ng pagsaklaw nang maging kwalipikado sila para sa Medicare ay mapapanatili sa pangkalahatan ang pagsaklaw na iyon nang hindi nagbabayad ng multa kung magpapasya silang magpatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Pantulong na Pangangalaga – Ang pantulong na pangangalaga ay personal na pangangalagang ibinibigay sa isang nursing home, hospisyo, o iba pang pasilidad kapag hindi kayo nangangailangan ng sanay na medikal na pangangalaga o dalubhasang pangangalaga. Ang pantulong na pangangalaga, maaaring ibigay ng mga taong walang propesyonal na kasanayan o pagsasanay, gaya ng tulong sa mga pang-araw-araw na gawaing tulad ng pagligo, pagbibihis, pagkain, paghiga o pagbangon sa kama o pag-upo o pagtayo mula sa upuan, paggalaw-galaw at paggamit ng banyo. Maaaring kasama rin dito ang uri ng pangangalagang nauugnay sa kalusugan na mag-isang ginagawa ng karamihan sa mga tao, tulad ng paggamit ng mga pampatak sa mata. Hindi nagbabayad ang Medicare para sa pantulong na pangangalaga.

Pang-araw-araw na rate ng bahagian sa gastos – Maaaring mailapat ang pang-araw-araw na rate ng bahagian sa gastos kapag niresetahan kayo ng inyong doktor ng mas mababa sa isang buwang supply at kinakailangan ninyong magbayad ng bahagian sa bayad. Ang pang-araw-araw na rate ng bahagian sa gastos ay ang bahagian sa bayad na hinati sa bilang ng mga araw sa isang buwang supply. Narito ang isang halimbawa: Kung ang inyong bahagian sa bayad para sa isang buwang supply ng gamot ay $30, at ang isang buwang supply sa aming plano ay 30 araw, ang inyong pang-araw-araw na rate ng bahagian sa gastos ay $1 kada araw.

Naibabawas – Ang halagang dapat ninyong bayaran para sa pangangalagang pangkalusugan o mga resetang gamot bago magsimulang magbayad ang aming plano.

Alisin sa pagkakatala o **Pag-alis sa pagkakatala** – Ang proseso ng pagwawakas ng inyong membership sa aming plano.

Bayarin sa Pagpapamahagi – Isang bayaring sinisingil sa tuwing ipapamahagi ang isang saklaw na gamot upang mabayaran ang gastos sa pagkuha ng reseta, tulad ng oras ng sa paghahanda at pagbabalot ng inireresetang gamot ng pharmacist.

Mga Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) – Itinatala ng mga D-SNP ang mga taong may karapatan sa parehong Medicare (Pamagat XVIII ng Batas sa Social Security) at medikal na tulong mula sa isang plano ng estado sa ilalim ng Medicaid (Pamagat XIX). Sinasaklaw ng mga estado ang ilan o lahat ng gastusin ng Medicare, depende sa katayuan at pagiging kwalipikado ng indibidwal.

Indibidwal na Dalawang Beses na Kwalipikado – Isang taong kwalipikado para sa pagsaklaw ng Medicare at Medicaid.

Matitibay na Medikal na Kagamitan (DME) – Ilang partikular na medikal na kagamitang ibinilin ng inyong doktor para sa mga medikal na kadahilanan. Kabilang sa mga halimbawa ang mga walker, wheelchair, saklay, powered mattress system, mga supply para sa diabetes, IV infusion pump, mga kagamitan pantulong sa pagsasalita, oxygen equipment, nebulizer, o kama sa ospital na ibinilin ng tagapagbigay ng serbisyong gamitin sa bahay.

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

Emergency na Pangangalaga – Mga saklaw na serbisyo na: 1) ibinigay ng tagapagbigay ng serbisyo na kwalipikadong magbigay ng mga serbisyo sa emergency; at 2) kinakailangan magamot, masuri, o ma-stabilize ang isang emergency na medikal na kondisyon.

Katibayan ng Pagsaklaw (EOC) at Impormasyon sa Pagsisiwalat – Ang dokumentong ito kasama ng inyong form ng pagpapatala at anupamang kalakip, rider, o iba pang opsyonal na pagsaklaw na napili, ay nagpapaliwanag sa inyong pagsaklaw, sa dapat naming gawin, sa inyong mga karapatan, at sa dapat ninyong gawin bilang miyembro ng aming plano.

Eksepsiyon – Isang uri ng desisyon sa pagsaklaw na kung maaaprubahan, ay magbibigay-daan sa inyong makuha ang isang gamot na wala sa aming pormularyo (eksepsiyon sa pormularyo), o makuha ang isang hindi preferred na gamot sa mas mababang antas ng bahagian sa gastos (eksepsiyon sa tier). Maaari rin kayong humiling ng isang eksepsiyon kung iaatas sa inyo ng aming plano na sumubok ng ibang gamot bago ninyo matanggap ang gamot na hinihiling ninyo, kung kinakailangan ng aming plano ng paunang awtorisasyon para sa isang gamot at gusto ninyong alisin namin ang paghihigpit sa mga pamantayan, o kung nililimitahan ng aming plano ang dami o dosis ng gamot na hinihiling ninyo (eksepsiyon sa pormularyo).

Karagdagang Tulong – Isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na mabayaran ang mga gastusin sa programa sa inireresetang gamot ng Medicare, gaya ng mga premium, naibabawas, at coinsurance.

Generic na Gamot – Inireresetang gamot na aprubado ng FDA na may (mga) aktibong sangkap na katulad ng sa branded na gamot. Karaniwan, ang isang generic na gamot ay kasing bisa ng isang branded na gamot at karaniwang mas mura.

Karaingan – Isang uri ng reklamong inihahain ninyo tungkol sa aming plano, mga tagapagbigay ng serbisyo, o mga parmasya, kabilang ang reklamo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga. Hindi kasama dito ang mga problema sa pagsaklaw o pagbabayad.

Pagtatasa ng Panganib sa Kalusugan (HRA) – Pagsusuri sa inyong medikal na kasaysayan at kasalukuyang kundisyon. Ginagamit ito para malaman ang tungkol sa inyong kalusugan at kung paano ito maaaring magbago sa hinaharap.

Mga Tulong sa Kalusugan sa Bahay – Isang tao na nagbibigay ng mga serbisyong hindi nangangailangan ng mga kasanayan ng lisensiyadong nurse o therapist, gaya ng tulong sa pangangalaga ng sarili (hal., pagligo, paggamit ng banyo, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga inirekomendang ehersisyo).

Hospisyo – Isang benepisyong nagbibigay ng espesyal na paggamot para sa isang miyembrong medikal na nasertipikahan bilang may nakamamatay na sakit, na nangangahulugang mayroon siyang inaasahang 6 na buwan o wala pa para mabuhay. Dapat ibigay sa inyo ng aming plano ang isang listahan ng mga hospisyo sa inyong heograpikong lugar. Kung pipili kayo ng hospisyo at patuloy na magbabayad ng mga premium, mananatili kayong miyembro ng aming plano. Makukuha pa rin ninyo ang lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo gayundin ang mga inaalok naming karagdagang mga benepisyo.

Inpatient na Pananatili sa Ospital – Ang pananatili sa ospital kapag pormal kayong na-confine sa ospital para sa mga sanay na medikal na serbisyo. Kahit manatili kayo sa ospital nang magdamag, posibleng ituring pa rin kayong outpatient.

Buwanang Halaga ng Adjustment na Nauugnay sa Kita (IRMAA) – Kung ang inyong nabago at naisaayos na gross na kita gaya ng nakaulat sa inyong IRS tax return mula sa nakaraang 2 taon ay mas malaki sa isang partikular na halaga, babayaran ninyo ang karaniwang halaga ng premium at ang Buwanang Halaga ng Adjustment na Nauugnay sa Kita, na kilala rin bilang IRMAA. Ang IRMAA ay dagdag na pagsingil na ipinapatong sa inyong premium. Mas mababa sa 5% ng mga taong may Medicare ang apektado, kaya marami sa mga tao ang hindi magbabayad ng mas mataas na premium.

Yugto ng Paunang Saklaw – Ito ang yugto pagkatapos ninyong bayaran ang inyong naibabawas (kung mayroon kayo nito) at bago umabot ang inyong mga gastos mula sa bulsa para sa taon sa limitasyon ng halagang mula sa sariling bulsa.

Inisyal na Panahon ng Pagpapatala – Kapag una kayong naging kwalipikado para sa Medicare, ito ang panahon kung kailan kayo maaaring magpatala sa Medicare Part A at Part B. Kung kwalipikado kayo para sa Medicare kapag naging 65 taong gulang na kayo, ang inyong Inisyal na Panahon ng Pagpapatala ay ang 7 buwang panahon na magsisimula 3 buwan bago ang buwan na magiging 65 taong gulang kayo, kasama rito ang buwan kung kailan kayo naging 65 taong gulang, at matatapos ito 3 buwan pagkatapos ng buwan na naging 65 taong gulang kayo.

Integrated D-SNP – Isang D-SNP na sumasaklaw sa Medicare at karamihan sa o lahat ng serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng isang planong pangkalusugan para sa mga partikular na pangkat ng mga indibidwal na kwalipikado sa Medicare at Medicaid. Kilala rin ang mga taong ito bilang mga taong kwalipikado sa pareho na may kumpletong benepisyo.

Interchangeable na Biosimilar – Isang biosimilar na maaaring gamitin bilang pamalit sa orihinal na biosimilar na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta dahil natutugunan

nito ang mga karagdagang kinakailangan na may kaugnayan sa potensyal sa awtomatikong pagpalit. Napapailalim sa batas ng estado ang awtomatikong pagpapalit sa parmasya.

Listahan ng mga Saklaw na Gamot (pormularyo o Listahan ng Gamot) – Isang listahan ng mga inireresetang gamot na sinasaklaw ng aming plano.

Subsidy para sa Mababa ang Kita (LIS) – Tingnan ang Karagdagang Tulong.

Programa ng Diskwento ng Manufacturer – Isang programa kung saan mga manufacturer ng gamot ang magbabayad sa isang bahagi ng buong gastos ng aming plano para sa mga sinasaklaw na mga branded na gamot at biologics sa Bahagi D. Nakabatay ang mga diskwento sa mga kasunduan sa pagitan ng pederal na pamahalaan at mga manufacturer ng gamot.

Maximum na Patas na Presyo – Ang presyong ipinagkasundo ng Medicare para sa piniling gamot.

Maximum na Halaga Mula sa Sariling Bulsa – Ang pinakamataas na halagang gagastusin ninyo mula sa sariling bulsa sa kasalukuyang taon sa kalendaryo para sa mga sinasaklaw na serbisyo ng Bahagi A at Bahagi B na nasa network. Ang mga halagang binabayaran ninyo para sa mga premium ng Medicare Part A at Part B at mga inireresetang gamot ay hindi binibilang sa maximum na halaga mula sa sariling bulsa. (**Tandaan:** Dahil nakakakuha rin ang aming mga miyembro ng tulong mula sa Medicaid, iilang miyembro lang ang nakakaabot sa maximum na halagang ito ng gastos mula sa sariling bulsa.)

Medicaid (o Medical Assistance) – Magkasamang programa ng pederal na pamahalaan at estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa mga taong may mababang kita at limitadong mapagkukunan. Magkakaiba ang mga programa ng Medicaid sa bawat Estado, ngunit sinasaklaw ang karamihan ng mga gastusin sa pangangalagang pangkalusugan kung kwalipikado kayo para sa Medicare at Medicaid.

Medikal na Pangkat – Samahan ng mga doktor, kabilang ang mga PCP at espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan, kabilang ang mga ospital, na nakikipagkontrata sa plano upang magbigay ng mga serbisyo sa mga nagpapatala. Tingnan ang Kabanata 1, Seksyon 4.2.

Indikasyong Medikal na Tinatanggap – Paggamit ng gamot na aprubado ng FDA o suportado ng ilang partikular na sanggunian, gaya ng American Hospital Formulary Service Drug Information at ng Sistema ng Impormasyon ng Micromedex DRUGDEX.

Medikal na Kinakailangan – Mga serbisyo, supply, o gamot na kinakailangan para sa pag-iwas sa pagkakasakit, diagnosis, o paggamot ng inyong medikal na kundisyon at nakatutugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng kasanayang medikal.

Medicare – Ang pederal na programang insurance sa kalusugan para sa mga taong nasa edad 65 pataas, ilang taong wala pang 65 na may mga kapansanan, at mga taong may Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o kidney transplant).

Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage – Ang nakatakdang panahon mula ika-1 ng Enero hanggang ika-31 ng Marso kung kailan magagawa ng mga miyembro ng plano ng Medicare Advantage na kanselahin ang kanilang pagpapatala sa plano at lumipat sa ibang plano ng Medicare

Advantage, o makakuha ng saklaw sa pamamagitan ng Original Medicare. Kung lilipat kayo sa Original Medicare sa loob ng panahong ito, maaari rin kayong sumali sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare sa panahong iyon. Available din ang Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage sa loob ng 3 buwang panahon pagkatapos unang maging kwalipikado ang isang indibidwal sa Medicare.

Plano ng Medicare Advantage (MA) – Tinatawag minsan na Medicare Part C. Isang plano na inaalok ng pribadong kumpanya na nakikipagkontrata sa Medicare upang maibigay sa inyo ang lahat ng inyong benepisyo sa Medicare Part A at Part B. Ang isang Plano ng Medicare Advantage ay maaaring maging isang i) HMO, ii) PPO, iii) Pribadong Fee-for-Service (PFFS) na plano, o iv) Medical Savings Account na plano ng Medicare (MSA). Bukod sa pagpili sa mga ganitong uri ng mga plano, ang Medicare Advantage HMO o PPO na plano ay maaari ring maging Plano sa Mga Espesyal na Pangangalaga (SNP). Madalas, nag-aalok din ang mga Plano ng Medicare Advantage ng Medicare Part D (pagsaklaw sa inireresetang gamot). Ang mga planong ito ay tinatawag na **Mga Plano ng Medicare Advantage na may kasamang Pagsaklaw sa Inireresetang Gamot**.

Mga Serbisyong Sinasaklaw ng Medicare – Ang mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A at Part B. Dapat saklawin ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A at B. Ang terminong Mga Serbisyong Sinasaklaw ng Medicare ay hindi kinabibilangan ng mga karagdagang benepisyo, tulad ng sa paningin, ngipin, o pandinig, na maaaring inaalok ng isang plano ng Medicare Advantage.

Planong Pangkalusugan ng Medicare – Ang planong pangkalusugan ng Medicare ay iniaalok ng pribadong kumpanyang nakikipagkontrata sa Medicare upang maibigay ang mga benepisyo sa Bahagi A at Bahagi B sa mga taong may Medicare na nagpatala sa aming plano. Kasama sa terminong ito ang lahat ng Plano ng Medicare Advantage, Cost Plan ng Medicare, Plano sa Mga Espesyal na Pangangalaga, Demonstration/Pilot na Programa, at Programa ng Komprehensibong Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE).

Pagsaklaw sa Gamot ng Medicare (Medicare Part D) – Insurance na tumutulong sa pagbabayad para sa mga inireresetang gamot ng outpatient, mga bakuna, biological, at ilang supply na hindi sinasaklaw ng Medicare Part A o Part B.

Programa ng Pamamahala sa Medication Therapy (MTM) – Isang programa sa Medicare Part D para sa kumplikadong pangangailangan sa kalusugan na ibinibigay sa mga taong nakakatugon sa ilang kinakailangan o nasa Programa ng Pamamahala sa Gamot. Karaniwang kasama sa mga serbisyo ng MTM ang pakikipagtalakayan sa isang pharmacist o tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan upang suriin ang mga gamot.

Medigap (Dagdag na Insurance ng Medicare) Policy – Dagdag na Insurance ng Medicare na ibinebenta ng mga pribadong kumpanya ng insurance upang mapunan ang *mga gap* sa Original Medicare. Magagamit lang ang mga polisiya ng Medigap sa Original Medicare. (Ang Plano ng Medicare Advantage ay hindi polisiya ng Medigap.)

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano) – Isang taong may Medicare na kwalipikadong makatanggap ng mga saklaw na serbisyo, na nagpatala sa aming plano at ang pagpapatala ay nakumpirma ng Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS).

Mga Serbisyo para sa Miyembro – Ang departamento sa loob ng aming plano na responsable sa pagsagot sa inyong mga tanong tungkol sa inyong membership, mga benepisyo, mga karaingan, at mga apela.

Parmasyang nasa Network – Isang parmasyang nakipagkontrata sa aming plano kung saan makukuha ng mga miyembro ng aming plano ang kanilang mga benepisyo sa inireresetang gamot. Kadalasan, nasasaklawan lang ang inyong mga reseta kung bibilhin ang mga ito sa isa sa aming mga parmasyang nasa network.

Tagapagbigay ng Serbisyong Nasa Network – Ang **tagapagbigay ng serbisyo** ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para sa mga doktor, iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, mga ospital, at iba pang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan na lisensyado o sertipikado ng Medicare at ng Estado upang magbigay ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. **Ang Mga Tagapagbigay ng Serbisyong Nasa Network** ay nakipagkasundo sa aming plano na tanggapin ang bayad namin bilang kabuuang bayad, at sa ilang sitwasyon, ay mangasiwa at magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay tinatawag ding **mga tagapagbigay ng plano**.

Panahon ng Bukas na Pagpapatala – Ang yugto ng panahon mula ika-15 ng Oktubre hanggang ika-7 ng Disyembre ng bawat taon kung kailan maaaring palitan ng mga miyembro ang kanilang planong pangkalusugan o plano sa gamot o lumipat sa Original Medicare.

Pagpapasya ng Organisasyon – Isang desisyon na ginagawa ng aming plano tungkol sa kung sinasaklaw ba ang mga item o serbisyo o kung magkano ang dapat ninyong bayaran para sa mga sinasaklaw na item o serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na mga desisyon sa pagsaklaw sa dokumentong ito.

Orihinal na Biological na Produkto – Isang biological na produkto na aprubado ng FDA at inihahatid bilang paghahambing para sa mga manufacturer na gumagawa ng biosimilar na bersyon. Tinatawag din itong reference na produkto.

Original Medicare (Tradisyonal na Medicare o Fee-for-Service na Medicare) – Ang Original Medicare ay iniaalok ng pamahalaan, at hindi ito isang pribadong planong pangkalusugan tulad ng mga Plano ng Medicare Advantage at plano sa inireresetang gamot. Sa ilalim ng Original Medicare, ang mga serbisyo ng Medicare ay sinasaklaw sa pamamagitan ng pagbabayad sa mga doktor, ospital, at pagbabayad ng iba pang halagang binabayaran sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na itinakda ng Kongreso. Maaari kayong magpatingin sa sinuman o alinmang doktor, ospital, o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. Dapat ninyong bayaran ang naibabawas. Nagbabayad ang Medicare ng bahagi nito sa halagang inaprubahan ng Medicare, at dapat kayong magbayad ng inyong bahagi. May 2 bahagi ang Original Medicare: Bahagi A (Insurance sa Ospital) at Bahagi B (Medikal na Insurance) at available ito sa kahit saan sa Estados Unidos.

Parmasyang Wala sa Network – Isang parmasya na walang kontrata sa aming plano upang mangasiwa o magbigay ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo sa mga parmasyang wala sa network ay hindi sinasaklaw ng aming plano maliban kung nalalapat ang ilang kundisyon.

Tagapagbigay ng Serbisyong Wala sa Network o Pasilidad na Wala sa Network – Isang tagapagbigay ng serbisyo o pasilidad na hindi namin kinontratang mangasiwa o magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ang mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network ay mga tagapagbigay ng serbisyo na hindi nagtatrabaho para sa, pagmamay-ari ng, o pinapatakbo ng aming plano.

Mga Gastos Mula sa Bulsa – Tingnan ang kahulugan ng bahagian sa gastos sa itaas. Ang kinakailangang bahagian sa gastos ng miyembro upang mabayaran ang isang bahagi ng mga serbisyo o gamot na natanggap ay tinatawag din na kinakailangang gastos mula sa sariling bulsa.

Limitasyon ng Halaga Mula sa Sariling Bulsa – Ang maximum na halagang babayaran ninyo nang mula sa sariling bulsa para sa Bahagi D na mga gamot.

PACE na Plano – Sa PACE (Programa ng Komprehensibong Pangangalaga para sa Nakatatanda), pinagsasama ang mga serbisyo at suportang medikal, serbisyo at suportang panlipunan, at serbisyo at suporta sa pangmatagalang pangangalaga (long-term services and supports, LTSS) para sa mahihinang tao upang matulungan silang makapamuhay nang mag-isa at makapamuhay sa komunidad (sa halip na tumira sa nursing home) hangga't maaari. Ang mga taong nakatala sa mga PACE na plano ay tumatanggap ng kanilang mga benepisyo sa parehong Medicare at Medicaid sa pamamagitan ng aming plano.

Bahagi C – Tingnan ang plano ng Medicare Advantage (MA).

Bahagi D – Ang boluntaryong Programa ng Benepisyo sa Inireresetang Gamot ng Medicare.

Bahagi D na mga Gamot – Mga gamot na maaaring saklawin sa ilalim ng Bahagi D. Maaaring ialok namin o hindi namin ialok ang lahat ng Bahagi D na mga gamot. Ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot ay hindi isinama ng Kongreso sa saklaw sa Bahagi D. Ang ilang partikular na kategorya ng Bahagi D na mga gamot ay dapat saklawin sa bawat plano.

Multa sa Huling Pagpapatala sa Bahagi D – Ang halagang idinagdag sa inyong buwanang premium para sa pagsaklaw sa gamot ng Medicare kung magpapatuloy kayo nang walang kinikilalang pagsaklaw (pagsaklaw na inaasahang magbabayad, sa average, ng kahit katumbas lang ng karaniwang pagsaklaw sa gamot ng Medicare) sa loob ng tuloy-tuloy na 63 araw o higit pa pagkatapos ninyong unang maging kwalipikado na sumali sa isang Bahagi D na plano. Kung mawawalan kayo ng Karagdagang Tulong, maaari kayong singilin ng multa sa huling pagpapatala kung magpapatuloy kayo sa loob ng 63 araw o higit pa na wala kayong Bahagi D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa gamot.

Preferred na Bahagian sa Gastos – Ang preferred na bahagian sa gastos ay nangangahulugan ng mas mababang bahagian sa gastos para sa ilang partikular na sinasaklaw na Bahagi D na mga gamot sa ilang partikular na parmasyang nasa network.

Premium – Ang pana-panahong pagbabayad sa Medicare, kumpanya ng insurance, o plano ng pangangalagang pangkalusugan para sa pagsaklaw sa kalusugan o inireresetang gamot.

Mga serbisyong pang-iwas sa sakit – Mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na makakatulong sa inyo na manatiling malusog, ma-detect ang mga problema sa kalusugan nang maaga,

matukoy ang mga pinakamabisang paggamot, at maiwasan ang ilang partikular na sakit. Kasama sa mga serbisyong pang-iwas sa sakit ang pagsusuri, bakuna, pagsusuri sa laboratoryo, at screening. Kasama rin sa mga ito ang mga programa para sa pagsubaybay sa kalusugan, at pagpapayo at edukasyon upang tulungan kayong mapangalagaan ang sarili ninyong kalusugan.

Tagapagbigay ng Serbisyo ng Pangunahing Pangangalaga (PCP) –Ang doktor o ibang tagapagbigay ng serbisyo kung kanino kayo unang nagpapatingin para sa karamihan sa mga problemang pangkalusugan. Sa maraming planong pangkalusugan ng Medicare, dapat muna kayong magpatingin sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga bago kayo magpatingin sa iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan.

Paunang Awtorisasyon – Paunang pag-apruba upang makakuha ng mga serbisyo o ilang partikular na gamot batay sa mga partikular na pamantayan. Ang mga Saklaw na serbisyong nangangailangan ng paunang awtorisasyon ay minarkahan sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4. Ang mga saklaw na gamot na nangangailangan ng paunang awtorisasyon ay namarkahan sa pormularyo at nakapaskil ang aming mga pamantayan sa aming website.

Prosthetics at Orthotics – Kasama sa mga saklaw na gamit ang, ngunit hindi limitado sa mga brace para sa braso, likod, at leeg; artipisyal na paa; artipisyal na mata; at mga device na kinakailangan upang palitan ang isang panloob na bahagi o paggana ng katawan, kabilang ang mga supply para sa ostomy at enteral at parenteral na nutrition therapy.

Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) – Isang pangkat ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at pahusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare.

Mga Limitasyon sa Dami – Isang kasangkapan sa pamamahala na ginawa upang limitahan ang paggamit sa isang gamot para sa mga kadahilanang may kinalaman sa kalidad, kaligtasan, o paggamit. Ang mga limitasyon ay maaaring sa halaga ng gamot na sinasaklaw namin sa bawat reseta o para sa tinukoy na yugto ng panahon.

"Tool para sa Real Time na Benepisyo" – Isang portal o computer application kung saan matitingnan ng mga nagpapatala ang kumpleto, tumpak, napapanahon, klinikal na naaangkop, at partikular sa nagpapatala na pormularyo at impormasyon ng benepisyo. Kabilang dito ang mga halaga ng bahagian sa gastos, alternatibong gamot sa pormularyo na maaaring gamitin para sa mga parehong kundisyon ng kalusugan bilang isang ibinibigay na gamot, at mga limitasyon sa pagsaklaw (Paunang Awtorisasyon, Step Therapy, Mga Limitasyon sa Dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

Referral – Isang nakasulat na utos mula sa inyong doktor ng pangunahing pangangalaga upang magpatingin kayo sa isang espesyalista o kumuha ng partikular na medikal na serbisyo. Kung walang referral, maaaring hindi saklawin ng aming plano ang mga serbisyo mula sa isang espesyalista.

Mga Serbisyo ng Rehabilitasyon – Kasama sa mga serbisyong ito ang inpatient na rehabilitasyong pangangalaga, physical therapy (outpatient), speech at language therapy, at occupational therapy.

Piniling Gamot – Isang gamot na sinasaklaw sa ilalim sa Bahagi D kung saan nakipagkasundo ang Medicare ng isang Maximum na Patas na Presyo.

Sineserbisyuhang Lugar – Isang heograpikong lugar kung saan dapat kayo nakatira upang makasali sa isang partikular na planong pangkalusugan. Para sa mga planong naglilimita kung aling mga doktor at ospital ang maaari ninyong gamitin, ito rin sa pangkalahatan ang lugar kung saan ninyo kukunin ang mga regular (hindi emergency) na mga serbisyo. Dapat kayong alisin sa pagkakatala sa aming plano kung tuluyan na kayong aalis sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano.

Pangangalaga mula sa Pasilidad ng Dalubhasang Pangangalaga (SNF) – Dalubhasang pangangalaga at mga serbisyo ng rehabilitasyon na ibinibigay nang tuloy-tuloy, araw-araw, sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. Ang mga halimbawa ng pangangalaga ay kinabibilangan ng physical therapy o mga intravenous na iniksyong maaari lang ibigay ng rehistradong nurse o doktor.

Plano sa Mga Espesyal na Pangangalaga – Isang espesyal na uri ng Plano ng Medicare Advantage na nagbibigay ng mas nakatuong pangangalagang pangkalusugan para sa mga partikular ba grupo ng mga tao, gaya ng mayroong parehong Medicare at Medicaid, nakatira sa nursing home, o may ilang partikular na chronic na medikal na kundisyon.

Karaniwang Bahagian sa Gastos – Ang karaniwang bahagian sa gastos ay bahagian sa gastos na bukod pa sa preferred na bahagian sa gastos na inaalok ng parmasyang nasa network.

Step Therapy – Isang paraan ng paggamit na nag-aatas sa inyong subukan muna ang ibang gamot upang gamutin ang inyong medikal na kundisyon bago namin saklawin ang gamot na maaaring unang inireseta ng inyong doktor.

Suplementong Seguridad sa Kita (SSI) – Buwanang benepisyong binabayaran ng Panlipunang Seguridad sa mga taong may limitadong kita at pinagkukunan na may kapansanan, bulag, o edad 65 taon o mas matanda. Ang mga benepisyo sa SSI ay hindi pareho sa mga benepisyo sa Panlipunang Seguridad.

Mga Serbisyong Agarang Kinakailangan – Isang serbisyong sinasaklaw ng plano na hindi isang emergency ay isang agarang kinakailangang serbisyo kung kayo ay pansamantalang nasa labas ng sineserbisyuhang lugar aming plano, o kung hindi makatuwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon na kunin ninyo ang serbisyong ito mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay mga hindi inaasahang medikal na karamdaman at pinsala, o hindi inaasahang pagsumpong ng mga dati nang kundisyon. Ang mga regular na pagpapatingin sa tagapagbigay ng serbisyo na medikal na kinakailangan (tulad ng taunang pagsusuri) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na kayo ay nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.

Wellcare Spendables® card – Isang debit card, na nilagyan ng load ng plano na maaaring gamitin upang makatulong sa pagbabayad para sa mga item gaya ng inilarawan sa Chart ng Mga Medikal na Benepisyo.

Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

Paraan	Mga Serbisyo para sa Miyembro – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
Tumawag	1-800-431-9007 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Pakitandaan na sa mga oras pagkatapos ng negosyo, weekend, at pederal na pista opisyal, mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, ang aming awtomatikong sistema ng telepono ang maaaring makasagot ng inyong tawag. Kung mag-iiwan kayo ng voicemail message, pakibanggit ang inyong pangalan at numero ng telepono, at tatawagan kayo ng isang miyembro ng team sa loob ng isang (1) araw na may pasok. Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro 1-800-431-9007 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) ay mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter na available para sa mga hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m.
Sumulat sa	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
Website	go.wellcare.com/HealthNetCA

Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan ng California (HICAP)
Ang Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan ng California (HICAP) ay isang programa ng estado na kumukuha ng pera mula sa pederal na pamahalaan upang magbigay ng libreng lokal na pagpapayo sa insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare.

Paraan	Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
Tumawag	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.
Sumulat sa	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Website	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Pahayag ng Pagsisiwalat ng PRA *Ayon sa Paperwork Reduction Act ng 1995, hindi kinakailangan ng mga taong tumugon sa pangongolekta ng impormasyon maliban na lang kung nagpapakita ito ng wastong OMB control number. Ang wastong OMB control number para sa pagkolekta ng impormasyong ito ay 0938-1051. Kung mayroon kayong mga komento o suhestyon upang mapahusay ang form na ito, sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*