Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

Handbook ng Miyembro

H3561_010_001_2027_CA_EOC_DSNP_7001172TAG_C 7108565_CA7CNCEOCTAG_M_0010

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

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

Panimula ng *Handbook ng Miyembro*

Isinasaad sa *Handbook ng Miyembro* na ito, na kilala rin bilang *Katibayan ng Pagsaklaw*, ang tungkol sa inyong saklaw sa ilalim ng aming plano hanggang ika-31 ng Disyembre ng taong 2027. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan sa pag-iisip at karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot), pagsaklaw sa inireresetang gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa **Kabanata 12** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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

Kapag binanggit ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang “kami,” “namin,” “amin,” o “aming plano,” nangangahulugan itong Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

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

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

- Puwede kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika bukod sa Ingles o sa alternatibong format, kung hihilingin ninyo ito. Tinatawag itong “standing request”. Itatala namin ang inyong pinili.
- Para gumawa ng standing request, magbago ng standing request, o para sa isang beses na kahilingan, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro 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.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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

Arabic

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

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

Chinese - Simplified

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。这些服务均免费提供。

Chinese - Traditional

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。這些服務均為免費。

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

Hindi
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

Hmong
THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

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

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

Laotian
ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

Mien
LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

Cambodian

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្ម សម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Farsi

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

Russian

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

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

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

Thai
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-800-431-9007 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-800-431-9007 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

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

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

Iba pang wika
Makukuha ninyo sa iba pang wika ang *Handbook ng Miyembro* na ito at ang iba pang materyal tungkol sa plano nang wala kayong binabayaran. Nagbibigay ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ng mga nakasulat na pagsasalin mula sa mga kuwalipikadong tagasalin. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Libre ang tawag. Sumangguni sa *Handbook ng Miyembro* na ito para matuto pa tungkol sa mga serbisyo ng tulong sa wika sa pangangalagang pangkalusugan, tulad ng mga

serbisyo ng interpreter at serbisyo sa pagsasalin.

Iba pang format

Makukuha ninyo ang impormasyong ito nang maaga, sa iba pang format, tulad ng braille, malaking print na may 20-point na font, audio format, at mga accessible na electronic na format (data CD) nang wala kayong binabayaran. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Libre ang tawag.

Mga Serbisyo sa Access sa Wika

Nagbibigay ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ng mga serbisyo sa pasalitang interpretasyon, kabilang ang sign language, mula sa kwalipikadong interpreter, 24 na oras, nang wala kayong binabayaran. Hindi ninyo kailangang gumamit ng kapamilya o kaibigan bilang interpreter. Hindi namin hinihikayat na kapamilya o mga kaibigan, lalo na mga menor de edad ang magsisilbing interpreter, maliban kung emergency ito. Ang mga serbisyo sa access sa wika, kabilang ang mga serbisyo ng interpreter, ay available nang walang bayad. Available ang mga serbisyo ng interpreter 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Para sa tulong sa inyong wika, o para makuha ang handbook na ito sa ibang wika, tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Libre ang tawag.

2027 Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

Handbook ng Miyembro

Talaan ng Mga Nilalaman

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro 12

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan 28

Kabanata 3: Paggamit sa pagsaklaw ng aming plano para sa inyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang saklaw na serbisyo 52

Kabanata 4: Chart ng mga Benepisyo..... 86

Kabanata 5: Pagkuha ng inyong mga gamot bilang outpatient..... 189

Kabanata 6: Ang binabayaran ninyo para sa inyong mga gamot sa Medicare at Medi-Cal..... 216

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa bill na natanggap ninyo para sa mga saklaw na serbisyo o gamot 231

Kabanata 8: Ang inyong mga karapatan at pananagutan 240

Kabanata 9: Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo) 266

Kabanata 10: Pagwawakas ng inyong pagiging miyembro sa aming plano 325

Kabanata 11: Mga legal na abiso 338

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita 347

Mga Disclaimer

- Ang Wellcare ay ang Medicare brand para sa Centene Corporation, isang HMO, PPO, PDP na plano na may kontrata sa Medicare at aprubadong Sponsor ng Bahagi D. Ang aming mga D-SNP na plano ay may kontrata sa programang Medicaid sa estado. Nakadepende sa pag-renew ng kontrata ang pagpapatala sa aming mga plano.

- Batay sa isang pagsusuri sa Modelo ng Pangangalaga, naaprubahan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ng Pambansang Komite para sa Pagsiguro sa Kalidad (NCQA) na magpatakbo ng Plano sa Mga Espesyal na Pangangalaga (SNP) hanggang 2027.

- Walang pananagutan ang mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network/ hindi nakontrata na gamutin ang mga miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), maliban sa mga emergency na sitwasyon. Mangyaring tumawag sa numero ng aming Mga Serbisyo para sa Miyembro o basahin ang inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon, kasama ang bahagian sa gastos na nalalapat sa mga serbisyong wala sa network

- Ang mga nabanggit na benepisyo ay bahagi ng Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Chronic na Karamdaman. Hindi lahat ng miyembro ay kuwalipikado. Bukod sa pagiging high-risk, mayroon dapat kayo ng isa o higit pa sa mga sumusunod na chronic na karamdaman: cancer, mga cardiovascular disorder, mga chronic at malubhang kundisyon ng kalusugan ng pag-iisip, mga chronic na karamdaman sa baga, diabetes. May iba pang kwalipikadong kundisyong hindi nakalista. Hindi magagarantiyahan ang pagiging kwalipikado para sa benepisyong ito batay lang sa inyong kundisyon. Dapat matugunan ang lahat ng naaangkop na kinakailangan sa pagiging kwalipikado bago maibigay ang benepisyo. Para sa mga detalye, makipag-ugnayan sa amin o tingnan ang Handbook ng Miyembro ng plano.

- Maaaring magbago ang mga benepisyo at/o bahagian sa bayad sa ika-1 ng Enero ng taong 2028.

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

Kabanata 1: Pagsisimula bilang miyembro

Panimula

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

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Welcome sa aming plano 14

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal 15

B1. Medicare 15

B2. Medi-Cal 15

C. Mga pakinabang sa aming plano 16

D. Ang sineserbisyuhang lugar ng aming plano 17

E. Paano kayo magiging kwalipikado na maging miyembro ng plano 17

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

G. Ang inyong grupo sa pangangalaga at plano ng pangangalaga 20

G1. Pangkat ng nangangalaga 20

G2. Plano ng pangangalaga 20

H. Buod ng Mahahalagang Gastos 21

H1. Premium ng plano 21

H2. Halaga ng Bayad sa Reseta ng Medicare 21

I. Ang *Handbook ng Miyembro* na ito 21

J. Iba pang mahahalagang impormasyon na makukuha ninyo mula sa amin.....22

J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro.....22

J2. *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.....23

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

J4. Ang *Paliwanag ng mga Benepisyo*.....25

K. Pagpapanatiling napapanahon sa inyong tala ng membership.....26

K1. Privacy ng personal na impormasyon ng kalusugan (PHI).....27

A. Welcome sa aming plano

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

Karanasang maaasahan ninyo

Nagpatala kayo sa isang planong pangkalusugan na inyong maaasahan.

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

- Ipinagmamalaki naming makapagbigay ng napakahusay na serbisyo sa kostumer; naisasakatuparan ito sa pamamagitan ng pagbibigay ng nakatuon, positibo, personalized na atensyon sa inyo bilang aming miyembro. Hindi kayo paghihintayin ng aming mga sinanay na kawani ng Mga Serbisyo para sa Miyembro at makatutulong sa maraming mga wika sa pamamagitan ng paggamit ng mga serbisyo ng tagasalin. Tinutulungan namin kayong mag-navigate sa inyong mga benepisyo tulad ng pagtulong namin sa aming sariling pamilya, at mabilis naming ibinibigay ang mga sagot na kailangan ninyo upang makakuha ng pangangalaga.
- Bumubuo kami ng mga de-kalidad na network ng mga doktor sa loob ng halos 25 taon. Ang mga doktor at espesyalista sa aming network ay nakikipagtulungan sa mga medikal na pangkat para matiyak na makukuha ninyo ang pangangalaga na inyong kailangan, kapag kailangan ninyo ito.
- Ang komunidad ninyo ay komunidad namin – isa kaming pambansang kumpanya na may lokal na presensya. Marami sa aming mga empleyado ay nakatira sa komunidad kung saan kayo nakatira.

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal

B1. Medicare

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

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

B2. Medi-Cal

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

Ang bawat estado ay nagpapasya:

- kung ano ang maituturing na kita at mga mapagkukunan,
- kung sino ang kwalipikado,
- anong mga serbisyo ang nasasakop, **at**
- ang gastos para sa mga serbisyo.

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

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

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

Kahit na hindi na tumatakbo ang aming plano sa hinaharap, hindi maaapektuhan ang inyong pagiging kwalipikado para sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

C. Mga pakinabang sa aming plano

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

Tumutulong kami na gawing mas mahusay para sa inyo ang mga benepisyo ninyo sa Medicare at Medi-Cal. Kasama sa ilang bentahe ang:

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

Mga bagong miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): Sa karamihan ng mga sitwasyon, itatala kayo sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) para sa inyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging maitala sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Maaari niyo pa ring matanggap ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa inyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa

isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap niyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Walang magiging gap sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung mayroon kayong anumang tanong.

D. Ang sineserbisyuhang lugar ng aming plano

Kabilang sa aming sineserbisyuhang lugar ang county na ito sa California: Los Angeles.

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

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

E. Paano kayo magiging kwalipikado na maging miyembro ng plano

Kwalipikado kayo sa aming plano basta't kayo ay:

- nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar (ang mga nakakulong na indibidwal ay hindi itinuturing na nakatira sa sineserbisyuhang lugar kahit na sila ay pisikal na matatagpuan dito), **at**
- edad 21 pataas sa oras ng pagpapatala, **at**
- mayroong Medicare Part A at Medicare Part B, **at**
- ay mamamayan o nasyonal ng Estados Unidos, o isang kwalipikadong hindi mamamayan, **at**
- kasalukuyang kwalipikado para sa Medi-Cal.
- Kung mawawala ang inyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal ngunit inaasahang maibabalik ito sa loob ng tatlong buwan, patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyo ng Medicare na saklaw ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Kapag natapos ang inyong saklaw sa Medi-Cal, hindi na namin babayaran ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal. Babayaran namin ang anumang bahagian sa gastos sa Medicare na sana ay binayaran ng Medi-Cal kung hindi kayo nawalan ng Medi-Cal. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numerong nakalista sa ibaba ng pahina

Tutulungan namin kayong maging kwalipikadong muli sa Medi-Cal. Kung maging kwalipikadong muli kayo sa Medi-Cal habang nakatala pa rin kayo sa amin para sa inyong saklaw sa Medicare, ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa inyong mga benepisyo sa Medi-Cal at magpapatuloy ang inyong pagpapatala sa amin. Kung hindi ninyo maibabalik ang Medi-Cal sa loob ng tatlong buwan, aalisin namin kayo sa pagkakatala sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Kung maibabalik ninyo ang pagiging kwalipikado sa Medi-Cal pagkatapos maalis sa pagkakatala, kakailanganin ninyong makipag-ugnayan sa amin upang muling maitala sa plano.

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

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

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

Kailangan naming kumpletuhin ang isang HRA para sa inyo. Ang HRA na ito ang batayan para sa pagbuo ng inyong plano sa pangangalaga. Kasama sa HRA ang mga tanong 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, o sa pamamagitan ng mail. Makikipag-ugnayan kami sa inyo taon-taon upang malaman kung may nagbago sa alinman sa inyong mga pangangailangan.

Padadalhan namin kayo ng higit pang impormasyon hinggil sa HRA na ito.

Kung bago para sa inyo ang aming plano, maaari kayong patuloy na magpatingin sa mga doktor na pinupuntahan ninyo ngayon sa loob ng isang partikular na tagal ng panahon, kahit na 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. Maaari ninyong gawin ang kahilingang ito sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Kung nasa panganib kayo, dapat kaming sumagot sa loob ng tatlong 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 gawin ang kahilingang ito sa mga tagapagbigay ng serbisyo sa Matitibay na Medikal na Kagamitan (DME) sa loob ng hindi bababa sa 90 araw hanggang sa mapahintulutan namin ang isang bagong DME rental at maipahatid namin ang rental sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Bagama’t hindi ninyo ito maaaring hilingin para sa mga tagapagbigay ng serbisyo sa transportasyon o iba pang pansuportang tagapagbigay ng serbisyo, maaari kayong humiling ng mga serbisyo sa transportasyon o iba pang pansuportang serbisyong hindi kasama sa aming plano.

Kapag natapos na ang panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga, kakailanganin ninyong gumamit ng mga doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) na kaakibat ng medikal na pangkat ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga, maliban kung gumawa kami ng kasunduan sa inyong doktor na wala sa network. Ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay isang tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Kapag nagpatala kayo sa aming plano, itatalaga sa inyong ang isang kalahok na medikal na pangkat mula sa network ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). May itatalaga rin sa inyong PCP mula sa kalahok na medikal na pangkat na ito. Upang pumili ng inyong PCP, pumunta sa aming website sa go.wellcare.com/HealthNetCA at pumili ng PCP mula sa network ng aming plano. Makakatulong din sa inyo ang Mga Serbisyo para sa Miyembro na

pumili ng PCP. Kapag nakapili na kayo ng inyong PCP, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kasama ang inyong pinili. Nasa network dapat namin ang inyong PCP. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga.

G. Ang inyong grupo sa pangangalaga at plano ng pangangalaga

G1. Pangkat ng nangangalaga

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 ninyo, o iba pang propesyonal sa kalusugan na pipiliin ninyo.

Ang tagapangasiwa ng pangangalaga ay isang tao na sinanay para tulungan kayo na pangasiwaan ang pangangalagang kailangan ninyo. Makakakuha kayo ng tagapangasiwa ng pangangalaga kapag nagpatala kayo sa aming plano. Ang taong ito ay nagre-refer din sa inyo sa iba pang mga mapagkukunan ng komunidad na maaaring hindi ibigay ng aming plano at makikipagtulungan sa inyong pangkat ng nangangalaga para tumulong na pangasiwaan ang inyong pangangalaga. Tawagan kami sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga at pangkat ng nangangalaga.

G2. Plano ng pangangalaga

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

Kasama sa inyong plano ng pangangalaga ang:

- inyong mga layunin sa pangangalagang pangkalusugan, **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 sa inyo ang tungkol sa mga serbisyong kailangan ninyo. Sasabihin din nila sa inyo ang tungkol sa mga serbisyo na maaari ninyong pag-isipan na kunin. Ang inyong plano ng pangangalaga ay ginawa batay sa inyong mga pangangailangan at layunin. Ang inyong

pangkat ng nangangalaga ay makikipagtulungan sa inyo para i-update ang inyong plano ng pangangalaga kahit isang beses sa bawat taon.

H. Buod ng Mahahalagang Gastos

Maaaring kasama sa mga gastusin ang sumusunod:

- Premium ng plano (**Seksyon H1**)
- Halaga ng Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare (**Seksyon H2**)

Sa ilang sitwasyon, ang premium ng inyong plano ay maaaring mas mababa.

H1. Premium ng plano

Ang programang “Karagdagang Tulong” (Extra Help) ang nagbabayad sa premium ng Medicare Part D sa ngalan ninyo kapag kayo ay nakatala sa aming plano.

H2. Halaga ng Bayad sa Reseta ng Medicare

Kung nakikilahok kayo sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare, makakatanggap kayo ng bill mula sa aming plano para sa inyong mga 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** 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.

I. Ang *Handbook ng Miyembro* na ito

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

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

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

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.

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

Kabilang sa iba pang mahalagang impormasyon na ibibigay namin sa inyo ang inyong ID Card ng Miyembro, impormasyon kung paano ma-access ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, at impormasyon kung paano ma-access ang *Listahan ng mga Saklaw na Gamot,* na kilala rin bilang *Listahan ng Gamot* o *Pormularyo*.

J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro

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

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

Hangga't miyembro kayo ng aming plano, hindi ninyo kailangang gamitin ang inyong pula, puti, at asul na card ng Medicare o ang inyong card ng Medi-Cal para makuha ang karamihan sa mga serbisyo. Itago ang mga card na iyon sa isang ligtas na lugar, sakaling kailanganin ninyo ang mga ito sa ibang pagkakataon. Kung ipapakita ninyo ang inyong Medicare card sa halip na ang inyong ID Card ng Miyembro, maaaring singilin ng tagapagbigay ng serbisyo ang Medicare sa halip na ang aming plano, at maaaring makatanggap kayo ng bill. Maaaring hilingin sa inyo na ipakita ang inyong Medicare card kung mangangailangan kayo ng mga serbisyo sa ospital,

serbisyo sa hospisyo, o kung lalahok kayo sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding mga klinikal na pagsubok) na aprubado ng Medicare. Sumanguuni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman kung ano ang dapat gawin kung makatanggap kayo ng bill mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo.

Tandaan, kailangan ninyo ang inyong Medi-Cal card o Identification Card ng Mga Benepisyo (BIC) para ma-access ang mga sumusunod na serbisyo:

- Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (IHSS)
- Mga Serbisyo ng Espesyalista para sa Kalusugan ng Isip at Problema sa Paggamit ng Substance (SUD) ng County
- Mga Serbisyso sa Programa ng mga Pangmaramihang Layunin para sa Matatanda (MSSP)
- Mga Saklaw na Serbisyo ng Medi-Cal na Rx o Mga Tagapagbigay ng Serbisyo “Medi-Cal Rx”
- Mga Serbisyo sa Pangangalaga sa Ngipin na saklaw ng Medi-Cal
- Mga Waiver na Serbisyong Nakabase sa Bahay at Komunidad (HCBS)
- Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS)
- Pangmatagalang Pangangalaga (LTC), kabilang ang Pasilidad ng Subacute at Katamtamang Pangangalaga

J2. *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*

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

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

Maaari din kayong sumangguni sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* sa go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ay naglalaman ng impormasyon tulad ng mga address, numero ng telepono, at oras ng negosyo. Nakasaad dito kung ang lokasyon ay may mga akomodasyon para sa mga indibidwal na may mga kapansanan. Nakasaad din sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* kung tumatanggap ang mga tagapagbigay ng serbisyo ng mga bagong pasyente at kung nagsasalita sila ng iba pang wika. Maibibigay sa inyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro at ng website ang pinakabagong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga tagapagbigay ng serbisyo at parmasya. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng isang tagapagbigay ng serbisyo o parmasyang nasa network, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Kung gusto ninyong makatanggap sa koreo ng *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, maaari ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numerong nakalista sa ibaba ng pahinang ito.

Kahulugan ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network

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

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

Kahulugan ng mga parmasyang nasa network

- Ang mga parmasyang nasa network ay mga parmasya na sumang-ayon na magbigay ng 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.
- Maliban sa panahon ng emergency, dapat ninyong punan ang inyong mga inireresetang gamot sa isa sa aming parmasyang nasa network kung nais ninyong tulungan kayo ng aming plano na bayaran ang mga ito.

Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon. Maibibigay sa inyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro at ng aming website ang pinakabagong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga parmasyang nasa network at mga tagapagbigay ng serbisyo.

J3. *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*

Ang aming plano ay mayroong *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*. Tinatawag namin itong *Listahan ng Gamot*. Isinasaad nito sa inyo kung aling mga gamot ang sinasaklaw ng aming plano. Ang mga gamot sa listahang ito ay pinili ng aming plano sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Dapat matugunan ng *Listahan ng Gamot* ang mga kinakailangan ng Medicare. Ang mga gamot na may napagkasunduang presyo sa ilalim ng Programa ng Pagkakasundo ng Presyo ng Gamot ng Medicare ay isasama sa inyong *Listahan ng Gamot* maliban kung inalis ang mga ito at pinalitan gaya ng inilarawan sa **Kabanata 5, Seksyon E**. Inaprubahan ng Medicare ang *Listahan ng Gamot* ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

Isinasaad din sa inyo ng *Listahan ng Gamot* kung mayroong anumang mga tuntunin o paghihigpit sa anumang mga gamot, tulad ng isang limitasyon sa dami ng maaari ninyong makuha. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

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

J4. Ang *Paliwanag ng mga Benepisyo*

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

Sinasabi sa inyo ng EOB ang kabuuang halaga na ginastos ninyo, o ng iba sa ngalan niyo, sa inyong mga gamot sa Medicare Part D at ang kabuuang halaga na binayaran namin para sa bawat isa sa inyong mga gamot sa Medicare Part D sa loob ng buwan. Ang EOB na ito ay hindi isang bill. Naglalaman ang EOB na ito ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot gaya ng mga pagtaas sa presyo at iba pang gamot na may mas mababang bahagian sa gastos na posibleng available. Maaari kayong makipag-usap sa inyong tagapagreseta tungkol sa mga

opsyon na ito sa mas mababang halaga. Ang **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ay nagbibigay ng higit pang impormasyon tungkol sa EOB at kung paano ito nakakatulong sa inyo na subaybayan ang saklaw ng inyong gamot.

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

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/rx. Kung pipiliin ninyong mag-opt in, makakatanggap kayo ng email kapag handa nang tingnan, i-print, o i-download ang inyong EOB 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.

Itabi ang mga EOB na ito. Ang mga ito ay mahalagang tala ng inyong mga gastos sa gamot.

K. Pagpapanatiling napapanahon sa inyong tala ng membership

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

Kailangan namin ang impormasyong ito para matiyak na mayroon kaming tamang impormasyon sa aming mga talaan. 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.

Ipaalam kaagad sa amin ang tungkol sa mga sumusunod:

- mga pagbabago sa inyong pangalan, address, o numero ng telepono;
- mga pagbabago sa anumang iba pang saklaw ng insurance sa kalusugan, tulad ng mula sa inyong pinagtatrabahuhan, pinagtatrabahuhan ng inyong asawa, pinagtatrabahuhan ng inyong kinakasama, o kompensasyon sa mga manggagawa;
- anumang paghahabol para sa pananagutan, tulad ng mga paghahabol mula sa isang aksidente sa sasakyan;
- pagpasok sa nursing facility o ospital;

- pangangalaga mula sa isang ospital o emergency room;
- mga pagbabago sa inyong tagapangalaga (o sinumang responsable para sa inyo); **at**,
- kung lalahok kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral. (**Tandaan:** Hindi ninyo kailangang sabihin sa amin ang tungkol sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na gusto ninyong salihan, ngunit hinihikayat namin kayong gawin ito.)

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

Maaari rin kayong makakuha ng update sa pamamagitan ng pagbisita sa aming website sa go.wellcare.com/HealthNetCA. Mag-click sa button na “Login” (Mag-log In). Mag-log in o gumawa ng bagong account. Pagkatapos ay magpadala sa amin ng isang secure na mensahe. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kung kayo ay mayroong anumang tanong o nangangailangan ng tulong.

K1. Privacy ng personal na impormasyon ng kalusugan (PHI)

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

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

Panimula

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

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Mga Serbisyo para sa Miyembro 30
B. Ang Inyong Tagapangasiwa ng Pangangalaga 33
C. Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) 35
D. Linya ng Pagtawag para sa Pagpapayo ng Nurse 37
E. Linya para sa Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali 37
F. Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) 38
G. Medicare 39
H. Medi-Cal 41
I. Tanggapan ng Ombudsman ng Medi-Cal Managed Care at Kalusugan ng Pag-iisip 41
J. Mga Serbisyong Panlipunan sa County 42
K. Ahensya ng mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County 43
L. Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California 44
M. Health Consumer Alliance (HCA) 45
N. Mga Programa upang Tulungan ang mga Tao na Bayaran ang Kanilang mga Gamot 45

N1. Karagdagang Tulong mula sa Medicare....45
N2. Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP)....47
N3. Ang Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare....48
O. Panlipunang Seguridad....48
P. Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles (RRB)....49
Q. Panggrupong insurance o iba pang insurance mula sa isang employer....50
R. Programa ng Ombudsperson ng Medicare Medi-Cal....50
S. Medi-Cal Dental....51

A. Mga Serbisyo para sa Miyembro

TUMAWAG SA	1-800-431-9007 Libre ang tawag na 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. Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng tagasalin para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711. Libre ang tawag na 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
WEBSITE	go.wellcare.com/HealthNetCA

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

- mga tanong tungkol sa plano
- mga tanong tungkol sa mga paghahabol o pagsingil
- mga desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
    - Ang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan ay isang desisyon tungkol sa:
        - inyong mga benepisyo at mga saklaw na serbisyo **o**

  - ang halaga na binabayaran namin para sa inyong mga serbisyo sa kalusugan.
  - Tawagan kami kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa desisyon sa pagsaklaw tungkol sa pangangalaga ng inyong kalusugan.
  - Upang matuto pa tungkol sa mga desisyon sa pagsaklaw, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- mga apela tungkol sa pangangalaga ng inyong kalusugan
  - Ang isang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pagsaklaw sa inyo at paghiling sa amin na baguhin ito kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami o kung kayo ay hindi sumasang-ayon sa desisyon.
  - Upang matuto pa tungkol sa paghahain ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- mga reklamo tungkol sa pangangalaga ng inyong kalusugan
  - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o sa sinumang tagapagbigay ng serbisyo (kasama ang isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network o nasa network). Ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay isang tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa aming plano. Maaari rin kayong maghain ng reklamo sa amin o sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap ninyo (sumangguni sa **Seksyon F**).
  - Maaari ninyo kaming tawagan at ipaliwanag ang inyong reklamo sa 1-800-431-9007 (TTY: 711).
  - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan, maaari kayong maghain ng apela (sumangguni sa seksyon sa itaas).
  - Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online form sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O maaari kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang humingi ng tulong.
  - Maaari kayong maghain ng reklamo tungkol sa aming plano sa Programa ng Ombudsperson ng Medicare Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077.

- Upang matuto pa tungkol sa paghain ng reklamo sa inyong pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- mga desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong mga gamot
  - Ang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong mga gamot ay isang desisyon tungkol sa:
    - inyong mga benepisyo at mga saklaw na gamot **o**
    - ang halaga na binabayaran namin para sa inyong mga gamot.
  - Ang mga gamot na hindi saklaw ng Medicare, gaya ng mga gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx sa (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari rin kayong tumawag sa Sentro ng Serbisyo sa Kostumer ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273.
  - Para sa higit pag impormasyon tungkol sa mga desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong mga gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- mga apela tungkol sa inyong mga gamot
  - Ang apela ay isang paraan para hilingin sa amin na baguhin ang isang desisyon sa pagsaklaw.
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng apela hinggil sa inyong mga gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- mga reklamo tungkol sa inyong mga gamot
  - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o sa anumang parmasya. Kasama rito ang reklamo tungkol sa inyong mga gamot.
  - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa pagsaklaw sa inyong mga gamot, maaari kayong maghain ng apela. (Sumangguni sa seksyon sa itaas.)
  - Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online form sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O maaari kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang humingi ng tulong.
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo hinggil sa inyong mga gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- pagbabayad para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot na binayaran na ninyo
    - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghiling sa amin na bayaran kayo, o bayaran ang isang bill na inyong natanggap, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
    - Kung hihilingin ninyo sa amin na bayaran ang isang bill at tinanggihan namin ang anumang bahagi ng inyong kahilingan, maaari kayong umapela sa aming desisyon. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. Ang Inyong Tagapangasiwa ng Pangangalaga

Ang tagapangasiwa ng pangangalaga ay makakatulong sa inyo at makikipagtulungan sa planong pangkalusugan, sa mga doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo upang matiyak na makukuha ninyo ang pangangalagang inyong kinakailangan.

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

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

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

TUMAWAG SA	1-833-340-0083 Libre ang tawag na ito. Lunes-Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. EST. 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. Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng tagasalin para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. Lunes-Biyernes mula 8 a.m. hanggang 8 p.m. EST. 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
WEBSITE	go.wellcare.com/HealthNetCA

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

- mga tanong tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
- mga tanong tungkol sa pagkuha ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan sa pag-iisip at karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot)
- mga tanong tungkol sa mga benepisyo sa pangangalaga sa ngipin
- mga tanong tungkol sa transportasyon papunta sa inyong mga medikal na appointment
- mga tanong tungkol sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (LTSS), kabilang ang Mga Serbisyong Pang-adult sa Komunidad (CBAS) at Mga Nursing Facility (NF)

Maaari ninyong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyong Pang-adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS)
- dalubhasang pangangalaga

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

- physical therapy
- occupational therapy
- speech therapy
- mga medikal na serbisyong panlipunan
- pangangalagang pangkalusugan sa tahanan
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Tahanan (IHSS), sa pamamagitan ng inyong ahensya ng serbisyong panlipunan ng inyong county
- paminsan-minsan maaari kayong makakuha ng tulong sa inyong pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan at pamumuhay
- Mga Serbisyo ng Tulong sa Komunidad
    - Mga Serbisyo sa Pangangasiwa ng Paglipat sa Pabahay
    - Mga Deposito sa Pabahay
    - Mga Serbisyo sa Pangungupahan at Pagpapanatili ng Pabahay
    - Mga Programa ng Pagpapagaling sa Umaga
    - Pangangalaga sa Pagpapagaling
    - Mga Serbisyo ng Pansamantalang Pangangalaga
    - Mga Pag-aangkop para sa Aksesibilidad ng Kapaligiran
    - Mga Pagkaing Iniangkop sa Medikal na Pangangailangan/Pagkaing Medikal na Suportado
    - Mga Sobering Center
    - Pagpapagaling sa Hika
    - Renta sa Paglipat

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

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). Masasagot ng mga tagapayo sa HICAP ang inyong mga tanong at tutulungan nila kayong maunawaan kung ano ang dapat gawin para mapangasiwaan ang inyong problema. Mayroong mga sinanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre.

Ang HICAP ay isang hiwalay na programa ng estado (hindi konektado sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan) na kumukuha ng pera mula sa pederal na pamahalaan upang makapagbigay ng libreng lokal na pagpapayo para sa mga taong may Medicare.

TUMAWAG SA	1-800-434-0222 8 a.m. - 4 p.m. lokal na oras, Lunes - Biyernes
TTY	1-800-735-2929
SUMULAT SA	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
WEBSITE	www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Makipag-ugnayan sa HICAP para sa tulong sa:

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

D. Linya ng Pagtawag para sa Pagpapayo ng Nurse

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

TUMAWAG SA	1-800-431-9007 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng tagasalin para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

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

Nagpapatakbo ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ng linya para sa kalusugan ng pag-uugali para sa mga miyembrong nangangailangan ng ganitong uri ng tulong. Maaaring hilingin ng mga miyembro ng krisis sa kalusugan ng pag-uugali na makipag-usap sa isang lisensiyadong doktor, 24/7, na makakatulong sa kanilang makuha ang mga serbisyong kinakailangan nila. Tawagan kami sa numero sa ibaba.

TUMAWAG SA	1-800-646-5610 Libre ang tawag na ito. 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, 365 araw bawat taon. 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. Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng tagasalin para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo, 365 araw bawat taon.

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

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

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

F. Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO)

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

TUMAWAG SA	1-877-588-1123
TTY	711

SUMULAT SA	Commence Health/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
WEBSITE	www.commencehealthqio.cms.gov/en

Makipag-ugnayan sa Commence Health para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa inyong mga karapatan sa pangangalagang pangkalusugan
- paghahain ng reklamo tungkol sa pangangalagang natanggap ninyo kung kayo ay:
  - may problema sa kalidad ng pangangalaga tulad ng nakatanggap ng maling gamot, mga hindi kinakailangang pagsusuri o proseso, o maling diagnosis,
  - naniniwalang masyadong maagang matatapos ang inyong pananatili sa ospital, **o**
  - naniniwalang masyadong maagang matatapos ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o komprehensibong pasilidad para sa rehabilitasyon ng pasyenteng hindi kailangang i-confine (CORF).

G. Medicare

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

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

TUMAWAG SA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Walang bayad ang mga pagtawag sa numerong ito, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

TTY	1-877-486-2048. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
CHAT LIVE	Makipag-chat nang live sa www.Medicare.gov/talk-to-someone
SUMULAT SA	Sumulat sa Medicare sa PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
WEBSITE	www.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 mga 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. ● Maghanap ng mga makakatulong na website at numero ng telepono. Upang magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa www.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.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

H. Medi-Cal

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

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

Nakatala kayo sa Medicare at sa Medi-Cal. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa inyong mga benepisyo sa Medi-Cal, tawagan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga ng plano. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa pagpapatala sa plano ng Medi-Cal, tawagan ang Mga Opsyon sa Pangangalagang Pangkalusugan.

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

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

Ang Tanggapan ng Ombudsman ay tumutulong sa paglutas ng mga problema nang walang kinikilingan upang matiyak na natatanggap ng aming mga miyembro ang lahat ng mga saklaw na serbisyo na medikal na kinakailangan. Sila ay makikinig, sasagot sa inyong mga tanong, aanalisahin ang inyong sitwasyon, ipapaliwanag ang mga patakaran at proseso, magbibigay ng impormasyon, payo, at mga pagpipilian, at magmumungkahi ng naaangkop na mga referral.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

Trabaho nila na tumulong na bumuo ng mga patas na solusyon sa mga problema sa pag-access sa pangangalagang pangkalusugan. Hindi sila konektado sa aming plano o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang kanilang mga serbisyo ay libre.

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

J. Mga Serbisyong Panlipunan sa County

Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong mga benepisyo sa Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (IHSS), o pagiging kuwalipikado sa Medi-Cal, makipag-ugnayan sa ahensya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng County ninyo.

Makipag-ugnayan sa ahensya ng mga serbisyong panlipunan ng inyong county para mag-apply para sa mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Bahay, na makakatulong sa pagbabayad ng mga serbisyong ibinibigay sa inyo para manatili kayong ligtas sa sarili ninyong bahay. Maaaring kasama sa mga uri ng mga serbisyo ang tulong sa paghahanda ng mga pagkain, pagligo, pagbibihis, paglalaba, pamimili, o transportasyon.

Makipag-ugnayan sa ahensya ng mga Serbisyong Panlipunan ng inyong County para sa anumang tanong tungkol sa pagiging kwalipikado ninyo sa Medi-Cal.

County ng Los Angeles	
TUMAWAG SA	1-866-613-3777 Libre ang tawag na ito. Maliban sa mga holiday: Lunes hanggang Biyernes: 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	711
SUMULAT SA	Para sa pinakamalapit na opisina ng serbisyong panlipunan, sumangguni sa https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html
WEBSITE	dpss.lacounty.gov

K. Ahensya ng mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County

Ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip at mga serbisyo para sa karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot ng Medi-Cal ay available para sa inyo sa pamamagitan ng county kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan sa pag-access.

County ng Los Angeles	
TUMAWAG SA	Linya ng Center sa Pag-access: 1-800-854-7771 Hotline ng Serbisyo sa Pag-abuso sa Substance (SASH): 1-844-804-7500 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo Mayroon kaming libreng mga serbisyo ng tagasalin para sa mga taong hindi nagsasalita ng English.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

Makipag-ugnayan sa mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa mga espesyalidad na serbisyo ng kalusugan sa pag-iisip na ibinibigay ng county

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

- mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot na ibinibigay ng county
- para sa libre at kumpidensiyal na impormasyon ng kalusugan sa pag-iisip, mga referral sa mga tagapagbigay ng serbisyo, at pagpapayo sa krisis anumang araw o oras. Tawagan ang numero sa itaas para sa inyong county.

L. Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

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

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

M. Health Consumer Alliance (HCA)

Ang Alyansa ng mga Consumer ng Pangangalagang Pangkalusugan (HCA) ay isang pakikipagtulungan sa buong estado na nag-aalok ng libreng legal na tulong online, sa telepono, o nang personal upang tulungan ang mga residente ng California na nahihirapang makakuha o mapanatili ang saklaw na pangkalusugan at malutas ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan. Upang matuto pa tungkol sa HCA, o upang makakuha ng posibleng tulong, tawagan ang 1-888-804-3536 o bumisita sa www.healthconsumer.org/.

N. Mga Programa upang Tulungan ang mga Tao na Bayaran ang Kanilang mga Gamot

Ang website ng Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ay nagbibigay ng impormasyon kung paano pababain ang gastos para sa inyong mga gamot. Para sa mga taong limitado ang kita, mayroon ding iba pang programang makakatulong, ayon sa inilarawan sa ibaba.

N1. Karagdagang Tulong mula sa Medicare

Dahil kwalipikado kayo para sa Medi-Cal, kwalipikado rin kayo para sa at kayo ay makakatanggap ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare para bayaran ang inyong mga gastos sa plano sa gamot. Wala kayong kailangang gawin para matanggap ang “Karagdagang Tulong” na ito.

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

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 na makakuha ng katibayan ng tamang 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 sa numero na nasa ibaba ng pahina at ipaalam sa amin kung sa tingin ninyo ay kuwalipikado 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 Medi-Cal ninyo na may pangalan at petsa ng pagiging kwalipikado ninyo sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo.
    - Isang kopya ng dokumentong mula sa estado na kumukumpirma sa status sa Medi-Cal 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 Medi-Cal sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo.
    - Iba pang dokumentasyong ibinigay ng estado na nagpapakita ng status sa Medi-Cal sa buwan pagkatapos ng Hunyo ng nakaraang taon ng kalendaryo.
    - Isang screen print mula sa mga system ng Medi-Cal na nagpapakita ng status sa Medi-Cal 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).
    - Aplikasyong Inihain ng Itinuturing na Kwalipikado na kumukumpirma na kayo ay “...awtomatikong kuwalipikado 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 makukuha 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 ang estado ang nagbayad sa ngalan ninyo, maaari naming direktang bayaran ang estado. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina kung may mga tanong kayo.

N2. Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP)

Tumutulong ang ADAP sa mga taong kwalipikado para sa ADAP na nabubuhay na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot para sa HIV na magliligtas ng buhay. Ang mga gamot sa Medicare Part D na nasa pormularyo din ng ADAP ay kwalipikado para sa tulong sa bahagian sa gastos sa reseta sa pamamagitan ng Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP). 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 ADAP para patuloy kayong makatanggap ng tulong. Para sa impormasyon tungkol sa mga pamantayan para sa pagiging kwalipikado, mga saklaw na gamot, o kung paano magpapatala sa programa, pakitawagan ang Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP) sa 1-844-421-7050, (TTY 711), 8 a.m. - 5 p.m. lokal na oras, Lunes - Biyernes (hindi kasama ang mga pista opsiyal).

N3. Ang 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 ng 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 kalahok kayo sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare at nanatili sa parehong plano, wala kayong kailangang gawin upang magpatuloy sa opsyong ito.** Ang “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare mula sa inyong SPAP at ADAP, para sa mga kwalipikado, ay mas may bentahe kaysa sa pakikilahok sa opsyon ng pagbabayad na ito, anuman ang antas ng inyong kita, at plano ng saklaw sa gamot ay dapat na mag-alok ng opsyong ito sa pagbabayad. Upang matuto pa tungkol sa opsyong ito ng pagbabayad, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng telepono sa ibaba ng pahina o bisitahin ang www.medicare.gov.

O. Panlipunang Seguridad

Tinutukoy ng Panlipunang Seguridad ang pagiging kwalipikado sa Medicare at pinangangasiwaan ang pagpapatala sa Medicare.

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

TUMAWAG SA	1-800-772-1213 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available mula 8 a.m. hanggang 7 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari ninyong gamitin ang kanilang awtomatikong serbisyo sa telepono para makakuha ng mga naka-record na impormasyon at makipag-interaksyon 24 na oras sa isang araw.

TTY	1-800-325-0778 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
WEBSITE	www.ssa.gov

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

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

TUMAWAG SA	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. sa 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.
TTY	1-312-751-4701 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito. Ang mga pagtawag sa numerong ito ay hindi libre.
WEBSITE	www.rrb.gov

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

Q. Panggrupong insurance o iba pang insurance 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 numero ng teleponong nasa ibaba ng pahina tungkol sa anumang tanong. Maaari kayong magtanong tungkol sa mga benepisyo na pangkalusuganng employer o retirado ninyo (o ng inyong asawa o kinakasama), mga premium, o tungkol sa panahon ng pagpapatala. Maaari rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) kung may mga tanong kayo tungkol sa inyong saklaw ng 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.

R. Programa ng Ombudsperson ng Medicare Medi-Cal

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

Kung mayroon kayong problema sa:

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

Tumutulong ang Programa ng Ombudsperson ng Medicare Medi-Cal sa mga reklamo,

apela, at mga pagdinig. Ang numero ng telepono para sa Programa ng Ombudsperson ay 1-855-501-3077.

S. Medi-Cal Dental

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

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

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

Sa halip na Fee-for-Service na Dental ng Medi-Cal, maaari kayong kumuha ng mga dental na mga benepisyo sa pamamagitan ng plano sa dental na pinamamahalaang pangangalaga. Mayroong mga pinamamahalaang plano ng pangangalaga sa ngipin sa mga County ng Sacramento at Los Angeles. Kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga plano para sa ngipin, makipag-ugnayan sa Mga Opsyon sa Pangangalagang Pangkalusugan sa 1-800-430-4263 (para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. Libre ang tawag. Available din ang mga impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng pinamamahalaang pangangalagang dental dito: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

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

Panimula

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

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at tagapagbigay ng serbisyo 55

B. Mga panuntunan para sa pagkuha ng mga serbisyong saklaw ng aming plano 55

C. Ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga 58

C1. Ano ang tagapangasiwa ng pangangalaga 58

C2. Paano kayo makikipag-ugnayan sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga.....58

C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga 58

D. Pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo 59

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

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network.....63

D3. Kapag umalis sa aming plano ang isang tagapagbigay ng serbisyo.....63

D4. Mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.....65

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS).....65

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng pag-iisip at disorder sa paggamit ng substance).....66

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

G. Mga serbisyo ng transportasyon.....72

G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon.....72

G2. Transportasyong hindi pangmedikal.....73

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

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

H2. Pangangalagang agarang kinakailangan.....76

H3. Pangangalaga sa panahon ng kalamidad.....78

I. Paano kung siningil kayo nang direkta para sa mga saklaw na serbisyo.....79

I1. Ano ang dapat gawin kung hindi saklaw ng aming plano ang mga serbisyo.....79

J. Pagsaklaw ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....80

J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....80

J2. Bayad para sa serbisyo kapag kayo ay sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....80

J3. Higit pa tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....81

K. Paano sinasaklaw ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan.....81

K1. Kahulugan ng relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan.....81

K2. Pangangalaga mula sa isang relihiyosong institusyon para sa hindi medikal na pangangalagang pangkalusugan.....81

L. Matitibay na medikal na kagamitan (DME).....82

L1. Pagkuha ng DME bilang miyembro ng aming plano.....82

L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat kayo sa Original Medicare.....83

L3. mga benepisyo sa kagamitan para sa oxygen bilang miyembro ng aming plano.....84

L4. Kagamitan para sa oxygen kapag lumipat kayo sa Original Medicare o ibang plano ng Medicare Advantage (MA).....84

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at tagapagbigay ng serbisyo

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

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

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

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

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

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

- Ang pangangalagang inyong kukunin ay dapat na nasa aming Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Ang pangangalaga ay dapat na **medikal na kinakailangan**. Ang ibig naming sabihin sa medikal na kinakailangan, ay mga serbisyong makatuwiran at kinakailangan upang

i-diagnose at gamutin ang inyong medikal na kundisyon. Kinakailangan ang medikal na kinakailangang pangangalaga para maiwasan ang mga indibidwal na magkasakit nang malubha o maging baldado at mabawasan ang matinding pananakit sa pamamagitan ng paggamot sa sakit, karamdaman, o sugat.

- Para sa mga medikal na serbisyo, dapat ay mayroon kayong **tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP)** na nasa network na nagbibigay at namamahala ng inyong pangangalaga. Bilang miyembro ng plano, dapat ninyong piliin ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network na maging inyong PCP (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon D1**).
    - Sa karamihan ng mga kaso, ang inyong PCP na nasa network o ang aming plano ay dapat magbigay sa inyo ng pag-apruba bago kayo magpatingin sa ibang tagapagbigay ng serbisyo na hindi ninyo PCP o gumamit ng ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano. Tinatawag itong **referral**. Kung hindi kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo.
    - Nauugnay ang mga PCP ng aming plano sa mga medikal na pangkat. Kapag pinili ninyo ang inyong PCP, pinipili rin ninyo ang kaakibat na medikal na pangkat. Nangangahulugan itong ire-refer kayo ng inyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong kaakibat din ng kanilang medikal na pangkat. Ang isang medikal na pangkat ay isang grupo ng mga nagtutulungang PCP, espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo at kinontratang makipagtulungan sa aming plano.
    - Hindi ninyo kailangan ng referral mula sa inyong PCP para sa emergency na pangangalaga o pangangalagang agarang kinakailangan, para gumamit ng tagapagbigay ng serbisyo para sa kababaihan, o para sa anumang iba pang serbisyong nakalista sa **Seksyon D1**.
- **Dapat ninyong kunin ang inyong pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network** (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon D** sa kabanatang ito). Kadalasan, hindi namin sasaklawin ang pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo na hindi nakikipagtulungan sa aming planong pangkalusugan. Nangangahulugan ito na kailangan ninyong bayaran nang buo ang tagapagbigay ng serbisyo para sa mga serbisyong natanggap ninyo. Narito ang ilang kaso kung saan hindi naaangkop ang tuntunin na ito:
    - Sinasaklaw namin ang emergency o pangangalagang agarang kinakailangan mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon H**).

- Kung kailangan ninyo ng pangangalaga na sinasaklaw ng aming plano at hindi ito maibibigay sa inyo ng aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, maaari ninyong makuha ang pangangalaga mula sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Kung kinakailangan ninyong magpatingin sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, kakailanganin ang paunang awtorisasyon (PA). Kapag naaprubahan na ang paunang awtorisasyon, aabisuhan ang humiling na tagapagbigay ng serbisyo at ang tatanggap na tagapagbigay ng serbisyo tungkol sa naaprubahang pahintulot. Sa sitwasyong ito, sasaklawin namin ang pangangalaga nang wala kayong babayaran. Para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pag-apruba sa paggamit ng isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, pumunta sa **Seksyon D4**.

- Kung kailangan ninyo ng mga serbisyo sa kidney dialysis habang nasa labas kayo ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano sa maikling panahon o kung pansamantalang hindi available o hindi naa-access ang inyong tagapagbigay ng serbisyo, maaari kayong makatanggap ng pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.

- Kung bago kayong miyembro ng aming plano, maaari ninyong hilingin sa amin na ipagpatuloy ang paggamit sa inyong mga kasalukuyang tagapagbigay ng serbisyo. Kasama ng ilang eksepsiyon, dapat naming aprubahan ang kahilingang ito kung mapapatunayan namin na mayroon kayong umiiral na kaugnayan sa mga tagapagbigay ng serbisyo. Sumangguni sa **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan, maaari kayong patuloy na magpatingin sa mga tagapagbigay ng serbisyo na ginagamit ninyo ngayon hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyon, makikipag-ugnayan sa inyo ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga para tulungan kayong humanap ng mga tagapagbigay ng serbisyo sa aming network na kaanib ng medikal na pangkat ng inyong PCP. Pagkatapos ng 12 buwan, hindi na namin sasaklawin ang inyong pangangalaga kung patuloy kayong magpapatingin sa mga tagapagbigay ng serbisyo na wala sa aming network at hindi kaakibat ng medikal na pangkat ng inyong PCP.

Iba Pang Saklaw sa Kalusugan: Dapat ninyong gamitin ang lahat ng iba pang saklaw sa kalusugan bago ang Medi-Cal kapag available ang parehong serbisyo sa ilalim ng inyong pangunahing saklaw sa kalusugan dahil ang Medi-Cal ang huling tagapagbayad. Ibig sabihin, sa karamihan ng mga kaso, ang Medi-Cal ang magiging pangalawang tagapagbayad sa Medicare at sasaklaw sa mga pinahihintulutang gastos na hindi binayaran ng Medicare o iba pang saklaw sa kalusugan hanggang sa halaga ng Medi-Cal.

Mga bagong miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): Sa karamihan ng mga sitwasyon, itatala kayo sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) para sa inyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging maitala sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Maaari pa rin ninyong matanggap ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa inyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal nang hanggang dalawang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap niyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Walang magiging gap sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung mayroon kayong anumang tanong.

C. Ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga

C1. Ano ang tagapangasiwa ng pangangalaga

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

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

Makakatulong sa inyo ang Mga Serbisyo para sa Miyembro na makipag-ugnayan sa isang tagapangasiwa ng pangangalaga. Ang isang tagapangasiwa ng pangangalaga ay maaaring tumulong sa inyo sa mga pangangailangan ninyo sa pangangalagang pangkalusugan. Maaaring tawagan kayo ng aming pangkat sa pangangasiwa ng pangangalaga para itanong kung gusto ninyong makipag-usap sa tagapamahala ng pangangalaga.

C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga

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

D. Pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo

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

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

Kahulugan ng PCP at 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, internal na medisina obstetrician-gynecologist (OB/GYN), at geriatrics.

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

Bukod pa rito, limitado kayo sa mga espesyalista at pasilidad na sumang-ayon na sumali sa plano ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Dahil itong mga partikular na tagapagbigay ng serbisyo lang ang puwede ninyong magamit kapag pinili ninyo ang planong ito, mahalagang suriin ninyong mabuti ang listahan ng mga tagapagbigay ng serbisyo para matiyak na narito ang mga tagapagbigay ng serbisyo na regular ninyong ginagamit. Available ang direktoryo ng tagapagbigay ng serbisyo sa aming website sa go.wellcare.com/2027providerdirectories.

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

- inyong mga x-ray,
- mga pagsusuri sa laboratoryo,

- mga therapy,
- pangangalaga mula sa mga espesyalistang doktor,
- mga pagka-admit sa ospital, at
- follow-up na pangangalaga.

Ang “pangangasiwa” sa inyong mga saklaw na serbisyo ay may kasamang pagsusuri o pagkonsulta sa ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa plano tungkol sa inyong pangangalaga at kung ano ang kalagayan nito. Para sa ilang partikular na serbisyo, kailangang makakuha ng referral (gaya ng sa isang espesyalista) at/o paunang awtorisasyon ang inyong PCP (maagang pag-apruba). Kung kailangan ng paunang awtorisasyon ng serbisyong kailangan ninyo, hihiling ng pahintulot ang inyong PCP mula sa aming plano o sa inyong medikal na pangkat. Basahin ang **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga serbisyo at item na nangangailangan ng referral at/o paunang awtorisasyon.

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.

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.

Ang pipiliin ninyong PCP

Kapag nagpatala kayo sa aming plano, pipili kayo ng isang nakikipagkontratang medikal na pangkat mula sa aming network. Ang isang medikal na pangkat ay isang grupo ng mga nagtutulungang PCP, espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo at kinontratang makipagtulungan sa aming plano. Pipili rin kayo ng isang PCP mula sa nakikipagkontratang medikal na pangkat na ito. Dapat madali ninyong mapupuntahan ang tanggapan ng inyong doktor ng pangunahing pangangalaga. Maaari kayong humiling ng isang PCP na nasa loob ng 10 milya o 30 minuto mula sa kung saan kayo nakatira o nagtatrabaho. Matatagpuan ang mga medikal na pangkat (at ang kanilang mga kaakibat na PCP at ospital) sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* o maaari ninyong bisitahin ang aming website sa go.wellcare.com/2027providerdirectories.

Upang kumpirmahin ang pagiging available ng isang tagapagbigay ng serbisyo, o para magtanong tungkol sa isang partikular na PCP, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711).

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

Ang bawat medikal na pangkat at PCP ay gumagawa ng mga referral sa ilang espesyalista ng plano at gumagamit ng ilang ospital na nasa kanilang network. Kung mayroong partikular na espesyalista ng plano o ospital na gusto ninyong gamitin, magtanong muna para matiyak na ang mga espesyalista at ospital ay nasa medikal na pangkat at network ng PCP. Ang pangalan at numero ng telepono ng tanggapan ng inyong PCP ay naka-print sa inyong membership card.

Kung hindi kayo pipili ng isang medikal na pangkat o PCP o kung pipili kayo ng isang medikal na pangkat o PCP na wala sa planong ito, awtomatiko namin kayong itatalaga sa isang medikal na pangkat at PCP na malapit sa inyong tahanan.

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

Opsyong palitan ang inyong PCP

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

Ang inyong kahilingan ay magkakabisa sa unang araw ng buwan na kasunod ng petsa na matatanggap ng aming plano ang inyong kahilingan. Upang palitan ang inyong PCP, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina.

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

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

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

Mga serbisyong makukuha ninyo nang walang pag-apruba mula sa inyong PCP

Sa karamihan ng mga kaso, kakailanganin ninyo ng pag-apruba mula sa inyong PCP bago gumamit ng ibang tagapagbigay ng serbisyo. Ang pag-aprubang ito ay tinatawag na isang **referral**. Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo tulad ng mga nakalista sa ibaba nang hindi muna kumukuha ng pag-apruba mula sa inyong PCP:

- Mga serbisyo sa emergency mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network o mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network
- Ang mga saklaw na serbisyo 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 na medikal na kinakailangan sa tagapagbigay ng serbisyo (tulad ng mga 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 aming network.
- Mga serbisyo ng dialysis ng bato na inyong nakukuha sa isang pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag kayo ay nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano. Kung tatawag kayo sa Mga Serbisyo para sa Miyembro bago kayo umalis sa sineserbisyuhang lugar, matutulungan namin kayo na matanggap ang dialysis habang wala kayo rito.
- Mga bakuna para sa trangkaso at COVID-19 pati na ang mga bakuna para sa hepatitis B at pulmonya, basta't kukunin ninyo ang mga ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network.
- Regular na pangangalagang pangkalusugan ng mga kababaihan at mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Kasama rito ang mga eksaminasyon sa suso, mga mammogram na screening (mga X-ray sa suso), Pap test, at mga eksaminasyon sa balakang basta't nakukuha ninyo ang mga ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network.

Bukod pa rito, kung kayo ay isang Miyembro na American Indian, maaari kayong makatanggap ng Mga Saklaw na Serbisyo mula sa isang Indian na Tagapagbigay ng Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan na gusto ninyo, nang hindi nangangailangan ng referral mula sa isang Network PCP o Paunang Awtorisasyon.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

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

- Ang mga oncologist ay nangangalaga sa mga pasyenteng may kanser.
- Ang mga cardiologist ay nangangalaga sa mga pasyenteng may mga problema sa puso.
- Ang mga orthopedist ay nangangalaga sa 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 D1**. 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** ng Handbook ng Miyembro na ito para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Ang bawat PCP ng 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 nakikilahok sa limitado o partikular na mga referral network, maaaring itakda ng PCP na pipiliin ninyo ang 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 PCP ng plano 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. Ipinapaalam namin sa inyo kung paano papalitan ang inyong PCP sa **Seksyon D1**.

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

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

- Kahit na magbago ang aming network ng mga tagapagbigay ng serbisyo sa buong taon, dapat namin kayong bigyan ng walang patid na access sa mga kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo.
- Aabisuhan namin kayo kung aalis sa aming plano ang inyong tagapagbigay ng serbisyo para may panahon kayong pumili 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 tatlong taon.
    - Kung aalis sa aming plano ang alinman sa iba pa ninyong tagapagbigay ng serbisyo, aabisuhan namin kayo kung nakatalaga kayo sa tagapagbigay ng serbisyo na ito, o kung nagpatingin kayo sa kanila sa nakalipas na tatlong buwan.
- Tutulungan namin kayong pumili ng isang bagong kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyong nasa network para ipagpatuloy ang pamamahala sa inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Kung kasalukuyan kayong sumasailalim sa medikal na paggamot o mga therapy sa inyong kasalukuyang tagapagbigay ng serbisyo, may karapatan kayong hilingin na patuloy na makatanggap ng medikal na kinakailangang paggamot o mga therapy mula sa ibang tagapagbigay ng serbisyo sa aming network. 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 wala kaming mahanap na kwalipikadong espesyalistang nasa network na accessible para sa inyo, dapat kaming mag-ayos ng espesyalistang wala sa network para ibigay ang pangangalaga sa inyo kapag hindi available ang tagapagbigay ng serbisyong nasa network o benepisyo para tugunan ang inyong mga medikal na pangangailangan. Dapat 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.

- Kung nalaman ninyong aalis ang isa sa inyong mga tagapagbigay ng serbisyo sa aming plano, makipag-ugnayan sa amin. Matutulungan namin kayo sa pagpili ng bagong tagapagbigay ng serbisyo para pamahalaan ang inyong pangangalaga.
- Kung sa tingin ninyo ay hindi namin napalitan ang inyong dating tagapagbigay ng serbisyo ng isang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo o hindi namin napapamahalaan nang maayos ang inyong pangangalaga, may karapatan kayong maghain ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO), ng karaingan tungkol sa kalidad ng pangangalaga, o pareho. (Sumangguni sa **Kabanata 9** para sa higit pang impormasyon.)

D4. Mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network

Maaari kayong magpunta sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network nang walang referral, o paunang awtorisasyon para sa emergency, o mga serbisyong agarang kinakailangan. Saklaw nang walang paunang awtorisasyon ang mga serbisyo sa dialysis para sa mga miyembrong may ESRD kung bumibiyahe ang miyembro sa labas ng sineserbisyuhang lugar ng plano o kapag pansamantalang hindi available ang tagapagbigay ng serbisyo. Kung gagamit kayo ng tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, dapat ay mayroon muna kayong nakasulat na paunang awtorisasyon. Hindi namin maaaring bayaran ang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network na hindi inaprubahang magbigay sa inyo ng mga serbisyo. Kung pipili kayo ng tagapagbigay ng serbisyo na hindi aprubado, dapat ninyong bayaran ang buong gastos sa mga serbisyong makukuha ninyo.

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

- Hindi namin maaaring bayaran ang isang tagapagbigay ng serbisyo na hindi kwalipikadong lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.
- Kung magpapatingin kayo sa isang tagapagbigay ng serbisyo na hindi kwalipikadong sumali sa Medicare, dapat ninyong bayaran ang buong gastos ng mga serbisyong makukuha ninyo.
- Dapat sabihin sa inyo ng mga tagapagbigay ng serbisyo kung hindi sila kwalipikadong lumahok sa Medicare.

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS)

Matutulungan kayo ng LTSS na makapanatili sa bahay at maiwasan ang pagkakaospital o pananatili sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. May access kayo sa ilang partikular

na LTSS sa pamamagitan ng aming plano, gaya ng pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, Mga Serbisyong Pang-adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang isa pang uri ng LTSS, ang programang Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay, ay available sa ahensya ng serbisyong panlipunan ng inyong county.

Upang makakuha ng LTSS, dapat ninyong matugunan ang mga klinikal na pamantayan para sa anumang isa (1) o higit pa sa mga sumusunod na kategorya:

1. Mga miyembrong nakakatugon sa antas ng pangangalaga na Nursing Facility-A (NF-A) o mas mataas, at sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado at medikal na kinakailangan.

2. Mga indibidwal na may natural na nangyari, natamo o traumatic na injury sa utak at/o chronic na karamdaman sa pag-iisip, at nagpapakita ng pangangailangan para sa tulong o gabay sa ilang partikular na aktibidad ng pang-araw-araw na buhay o sa ilang partikular na mahalagang aktibidad ng pang-araw-araw na buhay.

3. Mga miyembrong may katamtaman hanggang malalang Alzheimer's disease o iba pang dementia na inilalarawan bilang Stage 5, Stage 6, o Stage 7.

4. Mga miyembrong may hindi gaanong malalang problema sa pag-iisip kabilang ang katamtamang Alzheimer's disease o iba pang dementia, na inilalarawan bilang Stage 4 na Alzheimer's Disease.

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

Upang makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano makakakuha ng LTSS, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng telepono sa ibaba ng pahina. Sumangguni sa **Kabanata 4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa programang Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (IHSS).

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

May karapatan kayong magkaroon ng access sa mga medikal na kinakailangang serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng Medicare at ng Medi-Cal managed care. Hindi nagbibigay ang aming plano ng mga specialty na serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng pag-iisip o mga serbisyo sa county para sa karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot, ngunit available ang mga serbisyong ito sa inyo sa pamamagitan ng ahensya sa kalusugan ng pag-uugali ng inyong lokal na county.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

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

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

- mga serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip
- mga serbisyo sa suporta sa gamot
- mga serbisyo sa pang-umagang intensive na paggamot
- pang-umagang rehabilitasyon
- mga serbisyo sa interbensyon sa krisis
- mga serbisyo sa istabilisasyon sa krisis
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot sa nasa hustong gulang
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot sa krisis
- mga serbisyo ng pasilidad sa kalusugan ng may karamdamang pangkaisipan
- mga serbisyo bilang pasyente sa mga psychiatric na ospital
- pamamahala sa partikular na kaso
- pagbabalik sa lipunan ng mga napailalim na dati sa hustisya
- assertive na paggamot sa komunidad (ACT)
- forensic assertive na paggamot sa komunidad (FACT)
- pinangangasiwaang espesyal na pangangalaga (CSC) para sa unang yugto ng psychosis (FEP)
- mga serbisyo sa clubhouse
- pinalawak na serbisyo ng mga tagapaglingkod sa kalusugan ng komunidad (CHW)
- suportadong Trabaho

- mga serbisyo sa peer support
- mga mobile na serbisyo sa interbensyon sa krisis sa komunidad
- mga serbisyo sa therapy para sa pag-uugali
- therapeutic na foster care
- koordinasyon ng intensive na pangangalaga
- mga intensive na serbisyo sa bahay

Kabilang sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal (DMC) na ibinibigay ng entity ng county sa ibaba ang:

County	Ahensya
Los Angeles	Kagawaran ng Kalusugan ng Isip (DMH) ng Los Angeles County at Kagawaran ng Pampublikong Kalusugan ng Los Angeles County (Pag-iwas at Pagkontrol sa Problema sa Paggamit ng Substance) (DPH/SAPC)

- mga serbisyo sa intensive na paggamot sa outpatient
- pantahanang paggamot sa perinatal na karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot
- mga serbisyo sa paggamot sa outpatient
- mga programa sa paggamot sa narkotiko
- mga gamot para sa paggamot sa pagkalulong (tinatawag ding Paggamot na Tinulungan ng Gamot)
- mga serbisyo sa peer support
- mga mobile na serbisyo sa interbensyon sa krisis sa komunidad

Available sa inyo ang mga serbisyo ng Sistema ng Organisadong Paghahatid ng Gamot ng Medi-Cal (DMC-ODS) sa pamamagitan ng mga tagapagbigay ng serbisyo ng Bayad para sa Serbisyo (FFS) ng Medi-Cal kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan para matanggap ang mga serbsiyong ito. Kasama sa mga serbisyo ng DMC-ODS ang:

- mga serbisyo sa paggamot sa outpatient

- mga serbisyo sa intensive na paggamot sa outpatient
- mga serbisyo sa bahagyang pagkakaospital
- mga gamot para sa paggamot sa pagkalulong (tinatawag ding Paggamot na Tinulungan ng Gamot)
- mga pantahanang serbisyo sa paggamot
- mga serbisyo ng pamamahala sa withdrawal
- mga programa sa paggamot sa narkotiko
- mga serbisyo sa pagpapagaling
- pangangasiwa ng pangangalaga
- mga serbisyo sa peer support
- mga mobile na serbisyo sa interbensyon sa krisis sa komunidad
- mga serbisyo sa contingency management
- maagang serbisyo ng interbensyon (para sa mga miyembrong wala pang 21)
- maagang periodic screening, diagnosis, at paggamot (para sa mga miyembrong wala pang 21)
- mga serbisyo sa paggamot sa pasyenteng nasa ospital

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

Magkakaroon din kayo ng access sa mga medikal na serbisyo na kinakailangan sa Kalusugan ng Pag-uugali na saklaw ng Medicare at pinangangasiwaan sa pamamagitan ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Kabilang sa mga serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ang, ngunit hindi limitado sa:

- Mga outpatient na serbisyo: Outpatient na pamamagitan sa krisis, pansamantalang pagtatasa at therapy, pangmatagalang therapy na may espesyalidad at anumang pangangalaga para sa rehabilitasyon na may kaugnayan sa karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot.

- Mga inpatient na serbisyo at supply: Mga akomodasyon sa isang silid na may dalawa o higit pang kama, kabilang ang mga yunit ng espesyal na paggamot, mga supply at mga karagdagang serbisyo na karaniwang ibinibigay ng pasilidad.
- Mga inpatient at alternatibong antas ng pangangalaga: Bahagyang pagkakaospital at mga intensive na serbisyo sa outpatient sa isang pasilidad na Sertipikado ng Medicare.
- Detoxification: Mga inpatient na serbisyo para sa acute na detoxification at paggamot ng mga acute na medikal na kundisyong may kaugnayan sa karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot.
- Mga emergency na serbisyo: Screening, eksaminasyon at pagtatasa para matukoy kung may umiiral na emergency na medikal na kundisyon na may kaugnayan sa karamdamang pangkaisipan, at ang pangangalaga at paggamot na kinakailangan para maibsan o alisin ang emergency na medikal na kondisyon.

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

Para sa listahan ng mga pagbubukod at limitasyon sa mga serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali, pakitingnan ang **Kabanata 4** Mga benepisyo na hindi saklaw ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal.

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

Dapat pahintulutan ng plano ang ilang partikular na serbisyo at supply sa Kalusugan ng Pag-uugali na sasaklawin. Para sa mga detalye tungkol sa mga serbisyo na maaaring mangailangan ng paunang awtorisasyon, mangyaring sumangguni sa **Kabanata 4**. Upang makakuha ng paunang awtorisasyon para sa mga serbisyong ito, dapat kayong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 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. Ire-refer kayo ng plano sa isang malapit na kinontratang propesyonal sa kalusugan ng isip na susuri sa inyo para matukoy kung kailangan ng karagdagang paggamot. Kung kailangan ninyo ng paggamot, ang kinontratang propesyonal sa kalusugan sa pag-iisip ay gagawa ng isang plano sa paggamot at ipapadala ang planong iyon sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) para sa pagsusuri. Ang mga serbisyo na kasama sa plano ng paggamot ay sasaklawin kapag pinahintulutan ng plano. Kung hindi aaprubahan ng plano ang plano ng paggamot, wala nang mga serbisyo o supply ang sasaklawin para sa kundisyong iyon. Gayunpaman, maaaring idirekta kayo ng plano sa departamento ng kalusugan sa pag-iisip ng county para tulungan kayong makakuha ng pangangalaga na kailangan ninyo.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

Mga proseso ng referral sa pagitan ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) at ng mga ahensya ng county:

Ang mga referral para sa mga serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ay maaaring isagawa sa pagitan ng aming plano at ng mga sumusunod na ahensya ng county:

County	Ahensya
Los Angeles	Kagawaran ng Kalusugan ng Isip (DMH) ng Los Angeles County at Kagawaran ng Pampublikong Kalusugan ng Los Angeles County (Pag-iwas at Pagkontrol sa Problema sa Paggamit ng Substance) (DPH/SAPC)

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

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

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

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

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

Ang mga benepisyong kasama sa seksyong ito ay sumasailalim sa parehong proseso ng mga apela katulad ng anumang ibang benepisyo. Sumangguni sa **Kabanata 9** para sa impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo.

G. Mga serbisyo ng transportasyon

G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon

May karapatan kayo sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon (NEMT) kung mayroon kayong mga medikal na pangangailangan na hindi nagpapahintulot sa inyo na gumamit ng kotse, bus, o taxi para sa inyong mga appointment. Maaaring magbigay ng NEMT para sa lahat ng saklaw na serbisyo ng Medi-Cal, tulad ng mga appointment para sa medikal, dental, kalusugan ng pag-iisip, paggamit ng substance, at parmasya. Kung kailangan ninyo ng NEMT, maaari kayong makipag-usap sa inyong PCP at hilingin ito. Ang inyong PCP ang magpapasya sa pinakamahusay na uri ng transportasyon para matugunan ang inyong mga pangangailangan. Kung kailangan ninyo ng NEMT, irereseta nila ito sa pamamagitan ng pagkumpleto ng isang form at pagsusumite nito sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) para sa pag-apruba. Depende sa inyong medikal na pangangailangan, maaari kayong maaprubahan nang hanggang 12 buwan. Muling susuriin ng inyong PCP ang inyong pangangailangan para sa NEMT nang hanggang 12 buwan.

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

Dapat gamitin ang NEMT kapag:

- Pisikal o medikal na kailangan ninyo ito ayon sa tinutukoy ng nakasulat na awtorisasyon mula sa inyong PCP dahil hindi kayo makakagamit ng bus, taxi, kotse, o van para makarating sa inyong appointment.
- Kailangan ninyo ng tulong mula sa driver papunta at mula sa inyong tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang pisikal o mental na kapansanan.

Upang humiling ng medikal na transportasyon na inireseta ng inyong doktor para sa mga hindi agarang **regular na appointment**, tumawag sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) nang hindi bababa sa 72 oras (Lunes-Biyernes) bago ang inyong appointment. Para sa **mga appointment,** tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang inyong ID Card ng Miyembro kapag tumawag kayo. Maaari rin kayong tumawag kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon.

Mga limitasyon sa medikal na transportasyon

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

G2. Transportasyong hindi pangmedikal

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

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

Pinapayagan kayo ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) na gumamit ng kotse, taxi, bus, o iba pang pampubliko/pribadong paraan ng pagpunta sa inyong appointment para sa mga serbisyong pinahintulutan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo. Ginagamit ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ang ModivCare para mag-ayos ng NMT. Sinasaklaw namin ang pinakamababang halaga, na uri ng NMT na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan.

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

Ang reimbursement ng mileage ay nangangailangan ng lahat ng sumusunod:

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

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

Upang humiling ng sakay para sa mga awtorisadong serbisyong, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 nang hindi bababa sa 72 oras (Lunes-Biyernes) bago ang appointment ninyo. Para sa **mga agarang appointment,** tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang inyong ID Card ng Miyembro kapag tumawag kayo. Maaari rin kayong tumawag kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon.

Tandaan: Maaaring makipag-ugnayan ang mga Miyembrong American Indian sa kanilang lokal na Indian Health Clinic para humingi ng transportasyong hindi pangmedikal.

Mga limitasyon sa transportasyong hindi pangmedikal

Ibinibigay ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ang pinakamababang gastos na NMT na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan mula sa inyong tahanan hanggang sa pinakamalapit na tagapagbigay ng serbisyo kung saan may available na appointment. **Hindi kayo maaaring mismong magmaneho o direktang mabayaran.**

Hindi nalalapat ang NMT kung:

- Kailangan ng ambulansya, litter van, wheelchair van, o iba pang paraan ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon para makapunta sa isang serbisyo.
- Kailangan ninyo ng tulong mula sa driver papunta at mula sa inyong tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang pisikal o medikal na kundisyon.
- Kayo ay naka-wheelchair at hindi makagalaw sa loob at labas ng sasakyan nang walang tulong mula sa driver.
- Ang serbisyo ay hindi saklaw ng Medicare o Medi-Cal.

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

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency

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

- malubhang panganib sa inyong buhay o sa sanggol na nasa inyong sinapupunan; **o**

- pagkawala o malubhang pinsala sa paggana ng katawan; **o**
- matinding pagpalya ng anumang organ o bahagi ng katawan; **o**
- Sa sitwasyon ng buntis na babaeng nasa active labor, kapag:
    - Walang sapat na panahon para ligtas na ilipat kayo sa isa pang ospital bago manganak.
    - Maaaring magdulot ng banta sa inyong kalusugan o kaligtasan o sa inyong hindi pa naisisilang na sanggol ang paglipat sa isa pang ospital.

Kung mayroon kayong medikal na emergency:

- **Humingi kaagad ng tulong sa lalong madaling panahon.** Tumawag sa 911 o pumunta sa pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansiya kung kailangan ninyo ito. **Hindi** ninyo kailangan ng pag-apruba o referral mula sa inyong PCP. Hindi ninyo kailangang gumamit ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Maaari kayong tumanggap ng pang-emergency na medikal na pangangalaga kung kailan man ito ninyo kailanganin, saanman sa U.S. o sa mga teritoryo nito mula sa sinumang tagapagbigay ng serbisyo na may naaangkop na lisensya ng estado, kahit na hindi sila bahagi ng aming network.
- **Sa lalong madaling panahon, sabihin sa aming plano ang tungkol sa inyong emergency.** Sinusubaybayan namin 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. Gayunpaman, hindi kayo magbabayad para sa mga serbisyong pang-emergency kung maantala kayo sa pagsasabi sa amin. Puwede kayong tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng telepono na nakalista sa ibaba ng pahinang ito.

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. Upang matuto pa, sumangguni sa Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro.*

Maaari kayong makakuha ng saklaw na emergency na pangangalaga sa labas ng Estados Unidos. Limitado ang benepisyo na ito sa $50,000 kada taon. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang “Saklaw sa Emergency/Agarang Pangangalaga sa Buong Mundo” sa Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro 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.

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

Sinasaklaw ng aming plano ang inyong follow-up na pangangalaga. Kung makuha ninyo ang pang-emergency na pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, susubukan naming kumuha ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network para pangalagaan kayo sa lalong madaling panahon. Inirerekomenda naming mag-follow up kayo sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga sa loob ng 5 hanggang 7 araw pagkatapos ninyong makatanggap ng emergency na pangangalaga. Maaari kayong makatanggap ng tawag mula sa aming grupo sa pangangalaga upang tulungan kayong kumuha ng mga kinakailangang follow-up na appointment at kumuha ng iba pang makakatulong na mga benepisyo sa pagpapagaling.

Pagkuha ng emergency na pangangalaga kung hindi naman ito isang emergency

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

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

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

H2. Pangangalagang agarang kinakailangan

Ang pangangalagang agarang kinakailangan ay pangangalagang nakukuha ninyo para sa isang sitwasyong hindi isang emergency ngunit nangangailangan kaagad ng pangangalaga. Halimbawa, kayo ay maaaring sumpungin ng dati nang kundisyon o magkaroon ng hindi inaasahang karamdaman o injury.

Pangangalagang agarang kinakailangan sa sineserbisyuhang lugar ng aming plano

Sinasaklaw lang namin ang pangangalagang agarang kinakailangan kung:

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

Kung hindi posible o makatwiran na makakuha ng isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network, dahil sa inyong oras, lugar o sitwasyon, sasaklawin namin ang pangangalagang agarang kinakailangan na makukuha ninyo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.

Sa mga seryosong emergency na sitwasyon: tumawag sa “911” o pumunta sa pinakamalapit na ospital.

Kung hindi ganoong kalala ang inyong sitwasyon: tawagan ang inyong PCP o medikal na pangkat. Kung hindi ninyo sila matatawagan o kung kailangan ninyo kaagad ng pangangalagang medikal, pumunta sa pinakamalapit na medikal na center, center para sa agarang pangangalaga, o ospital.

Kung hindi kayo sigurado kung nasa emergency kayo o kung kailangan ninyo ng agarang pangangalaga, available para sa inyo ang aming Linya para sa Pagpapayo ng Nurse, araw man o gabi. Maaari ninyong tawagan ang aming Linya para sa Pagpapayo ng Nurse sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) na available 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo.

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

Pangangalagang agarang kinakailangan sa labas ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano

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

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

Sinasaklaw kayo para sa hanggang $50,000 halaga ng saklaw kapag nagbibiyahe sa labas ng Estados Unidos sa ilalim ng pandaigdigang saklaw sa emergency at 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.

Para sa higit pang impormasyon, basahin ang “Emergency na Pangangalaga” at “Mga Serbisyong Agarang Kinakailangan” sa Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina.

Maaaring ituring na emergency ang mga serbisyong agarang kinakailangan na natanggap sa labas ng Estados Unidos sa ilalim ng saklaw sa pandaigdigang benepisyo ng emergency/agarang pangangalaga. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang “Pang-emergency na pangangalaga” sa Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

H3. Pangangalaga sa panahon ng kalamidad

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

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

Sa panahon ng idineklarang sakuna, kung hindi ninyo magagamit ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network, maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network nang walang bayad. Kung hindi kayo makakagamit ng parmasyang nasa network sa panahon ng idineklarang sakuna, maaari ninyong kunin ang inyong mga gamot sa isang parmasyang wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

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

Kung binayaran ninyo ang inyong mga saklaw na serbisyo **o** kung nakakuha kayo ng bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman kung ano ang gagawin.

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

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

Sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng serbisyo:

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

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

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

Ipinapaliwanag sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang dapat gawin kung gusto ninyong saklawin namin ang isang medikal na serbisyo o item. Sinasabi rin nito kung paano umapela sa aming desisyon sa pagsaklaw. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para malaman ang higit pa tungkol sa inyong mga karapatan sa pag-apela.

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

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

J1. Kahulugan ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Ang isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding klinikal na pagsubok) ay isang paraan ng pagsusuri ng mga doktor sa mga bagong uri ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot. Ang isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare ay karaniwang humihiling ng mga boluntaryo na makilahok sa pag-aaral. Kapag 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 gusto ninyong lumahok sa anumang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, **hindi** ninyo kailangang magsabi o kumuha ng pag-apruba mula sa amin, ngunit hinihikayat namin kayo na sabihin ito sa amin o sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga. Ang mga tagapagbigay ng serbisyo na nagbibigay sa inyo ng pangangalaga bilang bahagi ng pag-aaral ay **hindi** kailangang maging tagapagbigay ng serbisyong nasa network. 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 mga 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 mga panuntunan ng plano.

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

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

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

- silid at pagkain para sa pamamalagi sa ospital na binabayaran ng Medicare kahit pa hindi kayo kasali sa pag-aaral
- isang operasyon o iba pang medikal na procedure kung bahagi ito ng pananaliksik na pag-aaral

- paggamot ng anumang side effect at komplikasyon ng bagong pangangalaga

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

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

Maaari kayong matuto pa tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral sa pamamagitan ng pagbasa sa “Medicare & Clinical Research Studies” (“Medicare at Mga Klinikal na Pananaliksik na Pag-aaral”) sa website ng Medicare (https://www.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.

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

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

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

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

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

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 labag sa inyo ang pagkuha ng medikal na paggamot na “hindi excepted.”

- Ang “hindi excepted” na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga o paggamot na **boluntaryo at hindi iniaatas** ng anumang batas ng pamahalaan, estado, o lokal.
- Ang “excepted” na medikal na paggamot ay anumang pangangalaga na **hindi**

boluntaryo at iniaatas sa ilalim ng batas ng pamahalaan, estado, o lokal.

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

- Ang pasilidad na nagkakaloob ng pangangalaga ay dapat sertipikado ng Medicare.
- 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:
    - 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.
    - Kailangang makakuha kayo ng pag-apruba mula sa amin bago kayo ipasok sa pasilidad, kung hindi ay **hindi** sasaklawin ang inyong pamamalagi.

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

L. Matitibay na medikal na kagamitan (DME)

L1. Pagkuha ng DME bilang miyembro ng aming plano

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

May pagmamay-ari kayong DME, tulad ng mga prosthetics.

Sa seksyong ito, tinatalakay namin ang DME na kailangan ninyong rentahan. Bilang isang miyembro ng aming plano, maaaring mapasainyo ang DME hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito at mayroon kayong pangmatagalang pangangailangan para sa item. Bilang karagdagan, ang item ay dapat na awtorisado, nakaayos at pinangangasiwaan ng inyong PCP, medikal na pangkat at/o Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Tawagan ang aming Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahina, para malaman ang tungkol sa mga kinakailangan sa pagrenta o pagmamay-ari ng matitibay na medikal na kagamitan at dokumentong kailangan ninyong ibigay.

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 pag-aari. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman ang tungkol sa mga kinakailangan sa pagrenta o pagmamay-ari ng DME at dokumentasyong kailangan ninyong ibigay.

Kahit nagkaroon kayo ng DME sa loob ng hanggang 12 buwang sunud-sunod sa ilalim ng Medicare bago kayo sumali sa aming plano, **hindi** ninyo magiging pagmamay-ari ang kagamitan.

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

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

Kung wala na kayong Medi-Cal, kakailanganin ninyong magsagawa ng sunod-sunod na 13 pagbabayad sa ilalim ng Original Medicare, o ng bilang ng mga sunod-sunod na pagbabayad na itatakda ng MA na plano, para mapasainyo ang DME na item kung:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Hindi na ito kailangang ibigay ng inyong supplier, at maaari kayong kumuha ng kapalit na kagamitan mula sa sinumang supplier.
- May magsisimulang bagong limang taong panahon.
- Nagrenta kayo mula sa isang supplier para sa 36 na buwan.

- Pagkatapos ay ibibigay ng inyong supplier ang kagamitan, suplay, at serbisyo ng oxygen para sa isa pang 24 na buwan.
- May magsisimulang bagong cycle bawat limang taon hangga't medikal na kinakailangan ang kagamitan para sa oxygen.

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

Kabanata 4: Chart ng mga Benepisyo

Panimula

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

Mga bagong miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): Sa karamihan ng mga sitwasyon, itatala kayo sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) para sa inyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging maitala sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Maaari niyo pa ring matanggap ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa inyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap niyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Walang magiging gap sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) kung mayroon kayong anumang tanong.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang inyong mga saklaw na serbisyo 88

B. Mga panuntunan laban sa mga tagapagbigay ng serbisyo na naniningil sa inyo para sa mga serbisyo 88

C. Tungkol sa Chart ng mga Benepisyo ng aming plano 88

D. Ang Chart ng mga Benepisyo ng aming plano 93

E. Mga Suporta sa Komunidad 171

F. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano 177

F1. Mga Transisyon sa Komunidad ng California (CCT) 177

F2. Medi-Cal Dental 178

F3. Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Tahanan (IHSS) 178

F4. Mga Waiver Program sa 1915(c) Mga Serbisyo sa Bahay at Komunidad (HCBS) 179

F5. Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-iisip at Karamdaman sa Paggamit ng Ipinagbabawal na Gamot) 183

G. Mga benepisyong hindi saklaw ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal 186

A. Ang inyong mga saklaw na serbisyo

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

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

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa kung anong mga serbisyo ang saklaw, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro 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.

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

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

Hindi kayo dapat makatanggap ng bill mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo para sa mga saklaw na serbisyo. Kung may natanggap kayo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

C. Tungkol sa Chart ng mga Benepisyo ng aming plano

Nakasaad sa Chart ng mga Benepisyo ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano. (Nasa **Kabanata 5** ang saklaw sa gamot.) Inililista nito ang mga saklaw na serbisyo sa alpabetong pagkakasunud-sunod at ipinapaliwanag ang mga ito.

Binabayaran namin ang mga nakalistang serbisyo sa Chart ng mga Benepisyo kapag natutugunan ang mga sumusunod na panuntunan. Hindi kayo magbabayad ng kahit ano para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng mga Benepisyo, hangga't natutugunan ninyo ang mga kinakailangan na inilalarawan sa ibaba.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

- Ibinibigay namin ang mga saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal ayon sa mga tuntuning itinakda ng Medicare at Medi-Cal.

- Ang mga serbisyo, kabilang ang medikal na pangangalaga, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at paggamit ng substance, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, kagamitan, at mga gamot, ay dapat na "medikal na kinakailangan." Ang medikal na kinakailangan ay naglalarawan ng mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan ninyo para maiwasan, masuri, o magamot ang isang medikal na kundisyon o para mapanatili ang kasalukuyang kalagayan ng inyong kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga para maiwasan ninyo na pumunta sa isang ospital o nursing facility. Nangangahulugan rin ito na natutugunan ng mga serbisyo, supply, o gamot ang mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan. Ang isang serbisyo ay "medikal na kinakailangan" kapag ito ay makatwiran at kinakailangan para protektahan ang buhay, para maiwasan ang malubhang sakit o makabuluhang kapansanan, o para mapawi ang matinding pananakit.

- Para sa mga bagong nakatala, sa loob ng unang 90 araw maaaring hindi namin kailanganing kumuha kayo ng maagang pag-apruba para sa anumang aktibong kurso ng paggamot, kahit na ang kurso ng paggamot ay para sa isang serbisyong nagsimula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.

- Kinuha ninyo ang inyong pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Ang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay isang tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa amin. Sa karamihan ng mga kaso, hindi sasaklawin ang pangangalagang natatanggap ninyo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network maliban kung ito ay emergency o pangangalagang agarang kinakailangan o kung binigyan kayo ng referral ng aming plano o ng isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Nangangahulugan ito na maaaring kailangan ninyong bayaran nang buo ang tagapagbigay ng serbisyo para sa mga serbisyong wala sa network na natanggap ninyo. Ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ay may higit pang impormasyon tungkol sa paggamit ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network at mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.

- Mayroon kayong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP) o isang pangkat ng pangangalaga na nagbibigay at namamahala sa inyong pangangalaga. Sa karamihan ng mga kaso, ang inyong PCP ay dapat magbigay sa inyo ng pag-apruba bago kayo magpatingin sa ibang tagapagbigay ng serbisyo na hindi ninyo PCP o gumamit ng ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano. Tinatawag itong referral. Ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ay may higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng referral at kung kailan ninyo ito **hindi** kailangan.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

- Sinasaklaw lang namin ang ilang mga serbisyong nakalista sa Chart ng mga Benepisyo kung ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay kumuha muna ng aming pag-apruba. Tinatawag itong paunang awtorisasyon (PA). Minarkahan namin ang mga saklaw na serbisyo sa Chart ng mga Benepisyo na nangangailangan ng PA bilang italic.

- Kung aprubahan ng aming plano ang isang kahilingan sa PA para sa isang kurso ng paggamot, dapat manatiling may bisa ang pag-apruba hangga't ito ay medikal na makatwiran at kinakailangan upang maiwasan ang mga pagkaantala sa pangangalaga batay sa mga pamantayan sa pagsaklaw, inyong medikal na kasaysayan, at mga rekomendasyon ng tagapagbigay ng serbisyo na gumagamot sa inyo.

- 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 www.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.)

- 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 mawala ang inyong Medi-Cal sa loob ng 3 buwang itinuturing na patuloy na pagiging kwalipikado, patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyo sa Medicare na sinasaklaw ng plano ng Medicare Advantage. Gayunpaman, maaaring magtapos ang inyong saklaw sa Medi-Cal nang mas maaga kaysa sa inyong saklaw sa Medicare sa amin. Kapag natapos ang inyong saklaw sa Medi-Cal, hindi na namin babayaran ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal. Babayaran namin ang anumang bahagian sa gastos sa Medicare na sana ay binayaran ng Medi-Cal kung hindi kayo nawalan ng Medi-Cal. Para sa karagdagang impormasyon, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahina.

  Tutulungan namin kayong maging kwalipikadong muli sa Medi-Cal. Kung maging kwalipikadong muli kayo sa Medi-Cal habang nakatala pa rin kayo sa amin para sa inyong saklaw sa Medicare, ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa inyong mga benepisyo sa Medi-Cal at magpapatuloy ang inyong pagpapatala sa amin. Kung maging kwalipikadong muli kayo sa Medi-Cal pagkatapos namin kayong alisin sa pagkakatala sa aming saklaw sa Medicare, kakailanganin ninyong makipag-ugnayan sa amin upang muling magpatala sa plano.

Mahalagang Impormasyon sa Benepisyo para sa mga Miyembrong may Ilang Partikular na Chronic na Kundisyon.

- Kung mayroong kayo ng 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
    - Pagkatapos ng pag-transplant ng organ
    - 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 Benepisyo sa ibaba.
- Makipag-ugnayan sa amin upang malaman kung sa aling mga benepisyo kayo kwalipikado.

Ang lahat ng pang-agap na serbisyo ay walang bayad. Ipinapakita ng apple na ito 🍎 ang mga serbisyong pang-iwas sa sakit na nasa Chart ng mga Benepisyo.

D. Ang Chart ng mga Benepisyo ng aming plano

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
🍎	**Screening para sa abdominal aortic aneurysm** Babayaran namin ang isang beses na ultrasound na pagsusuri 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).	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Acupuncture Babayaran namin ang hanggang dalawang outpatient na serbisyo ng acupuncture sa loob ng alinmang buwan sa kalendaryo, o nang mas madalas kung medikal na kinakailangan ang mga ito. Babayaran din namin ang hanggang 12 pagpapatingin para sa acupuncture sa loob ng 90 araw kung mayroon kayong pabalik-balik na pananakit ng ibabang bahagi ng likod, na tinutukoy na: ● tumatagal nang 12 linggo o mas matagal pa; ● hindi partikular (walang matukoy na sistematikong dahilan, tulad ng hindi nauugnay sa metastatic, pamamaga, o nakakahawang sakit); ● hindi nauugnay sa surgery; ● hindi nauugnay sa pagbubuntis. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Acupuncture (ipinagpatuloy) Bukod pa rito, magbabayad kami para sa karagdagang walong sesyon ng acupuncture para sa chronic na kirot sa ibabang bahagi ng likod kung bubuti ang inyong kalagayan. Maaaring hindi kayo makakuha ng higit sa 20 na paggamot ng acupuncture para sa malalang pananakit sa ibabang bahagi ng likod bawat taon. Dapat itigil ang mga acupuncture treatment kung hindi bubuti o kung lalala pa ang inyong kalagayan. 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. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Acupuncture (ipinagpatuloy) 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. Kapag nagamit na ninyo ang lahat ng inyong benepisyo sa Medicare, limitado ang mga serbisyo sa hanggang 2 serbisyo bawat buwan, o kumbinasyon ng 2 serbisyo bawat buwan mula sa mga sumusunod na serbisyo: acupuncture, chiro, acupuncture, occupational therapy, speech pathology, audiology, o podiatry. **Sinasaklaw din ng aming plano ang mga karagdagan (Hindi saklaw ng Medicare) na serbisyo ng acupuncture na hanggang sa kabuuang 24 na pagpapatingin bawat taon.** Sa karamihan ng mga kaso, dapat kayong gumamit ng isang nakakontratang tagapagbigay ng serbisyo upang makatanggap ng mga saklaw na serbisyo. Mangyaring makipag-ugnayan sa aming plano kung may mga tanong kayo tungkol sa kung paano gamitin ang mga benepisyo na ito. Kabilang sa mga saklaw na serbisyo sa acupuncture ang: ● Eksaminasyon para sa bagong pasyente o eksaminasyon para sa dati nang pasyente para sa unang ebalwasyon ng isang pasyenteng may bagong isyung pangkalusugan o bagong flare-up ● Mga eksaminasyon para sa dati nang pasyente (sa loob ng 3 taon pagkatapos ng isang eksaminasyon para sa bagong pasyente) ● Mga follow up na pagpapatingin sa tanggapan—maaaring may kasamang mga serbisyo ng acupuncture o reeksaminasyon ● Pangalawang opinyon sa ibang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ● Mga agaran o emergency na serbisyo Para sa tulong sa paghahanap ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network, maaari ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Screening at pagpapayo sa pagkalulong sa alak Babayaran namin ang isang pagsusuri para sa pagkalulong sa alak (SABIRT) para sa mga adultong nalulong sa alak ngunit hindi umaasa sa alak. Kasama rito ang mga buntis na kababaihan. Kung positibo ang resulta ng inyong screening para sa labis na pag-inom ng alak, makakakuha kayo ng hanggang apat na saglit at harapang sesyon ng pagpapayo bawat taon (kung kaya ninyo at alerto kayo habang ginagawa ang pagpapayo) sa isang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP) o isang propesyonal sa isang lugar na para sa pangunahing pangangalaga.	$0
	Mga serbisyo ng ambulansya Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ng ambulansya, para man sa emergency o hindi emergency na sitwasyon, ang lupa at himpapawid (eroplano at helicopter). Dadalhin kayo ng ambulansiya sa pinakamalapit na lugar na maaaring makapagbigay sa inyo ng pangangalaga. Ang inyong kondisyon ay dapat sapat na malubha na ang ibang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga ay maaaring ilagay sa panganib ang inyong kalusugan o buhay. Ang mga serbisyo ng ambulansya para sa ibang mga kaso (hindi emergency) ay kailangang aprubado namin. Sa mga kasong hindi emergency, maaari kaming magbayad para sa isang ambulansya. Ang inyong kundisyon ay kailangang sapat na malubha na ang ibang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar para sa pangangalaga ay maaaring ilagay sa panganib ang inyong buhay o kalusugan.	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	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
	Taunang pagpapatingin para sa wellness Maaari kayong makakuha ng taunang checkup. Ito ay para gumawa o i-update ang pang-agap na plano batay sa inyong kasalukuyang mga kadahilanan ng panganib. Babayaran namin ito nang isang beses kada 12 buwan. **Tandaan:** Hindi maaaring maganap ang inyong unang taunang pagpapatingin para sa wellness sa loob ng 12 buwan ng inyong pagpapatingin na **Welcome sa Medicare**. Gayunpaman, hindi ninyo kailangan na nagkaroon na ng pagbisita na **Welcome sa Medicare** para sa taunang pagpapatingin para sa wellness pagkatapos ninyong magkaroon ng Bahagi B sa loob ng 12 buwan.	$0
	Mga serbisyong pang-iwas sa hika Maaari kayong makatanggap ng edukasyon sa hika at isang pagtatasa sa kapaligiran sa bahay para sa mga trigger na karaniwang makikita sa tahanan para sa mga taong may mahirap kontrolin na hika.	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pagsukat sa bone mass Babayaran namin ang ilang procedure para sa mga kwalipikadong miyembro (karaniwan, isang tao na nasa panganib na mabawasan ng bone mass o nasa panganib ng osteoporosis). Susukatin ng mga procedure na ito ang bone mass, natutuklasan ang pagrupok ng buto, o nalalaman ang kalidad ng buto. Babayaran namin ang mga serbisyo nang isang beses kada 24 na buwan, o mas malimit kung ang mga ito ay medikal na kinakailangan. Nagbabayad din kami para sa isang doktor para tumingin at magkomento sa mga resulta.	$0
	Screening para sa kanser sa suso (mga mammogram) Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: ● isang baseline mammogram sa pagitan ng mga edad na 35 at 39 ● isang screening mammogram tuwing 12 buwan para sa mga babaeng edad 40 pataas ● mga eksaminasyon ng suso sa klinika isang beses tuwing 24 na buwan	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo ng rehabilitasyon sa puso Babayaran namin ang mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso tulad ng ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo. Dapat matugunan ng mga miyembro ang ilang partikular na kondisyon nang may referral ng doktor. Sinasaklaw namin ang mga komprehensibong programang ito kung nagkaroon na kayo ng kahit isa sa mga kundisyong ito: ● 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: Maaari kayong makatanggap ng hanggang 36 na sesyon ng rehabilitasyon ng puso. Maaari kayong magkaroon ng dalawang sesyon bawat araw (na ang bawat isa ay tumatagal ng isang 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.	$0 *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pagpapatingin para sa pagbawas ng panganib sa cardiovascular na sakit (sakit sa puso) (therapy para sa sakit sa puso) Binabayaran namin ang isang pagpapatingin kada isang taon, o higit pa kung medikal na kinakailangan, sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP) para tumulong na pababain ang inyong panganib sa sakit sa puso. Sa panahon ng pagpapatingin, ang inyong doktor ay maaaring: ● talakayin ang paggamit ng aspirin, ● tingnan ang presyon ng inyong dugo, **at/o** ● bigyan kayo ng mga payo para tiyakin na kumakain kayo nang maayos.	$0
	Mga screening na pagsusuri para sa sakit sa puso Binabayaran namin ang mga pagsusuri sa dugo para suriin ang sakit sa puso nang isang beses kada limang taon (60 buwan). Sinusuri rin ng mga pagsusuri sa dugong ito ang mga depekto na sanhi ng mataas na panganib ng sakit sa puso.	$0
	Screening para sa kanser sa cervix at sa ari ng babae Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: ● para sa lahat ng kababaihan: mga Pap test at eksaminasyon ng balakang isang beses kada 24 na buwan ● para sa mga kababaihang mataas ang panganib na magkaroon ng kanser sa cervix o ari: isang Pap test kada 12 buwan ● para sa kababaihang nagkaroon ng hindi normal na resulta sa Pap test sa loob ng nakaraang tatlong taon na nasa edad na maaaring magkaanak: isang Pap test kada 12 buwan ● para sa mga babaeng may edad na 30-65: pagsusuri para sa human papillomavirus (HPV) o Pap plus HPV testing isang beses bawat limang taon	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyong chiropractic Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: ● mga pag-aayos sa gulugod para iwasto ang pagkakahanay Maliban sa mga miyembrong buntis o residenteng nasa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga o pangmatagalang pangangalaga, ang mga chiropractic na benepisyo para sa manual na manipulasyon ng gulugod upang itama ang sprain, strain, o dislokasyon ng gulugod o leeg ay sinasaklaw para sa mga miyembro ng Medi-Cal lang kapag ibinigay ng mga kinontratang tagapagbigay ng serbisyong chiropractic. Maaaring kailanganin ang ng referral para sa mga FQHC, RHC at IHCP na wala sa network. Ang mga serbisyong chiropractic ay ang: ● Limitado sa maximum na dalawang serbisyo kada buwan, sa kombinasyon ng mga serbisyong audiology, acupuncture, occupational therapy, at speech therapy. Hindi nalalapat ang mga limitasyon sa mga batang miyembrong nasa edad 21 pababa, buntis, o mga naninirahan sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga o pangmatagalang pangangalaga. ● Limitado sa paggamot ng gulugod sa pamamagitan ng manu-manong pagsasaayos (isang chiropractic na paggamot sa pagsasaayos lamang ang maaaring bayaran kapag siningil ng parehong tagapagbigay ng serbisyo, para sa parehong pasyente at petsa ng serbisyo). Ang maintenance na pangangalaga ay hindi itinuturing na medikal na makatuwiran at kinakailangan, kaya hindi sinasaklaw. Ang saklaw para sa mga serbisyong chiropractic ay limitado lang sa mga serbisyong isinasagawa ng isang doktor ng chiropractic, osteopathy, o medisina na lisensyado ng estado ng California.	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral*.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pagsusuri para sa colorectal cancer Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: ● Walang minimum o maximum na limitasyon sa edad ang colonoscopy at sinasaklaw ito nang isang beses bawat 120 buwan (sampung taon) para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, o 48 buwan pagkatapos ng naunang flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib sa colorectal cancer, at isang beses bawat 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 isinagawa ang screening sa computed tomography colonography, o kung 47 buwan na ang lumipas 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 bayaran ang screening sa 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. **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pagsusuri para sa colorectal cancer (ipinagpatuloy) ● Multitarget stool DNA para sa mga pasyente edad 45 hanggang 85 at hindi pasok sa mga pamantayan ng mataas na panganib. Isang beses bawat tatlong 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 tatlong 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.	

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

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin Binabayaran namin ang ilang mga serbisyo sa ngipin, kabilang ang ngunit hindi limitado sa, paglilinis, filling, at pustiso. Ang hindi namin sinasaklaw ay available sa Medi-Cal Dental, na inilalarawan sa **Seksyon F2** sa ibaba. Nagbabayad kami para sa ilang serbisyo sa pangangalaga sa ngipin kapag ang serbisyo ay mahalagang bahagi ng partikular na paggamot sa pangunahing medikal na kundisyon ng isang indibidwal. 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. Bilang miyembro ng Medi-Cal, maraming karaniwang dental na serbisyo ang available sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental; kabilang sa mga ito ang mga sumusunod, ngunit hindi limitado sa mga ito: ● Mga dental na pagsusuri (kada 12 buwan) ● Pagpapalinis ng ngipin (kada 12 na buwan) ● Scaling at root planing ● Fluoride varnish (kada 12 buwan) ● Mga X-ray ● Mga filling ● Mga crown ● Mga root canal ● Mga partial at buong pustiso ● Mga denture reline ● Pagbunot ng ngipin ● Mga serbisyo sa emergency **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin (ipinagpatuloy) Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga dental na benepisyong available sa Medi-Cal Dental, o kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng dentista na tumatanggap ng Medi-Cal, tawagan ang Center para sa Serbisyo sa Telepono sa 1-800-322-6384 (para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Matutulungan kayo ng mga kinatawan ng mga kinatawan ng Dental ng Medi-Cal 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. Bukod pa sa inyong Mga Dental na Benepisyo sa Medi-Cal, sinasaklaw rin ng aming plano ang mga karagdagang dental na serbisyo at operasyon. Kasama sa mga serbisyong ito ang, ngunit hindi limitado sa, mga sumusunod: ● **Komprehensibong Pangangalaga sa Ngipin** Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang sumusunod ○ Mga restorative na serbisyo – 1 bawat ngipin bawat 7 taon ng plano ○ Prosthodontics, natatanggal - 1 bawat arch bawat 2 hanggang 3 taon ng plano depende sa uri ng serbisyo **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin (ipinagpatuloy) ○ Prosthodontics, hindi natatanggal - 1 bawat ngipin bawat 7 taon ng plano ○ Mga adjunctive na pangkalahatang serbisyo - 1 bawat taon **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**	
	Pagsusuri para sa depresyon Binabayaran namin ang isang screening para sa depresyon kada taon. Ang pagsusuri ay kailangang gawin sa isang lugar ng pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga referral.	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pagsusuri para sa diabetes Binabayaran namin ang pagsusuring ito (kasama ang mga pagsusuri sa fasting glucose) kung mayroon kayong alinman sa mga sumusunod na salik ng panganib: ● mataas na presyon ng dugo (altapresyon) ● kasaysayan ng hindi normal na antas ng kolesterol at triglyceride (dyslipidemia) ● labis na katabaan ● kasaysayan ng mataas na asukal sa dugo (glucose) Ang mga pagsusuri ay maaaring saklawin sa ilang kaso, tulad ng kung kayo ay may sobrang timbang at mayroong kasaysayan ng diabetes sa pamilya. Maaari kayong maging kwalipikado para sa hanggang dalawang pagsusuri para sa diabetes bawat 12 buwan pagkatapos ng petsa ng inyong pinakakamakailang pagsusuri para sa diabetes.	$0
	Pagsasanay, mga serbisyo at supply para sa pamamahala sa sarili ng isang diabetic Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng taong may diabetes (gumagamit man sila ng insulin o hindi): ● Mga supply para masubaybayan ang glucose ng inyong dugo, kasama ang mga sumusunod: ○ isang monitor ng glucose sa dugo ○ mga strip sa pagsusuri ng glucose sa dugo ○ mga kagamitan para sa lanseta at mga lanseta ○ mga solution para sa pagkontrol ng glucose para matingnan ang kawastuhan ng mga strip sa pagsusuri at monitor **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon* *Maaaring kailangan ng referral*.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pagsasanay, mga serbisyo at supply para sa pamamahala sa sarili ng isang diabetic (ipinagpatuloy) ● Para sa mga taong may diabetes na mayroong matinding sakit sa paa ng diabetic, babayaran namin ang mga sumusunod: ○ isang pares ng pang-therapy na ipinasadyang sapatos (kabilang ang mga ipinapasok sa sapatos), kabilang ang pagsusukat, at dalawang dagdag na pares ng mga ipinapasok sa sapatos sa bawat taon sa kalendaryo, **o** ○ isang pares ng mga malalim na sapatos, kabilang ang pagsusukat, at tatlong pares ng mga ipinapasok sa sapatos bawat taon (hindi kasama ang mga hindi pasadyang ipinapasok sa sapatos na maaaring alisin na ibinibigay kasama ng mga ganitong sapatos) ● Sa ilang mga kaso, binabayaran namin ang mga pagsasanay para matulungan kayong pamahalaan ang inyong diabetes. Upang matuto pa, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. 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. 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. Kung bibili ng mga supply ng pagsuri sa diabetes sa isang retail na parmasya, dapat din ninyong ipakita ang inyong Medi-Cal BIC Card sa pharmacist upang masingil nila nang maayos ang aming plano pati na rin ang Medi-Cal Rx.	.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo ng doula Para sa mga buntis na indibidwal, nagbabayad kami para sa siyam na pagpapatingin sa isang doula sa panahon ng prenatal at postpartum pati na rin ang suporta sa panahon ng labor at panganganak. Hanggang sa siyam na karagdagang postpartum ang maaari ring ibigay.	$0
	Matitibay na medikal na kagamitan (DME) at mga kaugnay na supply Sumangguni sa **Kabanata 12** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa kahulugan ng “Matitibay na Medikal na Kagamitan (DME).” Sinasaklaw namin ang mga sumusunod na item: ● mga wheelchair, kabilang ang mga electric wheelchair ● mga saklay ● powered mattress systems ● dry pressure pad para sa mattress ● mga supply para sa may diabetes ● mga kama ng ospital na inorder ng isang tagapagbigay ng serbisyo para gamitin sa tahanan ● mga pump at pole para sa intravenous (IV) infusion ● mga speech generating device ● kagamitan at mga supply sa oxygen ● mga nebulizer ● mga walker ● standard curved na handle o quad cane at pamalit mga supply ● cervical traction (sa pinto) **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Matitibay na medikal na kagamitan (DME) at mga kaugnay na supply (ipinagpatuloy) ● bone stimulator ● kagamitan ng pangangalaga sa dialysis Ang ilan sa mga item ay maaaring saklawin. Babayaran namin ang lahat ng medikal na kinakailangang DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung walang partikular na brand o tagagawa ang aming supplier sa inyong lugar, maaari ninyong hilingin sa kanilang gumawa ng espesyal na order nito para sa inyo. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para matulungan kayo sa paghahanap ng ibang supplier na maaaring makapagpadala ng partikular na item. Ang matitibay na medikal na kagamitan na hindi sinasaklaw ng Medicare na gagamitin sa labas ng bahay ay sinasaklaw rin.	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pang-emergency na pangangalaga Ang pang-emergency na pangangalaga ay nangangahulugang mga serbisyo na: ● ibinibigay ng isang tagapagbigay ng serbisyo na sinanay upang magbigay ng mga pang-emergency na serbisyo, ● kinakailangan para suriin o gamutin ang isang medikal na emergency. Ang medikal na emergency ay posibleng karamdaman, injury, matinding pananakit, o isang medikal na kundisyon na mabilis ang paglala. Ang kundisyon ay masyadong malubha na, kung hindi ito makakakuha ng agarang medikal na pansin, ang sinuman na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina ay maaaring umasa na magreresulta ito sa: ● malubhang panganib sa inyong kalusugan o sa sanggol na nasa inyong sinapupunan; **o** ● malubhang pinsala sa mga paggana ng katawan; **o** ● malubhang hindi wastong paggana ng anumang organ ng katawan; **o** ● pagkawala ng paa, o pagkawala ng paggana ng paa. ● Sa sitwasyon ng buntis na babaeng nasa active labor, kapag: ○ Walang sapat na panahon para ligtas na ilipat kayo sa isa pang ospital bago manganak. ○ Maaaring magdulot ng banta sa inyong kalusugan o kaligtasan o sa inyong hindi pa naisisilang na sanggol ang paglipat sa ibang ospital **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina**.	$0 Kung makakakuha kayo ng emergency na pangangalaga sa isang ospital na wala sa network at kailangan ng inpatient na pangangalaga pagkatapos ma-stabilize ang inyong emergency, kailangan ninyong lumipat sa isang ospital na nasa network para patuloy na mabayaran ang pangangalaga sa inyo. Maaari kayong mamalagi sa ospital na wala sa network para sa pangangalaga sa inyo bilang pasyente kung aaprubahan lang ng plano ang inyong pamamalagi.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pang-emergency na pangangalaga (ipinagpatuloy) Pandaigdigang Pagsaklaw sa emergency/Agarang pagsaklaw. Inilalarawan bilang agaran, pang-emerhensiya, at post-stabilization na pangangalaga na natanggap sa labas ng Estados Unidos. ● Limitado lang sa mga serbisyong mauuri bilang pang-emergency, pangangalagang agarang kinakailangan, o post-stabilization na pangangalaga kung sila ay naibigay sa Estados Unidos. ● Sinasaklaw ang mga serbisyo ng ambulansya sa mga sitwasyon kung saan ang pagpunta sa emergency room sa anupamang paraan ay maaaring maglagay sa inyong kalusugan sa panganib. ● Hindi saklaw ang mga buwis at bayarin sa ibang bansa (kabilang ang, ngunit hindi nalilimitahan sa, conversion ng currency o mga bayarin sa transaksiyon). Ang Estados Unidos ay binubuo ng 50 estado, ang District of Columbia, Puerto Rico, ang Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands, at American Samoa.	$115 copay Hindi mawe-waive ang bahagian sa gastos para sa pandaigdigang mga serbisyo sa emergency room/mga serbisyong agarang kinakailangan kung ma-confine kayo para sa inpatient na pangangalaga sa ospital. May taunang limitasyong nagkakahalaga ng $50,000 para sa Pandaigdigang pagsaklaw sa emergency/agarang saklaw.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya Pinapayagan kayo ng batas na pumili ng anumang tagapagbigay ng serbisyo – ito man ay tagapagbigay ng serbisyong nasa network o tagapagbigay ng serbisyong wala sa network – para sa ilang partikular na serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Ang ibig sabihin nito ay kahit sinuman o anumang doktor, klinika, ospital, parmasya o opisina sa pagpaplano ng pamilya. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: ● eksaminasyon para sa pagpaplano ng pamilya at medikal na paggamot ● laboratoryo para sa pagpaplano ng pamilya at mga diyagnostikong pagsusuri ● mga pamamaraan sa pagpaplano ng pamilya (IUC/IUD, mga implant, mga iniksiyon, mga pill na pamigil sa pagbubuntis, patch, o ring) ● mga supply para sa pagpaplano ng pamilya na may reseta (condom, sponge, foam, film, diaphragm cap) ● limitadong mga serbisyo sa pertilidad tulad ng paggabay at edukasyon tungkol sa mga paraan para malaman ang pertilidad, at/o paggabay sa kalusugan bago magbuntis, testing, at paggamot para sa mga naipapasang impeksyon sa pakikipagtalik (STI) ● pagpapayo at screening para sa HIV at AIDS, at iba pang kundisyong nauugnay sa HIV ● permanenteng contraception (Dapat nasa edad 21 pataas na kayo para mapili ang pamamaraang ito ng pagpaplano ng pamilya. Dapat kayong lumagda sa isang form ng pagpapahintulot para sa federal sterilization nang hindi bababa sa 30 araw, ngunit hindi lalampas ng 180 araw bago ang petsa ng operasyon.) ● genetic na pagpapayo Babayaran rin namin ang ilan sa ibang mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Gayunpaman, dapat kayong magpatingin sa isang tagapagbigay ng serbisyo sa aming network ng tagapagbigay ng serbisyo para sa mga sumusunod na serbisyo: ● paggamot para sa mga medikal na kundisyon ng pagkabaog (Hindi kasama sa serbisyong ito ang mga artipisyal na paraan para mabuntis.) ● paggamot para sa AIDS at iba pang mga kundisyon na nauugnay sa HIV ● genetic na pagsusuri	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga programang edukasyon sa kalusugan at wellness Naghahandog kami ng maraming programa na nakatuon sa ilang kundisyon ng kalusugan. Kasama sa mga ito ang: ● mga klase sa edukasyong pangkalusugan; ● mga klase sa edukasyong pang-nutrisyon; ● paghinto sa paggamit ng tabako at paninigarilyo; **at** ● nursing hotline ○ 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. ● benepisyo sa fitness ○ Nagbibigay ang aming plano ng programa sa fitness na nag-aalok ng access sa mga lokasyon para sa fitness sa buong mundo. ○ Upang makatulong na suportahan ang isang aktibo at malusog na pamumuhay, mayroon kayong access sa mga sumusunod na feature nang walang gastos: ■ Membership sa Fitness Center: Pumili mula sa ilang in-person na fitness center na nakikilahok sa fitness network. Kabilang sa membership ang access sa karaniwang fitness club o mga serbisyo ng fitness studio pati na rin ang inaalok na klase sa pag-ehersisyo bilang grupo. Maaari ninyong i-access ang isa o higit pang gym sa loob ng fitness network. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga programang edukasyon sa kalusugan at wellness (ipinagpatuloy) ■ Mga Home Fitness Kit: Maaari kayong pumili mula sa iba't ibang home fitness kit. Makakatanggap kayo ng hanggang 1 kit sa bawat taon ng benepisyo. ■ Digital na Programa para sa Fitness: Pumili sa mga libo-libong on-demand na video ng workout sa pamamagitan ng digital na library, access sa mga virtual na klase, at mobile app. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyo sa fitness, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo sa pandinig Babayaran namin ang mga pagsusuri sa pandinig at balanse na ginagawa ng inyong tagapagbigay ng serbisyo. Sinasabi sa inyo ng ganitong mga pagsusuri kung kailangan ninyo ng medikal na paggamot. Ang mga ito ay sinasaklaw bilang pangangalaga sa outpatient kapag nakuha ninyo ang mga ito mula sa isang doktor, audiologist, o ibang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo. Nagbabayad din kami para sa mga hearing aid kapag inireseta ng doktor o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo, kabilang ang: ● mga hulmahan, supply, at mga ipinapasok sa tainga ● mga pag-aayos ● isang pangunahing set ng mga baterya ● anim na pagbisita para sa pagsasanay, pag-aayos, at pagsukat sa parehong vendor pagkatapos ninyong makuha ang hearing aid ● panahon ng pagsubok sa mga hearing aid ● mga device na pantulong sa pakikinig, mga surface-worn bone conduction hearing device ● audiology na nauugnay sa hearing aid at mga serbisyo pagkatapos ng pagsusuri Sinasaklaw rin ng aming plano ang mga sumusunod na pandagdag (ibig sabihin, karaniwan) na mga serbisyo sa pagdinig: ● 1 karaniwang pagsusuri sa pandinig kada taon. ● 1 pagpapakabit ng hearing aid at pagsusuri kada taon. ● 1 hindi nai-implant na hearing aid hanggang $750 bawat tainga bawat taon. Limitado sa 2 non-implantable hearing aid bawat taon. Kabilang sa benepisyo ang 3 taong warranty kasama ang pagkawala, at pagkasira na may supply ng mga baterya.	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Screening para sa HIV Babayaran namin ang isang pagsusuring screening para sa HIV tuwing 12 buwan para sa mga taong: ● hihiling ng screening para sa HIV, **o** ● may mataas na panganib na magkaroon ng HIV. Kung kayo ay buntis, babayaran namin ang hanggang sa tatlong screening para sa HIV sa panahon ng pagbubuntis. Babayaran din namin ang karagdagang (mga) screening para sa HIV kapag inirekomenda ng inyong tagapagbigay ng serbisyo.	$0
	Pangangalagang pangkalusugan ng ahensya sa bahay Bago kayo makakakuha ng mga serbisyo sa kalusugan sa bahay, dapat sabihin sa amin ng isang doktor na kailangan ninyo ang mga ito, at dapat ibigay ang mga ito ng ahensiya para sa kalusugan sa tahanan. Kailangan ay nananatili kayo sa bahay, na nangangahulugang nahihirapan kayong umalis ng bahay. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil pati ang ibang mga serbisyo na hindi nakalista dito: ● mga part-time o paulit-ulit na serbisyo ng dalubhasang pangangalaga at mga serbisyo ng mga tulong sa kalusugan sa bahay (na sasaklawin sa ilalim ng benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa bahay; ang pinagsamang mga serbisyo ng dalubhasang pangangalaga at mga serbisyo ng tulong sa kalusugan sa bahay ay dapat na mas mababa sa walong oras bawat araw at 35 oras bawat linggo.) ● physical therapy, occupational therapy, at speech therapy ● mga medikal na serbisyo at serbisyong panlipunan ● medikal na kagamitan at mga supply	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral*.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Therapy ng infusion sa bahay Babayaran ng aming plano ang therapy ng infusion sa bahay, na tinutukoy bilang mga gamot o biological na sangkap na itinuturok sa ugat o inilalapat sa ilalim ng balat at ibinibigay sa inyo sa tahanan. Kinakailangan ang mga sumusunod para magsagawa ng home infusion: ● ang gamot o biological na sangkap, tulad ng antiviral o immune globulin; ● kagamitan, tulad ng pump; **at** ● mga supply, tulad ng mga tubo o catheter. Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng home infusion na kinabibilangan ng ngunit hindi limitado sa: ● mga serbisyo ng propesyunal, kabilang ang mga serbisyo ng nurse, na ibinibigay alinsunod sa inyong plano sa pangangalaga; ● pagsasanay at edukasyon ng miyembro na hindi pa kasama sa benepisyo ng DME; ● malayuang pagsubaybay; **at** ● mga serbisyo sa pagsubaybay para sa pagsasagawa ng home infusion therapy at mga home infusion na gamot ng isang kwalipikadong supplier ng therapy ng infusion sa bahay.	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pangangalaga sa hospisyo May karapatan kayong humingi ng hospisyo kung mapag-alaman ng inyong tagapagbigay ng serbisyo at direktor ng hospisyong medical na mayroon kayong terminal na prognosis. Nangangahulugan itong mayroon kayong nakakamatay na karamdaman at inaasahang mayroon na lang anim na buwan o mas kaunti pa para mabuhay. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare. Dapat kayong tulungan ng aming plano na humanap ng mga programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare sa sineserbisyuhang lugar ng 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 gamutin ang mga sintomas at pananakit ● panandaliang pangangalaga upang makapagpahinga ang tagapangalaga ● pangangalaga sa tahanan **Kapag na-admit kayo sa isang hospisyo, may karapatan kayong manatili sa aming plano.** **Sisingilin sa Medicare ang mga serbisyo ng hospisyo at mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na nauugnay sa inyong terminal na prognosis:** ● Babayaran ng Original Medicare (hindi ng aming plano) ang inyong tagapagbigay ng serbisyo sa hospisyo para sa inyong mga serbisyo sa hospisyo at anumang Bahagi A at Bahagi B na serbisyong nauugnay sa inyong nakamamatay na karamdaman. 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. **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pangangalaga sa hospisyo (ipinagpatuloy) **Para sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano ngunit hindi sinasaklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B:** ● Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyong hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B. Sinasaklaw namin ang mga serbisyo kung nauugnay man o hindi ang mga ito sa inyong terminal na prognosis. Kayo ang magbabayad para sa mga serbisyong ito. **Para sa mga gamot na maaaring saklaw ng benepisyo ng Medicare Part D ng aming plano:** ● Hindi kailanman sinasaklaw ng hospisyo at ng aming plano ang mga gamot nang magkasabay. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. **Tandaan:** Kung mayroon kayong malubhang karamdaman, maaaring kwalipikado kayo para sa palliative na pangangalaga, na nagbibigay ng para sa pasyente at nakatuon sa pamilya na pangangalaga na isinasagawa ng pangkat para mapaganda ang kalidad ng inyong buhay. Maaari kayong makatanggap ng palliative na pangangalaga kasabay ng panggamot/karaniwang pangangalaga. Pakitingnan ang seksyong Palliative na Pangangalaga sa ibaba para sa higit pang impormasyon. **Tandaan:** Kung kailangan ninyo ng pangangalaga na hindi mula sa hospisyo, tawagan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga at/o mga serbisyo para sa miyembro para isaayos ang mga serbisyo. Ang pangangalaga na hindi mula sa hospisyo ay pangangalaga na **hindi** nauugnay sa inyong terminal na prognosis. Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo sa pagkonsulta sa hospisyo (isang beses lang) para sa isang miyembrong may nakamamatay na sakit na hindi pa pumipili ng benepisyo ng hospisyo.	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga Pagpapabakuna Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: ● mga bakuna para sa pulmonya ● mga bakuna sa trangkaso, isang beses sa bawat panahon ng trangkaso sa taglagas at taglamig, na may mga karagdagang iniksyon 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 ● bakuna sa human papillomavirus (HPV) ● iba pang bakuna kung kayo ay nasa panganib at kung nakakatugon ang mga ito sa mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part B Babayaran namin ang ibang mga bakuna na tumutugon sa mga patakaran sa pagsaklaw ng Medicare Part D. Sumangguni sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang matuto pa.	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Inpatient na pangangalaga sa ospital Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at iba pang serbisyong medikal na kinakailangan na hindi nakalista rito: ● semi-private na kwarto (o pribadong kwarto kung medikal na kinakailangan) ● mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta ● mga regular na serbisyong pangangalaga ● mga halaga ng mga yunit ng espesyal na pangangalaga, tulad ng mga yunit ng intensive na pangangalaga o yunit ng pangangalaga ng puso ● mga gamot at medikasyon ● mga pagsusuri sa laboratoryo ● Mga x-ray at iba pang serbisyo sa radiology ● kinakailangan na mga supply para sa operasyon at medikal ● mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair ● mga serbisyo ng silid ng operasyon at pagpapagaling ● physical, occupational, at speech therapy ● mga inpatient na serbisyo para sa pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot ● sa ilang sitwasyon, ang mga sumusunod na uri ng transplant: cornea, bato, bato/pancreas, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell, at sa bituka/multivisceral. Kung kailangan ninyo ng transplant, susuriin ng isang transplant center na aprubado ng Medicare ang inyong kaso at pagpapasyahan kung kwalipikado kayong makatanggap ng transplant. Maaaring lokal o wala sa sineserbisyuhang lugar ang mga tagapagbigay ng serbisyo ng transplant. Kung papayag ang mga lokal na tagapagbigay ng serbisyo para sa transplant sa presyo ng Medicare, makukuha ninyo ang inyong mga serbisyo para sa transplant sa inyong lugar o nang hindi naaayon sa modelo ng pangangalaga para sa inyong komunidad. **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0 Dapat kayong makakuha ng pag-apruba mula sa aming plano para makakuha ng pangangalaga bilang pasyente sa isang ospital na wala sa network pagkatapos mapahupa ang inyong emergency. *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral*.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Inpatient na pangangalaga sa ospital (ipinagpatuloy) Kung ang aming plano ay nagbibigay ng mga serbisyo sa transplant sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa aming komunidad at pinili ninyong isagawa ang inyong transplant doon, aayusin o babayaran namin ang mga gastos sa panunuluyan at paglalakbay para sa inyo at sa isa pang tao. ● dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala. Ang pagsaklaw sa buong dugo at naka-pack na pulang selyula ay magsisimula 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.	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo bilang pasyente sa isang psychiatric na ospital Babayaran namin ang mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan sa pag-iisip na nangangailangan ng pamamalagi sa ospital. ● Kung kailangan ninyo ng mga serbisyo bilang pasyente sa isang nagsasariling ospital para sa may karamdaman sa isipan, babayaran namin ang unang 190 araw. Pagkatapos nito, ang lokal na ahensya ng kalusugan sa pag-iisip ng county ang magbabayad para sa mga psychiatric na serbisyo bilang pasyente na medikal na kinakailangan. Ang pahintulot para sa pangangalaga na lampas sa 190 araw ay pangangasiwaan sa lokal na ahensiya ng county sa kalusugan sa pag-iisip. ○ Ang 190 araw na limitasyon ay **hindi** naaangkop sa mga serbisyo sa pasyente ng kalusugan sa pag-iisip na ibinibigay sa isang psychiatric unit ng isang general hospital ● Kung kayo ay 65 taong gulang pataas, babayaran namin ang mga serbisyong natanggap sa isang Institusyon para sa mga Sakit sa Pag-iisip (IMD).	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral.*
	Pananatili bilang pasyente: Mga saklaw na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) sa hindi saklaw na pananatili bilang pasyente Hindi namin babayaran ang inyong pananatili bilang pasyente kung nagamit na ninyo ang lahat ng inyong benepisyo bilang pasyente o kung hindi makatuwiran at hindi medikal na kinakailangan ang inyong pananatili. Gayunpaman, sa ilang sitwasyong hindi saklaw ang pangangalaga bilang pasyente, maaari naming bayaran ang mga serbisyong inyong nakuha habang kayo ay nasa isang ospital o isang nursing facility. Upang matuto pa, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pananatili bilang pasyente: Mga saklaw na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) sa hindi saklaw na pananatili bilang pasyente (ipinagpatuloy) Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil pati ang ibang mga serbisyo na hindi nakalista dito: ● mga serbisyo ng doktor ● mga diyagnostikong pagsusuri, katulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo ● X-ray, radium, at isotope therapy, kasama ang mga materyales at serbisyo ng technician ● mga benda ng sugat sa operasyon ● mga splint, cast, at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon ● mga prosthetics at orthotics, bukod sa pangngipin, kasama ang pagpapalit o mga pag-aayos ng mga ganitong kagamitan. Ito ang mga device na pumapalit sa lahat o bahagi ng: ○ isang panloob na organ ng katawan (kabilang ang magkadikit na tissue), **o** ○ ang function ng isang hindi gumaganang panloob na organ ng katawan. ● mga brace sa binti, braso, likod, at leeg, mga truss, at mga artipisyal na binti, braso, at mga mata. Kasama rito ang mga pag-aayos, pagkukumpuni, at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkasira, pagkawala, o isang pagbabago sa kundisyon ninyo ● physical therapy, speech therapy, at occupational therapy	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo at supply para sa sakit sa bato Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: ● Mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato para magturo ng pangangalaga sa bato at tulungan kayong gumawa ng mabubuting desisyon tungkol sa inyong pangangalaga. Kailangan mayroon kayong stage IV na hindi gumagaling na sakit sa bato, at dapat i-refer kayo ng inyong doktor. Sinasaklaw namin ang hanggang sa anim na sesyon ng mga serbisyo ng edukasyon para sa sakit sa bato. ● Mga paggamot sa dialysis ng outpatient kabilang ang mga paggamot sa dialysis kapag pansamantalang wala sa sineserbisyuhang lugar, tulad ng ipinaliwanag sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito, o kapag ang inyong tagapagbigay ng serbisyo para sa serbisyong ito ay pansamantalang hindi magagamit o hindi naa-access. ● Mga inpatient na dialysis na paggamot kung kayo ay ipinasok bilang inpatient sa isang ospital para sa espesyal na pangangalaga ● Pagsasanay para sa pag-dialysis sa sarili, kasama ang pagsasanay para sa inyo at sinumang tumutulong sa inyo sa inyong mga dialysis na paggamot sa inyong tahanan ● Kagamitan at mga supply para sa dialysis sa bahay ● Ilang pansuportang serbisyo sa tahanan, tulad ng mga kinakailangang pagpunta ng mga sinanay na manggagawa sa dialysis para tingnan ang inyong dialysis sa tahanan, para tumulong sa mga emergency, at para tingnan ang inyong kagamitan para sa dialysis at supply ng tubig. Binabayaran ng Medicare Part B ang ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, sumangguni sa “Mga gamot sa Medicare Part B” sa chart na ito.	$0 *Maaaring kailangan ng referral*.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Screening para sa kanser sa baga sa mababang dosis na computed tomography (LDCT) Binabayaran ng aming plano ang pagsusuri sa kanser sa baga tuwing 12 na buwan kung kayo ay: ● nasa 50-77 taong gulang, **at** ● bumibisita sa doktor o sa iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo para sa paghingi ng payo at pinagtulungang pagpapasya **at** ● nakapanigarilyo nang hindi bababa sa isang pakete sa isang araw sa loob ng 20 taon nang walang senyales o sintomas ng kanser sa baga ngayon o huminto sa paninigarilyo sa loob ng nakalipas na 15 taon Pagkatapos ng unang pagsusuri, magbabayad ang aming plano para sa panibagong pagsusuri kada taon na may nakasulat na bilin mula sa inyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo. Kung pinili ng tagapagbigay ng serbisyo na magbigay ng pagpapayo sa screening para sa kanser sa baga at ibinabahaging pagdedesisyon na pagpapatingin para sa screening para sa kanser sa baga, dapat matugunan ng pagpapatingin ang mga pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagpapatingin.	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Therapy para sa medikal na nutrisyon Ang benepisyo na ito ay para sa mga taong may diabetes o sakit sa bato nang walang dialysis. Para rin ito sa pagkatapos ng transplant ng bato kapag ibinilin ng inyong doktor. Magbabayad kami para sa tatlong oras na one-on-one na mga serbisyo sa pagpapayo sa panahon ng unang taon na makakatanggap kayo ng mga serbisyo ng therapy para sa medikal na nutrisyon sa ilalim ng Medicare. Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Magbabayad kami para sa dalawang oras na one-on-one na mga serbisyo sa pagpapayo bawat taon pagkatapos nito. Kung magbabago ang inyong kundisyon, paggamot, o diagnosis, maaari kayong makakuha ng mas maraming oras ng paggamot sa pamamagitan ng order ng doktor. Dapat ireseta ng doktor ang mga serbisyong ito at dapat niyang i-renew ang order bawat taon kung kailangan ninyo ng paggamot sa susunod na taon ng kalendaryo. Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan.	$0
	Programang Pag-iwas sa Diabetes ng Medicare (MDPP) Binabayaran ng aming plano ang mga serbisyo ng MDPP para sa mga kwalipikadong indibidwal. Idinisenyo ang MDPP para tulungan kayong dagdagan ang malusog na pag-uugali. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa: ● pangmatagalang panahong pagbabago sa diyeta, **at** ● mas maraming pisikal na aktibidad, **at** ● mga paraan para patuloy na mabawasan ang timbang at magkaroon ng malusog na pamumuhay.	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga gamot sa Medicare Part B Ang mga gamot na ito ay sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B. Binabayaran ng aming plano ang mga sumusunod na gamot: ● mga gamot na hindi ninyo karaniwang ibinibigay sa inyong sarili at iniiniksyon o ini-infuse habang kayo ay nakakakuha ng mga serbisyo ng doktor, outpatient sa ospital, o sentro para sa ambulatory na operasyon ● insulin na ibinibigay gamit ang isang item ng matitibay na medikal na kagamitan (gaya ng medikal na kinakailangang insulin pump) ● iba pang gamot na iniinom ninyo gamit ang matitibay na medikal na kagamitan (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng aming plano ● ang gamot para sa Alzheimer's na Leqembi® (lecanemab ang generic na pangalan), na ibinibigay sa intravenous na paraan (IV) Bukod sa mga gastos sa gamot, maaaring kailanganin ninyo ng mga karagdagang pag-scan at pagsusuri bago at/o habang ginagamot. Kausapin ang inyong doktor tungkol sa kung anong mga 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 Medicare Part D ang mga immunosuppressive na gamot kung hindi sinasaklaw sa Bahagi B ang mga ito **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga gamot sa Medicare Part B (ipinagpatuloy) ● mga gamot para sa osteoporosis na iniiniksyon. Babayaran namin ang mga gamot na ito 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 maiiniksyon sa inyong sarili ang gamot ● 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 ● 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). 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 **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga gamot sa Medicare Part B (ipinagpatuloy) ● erythropoiesis-stimulating agents: Sinasaklaw ng Medicare ang erythropoietin sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kayong ESRD o kung kailangan ninyo ang gamot na ito para gamutin ang anemia na nauugnay sa ilang partikular na kundisyon (tulad ng Retacrit®) ● ang IV na immune globulin para sa paggamot sa tahanan ng mga sakit na nagpapahina ng resistensiya ● parenteral at enteral na nutrisyon (IV at tube feeding) Dadalhin kayo ng sumusunod na link sa isang listahan ng mga gamot sa Medicare Part B na maaaring sumailalim sa step therapy: go.wellcare.com/CAStepTherapy. Sinasaklaw din namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming Medicare Part B at ang karamihan sa mga bakuna na pang-adult sa ilalim ng aming benepisyo sa gamot sa Medicare Part D. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang aming benepisyo sa gamot. Ipinapaliwanag nito ang mga patuntunan na dapat ninyong sundin para saklawin ang mga inireresetang gamot. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang inyong binabayaran para sa inyong mga gamot sa pamamagitan ng aming plano.	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pangangalaga sa nursing facility Ang isang nursing facility (NF) ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga tao na hindi makakatanggap ng pangangalaga sa bahay ngunit hindi kinakailangang maospital. Kasama sa mga serbisyo na binabayaran namin ang, ngunit hindi limitado sa mga sumusunod: ● semi-private na kwarto (o pribadong kuwarto kung ito ay medikal na kinakailangan) ● mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta ● mga serbisyo sa pangangalaga ● physical therapy, occupational therapy, at speech therapy ● respiratory therapy ● mga gamot na ibinibigay sa inyo bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga. (Kasama rito ang mga sangkap na likas na nasa katawan, tulad ng mga sanhi ng pamumuo ng dugo.) ● dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala ● mga pangmedikal at pang-operasyon na supply na karaniwang ibinibigay ng mga nursing facility ● mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga ● mga serbisyo para sa X-ray at ibang mga serbisyo ng radiology na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga ● paggamit ng mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga ● mga serbisyo ng doktor/propesyonal **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pangangalaga sa nursing facility (ipinagpatuloy) ● matitibay na medikal na kagamitan ● mga serbisyo sa ngipin, kasama ang mga pustiso ● mga benepisyo sa paningin ● mga eksaminasyon sa pandinig ● chiropractic na pangangalaga ● mga serbisyo sa paa Karaniwan ninyong makukuha ang inyong pangangalaga mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaari ninyong makukuha ang inyong pangangalaga mula sa isang pasilidad na wala sa aming network. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tinatanggap ng mga ito ang mga halaga ng bayad ng aming plano: ● isang nursing facility o komunidad sa patuloy na pangangalaga sa pagreretiro kung saan kayo nakatira bago kayo pumunta sa ospital (basta't ito ay nagbibigay ng pangangalaga sa nursing facility). ● isang nursing facility kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa oras na umalis kayo sa ospital.	
	Screening para sa labis na katabaan at therapy para panatilihing mababa ang timbang Kung mayroon kayong body mass index na 30 o mahigit pa, magbabayad kami para sa pagpapayo para matulungan kayong magbawas ng timbang. Dapat ninyong makuha ang pagpapayo sa isang lugar ng pangunahing pangangalaga. Sa ganitong paraan, mapapamahalaan ito kasama ang inyong buong plano sa pag-iwas. Kausapin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga para malaman ang higit pa.	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo ng programa sa paggamot sa problema sa opioid (OTP) Binabayaran ng aming plano ang mga sumusunod na serbisyo sa paggamot sa problema sa paggamit ng opioid (OUD) sa pamamagitan ng OTP na kinabibilangan ng mga sumusunod na serbisyo: ● mga aktibidad pag-inom ● mga pana-panahong pagtatasa ● mga gamot na inaprubahan ng FDA at, kung naaangkop, pamamahala at pagbibigay sa inyo ng mga gamot na ito ● pagpapayo tungkol sa paggamit ng substance ● indibidwal na therapy at nakagrupong therapy ● pagsusuri para sa mga gamot o kemikal sa inyong katawan (toxicology testing)	*$0* *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral*.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga diagnostic na pagsusuri at therapeutic na serbisyo at supply para sa outpatient Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at iba pang serbisyong medikal na kinakailangan na hindi nakalista rito: ● Mga X-ray ● radiation (radium at isotope) therapy, kasama ang mga materyales at supply ng technician ● mga supply sa operasyon, gaya ng mga dressing ● mga splint, cast, at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon ● mga pagsusuri sa laboratoryo ● dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala ● mga pagsususing 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 kundisyon ● ibang mga diagnostic na pagsusuri sa outpatient	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Obserbasyon sa ospital para sa outpatient Babayaran namin ang mga serbisyo ng pag-obserba sa ospital para sa outpatient upang matukoy kung kailangan ninyong ma-admit bilang pasyente o kung maaari na kayong lumabas ng ospital. Dapat matugunan ng mga serbisyo ang mga pamantayan ng Medicare at maituring na makatuwiran 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 ng estado at ng mga regulasyon ng mga kawani ng ospital para mag-admit ng mga pasyente sa ospital o mag-bilin ng mga pagsusuri sa mga outpatient. **Tandaan:** Maliban kung magbibigay ng nakasulat na bilin ang tagapagbigay ng serbisyo na i-admit kayo sa ospital bilang pasyente, mananatili kayong outpatient. 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. Kumuha ng higit pang impormasyon mula sa Medicare fact sheet na *Medicare Hospital Benefits* na available sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0 *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga outpatient na serbisyo sa ospital Nagbabayad kami para sa mga serbisyong medikal na kinakailangan na nakukuha ninyo sa departamento ng outpatient ng isang ospital para sa pagsusuri o paggamot ng isang karamdaman o sugat, tulad ng: ● Mga serbisyo sa isang departamento ng emergency o klinika ng outpatient, gaya ng mga serbisyo sa pag-opera o mga serbisyo ng pag-obserba ● Mga laboratoryo at diyagnostikong pagsusuri na sinisingil ng ospital ● Pangangalagang pangkalusugan sa pag-iisip, kabilang ang pangangalaga sa isang programang bahagyang pagkakaospital, kung mapapatunayan ng isang doktor na mangangailangan ng paggamot bilang pasyente nang wala ito ● Mga X-ray at iba pang serbisyo sa radiology na sisingilin ng ospital ● Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast ● Ilang gamot at biological na hindi ninyo maibigay sa inyong sarili	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Outpatient na pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip Binabayaran namin ang mga serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip na ibinibigay ng: ● isang psychiatrist o doktor na lisensiyado sa estado ● isang clinical psychologist ● isang klinikal na social worker (CSW) ● isang klinikal na espesyalistang nurse (CNS) ● isang lisensyadong propesyonal na tagapayo (LPC) ● isang lisensyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (LMFT) ● isang propesyonal na nurse (NP) ● isang katulong ng doktor (PA) ● anumang ibang mga propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan sa pag-iisip na kwalipikado sa Medicare ayon sa pinahihintulutan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil pati ang ibang mga serbisyo na hindi nakalista dito: ● mga serbisyo sa klinika ● pang-umagang paggamot ● mga serbisyo ng rehab para sa isipan at pag-uugali ● mga programa ng bahagyang pagkakaospital o mga intensive na programa para sa outpatient ● pagtatasa at paggamot sa kalusugan sa pag-iisip ng indibiduwal at grupo **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Outpatient na pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip (ipinagpatuloy) ● sikolohikal na pagsusuri kapag ipinahiwatig sa klinika para suriin ang resulta ng kalusugan sa pag-iisip ● mga serbisyo sa outpatient para sa mga layunin ng pagsubaybay sa therapy sa pamamagitan ng gamot ● laboratoryo, mga gamot, supply at suplemento para sa outpatient ● psychiatric na konsultasyon	
	Mga outpatient na serbisyong rehabilitasyon Binabayaran namin ang physical therapy, occupational therapy, at speech therapy. Maaari kayong makakuha ng mga outpatient na serbisyong rehabilitasyon mula sa mga departamento ng outpatient ng ospital, hiwalay na tanggapan ng therapist, komprehensibong pasilidad para sa rehabilitasyon ng pasyenteng hindi kailangang i-confine (CORF), at iba pang pasilidad.	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral*.
	Mga outpatient na serbisyo para sa karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil pati ang ibang mga serbisyo na hindi nakalista dito: ● screening at pagpapayo sa pagkalulong sa alak ● paggamot sa pag-abuso sa droga ● pagpapayo sa grupo o indibiduwal ng isang kwalipikadong doktor ● subacute na detoxification sa isang pantahanang programa para sa pagkalulong ● mga serbisyo para sa alak at/o droga sa isang intensive na outpatient treatment center ● extended release Naltrexone (vivitrol) na paggamot	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral*.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Operasyon para sa outpatient Binabayaran namin ang operasyon para sa outpatient at mga serbisyo sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at mga sentro para sa ambulatory na operasyon. **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 magbibigay ng nakasulat na bilin ang tagapagbigay ng serbisyo na i-admit kayo sa ospital bilang pasyente, mananatili kayong outpatient. Kahit manatili kayo sa ospital nang magdamag, posibleng ituring pa rin kayong outpatient.	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral*.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Palliative na pangangalaga Sinasaklaw ng aming plano ang palliative na pangangalaga. Ang palliative na pangangalaga ay para sa mga taong may malubhang karamdaman. Nagbibigay ito ng para sa pasyente at nakatuon sa pamilya na pangangalaga na nagpapaganda sa kalidad ng buhay sa pamamagitan ng paghahanda, pag-iwas, at paggamot sa paghihirap. Ang Palliative na Pangangalaga ay **hindi** hospisyo, kaya't hindi ninyo kailangang magkaroon ng taning sa buhay na anim na buwan o mas maikli upang maging kwalipikado para sa palliative na pangangalaga. Ibinibigay ang palliative na pangangalaga kasabay ng panggamot/karaniwang pangangalaga. Kabilang sa palliative na pangangalaga ang mga sumusunod: ● maagang pagpaplano sa pangangalaga ● assessment at konsultasyon sa palliative na pangangalaga ● isang plano ng pangangalaga kabilang ang lahat ng awtorisadong palliative at panggamot na pangangalaga, kabilang ang mga panlipunang medikal na serbisyo at para sa kalusugan sa pag-iisip ● mga serbisyo mula sa inyong itinalagang grupo sa pangangalaga ● pangangasiwa ng pangangalaga ● pamamahala ng pananakit at sintomas Hindi kayo maaaring kumuha ng pangangalaga sa hospisyo at palliative na pangangalaga nang sabay kung kayo ay lampas na sa edad na 21. Kung tumatanggap kayo ng palliative na pangangalaga at natutugunan ang mga pamantayan sa pagiging kwalipikado para sa pangangalaga sa hospisyo, maaari ninyong hilinging lumipat sa pangangalaga sa hospisyo anumang oras.	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo sa bahagyang pagkakaospital at mga intensive na serbisyo sa outpatient Ang bahagyang pagkakaospital ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong paggamot sa isipan. Iniaalok ito bilang outpatient na serbisyo sa ospital o ng isang sentro ng komunidad para sa kalusugan sa 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. Matutulungan kayo nito na iwasang manatili sa ospital. 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, LMFT, o lisensyadong propesyonal na tagapayo, ngunit hindi kasingtindi ng bahagyang pagkakaospital. **Tandaan:** Dahil walang sentro sa komunidad para sa kalusugan ng pag-iisip sa aming network, sasaklawin lang namin ang bahagyang pagkakaospital bilang outpatient na serbisyo sa ospital.	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo	Ang babayaran ninyo
Mga serbisyo ng doktor o tagapagbigay ng serbisyo, kasama ang mga pagpapatingin sa doktor Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: ● medikal na kinakailangan na pangangalagang pangkalusugan o mga serbisyo sa operasyon na ibinibigay sa mga lugar tulad ng: ○ tanggapan ng doktor ○ center ng ambulatoryong operasyon ○ departamento ng outpatient ng ospital ○ anupamang lokasyon ● konsultasyon, pagtuklas ng sakit at panggagamot ng isang espesyalista ● mga pangunahing pagsusuri sa pandinig at balanse na ibinibigay ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga, kung ipinag-utos ito ng inyong doktor para malaman kung kailangan ninyo ng paggamot ● Ilang 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 pag-iisip, 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: ○ 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. **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral*.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo ng doktor o tagapagbigay ng serbisyo, kasama ang mga pagpapatingin sa doktor (ipinagpatuloy) ● 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 Teladoc para makatulong sa pagtugon sa maraming iba't ibang alalahanin/tanong sa kalusugan. Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang pangkalahatang medikal, behavioral na kalusugan, dermatology, at marami pa. ● Ang isang virtual na pagpapatingin (tinatawag ding telehealth na konsultasyon) 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. ● 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 serbisyo ng telehealth para sa mga buwanang pagpapatingin na nauugnay sa sakit sa bato na wala nang lunas (ESRD) para sa mga miyembro ng dialysis sa bahay sa isang renal dialysis center na nakabatay sa ospital o kritikal na pag-access na nakabatay sa ospital, pasilidad para sa renal dialysis, o sa bahay ● mga telehealth na serbisyo para mag-diagnose, sumuri, o gumamot ng mga sintomas ng stroke ● mga telehealth na serbisyo para sa mga miyembrong may problema sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot o kasabay na problema sa kalusugan ng pag-iisip, nasaan man kayo ● 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. **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo ng doktor o tagapagbigay ng serbisyo, kasama ang mga pagpapatingin sa doktor (ipinagpatuloy) ● mga virtual na pag-check in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) sa inyong doktor sa loob ng lima-sampung minuto **kung** ○ hindi kayo bagong pasyente **at** ○ hindi nauugnay ang pag-check in sa isang pagpapatingin sa tanggapan sa nakalipas na pitong araw **at** ○ hindi humantong ang pag-check in sa isang pagpapatingin sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na available na appointment ● Pagpapasuri sa video at/o mga larawang ipapadala ninyo sa inyong doktor at interpretasyon at follow-up ng inyong doktor sa loob ng 24 na oras **kung**: ○ hindi kayo bagong pasyente at ○ hindi nauugnay ang pagsusuri sa isang pagpapatingin sa tanggapan sa nakalipas na pitong araw **at** ○ hindi hahantong ang pagsusuri sa pagpapatingin sa klinika sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na available na appointment ● Pagkonsulta ng inyong doktor sa iba pang doktor sa pamamagitan ng telepono, Internet, o electronic na talaan ng kalusugan kung hindi kayo bagong pasyente ● Pangalawang opinyon ng isa pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network bago magpaopera	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga serbisyo sa paa Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: ● pagsusuri at medikal na paggamot o pag-oopera sa mga sugat at sakit sa paa (tulad ng hammer toe o heel spur) ● regular na pangangalaga ng paa para sa mga miyembrong may mga kundisyong nakakaapekto sa mga binti, tulad ng diabetes Kapag naubos na ang inyong mga benepisyo sa Medicare, limitado sa maximum na dalawang serbisyo sa loob ng anumang buwan sa kalendaryo maliban kung makakuha ng awtorisasyon para sa mga karagdagang serbisyo.	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral*.
	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 para sa PrEP na inaprubahan ng FDA, kabilang ang bayad para sa pag-iniksyon ng gamot, kung naaangkop. ● Hanggang sa walong 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 walong screening para sa HIV tuwing 12 buwan. ● Isang beses na screening para sa hepatitis B virus.	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga eksaminasyong pagsusuri para sa prostate cancer Para sa mga lalaking nasa edad 50 pataas, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo isang beses tuwing 12 buwan: ● isang digital na eksaminasyon sa puwit ● isang prostate specific antigen (PSA) na pagsusuri	$0
	Mga prosthetic at orthotic na device at kaugnay na supply Pinapalitan ng mga prosthetic device ang lahat o bahagi ng katawan o paggana ng katawan. Kasama sa mga ito ang ngunit hindi limitado sa: ● pagsubok, pagsukat, o pagsasanay sa paggamit ng mga prosthetic at orthotic na device ● mga colostomy bag at mga supply na may kaugnayan sa pangangalaga sa colostomy ● enteral at parenteral na nutrisyon, kasama na ang mga feeding supply kit, infusion pump, tubing at adaptor, solution, at supply para sa mga iniksyong maaaring kayo mismo ang magturok sa sarili ● mga pacemaker ● mga brace ● mga prosthetic na sapatos ● mga artipisyal na braso at binti ● mga prostheses sa suso (kasama ang isang bra para sa operasyon pagkatapos ng isang mastectomy o pag-alis ng suso) **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga prosthetic at orthotic na device at kaugnay na supply (ipinagpatuloy) ● mga prostheses para mapalitan ang lahat ng bahagi ng panlabas na bahagi ng mukha na naalis o napinsala bilang resulta ng sakit, injury, o problema sa kapanganakan ● mga cream at diaper para sa hindi makapagpigil umihi o dumumi Nagbabayad kami para sa ilang supply na nauugnay sa mga prosthetic at orthotic device. Nagbabayad din kami para ayusin o palitan ang mga prosthetic at orthotic na device. Nag-aalok kami ng ilang pagsaklaw pagkatapos ng pag-alis ng katarata o operasyon sa katarata. Sumangguni sa “Pangangalaga ng paningin” sa ibang pagkakataon sa chart na ito para sa mga detalye.	
	Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng baga Binabayaran namin ang mga programa ng pagpapagaling sa baga para sa mga miyembro na may katamtaman hanggang sa chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Dapat kayong magkaroon ng referral para sa rehabilitasyon para sa baga mula sa doktor o tagapagbigay ng serbisyo na gumagamot ng COPD.	$0 *Maaaring kailangan ng referral*.
	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 gumagamit o gumamit kayo ng mga ipinagbabawal na iniiniksyong gamot. ● Sinalinan kayo ng dugo bago ang 1992.	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Screening para sa impeksyon ng Hepatitis C virus (ipinagpatuloy) ● 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 at pagpapayo para sa mga naipapasang impeksyon sa pakikipagtalik (STI) Binabayaran namin ang mga pagsusuri para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Sinasaklaw ang mga pagsusuring ito para sa mga buntis na kababaihan at para sa ilang tao na nasa mataas panganib para sa isang STI. Ang isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga ang kailangang mag-utos ng mga pagsusuri. Sinasaklaw namin ang mga pagsusuring ito isang beses kada 12 buwan o sa mga partikular na panahon ng pagbubuntis. Binabayaran rin namin ang hanggang sa dalawang masinsinang harapang sesyon ng pagpapayo sa pag-uugali bawat taon para sa mga seksuwal na aktibong nasa hustong gulang na nasa nadagdagang panganib para sa mga STI. Ang bawat sesyon ay maaaring magtagal nang 20 hanggang 30 minuto. Binabayaran namin ang mga sesyon ng pagpapayo na ito bilang isang serbisyong pang-iwas kung ibibigay lang ng isang tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga. Ang mga sesyon na ito ay dapat nasa isang lugar ng pangunahing pangangalaga, tulad ng tanggapan ng isang doktor.	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) Para sa kahulugan ng pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, pumunta sa **Kabanata 12.** Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil pati ang ibang mga serbisyo na hindi nakalista dito: ● semi-private na kwarto, o pribadong kwarto 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 nakukuha ninyo bilang bahagi ng inyong plano sa pangangalaga, kasama ang mga sangkap na likas na nasa katawan, tulad ng mga sanhi ng pamumuo ng dugo ● dugo, kasama ang pagtatago at pamamahala ● mga medikal at pang-operang supply na ibinibigay ng mga SNF ● mga pagsusuri sa laboratoryo na ibinibigay ng mga SNF ● Mga serbisyo para sa X-ray at ibang mga serbisyo ng radiology na ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga ● mga kagamitan, tulad ng mga wheelchair, na karaniwang ibinibigay ng pasilidad ng pangangalaga ● mga serbisyo ng doktor/tagapagbigay ng serbisyo Karaniwan kayong makakakuha ng pangangalaga sa SNF mula sa mga pasilidad na nasa network. Sa ilalim ng mga partikular na kundisyon, maaari ninyong makuha ang inyong pangangalaga mula sa pasilidad na wala sa aming network. Maaari kayong kumuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga para sa pagbabayad ng aming plano: **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral*.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) (ipinagpatuloy) ● isang nursing facility o komunidad sa patuloy na pangangalaga sa pagreretiro kung saan kayo nakatira bago kayo pumunta sa ospital (basta't ito ay nagbibigay ng pangangalaga sa nursing facility) ● isang nursing facility kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa oras na umalis kayo sa ospital	
	Paghinto sa paggamit ng tabako at paninigarilyo Ang pagpapayo para huminto sa paninigarilyo at paggamit ng tabako ay sinasaklaw sa outpatient na serbisyo at pagpapaospital para sa mga taong 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 dalawang pagtatangka ng pagtigil sa paggamit bawat taon (bawat pagtatangka ay maaaring may hanggang apat na intermediate o intensive session, kaya't maaaring makakuha ng hanggang walong session bawat taon).	$0
	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. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Platform ng Suportang Social (ipinagpatuloy) 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 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. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Platform ng Suportang Social (ipinagpatuloy) Maa-access ng mga miyembro ang platform sa pamamagitan ng pag-log in sa kanilang member portal go.wellcare.com/member o sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa numero sa ibaba ng pahina. Pagkatapos ninyong magparehistro, maaari ninyong i-access nang direkta ang platform anumang oras mula sa computer, tablet, o smartphone.	
	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 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 disorder; Kanser; Mga sakit sa puso; Chronic na sakit sa pag-inom ng alak at iba pang sakit sa paggamit ng droga (SUD); Mga kundisyon sa kalusugan ng pag-iisip na chronic at nagdudulot ng kapansanan; Mga chronic na kundisyon na nakaaapekto 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 ang kakayahang **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Chronic na Karamdaman (ipinagpatuloy) gumana; Mga kundisyong nagdudulot ng kahirapan sa pang-araw-araw na gawain; Dementia; Diabetes mellitus; 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; Malubhang sakit sa dugo; at Stroke. Sumangguni sa **Kabanata 4, Seksyon C** 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. **Kung kwalipikado, puwede ninyong gamitin ang inyong allowance sa Wellcare Spendables® sa mga karagdagang benepisyong nakalista sa ibaba. Ang parehong allowance ay ginagamit para sa inyong mga serbisyo ng benepisyo ng Wellcare Spendables® na Nabibili Nang Walang Reseta (OTC).** **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. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Chronic na Karamdaman (ipinagpatuloy) ● **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 ○ 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 ● **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 **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Chronic na Karamdaman (ipinagpatuloy) 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. 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. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa Mga May Chronic na Karamdaman (ipinagpatuloy) ● **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. 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.	

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

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Transportasyon: Hindi pang-emergency na medikal na transportasyon Binibigyang-daan ng benepisyong ito ang medikal na transportasyon para sa isang serbisyong saklaw ng aming plano at Medicare. Maaaring kasama rito ang: ambulansya, litter van, o mga serbisyo ng medikal na transportasyon na wheelchair van, at pakikipag-ayos sa paratransit. Pinahihintulutan ang mga uri ng transportasyon kapag: ● Tutukuyin ng inyong medikal na tagapagbigay ng serbisyo kung hindi kayo maaaring bumiyahe sa pamamagitan ng bus, pampasaherong sasakyan, taxi, o iba pang anyo ng pampubliko o pribadong transportasyon dahil sa inyong medikal at/o pisikal na kundisyon, **at** kinakailangan ang paunang awtorisasyon at kakailanganin ninyong tawagan ang inyong plano para makapag-ayos ng masasakyan. Tumawag sa numero ng telepono na nasa likod ng inyong Member ID card upang iiskedyul ang inyong biyahe.	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon Ang benepisyong ito ay nagbibigay-daan para sa transportasyon sa mga serbisyong medikal sa pamamagitan ng pampasaherong sasakyan, taxi, o iba pang paraan ng pampubliko/pribadong transportasyon. Kinakailangan ang transportasyon para sa layunin ng pagkuha ng kinakailangang pangangalagang medikal, na saklaw ng Medi-Cal, kabilang ang pagpunta sa mga appointment sa ngipin at para kumuha ng mga gamot. Saklaw ang transportasyon para sa mga serbisyong parehong saklaw ng Medi-Cal at Medicare. Tumawag sa numero ng telepono na nasa likod ng inyong Member ID Card upang iiskedyul ang inyong biyahe.	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.* *Maaaring kailangan ng referral.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pangangalagang agarang kinakailangan Ang pangangalagang agarang kinakailangan ay pangangalaga na ibinibigay para gamutin ang: ● isang hindi emergency na nangangailangan ng agarang medikal na pangangalaga, **o** ● isang hindi inaasahang karamdaman, **o** ● isang pinsala, **o** ● isang kundisyon na nangangailangan kaagad ng pangangalaga. Kung kailangan ninyo ng pangangalagang agarang kinakailangan, dapat muna ninyong subukang kunin ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Gayunpaman, maaari kayong magpatingin sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network kung hindi kayo makakapunta sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network dahil kung isasaalang-alang ang inyong oras, lugar, o sitwasyon, imposible o hindi makatwiran na makakuha ng mga serbisyo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network (halimbawa, kapag nasa labas kayo ng sineserbisyuhang lugar ng plano at nangailangan kayo ng mga medikal na kinakailangang agarang serbisyo para sa isang hindi inaasahang kundisyon ngunit hindi isang medikal na emergency).	$0
	Pandaigdigang Pagsaklaw sa Emergency/Agarang pagsaklaw: Inilalarawan bilang agaran, pang-emerhensiya, at post-stabilization na pangangalaga na natanggap sa labas ng Estados Unidos. ● Limitado lang sa mga serbisyong mauuri bilang pang-emergency, pangangalagang agarang kinakailangan, o post-stabilization na pangangalaga kung sila ay naibigay sa Estados Unidos. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$115 copay Hindi mawe-waive ang bahagian sa gastos para sa pandaigdigang mga serbisyo sa emergency room/mga serbisyong agarang kinakailangan kung ma-confine kayo para sa inpatient na pangangalaga sa ospital.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pangangalagang agarang kinakailangan (ipinagpatuloy) ● Sinasaklaw ang mga serbisyo ng ambulansya sa mga sitwasyon kung saan ang pagpunta sa emergency room sa anupamang paraan ay maaaring maglagay sa inyong kalusugan sa panganib. ● Hindi saklaw ang mga buwis at bayarin sa ibang bansa (kabilang ang, ngunit hindi nalilimitahan sa, conversion ng currency o mga bayarin sa transaksiyon). Ang Estados Unidos ay binubuo ng 50 estado, ang District of Columbia, Puerto Rico, ang Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Islands, at American Samoa.	May taunang limitasyong nagkakahalaga ng $50,000 para sa Pandaigdigang pagsaklaw sa emergency/agarang saklaw.

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pangangalaga ng paningin Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: ● isang regular na pagsusuri sa mata taun-taon **at** ● hanggang $100 para sa mga salamin sa mata (mga frame at lens) o hanggang $100 para sa mga contact lens bawat dalawang taon Binabayaran namin ang mga serbisyo ng doktor sa outpatient para sa pagsusuri at paggamot ng mga sakit at pinsala sa mata. Halimbawa, paggamot para sa macular degeneration dahil sa edad. Para sa mga tao na nasa mataas na panganib ng glaucoma, binabayarin namin ang isang pagsusuri para sa glaucoma kada taon. Kasama sa mga taong nasa mataas na panganib ng glaucoma ang: ● mga tao na may kasaysayan ng glaucoma sa pamilya ● mga taong may diabetes ● Mga African-American na nasa edad 50 pataas ● Mga Hispanic-American na nasa edad 65 pataas Para sa mga taong may diabetes, babayaran namin ang screening para sa diabetic retinopathy isang beses kada taon. Binabayaran namin ang isang pares ng mga salamin o contact lens pagkatapos ng bawat operasyon sa katarata kapag maglalagay ang doktor ng intraocular lens sa loob ng mata. Kung mayroon kayong dalawang magkahiwalay na mga operasyon sa katarata, dapat kumuha kayo ng isang pares ng mga salamin pagkatapos ng bawat operasyon. Hindi kayo makakakuha ng dalawang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng ikalawang operasyon, kahit na hindi kayo nakakuha ng isang pares ng salamin pagkatapos ng unang operasyon. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$0 *Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon.*

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pangangalaga ng paningin (ipinagpatuloy) **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. ● 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). ● 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 **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Pangangalaga ng paningin (ipinagpatuloy) **Tandaan:** Sinasaklaw ng plano ang bayad sa pagpapasukat ng mga contact lens. Ang maximum na halaga ng pagsaklaw sa benepisyo ng plano na $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. Ang pagsaklaw sa mga karaniwang serbisyo sa paningin ay pandagdag na benepisyong ibinibigay ng plano.	
	“Welcome sa Medicare” na pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit Sinasaklaw namin ang isang beses na “Welcome sa Medicare” na pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit. Kasama sa pabisita ang: ● pagsusuri ng inyong kalusugan, ● edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga serbisyong pang-iwas sa sakit na inyong kailangan (kasama ang mga screening at iniksiyon(o mga bakuna)), **at** ● mga referral para sa ibang pangangalaga kung kailangan ninyo ito. **Tandaan:** Sinasaklaw namin ang “Welcome sa Medicare” na pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit sa panahon lang ng unang 12 buwan na mayroon kayong Medicare Part B. Kapag gumagawa kayo ng inyong appointment, sabihin sa tanggapan ng inyong doktor na gusto ninyong magpaiskedyul ng inyong “Welcome sa Medicare” na pagpapatingin para sa pag-iwas sa sakit.	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Wellcare Spendables® Makakatanggap kayo ng kabuuang **$113 kada buwan** na ipe-preload sa inyong Wellcare Spendables® card upang maipambili para sa mga OTC na item, mga serbisyo sa Ngipin, Paningin, at Pandinig, at kung kwalipikado kayo, para sa SSBCI. ● Ang inyong buwanang allowance ay **maidaragdag sa susunod na buwan kung hindi nagamit at mag-e-expire sa katapusan ng taon ng plano.** **Maaaring gamitin ang inyong allowance sa card para sa mga sumusunod:** **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, 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 posible), dapat ninyong gamitin ang mga medikal na mga benepisyo ng aming plano bago gastusin ang inyong OTC allowance para sa mga item na ito. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	$0

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Wellcare Spendables® (ipinagpatuloy) **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. **<u>Paano gamitin ang inyong card:</u>** 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/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 **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Wellcare Spendables® (ipinagpatuloy) 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 mga retailer sa pagsasauli at pagpapalit. ● Kung hindi gumagana nang maayos ang inyong card o kung sakaling may teknikal na isyu, mangyaring makipag-ugnayan sa amin sa numero sa ibaba. ● Hindi responsibilidad ng Wellcare ang mga mawawala o mananakaw na card. ● Para lang sa personal ninyong paggamit ang Wellcare Spendables®, hindi ito 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. **Ipinagpapatuloy ang benepisyo na ito sa susunod na pahina.**	

Sinasaklaw na Serbisyo		Ang babayaran ninyo
	Wellcare Spendables® (ipinagpatuloy) ● Maaaring malapat ang mga limitasyon at pagbubukod, ang mga inaprubahang item lang ang sinasaklaw. ● Hindi ito isang benepisyo ng Medicaid. **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	

E. Mga Suporta sa Komunidad

Maaari kayong makakuha ng mga suporta sa ilalim ng inyong Plano sa Pangangalaga para sa Indibidwal. Ang mga Suporta sa Komunidad ay mga medikal na naaangkop at matipid na alternatibong serbisyo o lugar para sa mga sinasaklaw sa ilalim ng Plano ng Estado ng Medi-Cal. Ang mga serbisyong ito ay opsyonal para sa mga miyembro. Kung kwalipikado kayo, ang mga serbisyong ito ay maaaring makatulong sa inyo na mamuhay nang higit na nakapag-iisa. Hindi pinapalitan ng mga ito ang mga benepisyo na nakukuha na ninyo sa ilalim ng Medi-Cal.

Kasama sa mga halimbawa ng Mga Suporta sa Komunidad na inaalok namin ang nakakatulong na medikal na pagkain at mga pagkain o mga pagkain na iniayon sa medikal, tulong para sa inyo o sa inyong tagapag-alaga, o mga shower grab bar at rampa.

Kung kailangan ninyo ng tulong o gusto ninyong malaman kung aling Mga Suporta sa Komunidad ang available para sa inyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711), o tawagan ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan.

Mga Serbisyo Para Matugunan ang Kawalan ng Tirahan at Pabahay:

Mga Suporta sa Komunidad	Ano ang maaari ninyong makuha
Mga Serbisyo sa Pangangasiwa ng Paglipat sa Pabahay	**Tulong sa pagkuha ng bahay**. Maaaring kasama rito ang tulong sa: ● Paghahanap ng lugar na matitirhan. ● Paano mag-apply para sa pabahay. ● Paggawa ng plano sa suporta sa pabahay. Available sa lahat ng county ang mga serbisyo. **Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo kung kayo ay**: ● Nakalista para sa tulong sa pabahay sa pamamagitan ng lokal na Sistema ng Koordinadong Pagpasok o katulad na sistema para sa kawalan ng tirahan. ● Nakakaranas ng kawalan ng tirahan. ● Nanganganib na mawalan ng tirahan.
Mga Serbisyo sa Pangungupahan at Pagpapanatili ng Pabahay	Tulong para **mapanatiling inyo ang bahay ninyo kapag nakalipat na kayo**. Maaaring kabilang dito ang suporta sa pagbabadyet, mga nasa oras na pagbabayad sa renta, at pag-unawa sa inyong mga karapatan at responsibilidad sa kasunduan sa lease. Available sa lahat ng county ang mga serbisyo. **Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo kung kayo ay**: ● Nakakatanggap ng Mga Serbisyo sa Transisyon/ Pangangasiwa sa Pabahay. ● Nakalista para sa tulong sa pabahay sa pamamagitan ng lokal na Sistema ng Koordinadong Pagpasok o sa sistemang katulad nito para sa kawalan ng tirahan. ● Kasalukuyang walang tahanan. ● Nanganganib na mawalan ng tirahan.

Mga Suporta sa Komunidad	Ano ang maaari ninyong makuha
Mga Deposito sa Pabahay	**Tulong sa pagkuha ng bahay**. Kabilang dito ang: ● Mga security deposit para makakuha ng lease. ● Pagsaklaw ng mga utility ng unang buwan. ● Renta ng una at huling buwan kung kinakailangan bago lumipat. Available sa lahat ng county ang mga serbisyo. **Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo kung kayo ay**: ● Nakakatanggap ng mga serbisyo sa Transisyon/ Pangangasiwa sa Pabahay. ● Nakalista para sa tulong sa pabahay sa pamamagitan ng lokal na Sistema ng Koordinadong Pagpasok o sa sistemang katulad nito para sa kawalan ng tirahan. ● Nakakaranas ng kawalan ng tirahan.

Mga Serbisyo sa Pagpapagaling:

Mga Suporta sa Komunidad	Ano ang maaari ninyong makuha
Pagpapagaling na Pangangalaga (medikal na pagpapahinga)	**Panandaliang pangangalaga sa bahay para sa mga hindi na kailangang manatili sa ospital ngunit kailangan pa ring magpagaling mula sa injury o karamdaman.** Available ang mga serbisyo sa mga piling county. **Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo kung kayo ay:** ● Nanganganib na maospital o kakalabas lang sa ospital. ● Mag-isang naninirahan nang walang pormal na suporta. ● Nanganganib na mawalan ng tirahan o may tirahan na maglalagay sa inyong kalusugan at kaligtasan sa panganib kung walang modipikasyon.

Mga Suporta sa Komunidad	Ano ang maaari ninyong makuha
Pahinga	**Panandaliang tulong na ibinibigay sa mga tagapangalaga ng mga taong nangangailangan ng pangangalaga o panandaliang suporta.** Available sa lahat ng county ang mga serbisyo. **Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo kung kayo ay:** ● Nakatira sa isang lugar na naglilimita sa inyong pang-araw-araw na aktibidad. ● Nangangailangan ng tagapangalaga para maibigay ang karamihan ng inyong suporta. ● Nangangailangan ng tulong ng tagapangalaga para hindi mailagay sa isang nursing home o lugar na katulad nito.
Mga Sobering Center	**Isang lugar kung saan kayo maaaring makakuha ng tulong sa alak o mga problema sa pag-inom sa halip na dalhin na lang sa isang departamento ng emergency o kulungan.** Available ang mga serbisyo sa mga piling county. **Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo kung kayo ay:** ● Edad 18 pataas at lasing. ● Dinala sa isang emergency department o sa kulungan. ● Ipinadala sa isang emergency department at naaangkop na manatili sa isang Sobering Center.

Mga Serbisyo para sa Pangmatagalang Well-Being sa Mga Lugar na Parang Tahanan:

Mga Suporta sa Komunidad	Ano ang maaari ninyong makuha
Pagpapagaling sa Hika	**Mga pagbabago sa isang tahanan para maalis ang mga nakasasamang bagay na nagdudulot ng hika.** Available sa lahat ng county ang mga serbisyo. **Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo kung kayo ay:** ● Nagkaroon ng hika na hindi nakontrol nang mabuti sa nakalipas na 12 buwan na ipinahihiwatig ng: ○ Pagpapatingin sa departamento ng emergency. ○ Pagkaka-admit sa isang ospital. ○ Pagpapatingin nang dalawang beses dahil sa sakit o para sa agarang pangangalaga. ● May score na 19 pababa sa test sa pagkontrol sa hika.
Habilitasyon sa Araw	**Mga programang ibinibigay para tulungan kayong matuto ng mga kasanayan na kinakailangan para mabuhay sa mga lugar na parang tahanan.** Maaaring kasama sa mga ito ang pagsasanay sa paggamit ng pampublikong transportasyon o kung paano maghanda ng mga pagkain. Available sa lahat ng county ang mga serbisyo. **Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo kung kayo ay**: ● Nakakaranas ng kawalan ng tirahan. ● May tirahan na at tumira sa bahay sa nakalipas na 24 na buwan. ● Nanganganib na mawalan ng tirahan. O, maaari pang pagandahin ang inyong lugar na parang tahanan.

Mga Suporta sa Komunidad	Ano ang maaari ninyong makuha
Pag-aangkop para sa Aksesibilidad ng Kapaligiran	**Mga pagbabago sa bahay para sa inyong kalusugan at kaligtasan**. At mga pagbabago na nagbibigay-daan sa inyong makagalaw nang malaya sa bahay. Maaaring kabilang sa mga ito ang mga rampa at grab bar. Available sa lahat ng county ang mga serbisyo. **Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo kung kayo ay**: ● Nanganganib na mailagay sa isang nursing home.
Mga Pagkain/Mga Medikal na Iniangkop na Pagkain	**Mga pagkaing inihahatid sa inyong bahay na inihanda at iniluto batay sa inyong mga pangangailangan sa kalusugan at diyeta**. Kabilang dito ang mga pagkain na kinakailangan pagkatapos niyong lumabas mula sa ospital. Available sa lahat ng county ang mga serbisyo. **Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo kung kayo ay**: ● May mga chronic na kundisyon. ● Pinalabas mula sa ospital o dalubhasang nursing home. ● May malaking posibilidad na ma-admit sa ospital o mailagay sa nursing home. ● May malaking pangangailangan sa pamamahala sa pangangalaga. ● Sinusuri ng rehistradong dietitian o lisensyadong propesyonal sa nutrisyon.

Kung kailangan ninyo ng tulong o gusto ninyong malaman kung aling Mga Suporta sa Komunidad ang available para sa inyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711), o tawagan ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan.

F. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano

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

F1. Mga Transisyon sa Komunidad ng California (CCT)

Ang programa ng Paglipat sa Komunidad ng California (CCT) ay gumagamit ng mga lokal na Pangunahing Organisasyon para tulungan ang mga kwalipikadong benepisyaryo ng Medi-Cal, na nanirahan sa isang pasilidad ng bilang pasyente nang hindi bababa sa 60 magkakasunod na araw, na lumipat pabalik, at nananatiling ligtas sa, isang setting ng komunidad. Pinopondohan ng programang CCT ang mga serbisyo sa pangangasiwa sa paglipat sa panahon ng pre-transition at sa loob ng 365 araw pagkatapos ng paglipat para tulungan ang mga benepisyaryo sa paglipat pabalik sa komunidad.

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

Para sa mga serbisyo ng pangangasiwa sa paglipat ng CCT

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

Para sa mga serbisyong hindi nauugnay sa inyong paglipat ng CCT

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

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

Walang pagbabago sa benepisyo sa saklaw ng gamot

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

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

F2. Medi-Cal Dental

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

Mayroong higit pang impormasyon sa website na SmileCalifornia.org. Kabilang sa Medi-Cal Dental ang, ngunit hindi limitado sa, mga serbisyo tulad ng:

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

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga dental na benepisyong available sa Medi-Cal Dental, o kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng dentista na tumatanggap ng Medi-Cal, tumawag sa linya ng serbisyo sa kostumer sa 1-800-322-6384 (para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Matutulungan kayo ng mga kinatawan ng Medi-Cal Dental mula 8 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari rin ninyong bisitahin ang website sa smilecalifornia.org/ para sa higit pang impormasyon.

Sa mga county ng Sacramento at Los Angeles, maaari ninyong makuha ang mga dental na benepisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng planong Dental Managed Care (Dental MCP). Kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga dental na plano ng Medi-Cal o kung gusto ninyong magsagawa ng mga pagbabago, makipag-ugnayan sa Mga Opsyon sa Pangangalagang Pangkalusugan sa 1-800-430-4263 (para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m. Libre ang tawag. Available din ang mga impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng DMC dito: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

www.hpsm.org/dental

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

F3. Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Tahanan (IHSS)

- Tutulong ang Programang IHSS sa mga nakatalang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalaga na bayaran ang mga serbisyong ibinibigay sa inyo para ligtas kayong makapanatili sa sarili ninyong tahanan. Itinuturing na alternatibo ang IHSS sa out-of-home na pangangalaga, gaya ng mga nursing home o mga board and care facility.

- Upang makatanggap ng mga serbisyo, isinasagawa ang isang pagtatasa upang matukoy kung aling uri ng mga serbisyo ang maaaring awtorisado para sa bawat kalahok batay sa kanilang mga pangangailangan. Ang mga uri ng mga serbisyong maaaring awtorisahan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga (gaya ng tulong sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, paglilinis ng katawan, at mga paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal na appointment, at pagbabantay bilang proteksyon para sa mga may problema sa pag-iisip.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator sa pangangalaga na makapag-apply para sa IHSS sa ahensya ng panlipunang serbisyo ng inyong county. Para sa impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng serbisyong panlipunan sa county, sumangguni sa **Kabanata 2**.

F4. Mga Programa ng Waiver sa 1915(c) Mga Serbisyo sa Bahay at Komunidad (HCBS)

Waiver sa Assisted Living (ALW)

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

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

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

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

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

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

- Ang mga miyembrong nakatala sa HCBA Waiver ay maaaring manatiling nakatala sa HCBA Waiver habang nakakatanggap din ng mga benepisyo na ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong ahensya ng waiver sa HCBA para ikoordina ang mga serbisyong natatanggap ninyo.

- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na makapag-apply para sa HCBA. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang https://libertana.com/services/hcba-waiver/

Programa ng Waiver sa Medi-Cal (MCWP)

- Nagbibigay ang Programa ng Waiver sa Medi-Cal (MCWP) ng komprehensibong pamamahala ng kaso at mga direktang serbisyo sa pangangalaga para sa mga taong may HIV bilang alternatibo sa pangangalaga sa nursing facility o pagpapaospital. Nakasentro sa kasali ang pamamahala sa kaso, at isasagawa ito ng isang team na binubuo ng isang rehistradong nurse at social work case manager. Nakikipagtulungan ang mga tagapamahala ng kaso sa kasali at (mga) tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga, kapamilya, (mga) tagapangalaga, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo, para suriin ang mga pangangailangan sa pangangalaga para mapanatili sa bahay at sa komunidad ang kasali.

- Layunin ng MCWP na: (1) magbigay ng mga serbisyo sa bahay at komunidad para sa mga taong may HIV na posibleng nangangailangan ng mga serbisyo sa institusyon; (2) tulungan ang mga kasali sa pamamagitan ng pamamahala sa kalusugan ng taong may HIV; (3) padaliin ang access sa suportang panlipunan at suporta sa kalusugan ng pag-uugali, at (4) ikoordina ang mga tagapagbigay ng serbisyo at maiwasan ang pagdodoble ng mga serbisyo.

- Ang mga miyembrong nakatala sa MCWP Waiver ay maaaring manatiling nakatala sa MCWP Waiver habang nakakatanggap din ng mga benepisyo na ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong ahensya ng waiver sa MCWP para ikoordina ang mga serbisyong natatanggap ninyo.

- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na makapag-apply para sa MCWP. Para sa higit pang impormasyon, mangyaring bisitahin ang https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx.

Programa ng Maraming Serbisyo para sa Senior (MSSP)

- Nagbibigay ang Programa ng Maraming Serbisyo para sa Senior (MSSP) ng mga serbisyo sa pamamahala sa pangangalagang panlipunan at pangkalusugan para tulungan ang mga indibidwal na makapanatili sa kanilang mga bahay at komunidad.

- Bagama’t karamihan sa mga kalahok sa programa ay nakakatanggap din ng Mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Bahay, nagbibigay ang MSSP ng tuloy-tuloy na pangangasiwa sa pangangalaga, iniuugnay nito ang mga kalahok sa iba pang kinakailangang serbisyo at mapagkukunan sa komunidad, nakikipag-ugnayan sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, at binibili nito ang ilang kinakailangang serbisyong hindi available para maiwasan o maantala ang pagpasok sa institusyon. Ang kabuuang pinagsama-samang gastos sa pamamahala sa pangangalaga at iba pang serbisyo sa buong taon ay mas mababa

dapat sa gastos kung ang pangangalaga ay magmumula sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga.

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

  Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan ng Ahensya

  - Los Angeles County:
    - Human Services Association; Telepono: 1-626-358-1185 (TTY-711)
    - Huntington Hospital; Telepono: 1-626-397-3110 (TTY-711)

- Jewish Family Services of LA; Telepono: 1-310-247-0864 (TTY-711)
- Partners in Care; Telepono: 1-818-837-3775 (TTY-711)
- Scan Independence at Home; Telepono: 1-866-421-1964 (TTY-711)

F5. Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-iisip at Karamdaman sa Paggamit ng Ipinagbabawal na Gamot)

Mayroon kayong access sa mga medikal na kinakailangang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng Medicare at ng Medi-Cal managed care. Hindi nagbibigay ang aming plano ng mga espesyal na serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan sa pag-iisip o mga serbisyo sa county para sa Karamdaman sa Paggamit ng Ipinagbabawal na Gamot, ngunit available ang mga serbisyong ito sa inyo sa pamamagitan ng ahensya sa kalusugan ng pag-uugali ng inyong county.

Ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip ng Medi-Cal ay magagamit ninyo sa pamamagitan ng planong pangkalusugan sa pag-iisip ng county (MHP) kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan para ma-access ang mga espesyal na serbisyo sa kalusugan ng isip. Kabilang sa mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip ng Medi-Cal na ibinibigay ng MHP ng inyong county ang:

- mga serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip
- mga serbisyo sa suporta sa gamot
- mga serbisyo sa pang-umagang intensive na paggamot
- pang-umagang rehabilitasyon
- mga serbisyo sa interbensyon sa krisis
- mga serbisyo sa istabilisasyon sa krisis
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot sa nasa hustong gulang
- mga pantahanang serbisyo ng paggamot sa krisis
- mga serbisyo ng pasilidad sa kalusugan ng may karamdamang pangkaisipan
- mga serbisyo bilang pasyente sa mga psychiatric na ospital
- pamamahala sa partikular na kaso

- mga serbisyo sa peer support
- mga mobile na serbisyo sa interbensyon sa krisis sa komunidad
- mga serbisyo sa therapy para sa pag-uugali
- therapeutic na foster care
- koordinasyon ng intensive na pangangalaga
- mga intensive na serbisyo sa bahay
- pagbabalik sa lipunan ng mga napailalim na dati sa hustisya
- assertive na paggamot sa komunidad (ACT)
- forensic assertive na paggamot sa komunidad (FACT)
- pinangangasiwaang espesyal na pangangalaga (CSC) para sa unang yugto ng psychosis (FEP)
- mga serbisyo sa clubhouse
- pinalawak na serbisyo ng mga tagapaglingkod sa kalusugan ng komunidad (CHW)

Available sa inyo ang mga serbisyo Gamot ng Medi-Cal (DMC) sa pamamagitan ng ahensya sa kalusugan ng pag-uugali ng inyong county kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan upang matanggap ang mga serbsiyong ito.

- mga serbisyo sa intensive na paggamot sa outpatient
- pantahanang paggamot sa perinatal na karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot
- mga serbisyo sa paggamot sa outpatient
- mga programa sa paggamot sa narkotiko
- mga gamot para sa paggamot sa pagkalulong (tinatawag ding Paggamot na Tinulungan ng Gamot)
- mga serbisyo sa peer support
- mga mobile na serbisyo sa interbensyon sa krisis sa komunidad
- maagang serbisyo ng interbensyon (para sa mga miyembrong wala pang 21)

- maagang periodic screening, diagnosis, at paggamot (para sa mga miyembrong wala pang 21)

Kabilang sa Mga Serbisyo ng Organisadong Sistema ng Paghahatid ng Gamot ng Medi-Cal (DMC-ODS) ang:

- mga serbisyo sa paggamot sa outpatient
- mga serbisyo sa intensive na paggamot sa outpatient
- mga serbisyo sa bahagyang pagkakaospital
- mga gamot para sa paggamot sa pagkalulong (tinatawag ding Paggamot na Tinulungan ng Gamot)
- mga pantahanang serbisyo sa paggamot
- mga serbisyo ng pamamahala sa withdrawal
- mga programa sa paggamot sa narkotiko
- mga serbisyo sa pagpapagaling
- pangangasiwa ng pangangalaga
- mga serbisyo sa peer support
- mga mobile na serbisyo sa interbensyon sa krisis sa komunidad
- mga serbisyo sa contingency management
- maagang serbisyo ng interbensyon (para sa mga miyembrong wala pang 21)
- maagang periodic screening, diagnosis, at paggamot (para sa mga miyembrong wala pang 21)
- mga serbisyo sa paggamot sa pasyenteng nasa ospital

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

Mayroon kayong access sa medikal na kinakailangang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medicare at pinangangasiwaan sa pamamagitan ng mga serbisyo ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa Kalusugan ng Pag-uugali. Tingnan ang **Kabanata 3** para sa impormasyon tungkol sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na available sa pamamagitan ng aming plano, kabilang ang prosesong ginagamit para matukoy ang medikal na pangangailangan at referral sa pagitan ng aming plano at ng MHP ng inyong county. Kung mayroon kayong problema o reklamo tungkol sa isang serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, sumangguni sa **Kabanata 9**, para sa impormasyon tungkol sa paghahain ng mga reklamo.

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

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

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

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

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

- mga serbisyong itinuturing na hindi “makatwiran at medikal na kinakailangan,” ayon sa mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal, maliban kung nakalista ang mga ito bilang mga saklaw na serbisyo

- mga pang-eksperimentong medikal at surgical na paggamot, mga item, at gamot, maliban kung sinasaklaw ang mga ito ng Medicare, isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, o ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral. Ang mga sinusubukan pa lang na paggamot at mga item ay ang mga hindi pangkalahatang tinatanggap ng medikal na komunidad.

- paggamot sa labis na katabaan sa pamamagitan ng operasyon, maliban kapag ito ay medikal na kinakailangan at Medicare ang magbabayad para rito
- isang pribadong kuwarto sa isang ospital, maliban kapag ito ay medikal na kinakailangan
- mga pribadong naka-duty na nurse
- mga personal na bagay sa inyong kuwarto sa isang ospital o isang nursing facility, tulad ng telepono o telebisyon
- buong panahon na pangangalaga ng nurse sa inyong tahanan
- mga bayarin na sinisingil ng inyong mga malapit na kamag-anak o mga miyembro ng inyong sambahayan
- mga pagkaing inihahatid sa inyong bahay
- mga pinili o boluntaryong procedure o serbisyo sa pagpapabuti (kasama ang pagbabawas ng timbang, pagpapatubo ng buhok, seksuwal na kakayahan, kakayahan bilang atleta, layuning kosmetiko, pagpapabata, at kakayahan ng pag-iisip), maliban kapag medikal na kinakailangan
- operasyon na pangkosmetiko o ibang gawa ng kosmetiko, maliban kung ito ay kinakailangan dahil sa injury ng aksidente o para pagandahin ang isang bahagi ng katawan na hindi tama ang hugis. Gayunpaman, babayaran namin ang muling pagbuo ng isang suso pagkatapos ng isang mastectomy at para sa paggamot ng isa pang suso para maging pantay ang mga ito
- chiropractic na pangangalaga, maliban sa manu-manong manipulasyon sa gulugod na alinsunod sa mga gabay sa pagsaklaw
- regular na pangangalaga ng paa, maliban sa nakasaad sa mga Serbisyo sa paa sa Chart ng mga Benepisyo sa **Seksyon D**
- mga orthopedic na sapatos, maliban kung ang mga sapatos ay bahagi ng isang brace ng binti at kasama sa gastos ng brace, o ang mga sapatos ay para sa isang tao na may sakit sa paa na nauugnay sa diabetes
- mga kagamitang pansuporta para sa mga paa, maliban para sa mga orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may sakit sa paa na nauugnay sa diabetes
- mga radial keratotomy, LASIK na operasyon, at iba pang tulong sa malabong paningin
- reversal ng mga sterilization procedure

- mga serbisyo para sa naturopath (ang paggamit ng mga natural o alternatibong paggamot)
- mga serbisyong ibinibigay sa mga beterano sa mga pasilidad ng Veterans Affairs (VA). Gayunpaman, kapag ang isang beterano ay nakakakuha ng mga serbisyo para sa emergency sa isang ospital ng VA at ang bahagi ng VA sa gastos ay mas mahigit sa bahagian sa gastos sa ilalim ng aming plano, babayaran namin ang beterano para sa diperensiya. Kayo pa rin mananagot sa halaga ng inyong bahagian sa gastos.

Kabanata 5: Pagkuha ng inyong mga gamot bilang outpatient

Panimula

Ipinapaliwanag sa kabanatang ito ang mga panuntunan para sa pagkuha ng inyong mga gamot bilang outpatient. Ito ang mga gamot na inorder ng inyong tagapagbigay ng serbisyo para sa inyo na makukuha ninyo mula sa isang parmasya o sa pamamagitan ng mail-order. Kasama sa mga ito ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D at Medi-Cal. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang binabayaran ninyo para sa mga gamot na ito. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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

- **Mga gamot na saklaw ng Medicare Part A.** Karaniwang kinabibilangan ng mga gamot na ibinibigay sa inyo habang kayo ay nasa ospital o nursing facility.
- **Mga gamot na saklaw ng Medicare Part B.** Kinabibilangan ng mga ito ang ilang gamot para sa chemotherapy, ilang gamot na iniiniksyon na ibinibigay sa inyo sa panahon ng isang pagpapatingin sa doktor o ibang tagapagbigay ng serbisyo, at mga gamot na ibinibigay sa inyo sa isang klinika para sa dialysis. Upang matuto pa tungkol sa kung anong mga gamot sa Medicare Part B ang sinasaklaw, sumangguni sa Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Bukod pa sa mga saklaw ng plano sa Medicare Part D at mga medikal na mga benepisyo, posibleng saklawin ng Original Medicare ang inyong mga gamot kung nasa isa kayong hospisyo ng Medicare. Para sa higit pang impormasyon, mangyaring sumangguni sa **Kabanata 5**, **Seksyon F3** "Kung kayo ay nasa isang programang hospisyong sertipikado ng Medicare."

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

Karaniwan naming sinasaklaw ang inyong mga gamot hangga't sinusunod ninyo ang mga panuntunan sa seksyong ito.

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

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

Sa karaniwan, kailangan ninyong gumamit ng parmasyang nasa network upang maibigay sa inyo ang gamot na nasa inyong reseta. (Sumangguni sa **Seksyon A1** para sa higit pang impormasyon). O maaari ninyong kunin ang inyong inireresetang gamot sa pamamagitan ng mail-order na serbisyo ng plano.

Ang inyong inireresetang gamot ay dapat nasa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* ng aming plano. Sa madaling salita, tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot*". (Sumangguni sa **Seksyon B** ng kabanatang ito.)

- Kung wala ito sa *Listahan ng Gamot*, maaari namin itong saklawin sa pamamagitan ng pagbibigay sa inyo ng eksepsiyon.
- Sumangguni sa **Kabanata 9** upang malaman ang tungkol sa paghiling ng isang eksepsiyon.
- Tandaan din na ang kahilingan para saklawin ang inyong inireresetang gamot ay susuriin sa ilalim ng parehong mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal.

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

Ang inyong gamot ay maaaring mangailangan ng pag-apruba mula sa aming plano batay sa mga partikular na pamantayan bago namin ito saklawin. (Sumangguni sa **Seksyon C** sa kabanatang ito).

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Pagpuno ng inyong mga inireresetang gamot 192

A1. Pagpuno ng inyong gamot sa isang parmasyang nasa network 192

A2. Paggamit ng inyong ID Card ng Miyembro kapag kumuha kayo ng inireresetang gamot 192

A3. Ano ang gagawin kung papalitan ninyo ang inyong parmasyang nasa network 193
A4. Ano ang dapat gawin kung aalis sa network ang parmasya ninyo 193
A5. Paggamit ng may specialized na parmasya 193
A6. Paggamit ng mga serbisyo ng mail-order para kunin ang inyong mga gamot 194
A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot 196
A8. Paggamit ng parmasyang wala sa network ng aming plano 197
A9. Pagbabayad sa inyo para sa isang reseta 199
B. *Listahan ng Gamot* ng aming plano 199
B1. Mga Gamot sa aming *Listahan ng Gamot* 200
B2. Paano maghanap ng gamot sa aming *Listahan ng Gamot* 200
B3. Mga gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* 201
B4. *Listahan ng Gamot* sa mga tier ng bahagian sa gastos 202
C. Mga limitasyon sa ilang gamot 203
D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi masaklaw ang inyong gamot 205
D1. Pagkuha ng pansamantalang supply 206
D2. Paghingi ng pansamantalang supply 207
E. Mga pagbabago sa pagsaklaw para sa inyong mga gamot 208
F. Pagsaklaw sa gamot sa mga espesyal na kaso 211
F1. Sa isang ospital o isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa isang pananatili na saklaw ng aming plano 211
F2. Sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga 211
F3. Sa isang programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare 211
G. Mga programa sa kaligtasan at pamamahala ng mga gamot 212
G1. Mga programa na makakatulong sa inyong gamitin ang mga gamot nang ligtas 212
G2. Mga programang tutulong sa inyo na pamahalaan ang inyong mga gamot 212
G3. Programa ng pamamahala sa gamot (DMP) para matulungan ang mga miyembro na ligtas na gamitin ang mga opioid na gamot 214

A. Pagpuno ng inyong mga inireresetang gamot

A1. Pagpuno ng inyong gamot sa isang parmasyang nasa network

Sa karamihan ng mga kaso, nagbabayad lang kami para sa mga reseta kapag kinuha sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network. Ang isang parmasyang nasa network ay isang botika na sumang-ayong magbigay ng mga inireresetang gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Maaari ninyong gamitin ang alinman sa aming mga parmasyang nasa network. (Sumangguni sa **Seksyon A8** para sa impormasyon tungkol sa kung kailan namin sasaklawin ang mga inireresetang kinuha sa mga parmasyang wala sa network.)

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

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

Upang kunin ang inyong inireresetang gamot, **ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro** sa inyong parmasyang nasa network. Sisingilin kami ng parmasyang nasa network para sa aming bahagi ng gastos ng inyong saklaw na gamot. Kailangan ninyong bayaran ang parmasya ng copay kapag kinuha ninyo ang inyong inireresetang gamot.

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

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

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

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

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

Kung magpapalit kayo ng parmasya at kailangan ninyong kumuha ng refill ng inireresetang gamot, maaari ninyong hilingin na magsulat ang isang tagapagbigay ng serbisyo ng bagong reseta *o* hilingin sa inyong parmasya na ilipat ang reseta sa bagong parmasya kung mayroon pang natitirang refill.

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

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

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

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

A5. Paggamit ng may specialized na parmasya

Kung minsan, dapat kunin ang mga 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 nagsu-supply ng mga gamot para sa mga residente ng isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng isang nursing facility.
    - Karaniwan, ang mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay mayroong mga sariling parmasya. Kung isa kayong residente ng isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tinitiyak namin na makukuha ninyo ang mga gamot na inyong kailangan sa parmasya ng pasilidad.
    - Kung ang parmasya ng inyong pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga ay wala sa aming network o nahihirapan kayong kumuha ng inyong mga gamot sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- Mga Parmasyang Indian na Tagapagbigay ng Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (IHCP). Ang mga Miyembro na American Indian at Katutubo ng Alaska ay may access sa mga parmasyang Indian na Tagapagbigay ng Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (IHCP) hangga't mayroon silang nakatalang retail na parmasya. Kung kayo ay hindi American Indian o Katutubo ng Alaska, maaari pa

rin kayong makatanggap ng mga serbisyo mula sa isang retail na parmasya sa isang IHCP kung kayo ay nakatalaga sa klinika o para sa isang emergency.

- 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 kung paano gamitin ang mga ito. (Tandaan: Madalang mangyari ang sitwasyong ito.)
- Upang maghanap ng specialized na parmasya, sumangguni sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, bisitahin ang aming website, o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

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

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

Pagpuno ng mga reseta sa pamamagitan ng mail

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.

Karaniwang dumarating ang isang mail-order na reseta sa loob ng 14 na 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 ng mga iniresetang gamot sa isang kalahok na retail na parmasya kapag naantala ang inyong mail-order na reseta, ipatawag sa inyong retail na parmasya ang 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.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

Mga proseso ng mail-order

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

1. Mga bagong resetang matatanggap ng parmasya mula sa inyo

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

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

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

- Gumamit kayo ng mga serbisyo sa mail-order sa aming plano sa nakaraan, **o**
- Nag-sign up kayo para sa awtomatikong paghahatid ng lahat ng bagong reseta na makukuha ninyo nang direkta mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Maaari ninyong hilingin ang awtomatikong pagpapadala ng lahat ng bagong reseta ngayon o 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 kayo tinawag upang alamin kung gusto ninyo ito bago ipadala, maaaring maging kwalipikado kayong makakuha ng refund.

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

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

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

Upang mag-opt out sa mga awtomatikong pagpapadala ng mga bagong reseta na direkta ninyong natatanggap 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.

3. Mga refill sa mga reseta 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 hindi gamitin ang aming programa ng awtomatikong pagkuha, makipag-ugnayan sa inyong parmasya 21 araw bago maubos ang inyong kasalukuyang reseta para matiyak na ang inyong susunod na order ay maipapadala sa inyo sa tamang oras.

Upang mag-opt out sa aming programa na awtomatikong naghahanda ng mga refill para sa mail-order, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng mail-order sa 1-833-750-0201 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. O, mag-log in sa express-scripts.com/rx.

Ipaalam sa parmasya ang mga pinakamahusay na paraan para makipag-ugnayan sa inyo para kayo ay kanilang maabot para kumpirmahin ang inyong order bago ipadala. Dapat ninyong i-verify ang inyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa tuwing mag-o-order kayo, kapag nagpatala kayo para sa programa ng awtomatikong pag-refill, o kung nabago ang inyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

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

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

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

A8. Paggamit ng parmasyang wala sa network ng aming plano

Karaniwan, binabayaran lang namin ang mga gamot na kinuha sa isang parmasyang wala sa network kapag hindi ninyo maaaring magamit ang isang parmasyang nasa network. Mayroon kaming mga parmasyang nasa network na nasa labas ng aming sineserbisyuhang lugar kung saan maaari ninyong kunin ang inyong mga reseta bilang miyembro ng aming plano. Sa mga ganitong pagkakataon, magtanong muna sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para malaman kung mayroong malapit na parmasyang nasa network.

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

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 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** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- 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 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** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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. Upang malaman kung paano magsumite ng reimbursement claim, mangyaring sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

A9. Pagbabayad sa inyo para sa isang reseta

Kung dapat kayong gumamit ng isang parmasyang wala sa network, karaniwang kailangan ninyong bayaran ang buong halaga sa halip na copay kapag kinuha ninyo ang inyong inireresetang gamot. Maaari ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo para sa aming bahagi sa halaga. 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.

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

Upang malaman ang higit pa tungkol dito, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. *Listahan ng Gamot* ng aming plano

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

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

Karaniwan naming sinasaklaw ang isang gamot sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano kapag sinusunod ninyo ang mga panuntunang ipinaliliwanag namin sa kabanatang ito.

B1. Mga Gamot sa aming *Listahan ng Gamot*

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

Karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay sinasaklaw ng aming plano. Ang ibang mga gamot, gaya ng ilang gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari rin kayong tumawag sa Sentro ng Serbisyo sa Kostumer ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Mangyaring dalhin ang inyong Identification Card ng Benepisyaryo sa Medi-Cal (BIC) kapag kinukuha ang inyong mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

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

Ang isang branded na gamot ay isang 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.

Pareho lang ang mga aktibong sangkap ng mga generic na gamot at mga 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 kasing bisa ng mga branded na gamot 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.

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

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

Upang malaman kung ang isang gamot na ginagamit ninyo ay nasa aming *Listahan ng Gamot*, maaari ninyong:

- Bisitahin ang website ng aming plano sa go.wellcare.com/HealthNetCA. Ang *Listahan ng Gamot* sa aming website ay palaging ang pinakabago.

- Tawagan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga o ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para malaman kung ang isang gamot ay nasa aming *Listahan ng Gamot* o para humiling ng isang kopya ng listahan.
- Ang mga gamot na hindi saklaw sa Bahagi D ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon.
- Gamitin ang aming "Tool para sa Real Time na Benepisyo" sa go.wellcare.com/HealthNetCA upang maghanap ng mga gamot sa *Listahan ng Gamot* upang makakuha ng tantiya kung magkano ang babayaran ninyo at kung mays mga alternatibong gamot sa *Listahan ng Gamot* na maaaring gamutin ang parehong kundisyon. Maaari rin ninyong tawagan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga o ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

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

Hindi namin sinasaklaw ang lahat ng gamot.

- Ang ilang gamot ay wala sa aming *Listahan ng Gamot* dahil hindi kami pinahihintulutan ng batas na saklawin ang mga gamot na iyon.
- Sa ibang mga kaso, napagpasyahan naming huwag isama ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.
- Sa ilang kaso, maaari kayong makakuha ng gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 9**.

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

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

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

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

3. Ang paggamit ng gamot ay dapat aprubado ng FDA o suportado ng ilang partikular na medikal na sanggunian bilang lunas sa inyong kondisyon. Ang inyong doktor o ang iba pang tagapagbigay ng serbisyo ay maaaring magreseta ng isang partikular na gamot para gamutin ang inyong kundisyon, kahit na hindi ito inaprubahan para gamutin ang kundisyon. Tinatawag itong “paggamit na wala sa label.” Karaniwang hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga gamot na inireseta para sa paggamit na wala sa label.

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

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

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

B4. *Listahan ng Gamot* sa mga tier ng bahagian sa gastos

Ang bawat gamot na nasa aming *Listahan ng Gamot* ay nasa isa sa anim na tier. Ang tier ay isang pangkat ng mga gamot na karaniwang may iisang uri (halimbawa, mga branded, generic, o OTC na gamot). Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang 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.

- 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.
- Kabilang 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.

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

Isinasaad sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang halagang babayaran ninyo para sa mga gamot sa bawat tier.

C. Mga limitasyon sa ilang gamot

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

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, at maaaring magkakaibang paghihigpit ang ilapat sa iba't ibang bersyon ng gamot (halimbawa, 10 mg kumpara sa 100 mg; isa bawat araw kumpara sa dalawa bawat araw; tableta kumpara sa liquid.)

Kung may espesyal na panuntunan para sa inyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na kayo o ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ay dapat gumawa ng mga karagdagang hakbang para saklawin namin ang gamot. Halimbawa, kailangan sabihin sa amin ng tagapagbigay ng serbisyo ang inyong pagsusuri o magbigay muna ng mga resulta ng mga pagsusuri sa dugo. Kung sa palagay ninyo o ng inyong tagapagbigay ng serbisyo na hindi naaangkop ang aming panuntunan sa inyong sitwasyon, hilingin sa amin na gamitin ang proseso ng desisyon sa pagsaklaw upang humiling ng eksepsiyon. Maaari kaming sumang-ayon o hindi sumang-ayon na pahintulutan kayong gumamit ng gamot nang walang ginagawang mga karagdagang hakbang.

Upang matuto pa tungkol sa paghiling ng mga eksepsiyon, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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

   Karaniwan, ang isang generic na gamot o interchangeable na biosimilar ay kasing bisa ng mga branded na gamot o orihinal na biological na produkto at karaniwang mas mura ang halaga. Sa karamihan ng mga kaso, kung may generic o interchangeable na biosimilar na bersyon ng isang branded na gamot o orihinal na biological na produkto, ang generic o interchangeable na biosimilar na bersyon ang ibinibigay sa inyo ng aming mga parmasyang nasa network.

   - Karaniwan ay hindi kami nagbabayad para sa branded na gamot o orihinal na biological na produkto kapag may available na generic na bersyon.
   - Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ang medikal na dahilan kung bakit hindi magiging mabisa para sa inyo ang generic na gamot o interchangeable na biosimilar ***o*** naglagay ng “Bawal ang substitution” sa inyong reseta para sa branded na gamot o orihinal na biological na produkto ***o*** sinabi sa amin ang medikal na dahilan kung bakit hindi magiging mabisa para sa inyo ang generic na gamot, interchangeable na biosimilar, o iba pang mga saklaw na gamot na panlunas sa parehong kundisyon, sasaklawin namin ang branded na gamot.
   - Maaaring mas malaki ang inyong copay para sa branded na gamot o orihinal na biological na produkto kaysa sa generic na gamot o interchangeable na biosimilar.

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

   Para sa ilang mga gamot, kayo o ang inyong tagapagreseta ay dapat kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano bago ninyo punuin ang inyong reseta. 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 kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang gamot. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina o sa aming website sa go.wellcare.com/enhanced-select-pa para sa higit pang impormasyon tungkol sa paunang awtorisasyon.

3. **Pagsubok muna ng ibang gamot**

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

Kung **hindi** magiging mabisa para sa inyo ang Gamot A, sasaklawin namin ang Gamot B. Tinatawag itong step therapy. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina o sa aming website sa go.wellcare.com/enhanced-select-st para sa higit pang impormasyon tungkol sa step therapy.

4. Mga limitasyon sa dami

Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang dami ng gamot na maaari ninyong makuha. Tinatawag itong limitasyon sa dami. Halimbawa, kung karaniwang itinuturing na ligtas ang pag-inom ng isang pill lang bawat araw para sa isang partikular na gamot, maaari naming limitahan ang dami ng gamot na makukuha ninyo sa bawat pagkuha ninyo ng reseta.

Upang malaman kung ang alinman sa panuntunang nasa itaas ay naaangkop sa isang gamot na ginagamit ninyo o gusto ninyong inumin, tingnan ang aming *Listahan ng Gamot*. Para sa pinakabagong impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o tingnan ang aming website sa go.wellcare.com/druglist-6. Kung tutol kayo sa aming desisyon sa pagsaklaw batay sa alinman sa mga dahilan sa itaas, dapat kayong humiling ng apela. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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

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

- Hindi sinasaklaw ng inyong plano ang gamot na gusto ninyong inumin. Maaaring wala ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*. Maaari naming saklawin ang isang generic na bersyon ng gamot ngunit hindi ang bersyon ng branded na gamot na gusto ninyong inumin. Maaaring bago ang isang gamot, at hindi pa namin ito nasusuri para sa kaligtasan at pagiging epektibo.

- Sinasaklaw ng aming plano ang gamot, ngunit may mga espesyal na tuntunin o limitasyon sa pagsaklaw. Gaya ng ipinaliwanag sa seksyon sa itaas, **Seksyon C** ng kabanatang ito, ang ilang gamot na saklaw ng aming plano ay may mga panuntunan na naglilimita sa paggamit sa mga ito. Sa ilang kaso, kayo o ang inyong tagapagreseta ay maaaring humiling sa amin ng isang eksepsiyon.

- Sinasaklaw ang gamot, ngunit nasa tier ito ng bahagian sa gastos na mas nagpapamahal sa inyong gastos kumpara sa palagay ninyong halaga nito.

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

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply

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

Upang makakuha ng isang pansamantalang supply ng isang gamot, dapat ninyong matugunan ang dalawang panuntunan sa ibaba:

1. Ang iniinom ninyong gamot ay:
    - wala na sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
    - hindi kailanman nasama sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
    - limitado na ngayon sa partikular na paraan.
2. Kayo dapat ay nasa isa sa mga sitwasyon na ito:
    - Nasa plano namin kayo noong nakaraang taon.
        - Sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa unang 90 araw ng taon sa kalendaryo**.
        - Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang 30 araw sa isang retail na parmasya at hanggang 31 araw sa isang parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga.
        - Kung para sa mas kaunting araw ang ibinigay sa inyong reseta, papahintulutan namin ang maramihang pagkuha para makapagbigay ng maximum na 30 araw ng gamot sa isang retail na parmasya at 31 araw ng gamot sa isang parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga. Kailangan ninyong punan ang reseta sa isang parmasyang nasa network.
        - Maaaring paunti-unting ibigay ng mga parmasya sa pangmatagalang pangangalaga ang inyong gamot para maiwasan ang pag-aaksaya.
    - Bago kayo sa aming plano.
        - Sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa unang 90 araw ng inyong pagiging miyembro sa aming plano**.
        - Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang 30 araw sa isang retail na parmasya at hanggang 31 araw sa isang parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga.

- Kung ang inyong reseta ay isinulat para sa mas kaunting araw, papahintulutan namin ang maraming refill upang makapagbigay ng hanggang 30 araw ng gamot sa isang retail na parmasya at 31 araw ng gamot sa isang parmasya para sa pangmatagalang pangangalaga. Kailangan ninyong punan ang reseta sa isang parmasyang nasa network.
- Maaaring paunti-unting ibigay ng mga parmasya sa pangmatagalang pangangalaga ang inyong gamot para maiwasan ang pag-aaksaya.

- Kayo ay nasa aming plano nang mahigit sa 90 araw, naninirahan sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, at nangangailangan kaagad ng supply.
  - Sinasaklaw namin ang isang 31 araw na supply, o mas kaunti kung ang inyong reseta ay isinulat para sa mas kaunting araw. Dagdag pa ito sa pansamantalang supply sa itaas.
  - Kung magbabago ang inyong antas ng pangangalaga (tulad ng paglipat sa o mula sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga o ospital), sasaklawin namin ang isang pansamantalang 30 araw na supply. Kung para sa mas kaunting araw ang ibinigay sa inyong reseta, papahintulutan namin ang mga pagkuha para magbigay ng hanggang sa kabuuang 30 araw na supply.

D2. Paghingi ng pansamantalang supply

Upang humiling ng isang pansamantalang supply ng isang gamot, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

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

- Magpalit ng ibang gamot.

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

  O

- Humiling ng eksepsiyon.

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

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

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

E. Mga pagbabago sa pagsaklaw para sa inyong mga gamot

Karamihan sa mga pagbabago sa pagsaklaw ng gamot ay nangyayari tuwing ika-1 ng Enero, ngunit maaari kaming magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* sa buong taon. Maaari rin naming baguhin ang aming mga panuntunan tungkol sa mga gamot. Halimbawa, maaari naming:

- Magpasya kung hihingin o hindi hihingin ang paunang awtorisasyon (PA) para sa isang gamot (ang aming pahintulot bago kayo makakuha ng gamot).
- Dagdagan o baguhin ang dami ng isang gamot na maaari ninyong makuha (mga limitasyon sa dami).
- Dagdagan o baguhin ang mga paghihigpit sa step therapy sa isang gamot (dapat ninyong subukan ang isang gamot bago namin saklawin ang isa pang gamot).
- 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. Para sa higit pang impormasyon sa mga panuntunang ito sa gamot, sumangguni sa **Seksyon C**.

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

- magkaroon ng bagong mas murang gamot na kasing bisa ng gamot na kasalukuyang nasa aming *Listahan ng Gamot* ngayon, **o**

- malaman naming hindi ligtas ang isang gamot, **o**
- ang isang gamot ay inalis mula sa pamilihan.

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

Upang makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa nangyayari kapag nagbago ang aming *Listahan ng Gamot*, maaari ninyong gawin ang mga sumusunod:

- Tingnan ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot* online sa go.wellcare.com/druglist-6 **o**
- Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina para masuri ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot*.

Mga pagbabagong maaari naming gawin sa *Listahan ng Gamot* na makakaapekto sa inyo sa panahon ng kasalukuyang taon ng plano

Mangyayari kaagad ang ilang pagbabago sa *Listahan ng Gamot*. Halimbawa:

Maging available ang isang bagong generic na gamot. Kung minsan, nagkakaroon ng bago at mas murang generic na gamot o biosimilar sa pamilihan na kasingbisa ng isang branded na gamot o orihinal na biological na produkto na nasa *Listahan ng Gamot* ngayon. Kapag nangyari iyon, maaari naming alisin ang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot, ngunit hindi magbabago o maaaring bumaba pa ang gastusin ninyo para sa bagong gamot. Kapag idinagdag namin ang bagong generic na gamot, maaari rin kaming magpasyang panatilihin sa listahan ang branded na gamot ngunit baguhin ang mga panuntunan o limitasyon sa pagsaklaw nito.

- Maaaring hindi namin ipaalam sa inyo bago namin gawin ang pagbabagong ito, ngunit papadalhan namin kayo ng impormasyon tungkol sa ginawa naming partikular na pagbabago kapag nangyari ito.
- Maaari kayo, o ang inyong tagapagbigay ng serbisyo, na humiling ng “eksepsiyon” mula sa mga pagbabagong ito. Papadalhan namin kayo ng abiso kasama ng mga hakbang na maaari ninyong gawin upang humiling ng isang eksepsiyon. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga eksepsiyon.

Pag-alis ng mga hindi ligtas na gamot at iba pang gamot na wala sa pamilihan. Minsan, maaaring malamang hindi ligtas ang isang gamot o alisin sa merkado para sa ibang dahilan. Kung mangyayari ito, maaaring alisin namin ito agad sa aming *Listahan ng Gamot*. Kung iniinom ninyo ang gamot, padadalhan namin kayo ng abiso pagkatapos naming gawin ang pagbabago. Mangyaring makipag-usap sa inyong tagapagreseta para matulungan kayong makapagpasya kung mayroong katulad na gamot sa *Listahan ng Gamot* na puwedeng ipalit sa

ginagamit ninyo.

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

- Magbigay ang FDA ng bagong paggabay o magkaroon ng mga bagong klinikal na alituntunin tungkol sa isang gamot.

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito, kami ay:

- Ipapaalam sa inyo 30 araw man lang bago namin gawin ang pagbabago sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
- Padadalhan namin kayo ng 30 araw na supply ng gamot pagkatapos ninyong humiling ng refill.

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

- Kung may katulad na gamot sa aming *Listahan ng Gamot* na maaari ninyong inumin sa halip **or**
- Kung dapat kayong humiling ng eksepsiyon mula sa mga pagbabagong ito upang patuloy na saklawin ang gamot o ang bersyon ng gamot na iniinom ninyo. Upang matuto pa tungkol sa paghiling ng mga eksepsiyon, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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

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

Halimbawa, kung aalisin namin ang isang gamot na iniinom ninyo, daragdagan ang babayaran ninyo para sa gamot, o limitahan ang paggamit dito, hindi maaapektuhan ng pagbabago ang inyong pag-inom sa gamot o sa binabayaran ninyo para sa gamot sa loob ng natitirang bahagi ng taon.

Kung mangyayari ang alinman sa mga pagbabagong ito para sa isang gamot na iniinom ninyo (maliban sa mga pagbabagong nabanggit sa seksyon sa itaas), ang pagbabago ay hindi makakaapekto sa inyo hanggang ika-1 ng Enero ng susunod na taon.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

Hindi namin direktang ipapaalam sa inyo ang tungkol sa mga ganitong uri ng pagbabago sa kasalukuyang taon. Kailangan ninyong suriin ang *Listahan ng Gamot* para sa susunod na taon ng plano (kapag available na ang listahan sa panahon ng bukas na pagpapatala) upang malaman kung may anumang pagbabagong makaaapekto sa inyo sa susunod na taon ng plano.

F. Pagsaklaw sa gamot sa mga espesyal na kaso

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

Kung ma-admit kayo sa isang ospital o sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa pananatiling sinasaklaw ng aming plano, karaniwan naming sasaklawin ang halaga ng inyong mga gamot sa panahon ng inyong pananatili. Hindi kayo magbabayad ng copay. Sa sandaling umalis kayo sa ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, sasaklawin namin ang inyong mga gamot hangga't natutugunan ng mga gamot ang lahat ng aming mga tuntunin sa pagsaklaw.

Upang malaman ang higit pa tungkol sa pagsaklaw sa gamot at kung ano ang inyong binabayaran, sumangguni sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

F2. Sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga

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

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

F3. Sa isang programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare

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

- Maaaring nakatala kayo sa isang hospisyo ng Medicare at nangangailangan ng ilang partikular gamot (hal., mga gamot sa pananakit, mga gamot panlaban sa pagduruwal, laxative, o mga gamot na panlaban sa pagkabalisa) na hindi saklaw ng inyong hospisyo dahil hindi ito nauugnay sa inyong terminal na prognosis at kundisyon. Sa kasong iyon, ang aming plano ay dapat makatanggap ng abiso mula sa tagapagreseta o sa inyong tagapagkaloob ng hospisyo na walang kaugnayan ang gamot bago namin saklawin ang gamot.

- Upang maiwasan ang mga pagkaantala sa pagkuha ng anumang mga hindi nauugnay na gamot na dapat saklawin ng aming plano, maaari ninyong hilingin sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng hospisyo o tagapagreseta na tiyaking mayroon kaming abiso na ang gamot ay walang kaugnayan bago ninyo hilingin sa isang parmasya na punan ang inyong reseta.

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

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

G. Mga programa sa kaligtasan at pamamahala ng mga gamot

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

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

- maaaring hindi kailanganin dahil gumagamit na kayo ng isa pang gamot na may parehong epekto
- maaaring hindi ligtas para sa inyong edad o kasarian
- maaaring makapagpahamak sa inyo kung sabay ninyong iinumin ang mga ito
- may mga sangkap kung saan kayo allergic o maaaring allergic
- maaaring pagkakamali sa dami (dosis)
- may mga hindi ligtas na dami ng mga opioid na gamot para sa pananakit

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

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

May programa ang aming plano para tulungan ang mga miyembrong may mga kumplikadong pangangailangang pangkalusugan. Sa mga ganitong kaso, maaari kayong maging kwalipikado

na makakuha ng mga serbisyo, nang wala kayong binabayaran, sa pamamagitan ng isang programa sa pamamahala sa medication therapy (MTM). Kusang-loob at libre ang programang ito. Tinutulungan kayo at ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng programang ito na matiyak na ang inyong mga gamot ay mabisa sa pagpapabuti ng inyong kalusugan. Kung kuwalipikado kayo para sa programa, ang isang parmasista o iba pang propesyonal sa kalusugan ay magbibigay sa inyo ng komprehensibong pagsusuri sa lahat ng inyong mga gamot at makipag-usap sa inyo tungkol sa:

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

Pagkatapos, bibigyan nila kayo ng:

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

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

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

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

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

G3. Programa ng pamamahala sa gamot (DMP) para 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 para 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, maaaring kabilang sa mga limitasyon ang mga sumusunod:

- Pag-aatas sa inyo na kunin ang lahat ng reseta para sa mga gamot na iyon na mula 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 reseta na ito mula lang sa isang partikular na tagapagbigay ng serbisyo o parmasya.

Magkakaroon kayo ng tsansa para sabihin sa amin kung sinong mga tagapagreseta o parmasya ang gusto ninyong gamitin, at ang tungkol sa anumang impormasyon na sa tingin ninyo ay mahalagang malaman namin. Pagkatapos kayong magkaroon ng pagkakataong tumugon, kung magpasya kaming limitahan ang pagsaklaw para sa mga gamot na ito, padadalhan namin kayo ng isa pang liham na nagkukumpirma sa mga limitasyon.

Kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami, hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon o limitasyon, kayo at ang inyong tagapagreseta ay maaaring umapela. Kung maghahain kayo ng apela, susuriin namin ang inyong kaso at bibigyan kayo ng bagong desisyon. Kung patuloy

naming tatanggihan ang anumang bahagi ng inyong apela na nauugnay sa mga limitasyong nalalapat sa inyong access sa mga gamot na ito, awtomatiko naming ipapadala ang inyong kaso sa isang Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri (IRO). (Upang matuto pa tungkol sa mga apela at sa IRO, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.)

Maaaring hindi naaangkop sa inyo ang DMP kung kayo ay:

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

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

Panimula

Tinatalakay sa kabanatang ito kung ano ang binabayaran ninyo para sa inyong mga gamot bilang outpatient. Sa “mga gamot,” ang ibig naming sabihin ay:

- Mga gamot sa Medicare Part D, **at**
- Mga gamot at item na sinasaklaw sa ilalim ng Medi-Cal Rx, **at**
- Mga gamot at item na sinasaklaw ng plano bilang karagdagang mga benepisyo.

Dahil kwalipikado kayo para sa Medi-Cal, nakakakuha kayo ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare para tulungang bayaran ang inyong mga gamot sa Medicare Part D. Nagpadala kami sa inyo 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 tinatawag ding “Rider ng Subsidy para sa Mababa ang Kita” o “LIS Rider”), na nagpapaalam sa inyo ng tungkol sa inyong saklaw sa gamot. Kung hindi ninyo natanggap ang kalakip na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at hilingin ang “LIS Rider.”

> Ang **Karagdagang Tulong** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na mapababa ang mga gastusin sa mga gamot ng Medicare Part D, gaya ng mga premium, naibabawas, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidy para sa Mababa ang Kita,” o “Low-Income Subsidy o LIS.”

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

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

- Ang Aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*.
    - Tinatawag namin itong “*Listahan ng Gamot*.” Isinasaad nito sa inyo na:
        - kung aling mga gamot ang binabayaran namin
        - kung alin sa anim na tier kabilang ang bawat gamot
        - kung may anumang limitasyon sa mga gamot

- Kung kailangan ninyo ng isang kopya ng aming *Listahan ng Gamot*, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Mahahanap rin ninyo ang pinakabagong kopya ng aming *Listahan ng Gamot* sa aming website sa go.wellcare.com/druglist-6.
- Karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay sinasaklaw ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Ang ibang mga gamot, gaya ng ilang gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon. Maaari rin kayong tumawag sa Sentro ng Serbisyo sa Kostumer ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Mangyaring dalhin ang inyong Identification Card ng Benepisyaryo sa Medi-Cal (BIC) kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

- **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
  - Ipinapaliwanag kung paano makukuha ang inyong mga gamot bilang outpatient sa pamamagitan ng aming plano.
  - Kasama rito ang mga patakaran na kailangan ninyong sundin. Isinasaad rin nito kung aling mga uri ng gamot ang hindi saklaw ng aming plano.
  - Kapag ginamit ninyo ang “Tool para sa Real Time na Benepisyo” ng plano upang maghanap ng pagsaklaw ng gamot (sumangguni sa **Kabanata 5**, **Seksyon B2**), ang halagang ipinapakita ay isang pagtatantya sa mga gastos mula sa bulsa na inaasahang inyong babayaran. Maaari rin kayong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.
- Ang Aming *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.
  - Sa karamihan ng mga kaso, dapat kayong gumamit ng isang parmasyang nasa network para makuha ang inyong mga saklaw na gamot. Ang mga parmasyang nasa network ay mga parmasya na sumang-ayong makipagtulungan sa amin.
  - Nasa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ang listahan ng mga parmasyang nasa aming network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga parmasyang nasa network.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang Paliwanag ng mga Benepisyo (EOB).....218
B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot 220
B1. Paano kung may makita kayong mali sa buod na ito? 221
B2. Paano naman kung may posibleng panloloko?.....221
C. Mga Yugto ng Pagbabayad ng Gamot para sa mga gamot sa Medicare Part D 222
D. Yugto 1: Ang Yugto ng Paunang Saklaw 223
D1. Ang inyong mga mapagpipiliang parmasya.....223
D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot.....224
D3. Ang babayaran ninyo.....224
D4. Pagtatapos ng Yugto ng Paunang Saklaw 227
E. Hakbang 2: Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw 227
F. Ang gastos ninyo sa gamot kung magrereseta ang inyong doktor ng mas kaunti sa isang buong buwang supply 227
G. Ano ang binabayaran ninyo para sa mga bakuna sa Bahagi D.....228
G1. Ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna.....228
G2. Ano ang binabayaran ninyo para sa isang bakunang saklaw ng Medicare Part D 229

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

Sinusubaybayan ng aming plano ang inyong mga gastos sa gamot at ang mga pagbabayad na ginawa ninyo sa tuwing kumukuha kayo ng reseta sa parmasya. Sinusubaybayan namin ang dalawang uri ng gastos:

- Ang inyong mga **gastos mula sa bulsa**. Ito ang halaga ng pera na binabayaran ninyo, o ng ibang mga nagbabayad para sa inyo, para sa inyong mga gamot. 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, 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).

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

- Ang inyong **kabuuang mga gastos sa gamot**. Ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad na ginawa para sa inyong sinasaklawang Bahagi D na mga gamot. Kasama rito kung ano ang binayaran ng aming plano, at kung ano ang binayaran ng iba pang programa o organisasyon para sa inyong sinasaklaw na Bahagi D na mga gamot.

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

- **Impormasyon para sa buwan**. Nakasaad sa buod ang mga inireresetang gamot na nakuha ninyo noong nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot, ano ang binayaran namin, at kung ano ang binayaran ninyo at ng ibang mga nagbabayad para sa inyo.
- **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**. Ito ang kabuuang presyo ng gamot at mga pagbabago sa presyo ng gamot simula noong unang pagpuno para sa bawat pagkuha ng reseta para sa parehong dami.
- **Mga mas murang alternatibo**. Kapag nalalapat, impormasyon tungkol sa iba pang available na gamot na may mas mababang bahagian sa gastos para sa bawat kukuning inireresetang gamot.

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

- Ang mga pagbabayad na ginawa para sa mga gamot na ito ay hindi binibilang sa inyong kabuuang mga gastos mula sa bulsa.
- Karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay sinasaklaw ng plano. Ang ibang mga gamot, gaya ng ilang gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari niyo ring tawagan ang center ng serbisyo sa kostumer ng Medi-Cal sa 800-977-2273. Mangyaring dalhin ang inyong identification card ng benepisyaryo sa Medi-Cal (BIC) kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.
- Upang alamin kung aling mga gamot ang sinasaklaw ng aming plano, sumangguni sa aming *Listahan ng Gamot*.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot

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

1. **Gamitin ang inyong ID Card ng Miyembro.**

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

2. **Tiyaking hawak namin ang impormasyong kailangan namin.**

   Maaari ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo para sa aming bahagi sa halaga ng gamot. Ipadala ang inyong kahilingan sa bayad sa mail kasama ng anumang bill o resibo sa address na ito:

   Address para sa Mga Claim sa Parmasya:
   Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)
   Wellcare Medicare Part D Claims
   Attn: Member Reimbursement Department
   P.O. Box 31577
   Tampa, FL 33631-3577

   Narito ang mga halimbawa kung kailan dapat ninyo kaming bigyan ng mga kopya ng inyong resibo:

   - Kapag bumili kayo ng mga saklaw na gamot sa isang parmasyang nasa network sa isang espesyal na presyo o gumamit ng discount card na hindi bahagi ng mga benepisyo ng aming plano.
   - Kapag nagbayad kayo ng copay para sa mga gamot na nakukuha ninyo sa ilalim ng programa ng tulong sa pasyente ng manufacturer ng gamot.
   - Kapag bumili kayo ng mga saklaw na gamot sa isang parmasyang wala sa network.
   - Kapag binayaran ninyo ang buong presyo para sa saklaw na gamot sa ilalim ng espesyal na sitwasyon.

   Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghiling sa amin na bayaran kayo para sa aming bahagi sa gastos sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro*.

3. **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 ng Estado sa Gamot, Programang Tulong sa Gamot sa AIDS (ADAP), Serbisyo sa Kalusugan ng Indian, at karamihan ng mga kawang-gawa ay nabibilang sa inyong mga gastos mula sa bulsa. Matutulungan kayo nitong maging kwalipikado para sa catastrophic na pagsaklaw. Kapag naabot ninyo ang Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw, babayaran ng aming plano ang lahat ng halaga ng inyong gamot sa Medicare Part D para sa natitirang bahagi ng taon.

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

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

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

B1. Paano kung may makita kayong mali sa buod na ito?

Kung may nakakalito o parang may mali sa EOB na ito, pakitawagan kami sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

B2. Paano naman kung may posibleng panloloko?

Kung nagpapakita ang buod na ito ng mga gamot na hindi ninyo iniinom o anupamang mukhang kahina-hinala para sa inyo, makipag-ugnayan sa amin.

- Tawagan kami sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).
- O kaya, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari ninyong tawagan ang mga numerong ito nang libre.

- Kung naghihinala kayong nanloko, nag-aksaya, o nang-abuso ang isang tagapagbigay ng serbisyo na nakakatanggap ng Medi-Cal, karapatan ninyong iulat ito sa pamamagitan ng pagtawag sa kumpidensyal na toll-free number na 1-800-822-6222. Ang iba pang paraan ng pag-uulat ng panloloko sa Medi-Cal ay makikita sa: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Kung sa palagay ninyo ay mayroong mali o nawawala, o kung mayroon kayong anumang mga tanong, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. **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 express-scripts.com/rx. Kung pipiliin ninyong mag-opt in, makakatanggap kayo ng email kapag handa nang tingnan, i-print, o i-download ang inyong EOB ng Bahagi D. Ang mga electronic na EOB ng Bahagi D ay tinatawag ding mga paperless na EOB ng Bahagi D. Ang mga paperless na EOB ng Bahagi D ay mga eksaktong kopya (larawan) ng mga naka-print na EOB ng Bahagi D. Itabi ang mga EOB na ito. Ang mga ito ay mahalagang tala ng inyong mga gastos sa gamot.

C. Mga Yugto ng Pagbabayad ng Gamot para sa mga gamot sa Medicare Part D

Mayroong dalawang yugto ng pagbabayad para sa pagsaklaw ng inyong mga gamot sa Medicare Part D sa ilalim ng aming plano. Nakadepende kung magkano ang inyong babayaran sa antas ng Karagdagang Tulong at kung nasa aling yugto kayo kapag kumukuha kayo ng inyong mga iniresetang gamot o nagpapa-refill ng reseta. Mayroong dalawang yugto:

Yugto 1: Yugto ng Paunang Saklaw	Yugto 2: Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw
Sa panahon ng yugtong ito, binabayaran namin ang bahagi ng mga halaga ng inyong mga gamot, at binabayaran ninyo ang inyong bahagi. Ang inyong bahagi ay tinatawag na copay. Nagsisimula kayo sa yugtong ito kapag pinapuno ninyo ang inyong unang resta ng taon.	Sa yugtong ito, babayaran namin ang lahat ng gastos sa inyong mga gamot hanggang ika-31 ng Disyembre ng taong 2027. Nagsisimula kayo sa yugtong ito kapag nakapagbayad na kayo ng tiyak na halaga ng mga gastos mula sa bulsa.

D. Yugto 1: Ang Yugto ng Paunang Saklaw

Sa panahon ng Yugto ng Paunang Saklaw, babayaran namin ang bahagi ng mga gastos sa inyong mga saklaw na gamot, at babayaran ninyo ang inyong bahagi. Ang inyong bahagi ay tinatawag na copay. Ang copay ay depende sa kung nasa anong tier ng bahagian sa gastos ang gamot at kung saan ninyo ito nakukuha.

Ang mga tier ng bahagian sa gastos ay mga grupo ng mga gamot na may parehong copay. 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 mataas ang numero ng tier, mataas din ang copay. Upang mahanap ang mga tier ng bahagian sa gastos para sa inyong mga gamot, sumangguni sa aming *Listahan ng 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.
- Kabilang 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.
- Kabilang 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.

D1. Ang inyong mga mapagpipiliang parmasya

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

- isang retail na parmasyang nasa network **o**
- 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. Sa mga limitadong kaso, sinasaklawan namin ang mga reseta na kinuha sa mga parmasyang wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman kung kailan namin ito gagawin.
- Mail-order na parmasya ng aming plano.

Upang malaman pa ang tungkol sa mga pagpipiliang ito, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito at sa aming *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot

Para sa ilang gamot, makakakuha kayo ng pangmatagalang supply (tinatawag ding “pinahabang supply”) kapag pupunan ninyo ang inyong reseta. Ang pangmatagalang supply ay 100 araw na supply. Pareho ang halaga nito sa inyo katulad ng isang buwan na supply.

Para sa mga detalye kung saan at paano makakuha ng pangmatagalang supply ng gamot, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ng aming plano.

D3. Ang babayaran ninyo

Sa panahon ng Yugto ng Paunang Saklaw, maaari kayong magbayad ng copay sa tuwing pupunuin ninyo ang isang gamot. Kung mas mura ang mga gastos ng inyong sinasaklawang gamot kaysa sa copay, babayaran ninyo ang mas mababang presyo.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman kung magkano ang inyong copay para sa anumang saklaw na gamot.

Ang inyong bahagi sa gastos kapag kumuha kayo ng pang-isang buwang o pangmatagalang supply ng mga saklaw na gamot mula sa:

<table>
<tr><th></th><th>Isang karaniwan o preferred na parmasyang nasa network

Isang buwan o hanggang sa 30 araw na supply</th><th>Isang parmasyang nasa network para sa pangmatagalang pangangalaga

Hanggang sa 31 araw na supply</th><th>Isang parmasyang wala sa network

Hanggang sa 30 araw na supply.

Limitado ang pagsaklaw sa ilang kaso. Sumangguni sa Kabanata 5 ng Handbook ng Miyembro na ito para sa mga detalye.</th><th>Ang karaniwan o preferred na mail-order na serbisyo ng aming plano

Isang buwan o hanggang sa 34 araw na supply.</th></tr>
<tr><td>Bahagian sa Gastos sa Tier 1

(Generic na gamot)

Bahagian sa Gastos sa Tier 2

(Preferred Brand)

Bahagian sa Gastos sa Tier 3

(Mga Hindi Preferred na Gamot)

Bahagian sa Gastos sa Tier 4

(Mga Iniiniksyong Gamot)</td><td colspan="3">Para sa Mga tier ng bahagian sa gastos 1-5:

Maaaring mag-iba ang inyong copay para sa isang buwang supply para sa lahat ng gamot depende sa inyong antas ng Karagdagang Tulong:

<u>Para sa mga generic na gamot (kasama na ang mga may brand na gamot na itinuturing bilang generic na gamot), magbabayad kayo ng:</u>

● $0 copay o
● $1.65 copay o
● $5.80 copay para sa isang buwang supply

<u>Para sa lahat ng iba pang saklaw na gamot, magbabayad kayo ng:</u>

● $0 copay o
● $5 copay o
● $14.40 copay para sa isang buwang supply</td><td>Para sa lahat mga tier ng bahagian sa gastos:

Hindi available ang mail-order para sa isang buwang supply (34 na araw pababa) para sa mga gamot sa lahat ng tier.</td></tr>
</table>

	Isang karaniwan o preferred na parmasyang nasa network **Isang buwan o hanggang sa 30 araw na supply**	**Isang parmasyang nasa network para sa pangmatagalang pangangalaga** **Hanggang sa 31 araw na supply**	**Isang parmasyang wala sa network** **Hanggang sa 30 araw na supply.** **Limitado ang pagsaklaw sa ilang kaso. Sumangguni sa Kabanata 5 ng Handbook ng Miyembro na ito para sa mga detalye.**	**Ang karaniwan o preferred na mail-order na serbisyo ng aming plano** **Isang buwan o hanggang sa 34 araw na supply.**
Bahagian sa Gastos sa Tier 5 (Mga Gamot sa Specialty na Tier) Limitado sa 30 araw na supply kada pagkuha.	Ang Karagdagang Tulong ay isang programa na tumutulong sa pagbabayad para sa inyong mga gamot. Nagpadala kami sa inyo ng hiwalay na materyal, na tinatawag na Rider ng Katibayan ng Pagsaklaw para sa mga Taong Nakakakuha ng Karagdagang Tulong sa Pagbabayad para sa mga Inireresetang Gamot, na nagpapaalam ng tungkol sa mga halaga ng inyong gamot. Kung nakakatanggap kayo ng Karagdagang Tulong at hindi ninyo natanggap ang materyal na ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero na ipinapakita sa ibaba ng pahina at hilingin ang LIS Rider.			
Bahagian sa Gastos sa Tier 6 (Mga Piling Gamot sa Pangangalaga)	$0 na copay	$0 na copay	$0 na copay	Hindi available ang mail-order para sa isang buwang supply (34 na araw pababa)

Para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga parmasya ang maaaring magbigay sa inyo ng mga pangmatagalang supply, sumangguni sa aming *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.

D4. Pagtatapos ng Yugto ng Paunang Saklaw

Matatapos ang Yugto ng Paunang Saklaw kapag umabot ang inyong kabuuang mga gastos mula sa bulsa sa $2,400. Sa puntong iyon, magsisimula ang Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw. sasaklawin namin ang lahat ng inyong gastos sa gamot mula doon hanggang sa katapusan ng taon.

Nag-aalok kami ng karagdagang mga gamot na hindi karaniwang sinasaklaw sa isang Plano sa Gamot ng Medicare. Ang mga pagbabayad na ginawa para sa mga gamot na ito ay hindi binibilang sa inyong mga gastos mula sa bulsa.

Matutulungan kayo ng inyong EOB na masubaybayan kung magkano na ang naibayad ninyo para sa inyong mga gamot sa kasalukuyang taon. Ipapaalam namin sa inyo kung naabot na ninyo ang $2,400 na limitasyon. Hindi ito naaabot ng maraming tao sa loob ng isang taon.

E. Hakbang 2: Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw

Kapag naabot ninyo ang $2,400 na limitasyon ng gastos mula sa bulsa para sa inyong mga gamot, magsisimula ang Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw. Mananatili kayo sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw hanggang sa katapusan ng taon ng kalendaryo. Sa yugtong ito, wala kayong babayaran para sa inyong mga saklaw na gamot sa Bahagi D.

F. Ang gastos ninyo sa gamot kung magrereseta ang inyong doktor ng mas kaunti sa isang buong buwang supply

Karaniwang kayong nagbabayad ng copay upang saklawin ang buong buwan na supply ng isang saklaw na gamot. Gayunpaman, maaaring magreseta ang inyong doktor ng mas kaunti sa isang buwan na supply ng mga gamot.

- Maaaring may mga panahon na gusto ninyong hilingin sa inyong doktor na magreseta ng mas kaunti sa isang buwan na supply ng isang gamot (halimbawa, kapag sinusubukan ninyo ang isang gamot sa unang pagkakataon).
- Kung sasang-ayon ang inyong doktor, hindi ninyo babayaran ang buong buwan na supply para sa ilang gamot.

Kapag nakakuha kayo ng mas kaunti sa isang buwan na supply ng isang gamot, ibabatay ang halagang babayaran ninyo sa bilang ng mga araw ng gamot na matatanggap ninyo. 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.

- Narito ang isang halimbawa: Sabihin nating ang copay para sa inyong gamot para sa isang buong buwang supply (isang 30 araw na supply) ay $1.65. Ibig sabihin, ang halagang babayaran ninyo para sa inyong gamot ay mas mababa sa $0.06 bawat araw. Kung makatanggap kayo ng pitong araw na supply ng gamot, ang inyong babayaran ay mas mababa sa $0.06 bawat araw na imu-multiply sa pitong araw, para sa kabuuang bayad na mas mababa sa $0.39.
- Pinahihintulutan kayo ng araw-araw na bahagian sa gastos na matiyak na mabisa para sa inyo ang gamot bago kayo magbayad para sa isang buong buwan na supply.
- Maaari rin ninyong hilingin sa inyong tagapagbigay ng serbisyo na magreseta ng mas kaunti sa buong supply ng gamot para sa isang buwan, kung mas makakatulong ito sa inyo na:
  - Mas mahusay na maplano kung kailan ire-refill ang inyong mga gamot
  - Iugnay ang mga refill ng inyong iba pang gamot para mas kaunti ang inyong pagpunta sa parmasya

G. Ano ang binabayaran 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 mga medikal na mga benepisyo at sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B. Ang ilang bakuna naman ay itinuturing na mga gamot sa Medicare Part D. Maaari ninyong mahanap ang mga bakunang ito na nakalista sa aming *Listahan ng Gamot*. Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga pang-adult na bakuna sa Medicare Part D nang wala kayong babayaran. Sumangguni sa *Listahan ng Gamot* ng inyong plano o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa mga detalye ng saklaw at bahagian sa gastos para sa mga partikular na bakuna.

May dalawang bahagi ang aming pagsaklaw sa mga bakuna sa Medicare Part D:

1. Ang unang bahagi ng pagsaklaw ay para sa gastos **mismo sa bakuna**.
2. Ang ikalawang bahagi ay para sa gastos ng **pagtuturok sa inyo ng bakuna**. Halimbawa, minsan, maaaring iturok ng inyong doktor ang ibibigay niyang bakuna sa inyo.

G1. Ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna

Inirerekomenda namin na tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kapag nagpaplano kayong magpabakuna.

- Maaari naming sabihin sa inyo kung paano sinasaklaw ng aming plano ang inyong mga pagpapabakuna at ipaliwanag ang inyong bahagian sa gastos.

G2. Ano ang binabayaran ninyo para sa isang bakunang saklaw ng Medicare Part D

Kung ano ang binabayaran ninyo para sa isang bakuna ay depende sa uri ng bakuna (para saan ang ibabakuna sa inyo).

- Ang ilan sa mga bakuna ay itinuturing na mga benepisyo ng kalusugan sa halip na mga gamot. Ang mga bakuna na ito ay sinasaklaw nang libre para sa inyo. Upang malaman ang tungkol sa pagsaklaw sa mga bakunang ito, sumangguni sa Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- Ang ibang mga bakuna ay itinuturing na mga gamot sa Medicare Part D. Maaari ninyong mahanap ang mga bakunang ito sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano. Posibleng kailanganin ninyong magbayad ng copay para sa mga bakuna ng Medicare Part D. Kung ang bakuna ay inirekomenda para sa mga adulto ng organisasyong tinatawag na **Komite sa Pagpapayo para sa Pagsasagawa ng Pagbabakuna (ACIP)** wala kayong babayaran para sa bakuna.

Narito ang tatlong karaniwang paraan na maaaring makakuha kayo ng bakuna sa Medicare Part D.

1. Natanggap ninyo ang bakuna sa Medicare Part D at tinurukan kayo sa isang parmasyang nasa network.
   - Para sa karamihan sa mga bakuna para sa Bahagi D para sa adulto, wala kayong babayaran.
   - Para sa iba pang mga bakuna sa Bahagi D, magbabayad kayo ng copay para sa bakuna.
2. Kinuha ninyo ang bakuna sa Medicare Part D sa tanggapan ng inyong doktor, at babakunahan kayo ng doktor.
   - Magbabayad kayo ng copay sa doktor para sa bakuna.
   - Babayaran ng aming plano ang gastos para sa pagbabakuna sa inyo.
   - Dapat tawagan ng tanggapan ng inyong doktor ang aming plano sa sitwasyon na ito para matiyak namin na alam nila na kailangan lang ninyo bayaran ang copay para sa bakuna.

3. Kayo mismo ang bibili ng bakuna ng Medicare Part D sa isang parmasya, at dadalhin ito sa tanggapan ng inyong doktor upang magpabakuna.
   - Para sa karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, wala kayong babayaran para sa bakuna mismo.
   - Para sa iba pang mga bakuna sa Bahagi D, magbabayad kayo ng copay para sa bakuna.
   - Babayaran ng aming plano ang gastos para sa pagbabakuna sa inyo.

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

Panimula

Sinasabi sa inyo ng kabanata kung paano at kailan magpapadala sa amin ng bill para humiling ng bayad. Isinasaad rin nito sa inyo kung paano maghain ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa isang desisyon sa pagsaklaw. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Paghiling sa amin na magbayad para sa inyong mga serbisyo o gamot 232

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad 237

C. Mga desisyon sa pagsaklaw 238

D. Mga apela 239

A. Paghiling sa amin na magbayad para sa inyong mga serbisyo o gamot

Dapat singilin ng aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network ang planong pangkalusugan para sa inyong mga saklaw na serbisyo at gamot pagkatapos ninyong makuha ang mga ito. Ang isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay isang tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan.

Hindi namin pinapayagan ang mga tagapagbigay ng serbisyo ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) na singilin kayo para sa mga serbisyo o gamot na ito. Direkta naming binabayaran ang aming mga tagapagbigay ng serbisyo, at pinoprotektahan namin kayo mula sa anumang mga singil.

Kung makatanggap kayo ng bill para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot, huwag bayaran ang bill at ipadala ang bill sa amin. Upang padalhan kami ng bill, sumangguni sa **Seksyon B** ng kabanatang ito.

- Kung sinasaklaw namin ang mga serbisyo o gamot, babayaran namin ang tagapagbigay ng serbisyo nang direkta.
- Kung sinasaklaw namin ang mga serbisyo o gamot at nagbayad na kayo ng higit sa inyong bahagi sa gastos, may karapatan kayong maibalik ang inyong ibinayad.
    - Kung nagbayad kayo para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare, ibabalik namin ang ibinayad ninyo.
- Kung magbabayad kayo para sa mga serbisyo ng Medi-Cal na natanggap na ninyo, posibleng kwalipikado kayong ma-reimburse (maisauli ang bayad) kung matutugunan ninyo ang lahat ng sumusunod na kondisyon:
    - Ang serbisyong natanggap ninyo ay isang saklaw na serbisyo ng Medi-Cal na pananagutan naming bayaran. Hindi namin ibabalik ang inyong ibinayad para sa isang serbisyong hindi sinasaklaw ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).
    - Natanggap ninyo ang saklaw na serbisyo pagkatapos ninyong maging isang kwalipikadong miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).
    - Hiniling ninyo na maibalik ang inyong bayad sa loob ng isang taon mula sa petsa noong natanggap ninyo ang saklaw na serbisyo.

- Nagbigay kayo ng pruwebang binayaran ninyo ang saklaw na serbisyo, gaya ng detalyadong resibo mula sa tagapagbigay ng serbisyo.
- Natanggap ninyo ang saklaw na serbisyo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nakatala sa Medi-Cal sa network ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Hindi ninyo kailangang matugunan ang kondisyong ito kung ang natanggap ninyo ay pang-emergency na pangangalaga, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyong pinapayagan ng Medi-Cal na isagawa ng mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network nang walang paunang pag-apruba (paunang awtorisasyon).

- Kung ang saklaw na serbisyo ay karaniwang nangangailangan ng paunang awtorisasyon (paunang awtorisasyon), kailangan ninyong magbigay ng pruweba mula sa tagapagbigay ng serbisyo na nagpapakita ng medikal na pangangailangan para sa saklaw na serbisyo.

- Ipapaalam sa inyo ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) kung ibabalik nila ang inyong ibinayd sa isang sulat na tinatawag na Abiso ng Aksyon. Kung matutugunan ninyo ang lahat ng kondisyon sa itaas, dapat ibalik ng tagapagbigay ng serbisyo na nakatala sa Medi-Cal ang buo ninyong bayad. Kung ayaw tumanggi ang inyong tagapagbigay ng serbisyo na bayaran kayo, ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ang magbabayad sa inyo ng buong halaga. Babayaran namin kayo sa loob ng 45 araw na may pasok pagkatanggap sa claim. Kung nakatala ang tagapagbigay ng serbisyo sa Medi-Cal, ngunit wala sa aming network at tumangging ibalik ang bayad ninyo, ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ang magbabayad sa inyo, ngunit hanggang sa halaga lang na babayaran ng FFS Medi-Cal. Babayaran kayo ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) para sa buong halagang mula sa sariling bulsa para sa mga emergency na serbisyo, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyong pinapayagan ng Medi-Cal na ibigay ng mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network nang walang paunang awtorisasyon. Kung hindi ninyo matutugunan ang mga kondisyon sa itaas, hindi namin ibabalik ang ibinayad ninyo.

- Hindi namin ibabalik ang ibinayad ninyo kung:
  - Humiling at nakatanggap kayo ng mga serbisyong hindi saklaw ng Medi-Cal, gaya ng mga cosmetic na serbisyo.
  - Ang serbisyo ay hindi saklaw na serbisyo para sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

- Nagpatingin kayo sa isang doktor na hindi tumatanggap ng Medi-Cal at lumagda kayo ng form na nagsasabing gusto pa rin ninyong magpatingin at kayo mismo ang magbabayad sa mga serbisyo.

- Kung hindi namin sinasaklaw ang mga serbisyo o gamot, sasabihin namin sa inyo.

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung mayroon kayong anumang mga tanong. Kung hindi ninyo alam kung ano dapat ang binayaran ninyo, o kung makatanggap kayo ng bill at hindi ninyo alam kung ano ang gagawin ninyo dito, makakatulong kami. Maaari rin kayong tumawag kung may gusto kayong ipaalam na impormasyon sa amin tungkol sa isang naipadala na ninyo sa amin na kahilingan sa bayad.

Narito ang mga halimbawa ng mga pagkakataon na maaaring kailanganin ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo o bayaran ang bill na natanggap ninyo:

1. **Kapag nakatanggap kayo ng pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalagang pangkalusugan mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network**

   Hilingin sa tagapagbigay ng serbisyo na singilin kami.

   - Kung binayaran ninyo ang buong halaga kapag nakatanggap kayo ng pangangalaga, hilingin sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa aming bahagian sa gastos. Ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.

   - Maaari kayong makakuha ng isang bill mula sa tagapagbigay ng serbisyo na humihingi ng bayad na sa palagay ninyo ay hindi ninyo dapat bayaran. Ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.

     - Kung dapat bayaran ang tagapagbigay ng serbisyo, direkta naming babayaran ang tagapagbigay ng serbisyo.

     - Kung nakapagbayad na kayo ng higit sa inyong bahagian sa gastos para sa serbisyo ng Medicare, aalamin namin kung magkano ang dapat ninyong bayaran at ibabalik namin sa inyo ang aming bahagian sa gastos.

2. **Kapag nagpadala sa inyo ng isang bill ang tagapagbigay ng serbisyong nasa network**

   Kami ang dapat na palaging singilin ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Mahalagang ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro kapag tumatanggap kayo ng anumang serbisyo o reseta; gayunpaman, kung minsan, nagkakamali ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, at hinihiling nila sa inyo na magbayad para

sa inyong mga serbisyo o na magbayad nang mas malaki kaysa sa inyong bahagian sa gastos. **Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro** sa numero sa ibaba ng pahinang ito **kung may matatanggap kayong anumang bill.**

- Bilang miyembro ng plano, magbabayad lang kayo ng copay kapag kumuha kayo ng mga serbisyong sinasaklaw namin. Hindi namin pinapayagan ang mga tagapagbigay ng serbisyo na singilin kayo nang higit sa halagang ito. Totoo ito kahit na mas mababa ang ibinabayad namin sa tagapagbigay ng serbisyo kaysa sa sinisingil ng tagapagbigay ng serbisyo para sa serbisyo. Kahit na magpasya kaming hindi bayaran ang ilang singil, hindi ninyo pa rin ito dapat bayaran.

- 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.

- Kung nagbayad na kayo ng bill mula sa isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare, ngunit sa palagay ninyo ay sobra ang ibinayad ninyo, ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo. Ibabalik namin sa inyo ang mga ginastos para sa mga saklaw na serbisyo **o** ang sosobra sa halagang ibinayad ninyo at sa halagang kailangan ninyong bayaran sa plano.

3. Kung kayo ay retroaktibong nakatala sa aming plano

Minsan, posibleng retroactive ang pagpapatala ninyo sa plano. (Nangangahulugan ito na lumipas na ang unang araw ng inyong pagpapatala. Posible ngang noong nakaraang taon pa ito.)

- Kung retroactive kayong nagpatala at nagbayad kayo ng bill pagkalipas ng petsa ng pagpapatala, maaari ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo.

- Ipadala sa amin ang bill at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.

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

Kung pupunta kayo sa isang parmasyang wala sa network, babayaran ninyo ang buong halaga ng inyong reseta.

- Sa mga iilang kaso lang, sasaklawin namin ang mga resetang kinuha sa mga parmasyang wala sa network. Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag humiling kayo sa amin na bayaran kayo para sa aming bahagian sa gastos.

- Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang matuto pa tungkol sa mga parmasyang wala sa network.
- 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 binayaran ninyo ang kabuuang halaga para sa isang reseta sa Medicare Part D dahil hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro

Kung hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro, maaari ninyong hilingin sa parmasya na tumawag sa amin o hanapin ang inyong impormasyon sa pagpapatala sa plano.

- Kung hindi kaagad makuha ng parmasya ang impormasyon, maaaring kailanganin ninyong bayaran mismo ang buong halaga ng reseta o bumalik sa parmasya dala ang inyong ID Card ng Miyembro.
- Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag humiling kayo sa amin na bayaran kayo para sa aming bahagian sa 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 halaga ng reseta sa Medicare Part D para sa isang hindi saklaw na gamot

Maaari ninyong bayaran ang buong halaga ng reseta dahil hindi saklaw ang gamot.

- Ang gamot ay maaaring wala sa aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (*Listahan ng Gamot*) sa aming website, o maaaring mayroon itong kinakailangan o paghihigpit na hindi ninyo alam o sa palagay ninyo ay hindi ito naaangkop sa inyo. Kung magpasya kayong kunin ang gamot, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga.
    - Kung hindi ninyo babayaran ang gamot ngunit sa palagay ninyo ay dapat namin itong saklawin, maaari kayong humiling ng isang desisyon sa pagsaklaw (sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro*).
    - Kung sa palagay ninyo at ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na kailangan ninyo kaagad ang gamot, (sa loob ng 24 na oras), maaari kayong humiling ng isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw (sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito).

- Ipadala sa amin ang isang kopya ng resibo kapag hihilingin ninyo sa amin na bayaran kayo. Sa ilang kaso, maaaring kailanganin naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta upang maibalik sa inyo ang inyong ibinayad para sa aming bahagian sa gastos para sa gamot. Posibleng hindi namin bayaran sa inyo ang kabuuan ng gastos na binayaran ninyo kung mas malaki ang binayaran ninyo kaysa sa napagkasunduan naming presyo para sa reseta.

Kapag nagpadala kayo sa amin ng kahilingan sa bayad, susuriin namin ang inyong kahilingan at magdedesisyon kami kung dapat bang saklawin ang serbisyo o gamot. Ito ay tinatawag na paggawa ng “desisyon sa pagsaklaw.” Kung magdesisyon kami na dapat saklawin ang serbisyo o gamot, babayaran namin ang aming bahagian sa gastos para dito.

Kung tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa bayad, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Upang malaman kung paano maghain ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro*.

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad

Ipadala sa amin ang inyong bill at pruweba ng anumang pagbabayad ninyo para sa mga serbisyo ng Medicare. Ang patunay ng pagbabayad ay maaaring isang kopya ng tseke na isinulat ninyo o isang resibo mula sa tagapagbigay ng serbisyo. **Magandang ideya na gumawa kayo ng kopya ng inyong bill at mga resibo para sa inyong mga tala.** Maaari kayong humingi ng tulong sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga. Dapat ninyong ipadala sa amin ang inyong impormasyon sa loob ng 365 araw (para sa mga medikal na claim at mga claim na hindi Bahagi D na gamot) o sa loob ng tatlong taon (para sa mga claim sa Bahagi D na gamot) mula sa petsa kung kailan ninyo natanggap ang serbisyo, item, o gamot.

Upang tiyaking ibinibigay ninyo sa amin ang lahat ng impormasyong kailangan namin para magdesisyon, maaari kayong magsagot ng form para sa pag-claim para humiling ng bayad.

- Hindi ninyo kailangang gamitin ang form, ngunit makakatulong ito sa amin na mas mabilis na maproseso ang impormasyon.

- Maaari ninyong makuha ang form sa aming website (go.wellcare.com/HealthNetCA), o maaari ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at hingin ang form.

Ipadala ang inyong kahilingan sa bayad sa mail kasama ng anumang bill o resibo sa address na ito:

Address para sa Mga Medikal na Claim:
Member Reimbursement Dept
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

Address para sa Mga Claim sa Parmasya:
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

C. Mga desisyon sa pagsaklaw

Kapag natanggap namin ang inyong kahilingan sa bayad, gagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw. Nangangahulugan ito na magpapasya kami kung sasaklawin ng aming plano ang inyong serbisyo, item, o gamot. Pagpapasyahan rin namin ang halaga ng pera, kung mayroon man, ang dapat ninyong bayaran.

- Ipapaalam namin sa inyo kung kailangan namin ng higit pang impormasyon mula sa inyo.
- Kung mapagpasyahan namin na sasaklawin ng aming plano ang serbisyo, item, o gamot at sinunod ninyo ang lahat ng patakaran para sa pagkuha nito, babayaran namin ang bahagi ng aming gastos para dito. Kung binayaran na ninyo ang serbisyo o gamot, ipapadala namin sa inyo sa koreo ang isang tseke para sa aming bahagi ng halaga. 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 ay mas malaki kaysa sa napagkasunduan naming presyo). Kung hindi pa kayo nagbabayad, babayaran namin nang direkta ang tagapagbigay ng serbisyo.

Ipinapaliwanag sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga panuntunan para sa pagkuha ng inyong mga saklaw na serbisyo. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga panuntunan para sa pagkuha ng mga saklaw na gamot sa Medicare Part D.

- Kung magpasya kaming hindi bayaran ang aming bahagian sa gastos ng serbisyo o gamot, padadalhan namin kayo ng isang sulat kasama ng mga dahilan. Ipapaliwanag din ng sulat ang inyong mga karapatan na maghain ng apela.
- Upang matuto pa tungkol sa mga desisyon sa pagsaklaw, sumangguni sa **Kabanata 9**.

D. Mga apela

Kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami sa pagtanggi sa inyong kahilingan sa bayad, maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang aming pasya. Tinatawag itong “paghahain ng apela.” Maaari rin kayong maghain ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa halagang binabayaran namin.

Ang proseso ng pormal na mga apela ay may mga detalyadong proseso at mga deadline. Upang matuto pa tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- Upang maghain ng apela tungkol sa pagbabayad para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Seksyon F.**
- Upang maghain ng apela tungkol sa pagbabayad para sa isang gamot, sumangguni sa **Seksyon G**.

Kabanata 8: Ang inyong mga karapatan at pananagutan

Panimula

Napapaloob sa kabanatang ito ang inyong mga karapatan at pananagutan bilang miyembro ng aming plano. Dapat namin igalang ang inyong mga karapatan. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa inyong mga pangangailangan 242

B. Ang aming responsibilidad para sa inyong napapanahong pag-access sa mga saklaw na serbisyo at gamot..... 253

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang inyong personal na impormasyon ng kalusugan (PHI) 254

C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI..... 255

C2. Ang inyong karapatan na makita ang inyong mga medikal na rekord..... 256

D. Ang aming responsibilidad na magbigay sa inyo ng impormasyon 256

E. Kawalang kakayahan na direktang singilin kayo ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network..... 258

F. Ang inyong karapatan na umalis sa aming plano 258

G. Ang karapatan ninyong gumawa ng mga desisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan..... 258

G1. Ang inyong karapatan na malaman ang inyong mga pagpipilian sa pagpapagamot at gumawa ng mga pasya 259

G2. Ang karapatan ninyong sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makakagawa ng mga pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyong sarili..... 259

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi nasunod ang inyong mga tagubilin 261

H. Ang inyong karapatan na magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon 261

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan 262

I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano 262

J. May karapatan kayong magbigay ng mga rekomendasyon tungkol sa aming patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro 265

K. Pagsusuri ng mga Bagong Teknolohiya 265

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - We can send materials to you in a language other than English or in an alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice.
  - To make a standing request, change a standing request or make a one-time request, please call Member Services at the phone number on the bottom of this page.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نحرص على تقديم كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، إليك بطريقة ذات كفاءة ثقافية ويسهل الوصول إليها من قبل الجميع، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب علينا أيضًا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نطلعك على حقوقك كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيلات الصوتية. للحصول على المواد بأحد التنسيقات البديلة هذه، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو إرسال خطاب إلى:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُسمى ذلك "طلبًا دائمًا". وسنقوم بتوثيق اختيارك.
  - لتقديم طلب دائم أو تغيير طلب دائم أو تقديم طلب لمرة واحدة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود في أسفل هذه الصفحة.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة مشاكل في اللغة أو الإعاقة وكنت ترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- Office for Civil Rights التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ձեր իրավունքը ստանալ ծառայություններ և տեղեկություններ այն եղանակով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, ձեզ տրամադրվեն մշակութային առումով համապատասխան և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացությամբ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ ունեցող, լսողության հետ կապված խնդիրներ ունեցող, տարբեր մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին՝ ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր պլանը կարող է նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ մեծ տառատեսակով, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգել Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Մենք կարող ենք նյութերն ուղարկել անգլերենից բացի այլ լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե հայցեք այն: Սա կոչվում է «մշտական հարցում»: Մենք կփաստաթղթավորենք ձեր ընտրությունը:
  - Մշտական հարցում կատարելու, մշտական հարցումը փոխելու կամ մեկանգամյա հարցում կատարելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպատարկման կենտրոն՝ էջի ներքեւում նշված հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Office of Civil Rights՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:

- U.S Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժնի Office for Civil Rights՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

您有权以符合自身需求的方式获取服务和信息

我们必须确保**所有**服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景且无障碍的方式提供，并且涵盖英语能力有限、阅读能力欠佳、存在听力障碍或者拥有多元文化及种族背景的人士。我们还必须以您能够理解的方式告知您我们计划的福利及您的各项权益。我们必须每年向您说明参与我方计划期间享有的所有权利。

- 如需以您能够理解的方式获取信息，请致电会员服务。本计划提供多语种免费口译服务，随时解答您的疑问。
- 我方计划还为您提供非英语版本的材料，包括大字体、盲文或音频等格式。如需获取上述任一替代格式的材料，请致电会员服务或致函：

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 如果您借此提出要求，我们可以采用非英语版本或替代格式向您提供相关材料。这称为“固定请求”。我们将记录您的选择。
  - 如需提出固定请求、更改固定请求或提出一次性请求，请拨打本页底部的电话号码致电会员服务

如果您因语言问题或残障问题而难以从我方计划中获取信息，并且希望提出投诉，请致电：

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal Office of Civil Rights：916-440-7370。TTY 用户请拨打 711。
- 美国卫生与公众服务部 Office for Civil Rights：1-800-368-1019。TTY 用户请拨打 1-800-537-7697。

حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیر بالینی، به شیوه‌ای از نظر فرهنگی و قابل‌دسترس ازجمله برای کسانی که دارای مهارت محدود در زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومی متنوع هستند، ارائه می‌شود. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هرسال حقوق قانونی را که در طرح ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و در قالب‌هایی در مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی یا قالب‌های دیگر برایتان ارسال کنیم. به این حالت درخواست دوره‌ای "مستمر" گفته می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.
  - برای ثبت یک درخواست دورهای، تغییر یک درخواست دورهای یا ثبت یک درخواست موردی (یکبار مصرف)، لطفاً با بخش خدمات اعضا از طریق شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده است تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- Medi-Cal Office of Civil Rights به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.
- اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکاOffice for Civil Rights , به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

고객의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

당사는 **모든** 임상 및 비임상 서비스가 귀하에게 문화적으로 적합하게 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있는 방식을 보장해야 합니다. 또한 당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 당사 플랜은 가입자들의 질문에 다양한 언어로 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받으려면 가입자 서비스부로 전화를 하거나 아래 주소로 서신을 보내 주십시오.

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 귀하의 요청이 있을 경우, 영어 이외의 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "정기 요청"이라고 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.
  - 정기 요청을 하거나, 정기 요청을 변경하거나, 일회성 요청을 하려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만사항을 제기하길 원하시면

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.
- Medi-Cal 인권 사무국은 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오.
- 미국 사회복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국 (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번을 이용해 주십시오.

Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги, как клинического, так и неклинического характера, предоставлялись вам с учетом культурных особенностей и были доступны всем участникам плана, включая лиц, ограниченно владеющих английским языком, лиц с ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц различного культурного и этнического происхождения. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для получения информации в понятной для вас форме позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на других языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана или напишите по адресу:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим». Мы внесем ваш выбор в свою документацию.
  - Для подачи или изменения постоянно действующего запроса либо подачи однократного запроса позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Office for Civil Rights Департамента здравоохранения и социального обеспечения США по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, le sean brindados de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con dominio limitado del idioma inglés, habilidades de lectura reducidas, discapacidad auditiva o que pertenezcan a diversos contextos culturales y étnicos. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para recibir información de una manera que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.
  - Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere hacer un reclamo, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Office for Civil Rights de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame a la Office for Civil Rights del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa inyong mga pangangailangan

Kailangan naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible, kabilang na para sa mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang inyong mauunawaan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa inyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Puwede kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika bukod sa Ingles o sa alternatibong format, kung hihilingin ninyo ito. Tinatawag itong "standing request". Itatala namin ang inyong pinili.
  - Para gumawa ng standing request, magbago ng standing request, o para sa isang beses na kahilingan, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng teleponong nasa ibaba ng pahinang ito.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Office of Civil Rights ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711.
- Office for Civil Rights ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có xuất thân văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh, bao gồm bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để lấy tài liệu bằng một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc viết thư gửi đến:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị.
  - Để thực hiện yêu cầu thường xuyên, thay đổi yêu cầu thường xuyên hoặc thực hiện yêu cầu một lần, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

Nếu quý vị gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi 711.
- Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

យើងត្រូវធានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស**់ ទាំងគ្លីនិកនិងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកប្រកបដោយសមត្ថភាពផ្នែករបៀបធម៌និងអាចប្រើបានរួមទាំងអ្នកដែលមានភាពស្ទាត់ជំនាញខាងភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជនជាតិផ្សេងៗគ្នា។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពី អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងអ្នក និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តាល់មាត់តាមតិតផ្លែដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមទាំងទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេងបានផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់៖

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - យើងអាចផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឯកសារតាមវិធីបែបនេះ។ នេះហៅថា "ការស្នើសុំអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារតាមជម្រើសរបស់អ្នក។
  - ដើម្បីធ្វើសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ឬធ្វើសំណើសុំសម្រាប់តែម្តង សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ ទូរសព្ទនៅបាតទំព័រនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- Medi-Cal Office of Civil Rights តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យ Office for Civil Rights របស់ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

B. Ang aming responsibilidad para sa inyong napapanahong pag-access sa mga saklaw na serbisyo at gamot

Mayroon kayong mga karapatan bilang isang miyembro ng aming plano.

- Mayroon kayong karapatang pumili ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP) sa aming network. Ang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay isang tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa amin. Makakahanap kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa kung anong mga uri ng tagapagbigay ng serbisyo ang maaaring kumilos bilang PCP at kung paano pumili ng PCP sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
    - Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o tumingin sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* para matuto pa tungkol sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network at kung aling mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- Mayroong kayong karapatan para sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang hindi kumukuha ng referral. Ang referral ay isang pag-apruba mula sa inyong PCP para makapagpatingin sa tagapagbigay ng serbisyo na hindi ninyo PCP.
- May karapatan kayong makakuha ng mga saklaw na serbisyo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network sa loob ng makatuwirang tagal ng panahon.
    - Kasama rito ang karapatang makakuha ng mga napapanahong serbisyo mula sa mga espesyalista.
    - Kung hindi kayo makakakuha ng mga serbisyo sa loob ng makatwirang tagal ng panahon, dapat kaming magbayad para sa pangangalaga sa labas ng network.
- May karapatan kayong makakuha ng mga pang-emergency na serbisyo o pangangalaga na agarang kinakailangan nang walang paunang awtorisasyon (PA).
- May karapatan kayong mapunan ang inyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasya sa network nang walang mahabang pagkaantala.
- May karapatan kayong malaman kung kailan kayo maaaring magpatingin sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Upang malaman ang tungkol sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network, sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- Sa una ninyong pagsali sa aming plano, may karapatan kayong panatilihin ang inyong kasalukuyang mga tagapagbigay ng serbisyo at mga pahintulot sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang ilang mga kundisyon. Upang malaman pa ang tungkol sa pagpapanatili ng inyong mga tagapagkaloob at mga pahintulot sa serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- May karapatan kayong gumawa ng sarili ninyong mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan sa tulong ng inyong pangkat ng pangangalaga at tagapangasiwa ng pangangalaga.

Isinasaad sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang maaari ninyong gawin kung sa tingin ninyo ay hindi ninyo nakukuha ang inyong mga serbisyo o gamot sa loob ng makatwirang tagal ng panahon. Isinasaad rin nito kung ano ang maaari ninyong gawin kung tinanggihan namin ang saklaw para sa inyong mga serbisyo o gamot at hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon.

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang inyong personal na impormasyon ng kalusugan (PHI)

Pinoprotektahan namin ang inyong PHI gaya ng iniaatas ng mga batas ng pederal na pamahalaan at estado.

Kasama sa inyong PHI ang impormasyong ibinigay ninyo sa amin noong nagpatala kayo sa aming plano. Kasama rin dito ang inyong mga medikal na talaan at iba pang impormasyong medikal at pangkalusugan.

May mga karapatan kayong makakuha ng impormasyon at kontrolin kung paano gagamitin ang inyong PHI. Bibigyan namin kayo ng isang nakasulat na abiso na nagpapabatid sa inyo tungkol sa mga karapatan na ito at nagpapaliwanag rin kung paano namin pinoprotektahan ang pagkapribado ng inyong PHI. Ang abiso ay tinatawag na “Abiso ng Kasanayan sa Pagkapribado.”

Ang mga miyembrong maaaring pumayag na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo ay hindi kinakailangang kumuha ng pahintulot ng sinumang miyembro na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo o magsumite ng claim para sa mga sensitibong serbisyo. Ididirekta ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ang mga komunikasyon hinggil sa mga sensitibong serbisyo sa kahaliling itinalagang mailing address, email address, o numero ng telepono ng isang miyembro o, kung walang pagtatalaga, sa pangalan ng miyembro sa address o numero ng telepono na nasa file. Hindi isisiwalat ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ang impormasyong medikal na nauugnay sa mga sensitibong serbisyo sa sinumang iba pang miyembro nang walang nakasulat na pahintulot mula sa miyembrong

tumatanggap ng pangangalaga. Tatanggapin ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ang mga kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon sa anyo at format na hiniling, kung ito ay madaling gawin sa hiniling na anyo at format, o sa mga alternatibong lokasyon. Ang kahilingan ng isang miyembro para sa mga kumpidensyal na komunikasyon na nauugnay sa mga sensitibong serbisyo ay magiging wasto hanggang sa bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsumite ng bagong kahilingan para sa mga kumpidensyal na komunikasyon.

Maaaring magsimula ang isang miyembro ng isang kahilingan sa kumpidensyal na pakikipag-ugnayan sa pamamagitan ng pagsulat sa planong pangkalusugan o sa pamamagitan ng electronic na pagpapadala. Para sa higit pang impormasyon kung paano ito hihilingin, bisitahin ang www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/confidential-communication.html o tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina. Magpapatupad ang insurer ng kalusugan ng kahilingan sa mga kumpidensyal na pakikipag-ugnayan sa loob ng pitong araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang isang electronic na pagpapadala o kahilingan sa telepono, o sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang sulat sa pamamagitan ng first-class na mail.

C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI

Tinitiyak namin na walang hindi awtorisadong tao ang tumitingin o magbabago sa inyong mga talaan.

Maliban sa mga kasong nakasaad sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang inyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay ng inyong pangangalaga o nagbabayad para sa inyong pangangalaga. Kung gagawin namin ito, kinakailangan naming makuha muna ang inyong nakasulat na pahintulot. Kayo, o isang taong legal na awtorisadong gumawa ng mga desisyon para sa inyo, ay maaaring magbigay ng nakasulat na pahintulot.

Minsan hindi namin kailangan munang kunin ang inyong nakasulat na pahintulot. Ang mga eksepsiyon na ito ay pinapahintulutan o iniaatas ng batas:

- Dapat naming ilabas ang PHI sa mga ahensya ng gobyerno na tumitingin sa kalidad ng pangangalaga ng aming plano.
- Maaari kaming maglabas ng PHI kung ipinag-utos ng hukuman, ngunit kung pinahihintulutan lang ito sa ilalim ng batas ng California.
- Dapat naming ibigay sa Medicare ang inyong PHI kasama ang impormasyon tungkol sa inyong mga gamot sa Medicare Part D. Kung ilalabas ng Medicare ang inyong PHI para sa pananaliksik o iba pang paggamit, gagawin nila ito alinsunod sa mga pederal na batas. Kung ibabahagi namin ang inyong impormasyon sa Medi-Cal, isasagawa rin ito alinsunod sa mga batas ng pederal na pamahalaan at estado.

C2. Ang inyong karapatan na makita ang inyong mga medikal na rekord

- May karapatan kayong makita ang inyong mga medikal na rekord at makakuha ng kopya ng inyong mga rekord. Maaari namin kayong singilin para sa paggawa ng kopya ng inyong mga medikal na talaan.
- May karapatan kayong hilingin sa aming i-update o iwasto ang inyong mga medikal na rekord. Kung hihilingin ninyo sa amin na gawin ito, makikipagtulungan kami sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan para magpasya kung dapat gawin ang mga pagbabago.
- May karapatan kayong malaman kung at kung paano namin ibinabahagi ang inyong PHI sa ibang tao para sa anumang layunin na hindi pangkaraniwan.

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

May karapatan kayong tratuhin nang may paggalang at dignidad, sa pagsasaalang-alang sa inyong karapatan sa privacy. Para sa higit pang impormasyong kung paano pinoprotektahan ang inyong pasalita, nakasulat at electronic na impormasyon, at ang inyong mga karapatan, maaaring ninyong i-access ang Abiso ng Kasanayan sa Pagkapribado anumang oras sa go.wellcare.com/HealthNetCA.

D. Ang aming responsibilidad na magbigay sa inyo ng impormasyon

Bilang miyembro ng aming plano, may karapatan kayong makakuha ng impormasyon mula sa amin tungkol sa aming plano, sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, at sa inyong mga saklaw na serbisyo.

Kung hindi kayo nagsasalita ng wikang English, mayroon kaming mga serbisyo ng interpreter na sasagot sa anumang tanong na mayroon kayo tungkol sa aming planong pangkalusugan. Upang makakuha ng tagasalin, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Isa itong libreng serbisyo para sa inyo.

- Puwede kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika bukod sa Ingles o sa alternatibong format, kung hihilingin ninyo ito. Tinatawag itong “standing request”. Itatala namin ang inyong pinili.
- Para gumawa ng standing request, magbago ng standing request, o para sa isang beses na kahilingan, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng telepono sa ibaba ng pahinang ito.

Maaari rin kaming magbigay sa inyo ng impormasyon sa malaking print, braille, o audio.

Kung gusto ninyo ng impormasyon tungkol sa alinman sa mga sumusunod, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro:

- Paano mamili at magpalit ng mga plano
- Ang aming plano, kabilang ang:
    - pinansiyal na impormasyon
    - kung paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plano
    - ang bilang ng mga apela na ginawa ng mga miyembro
    - paano umalis sa aming plano
- Ang aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network at ang aming mga parmasyang nasa network, kasama ang:
    - paano pumili o magpalit ng tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga
    - mga kuwalipikasyon ng aming mga tagapagbigay ng serbisyo at parmasyang nasa network
    - paano namin binabayaran ang mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network namin
- Mga saklaw na serbisyo at gamot, kabilang ang:
    - mga serbisyo (sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito) at mga gamot (sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito) na sinasaklaw ng aming plano
    - mga limitasyon sa inyong saklaw at mga gamot
    - mga tuntunin na dapat ninyong sundin para makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot
- Bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay at ano ang maaari ninyong gawin tungkol dito (sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito), kabilang ang paghiling sa amin na:

- isulat kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay
- palitan ang ginawa naming desisyon
- bayaran ang isang bill na natanggap ninyo

E. Kawalang kakayahan na direktang singilin kayo ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network

Hindi kayo maaaring pagbayarin ng mga doktor, ospital, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo na nasa aming network para sa mga saklaw na serbisyo. Hindi rin nila maaaring balansehin ang bill o maningil sa inyo kung mas mababa ang binayaran namin kaysa sa halagang sinisingil ng tagapagbigay ng serbisyo. Upang malaman kung ano ang gagawin kung susubukan kayong singilin ng isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro*.

F. Ang inyong karapatan na umalis sa aming plano

Walang makakapigil sa inyo na manatili sa aming plano kung hindi ninyo gusto.

- May karapatan kayong makuha ang karamihan sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Original Medicare o ibang plano ng Medicare Advantage (MA).
- Makukuha ninyo ang inyong mga benepisyo sa gamot ng Medicare Part D mula sa isang plano ng gamot o mula sa iba pang plano ng MA.
- Sumangguni sa **Kabanata 10** ng *Handbook ng Miyembro* na ito:
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan kayo maaaring sumali sa isang bagong plano ng MA o plano ng mga benepisyo sa gamot.
  - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano ninyo makukuha ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal kung aalis kayo sa aming plano.

G. Ang karapatan ninyong gumawa ng mga desisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan

May karapatan kayo para sa buong impormasyon mula sa inyong mga doktor at iba pang

tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan para tulungan kayong gumawa ng mga desisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan.

G1. Ang inyong karapatan na malaman ang inyong mga pagpipilian sa pagpapagamot at gumawa ng mga pasya

Dapat ipaliwanag sa inyo ng inyong mga tagapagbigay ng serbisyo ang inyong kundisyon at ang inyong mga pagpipiliang pagpapagamot sa paraang mauunawaan ninyo. May karapatan kayong:

- **Malaman ang inyong mga pagpipilian.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa lahat ng opsyon sa paggamot.
- **Malaman ang mga panganib.** May karapatan kayong masabihan ng tungkol sa anumang nauugnay na panganib. Dapat naming sabihin sa inyo nang maaga kung ang anumang serbisyo o paggamot ay bahagi ng isang eksperimento sa pananaliksik. May karapatan kayong tumanggi sa mga paggamot na sinusubukan pa lang.
- **Makakuha ng pangalawang opinyon.** May karapatan kayong magpatingin sa isa pang doktor bago magpasya sa pagpapagamot.
- **Humindi.** May karapatan kayong tumanggi sa anumang paggamot. Kasama rito ang karapatang lumabas sa isang ospital o ibang medikal na pasilidad, kahit na pinayuhan kayo ng inyong doktor na huwag gawin ito. May karapatan kayong itigil ang pag-inom sa isang iniresetang gamot. Kung tatanggihan ninyo ang paggamot o ititigil ang pag-inom ng isang iniresetang gamot, hindi namin kayo aalisin sa aming plano. Gayunpaman, kung tatanggihan ninyo ang paggamot o ititigil ang pag-inom ng isang gamot, tinatanggap ninyo ang buong pananagutan sa kung ano ang mangyayari sa inyo.
- **Hilingin sa amin na ipaliwanag kung bakit tinanggihan ng isang tagapagbigay ng serbisyo ang pangangalaga.** May karapatan kayong makakuha ng paliwanag mula sa amin kung tinanggihan ng isang tagapagbigay ng serbisyo ang pangangalaga na sa tingin niyo ay dapat ninyong matanggap.
- **Hilingin sa amin na saklawin ang isang serbisyo o gamot na tinanggihan o na karaniwang hindi sinasaklaw.** Ito ay tinatawag na desisyon sa pagsaklaw. Isinasaad sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano humiling sa amin ng isang desisyon sa pagsaklaw.

G2. Ang karapatan ninyong sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makakagawa ng mga pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyong sarili

Minsan hindi makagawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan ang mga tao para sa kanilang mga sarili. Bago iyon mangyari sa inyo, maaari ninyong:

- Punuan ang isang nakasulat na form para **bigyan ang isang tao ng karapatan na gumawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyo** kung hindi ninyo magagawang magdesisyon para sa inyong sarili.
- **Bigyan ang inyong mga doktor ng mga nakasulat na tagubilin** tungkol sa kung paano pangangasiwaan ang inyong pangangalagang pangkalusugan kung mawalan kayo ng kakayahang magpasya para sa inyong sarili, pati na ang pangangalagang **hindi** ninyo gustong matanggap.

Ang legal na dokumento na magagamit ninyo para magbigay ng mga pahintulot ay tinatawag na “paunang direktiba.” May iba't ibang uri ng mga paunang direktiba at iba't ibang pangalan ang mga ito. Ang mga halimbawa ay isang living will at isang power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi niyo kinakailangang magkaroon ng paunang direktiba, ngunit maaari ninyong naisin. Narito ang dapat gawin kung gusto ninyong gumamit ng paunang direktiba:

- **Kunin ang form.** Maaari ninyong kunin ang form mula sa inyong doktor, sa isang abogado, sa isang social worker, o sa ilang tindahan ng supply sa opisina. Ang mga parmasya at tanggapan ng tagapagbigay ng serbisyo ay kadalasang mayroong mga form. Maaari kayong makahanap ng isang libreng form online at i-download ito.
- **Punan ang form at lagdaan ito.** Ang form ay isang legal na dokumento. Dapat ninyong isaalang-alang ang na kumuha ng abogado o ibang taong pinagkakatiwalaan ninyo, tulad ng isang miyembro ng pamilya o inyong PCP, na tulungan kayong kumpletuhin ito.
- **Bigyan ng mga kopya ang mga taong kailangang makaalam.** Bigyan ng kopya ng form ang inyong doktor. Dapat din ninyong bigyan ng kopya ang taong itinalaga ninyo na gagawa ng mga desisyon para sa inyo kung hindi ninyo kaya. Maaari rin ninyong gustuhing magbigay ng mga kopya sa inyong mga kaibigan o miyembro ng pamilya. Magtago ng isang kopya sa bahay.
- Kung maoospital kayo at mayroon kayong pinirmahang paunang direktiba, **magdala ng kopya nito sa ospital**.
    - Itatanong ng ospital kung mayroon kayong pinirmahang form ng paunang direktiba at kung dala ninyo ito.
    - Kung wala kayong pinirmahang form ng paunang direktiba, may mga form ang

ospital at magtatanong kung gusto ninyong pumirma ng isa.

May karapatan kayong:

- Ilagay ang inyong paunang direktiba sa inyong mga medikal na rekord.
- Baguhin o kanselahin ang inyong paunang direktiba anumang oras.
- Alamin ang tungkol sa mga pagbabago sa pagsusulong ng mga batas sa direktiba. Ipapaalam sa inyo ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ang tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado nang hindi lalampas sa 90 araw pagkatapos ng pagbabago.

Ayon sa batas, walang makakatangging bigyan kayo ng pangangalaga o walang makakapagdiskrimina sa inyo batay sa kung pumirma ba kayo o hindi ng paunang direktiba. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi nasunod ang inyong mga tagubilin

Kung pumirma kayo ng isang paunang direktiba at sa palagay ninyo ay hindi sinunod ng isang doktor o ospital ang mga tagubilin dito, maaari kayong magreklamo sa inyong lokal na Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Maaari ninyong tawagan ang Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

H. Ang inyong karapatan na magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon

Isinasaad sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang maaari ninyong gawin kung mayroon kayong anumang problema o alalahanin tungkol sa inyong mga saklaw na serbisyo o pangangalaga. Halimbawa, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng isang desisyon sa pagsaklaw, gumawa ng isang apela para baguhin ang desisyon sa pagsaklaw, o maghain ng reklamo.

May karapatan kayong makakuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamo na isinampa laban sa amin ng iba pang miyembro ng plano. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para makuha ang impormasyong ito.

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan

Kung sa tingin ninyo ay hindi patas ang pakikitungo namin sa inyo – at **hindi** ito tungkol sa diskriminasyon sa mga kadahilanang nakalista sa **Kabanata 11** ng *Handbook ng Miyembro* na ito – o gusto ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan, maaari kayong tumawag sa:

- Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- Ang Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222 (TTY: 1-800-735-2929). Para sa karagdagang detalye tungkol sa HICAP, sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Ang Ombudsman ng Medi-Cal sa 1-888-452-8609. Para sa karagdagang detalye tungkol sa programang ito, sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. (Maaari din ninyong basahin o i-download ang “Medicare Rights & Protections” (“Mga Karapatan at Proteksyon ng Medicare”) na makikita sa website ng Medicare sa www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano

Bilang isang miyembro ng plano, mayroon kayong pananagutan na gawin ang mga bagay na nakalista sa ibaba. Kung mayroon kayong anumang katanungan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro*** na ito para malaman kung ano ang sinasaklaw ng aming plano at ang mga panuntunang dapat sundin para makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa inyong:
  - Mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Isinasaad sa mga kabanatang iyon kung ano ang sinasaklaw, ano ang hindi saklaw, anong mga panuntunan ang kailangan ninyong sundin, at kung ano ang inyong babayaran.
  - Mga saklaw na gamot, sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

- **Sabihin sa amin ang tungkol sa anumang iba pang saklaw sa kalusugan o gamot** na mayroon kayo. Dapat naming tiyakin na ginagamit ninyo ang lahat ng inyong mga mapagpipiliang saklaw kapag kukuha kayo ng pangangalagang pangkalusugan. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kung mayroon kayong iba pang saklaw.
- **Ipaalam sa inyong doktor at iba pang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan** na miyembro kayo ng aming plano. Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro kapag kumukuha kayo ng mga serbisyo o gamot.
- **Tulungan ang inyong mga doktor** at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na bigyan kayo ng pinakamahusay na pangangalaga.
    - Bigyan sila ng impormasyon na kailangan nila tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan. Alamin ang higit pa hangga't maaari tungkol sa inyong mga problema sa kalusugan. Sundin ang mga plano sa paggamot at mga tagubilin na pinagkasunduan niyo at ng inyong mga tagapagbigay ng serbisyo.
    - Tiyakin na alam ng inyong mga doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ang tungkol sa lahat ng gamot na inyong iniinom. Kasama rito ang mga inireresetang gamot, mga gamot na nabibili nang walang reseta, bitamina, at suplemento.
    - Itanong ang anumang mga katanungan na mayroon kayo. Tungkulin ninyong unawain ang inyong mga problema sa kalusugan at tumulong na magtakda ng mga layunin ng paggamot na pinagkasunduan ninyo ng inyong doktor. Dapat ipaliwanag sa inyo ng inyong mga doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ang mga bagay sa isang paraan na mauunawaan ninyo. Kung magtatanong kayo at hindi ninyo maunawaan ang sagot, magtanong muli.
- **Makipagtulungan sa inyong tagapangasiwa ng pangangalaga** kabilang ang pagkumpleto ng isang taunang pagtatasa ng panganib sa kalusugan.
- **Maging maunawain.** Inaasahan namin na igagalang ng lahat ng miyembro ng plano ang mga karapatan ng iba. Inaasahan din namin kayong kumilos nang may paggalang sa tanggapan ng inyong doktor, mga ospital, at ibang tanggapan ng mga tagapagbigay ng serbisyo.
- **Bayaran ang dapat ninyong bayaran.** Bilang miyembro ng plano, tungkulin ninyong bayaran ang mga sumusunod:
    - Mga premium ng Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), Medi-Cal ang magbabayad para sa inyong premium sa Medicare Part A at para sa inyong premium sa Medicare Part B.

- **Kung kukuha kayo ng anumang serbisyo o gamot na hindi sinasaklaw ng aming plano, dapat ninyong bayaran ang buong gastos.** (**Tandaan:** Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon na huwag saklawin ang isang serbisyo o gamot, maaari kayong umapela. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** upang malaman kung paano maghain ng apela.)

- **Sabihin ninyo sa amin kung lilipat kayo ng tirahan.** Kung may balak kayong lumipat ng plano, ipaalam kaagad sa amin. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.
  - **Kung lilipat kayo sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar, hindi kayo maaaring manatili sa aming plano.** Tanging ang mga tao na nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar ang maaaring maging miyembro ng planong ito. Ipinapaalam sa inyo ng **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang tungkol sa aming sineserbisyuhang lugar.
  - Matutulungan namin kayong malaman kung lilipat kayo sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar. Sa panahon ng isang natatanging panahon ng pagpapatala, maaari kayong lumipat sa Original Medicare o magpatala sa planong pangkalusugan o plano ng gamot ng Medicare sa inyong bagong lokasyon. Maaari naming sabihin sa inyo kung mayroon kaming plano sa inyong bagong lugar.
  - Ipaalam sa Medicare at Medi-Cal ang inyong bagong address kapag lumipat kayo. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga numero ng telepono para sa Medicare at Medi-Cal.
  - **Kung lilipat kayo at mananatili sa aming sineserbisyuhang lugar, kailangan pa rin naming malaman.** Kailangan naming panatilihing pinakabago ang inyong talaan ng pagiging miyembro at malaman kung paano makikipag-ugnayan sa inyo.
  - **Kung lilipat kayo, ipaalam ito sa Panlipunang Seguridad (o sa Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles).**

- **Ipaalam sa amin kung mayroon kayong bagong numero ng telepono** o mas mahusay na paraan para makipag-ugnayan sa inyo.

- **Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa tulong kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin.**

J. May karapatan kayong magbigay ng mga rekomendasyon tungkol sa aming patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro

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

K. Pagsusuri ng mga Bagong Teknolohiya

Kabilang sa mga bagong teknolohiya ang mga procedure, gamot, biological 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, sinusuri ng aming plano ang mga bagong teknolohiya o mga bagong paggamit sa mga dati nang teknolohiya para tukuyin kung dapat bang idagdag ang isang bagong paggamot o pangangalaga sa benepisyo ng plano. Upang matiyak na may access ang mga miyembro sa ligtas at epektibong pangangalaga, sinusuri ng aming plano ang mga sumusunod:

- 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.
- mga alituntuning nakabatay sa ebidensya na ginawa ng mga pambansang organisasyon at kinikilalang awtoridad.
- mga 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)).

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

Panimula

Naglalaman ang kabanatang ito ng impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Basahin ang kabanatang ito para malaman kung ano ang dapat gawin kung:

- Mayroon kayong problema o reklamo tungkol sa aming plano.
- Kailangan ninyo ng serbisyo, item, o gamot na sinabi ng aming plano na hindi nito babayaran.
- Hindi kayo sumasang-ayon sa isang desisyon na ginawa ng aming plano tungkol sa inyong pangangalaga.
- Sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong mga saklaw na serbisyo.
- Mayroon kayong problema o reklamo sa inyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta, na may kasamang Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (CBAS) at Nursing Facility (NF).

Ang kabanatang ito ay nasa iba't ibang seksyon para matulungan kayong madaling mahanap ang inyong hinahanap. **Kung mayroon kayong problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa inyong sitwasyon.**

Dapat kayong makatanggap ng pangangalagang pangkalusugan, mga gamot, at mga serbisyo at suporta na pangmatagalan na tutukuyin ng inyong doktor at ibang mga tagapagbigay ng serbisyo na kinakailangan para sa pangangalaga sa inyo bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga. **Kung mayroon kayong problema sa inyong pangangalaga, maaari kayong tumawag sa Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077 para sa tulong.** Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang iba't ibang opsyon na mayroon kayo para sa iba't ibang problema at reklamo, ngunit maaari ninyong tawagan palagi ang Programa ng Ombudsman para tulungan kayong gabayan sa inyong problema. Para sa mga karagdagang mapagkukunan upang matugunan ang inyong mga alalahanin at mga paraan upang makipag-ugnayan sa kanila, sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o alalahanin 268

A1. Tungkol sa mga legal na termino 269

B. Saan makakakuha ng tulong 269

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong 269

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano 271

D. Mga problema sa inyong mga benepisyo 271

E. Mga desisyon at apela sa pagsaklaw 272

E1. Mga desisyon sa pagsaklaw 272

E2. Mga Apela 273

E3. Tulong sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela 273

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo 275

F. Medikal na pangangalaga 275

F1. Paggamit sa seksyong ito 275

F2. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw 277

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela 280

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela 284

F5. Mga problema sa pagbabayad 291

G. Mga gamot sa Medicare Part D 293

G1. Mga desisyon sa pagsaklaw at apela sa Medicare Part D 293

G2. Mga eksepsiyon sa Medicare Part D 295

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling para sa isang eksepsiyon 297

G4. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang isang eksepsiyon 297

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela 301

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela 303

H. Paghiling sa aming saklawan ang mas mahabang panahon ng pamamalagi sa ospital 306

H1. Kaalaman tungkol sa inyong mga karapatan sa Medicare....306

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela....308

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela....310

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na medikal na serbisyo....311

I1. Paunang abiso bago matapos ang inyong saklaw....312

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela....312

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela....314

J. Pagdadala ng inyong apela sa mas mataas sa Antas 2....315

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare....315

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal....317

J3. Apela sa Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan ng Medicare Part D na Gamot....317

K. Paano maghain ng reklamo....319

K1. Anong uri ng mga problema ang dapat maging reklamo....319

K2. Mga internal na reklamo....321

K3. Mga external na reklamo....323

A. Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o alalahanin

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano haharapin ang mga problema at alalahanin. Ang prosesong ginagamit ninyo ay depende sa uri ng problema na mayroon kayo. Gumamit ng isang proseso para sa **mga desisyon sa pagsaklaw at apela** at isa pa para sa **paghahain ng reklamo** (tinatawag ding mga karaingan).

Upang matiyak ang pagiging patas at pagiging maagap, ang bawat proseso ay may hanay ng mga panuntunan, proseso, at mga deadline na dapat naming sundin.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

A1. Tungkol sa mga legal na termino

May mga legal na termino sa kabanatang ito para sa ilang panuntunan at mga deadline. Marami sa mga terminong ito ay maaaring mahirap unawain, kaya gumagamit kami ng mas simpleng mga salita bilang kapalit ng ilang partikular na legal na termino kapag kaya namin. Gumagamit kami ng pagdadaglat ng kaunti hangga't maaari.

Halimbawa, sasabihin namin ang:

- “Paghahain ng reklamo” sa halip na “paghahain ng karaingan”
- “Desisyon sa pagsaklaw” sa halip na “pagpapasya ng organisasyon,” “pagpapasya sa benepisyo,” “pagpapasya sa panganib,” o “desisyon sa pagsaklaw”
- “mabilisang desisyon sa pagsaklaw” sa halip na “pinabilis na pagpapasya”
- “Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri (IRO)” sa halip na “Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri” (IRE)

Ang pag-alam sa mga wastong legal na termino ay maaaring makatulong sa inyong makipag-ugnayan nang mas malinaw, kaya ibibigay din namin ang mga iyon.

B. Saan makakakuha ng tulong

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong

Minsan nakakalito na simulan o sundin ang proseso para sa pagharap sa isang problema. Ito ay maaaring totoo lalo na kung hindi maganda ang inyong pakiramdam o may limitadong enerhiya. Sa ibang pagkakataon, maaaring wala kayo ng impormasyong kailangan ninyo para gawin ang susunod na hakbang.

Tulong mula sa aming plano

Maaari ninyong tawagan ang aming plano sa 1-800-431-9007 (TTY: 711) upang tumulong sa pagresolba ng problema o pagsagot sa mga tanong.

Tulong mula sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan

Maaari rin ninyong tawagan ang Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) sa 1-800-434-0222. Maaari rin ninyong tingnan ang kanilang website sa https://www.aging.ca.gov/hicap/. Masasagot ng mga tagapayo sa HICAP ang inyong mga tanong at tutulungan nila kayong maunawaan kung ano ang dapat gawin tungkol sa inyong problema. Ang HICAP ay hindi konektado sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Mayroong mga sinanay na tagapayo ang HICAP sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre. Ang numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

Tulong mula sa Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal

Maaari ninyong tawagan ang Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal at makipag-usap sa isang tagapagtaguyod tungkol sa inyong mga katanungan sa saklaw sa kalusugan. Maaaring mag-alok sila nang libreng legal na tulong. Hindi konektado ang Programa ng Ombudsman sa amin o sa alinmang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang kanilang numero ng telepono ay 1-855-501-3077 at ang kanilang website ay www.healthconsumer.org.

Tulong at impormasyon mula sa Medicare

Para sa higit pang impormasyon at tulong, maaari kayong makipag-ugnayan sa Medicare. Narito ang dalawang paraan para makahingi ng tulong mula sa Medicare:

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang website ng Medicare (www.medicare.gov).

Tulong mula sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makakatulong ang Ombudsman ng Medi-Cal Managed Care ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (DHCS) ng California. Makakatulong sila kung mayroon kayong mga problema sa pagsali, paglipat, o pag-alis sa isang planong pangkalusugan. Makakatulong din sila kung kayo ay lumipat at nahihirapan kayong ilipat ang inyong Medi-Cal sa inyong bagong county. Maaari ninyong tawagan ang Ombudsman Lunes hanggang Biyernes, mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. sa 1-888-452-8609 (TTY: 711).

Tulong mula sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makipag-ugnayan sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) para sa libreng tulong. Ang DMHC ang responsable sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao na may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa bayarin. Ang numero ng telepono ay **1-888-466-2219**. Ang mga indibiduwal na bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ay maaaring gamitin ang walang bayad na numero ng TDD, na **1-877-688-9891**. Maaari rin ninyong bisitahin ang website ng DMHC sa **www.dmhc.ca.gov**.

Ang Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California ang responsable sa pagkontrol sa mga plano sa serbisyong pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kayong karaingan laban sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna kayong tumawag sa inyong planong pangkalusugan sa **1-800-431-9007 (TTY: 711)** at gamitin ang proseso ng karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa

departamento. Ang paggamit sa proseso ng karaingan na ito ay hindi nagbabawal sa anumang potensiyal na legal na mga karapatan o remedyong maaari ninyong gamitin. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan kaugnay ng isang emergency, isang karaingang hindi nakasisiyang niresolba ng inyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na nananatiling hindi pa nareresolba nang mahigit 30 araw, maaari ninyong tawagan ang departamento para sa tulong. Maaari rin kayong maging kwalipikado sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (IMR). Kung karapat-dapat kayo para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng walang kinikilingang pagsusuri ng mga medikal na desisyon na ginawa ng isang planong pangkalusugan na may kaugnayan sa medikal na pangangailangan ng iminungkahing serbisyo o paggamot, pagsaklaw para sa mga desisyon para sa mga paggamot na sinusubukan o sinisiyasat pa lang at mga hindi pinagkasunduan na pagbabayad para sa mga emergency o agarang serbisyong medikal. May toll-free na numero ng telepono din ang departamento (**1-888-466-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) para sa nahihirapang makarinig at makapagsalita. Ang internet website ng departamento na **www.dmhc.ca.gov** ay may mga form para sa reklamo, form sa pag-apply sa IMR, at mga tagubilin online.

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano

Mayroon kayong Medicare at Medi-Cal. Ang impormasyon sa kabanatang ito ay nalalapat sa **lahat** ng inyong benepisyo sa Medicare at Medi-Cal managed care. Tinatawag ito minsang “pinagsamang proseso” dahil pinagsasama, o pinag-iisa nito, ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Kung minsan, hindi maaaring pagsamahin ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal. Sa mga sitwasyong iyon, gumagamit kayo ng isang proseso para sa benepisyo ng Medicare at isa pang proseso para sa benepisyo ng Medi-Cal. Ipinapaliwanag sa **Seksyon F4** ang mga sitwasyong ito.

D. Mga problema sa inyong mga benepisyo

Kung mayroon kayong problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa inyong sitwasyon. Tutulungan kayo ng sumusunod na chart na mahanap ang tamang seksyon sa kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Ang problema o alalahanin ba ninyo ay tungkol sa inyong mga benepisyo o sa pagsaklaw?

Kasama rito ang mga problema tungkol sa kung sasaklawin ba o hindi ang partikular na 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 tungkol sa pagbabayad para sa medikal na pangangalaga.

Oo.	**Hindi.**
Ang problema ko ay tungkol sa mga benepisyo o pagsaklaw.	Ang problema ko ay hindi tungkol sa mga benepisyo o pagsaklaw.
Sumangguni sa **Seksyon E**, “Mga desisyon at apela sa pagsaklaw.”	Sumangguni sa **Seksyon K**, “Paano maghain ng reklamo.”

E. Mga desisyon at apela sa pagsaklaw

Ang proseso sa paghiling ng desisyon sa pagsaklaw at paghahain ng apela ay humaharap sa mga problemang may kinalaman 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, karaniwan naming tinutukoy ang mga medikal na item, serbisyo, at Bahagi B na mga gamot 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.

E1. Mga desisyon sa pagsaklaw

Ang desisyon sa pagsaklaw ay isang desisyong ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halagang binabayaran namin para sa inyong mga medikal na serbisyo o gamot. Kayo o ang inyong doktor ay maaari ring makipag-ugnayan sa amin at humiling ng isang desisyon sa pagsaklaw. Kayo ang inyong doktor ay maaaring hindi sigurado kung sinasaklaw namin ang isang partikular na serbisyong medikal o kung maaari kaming tumanggi na magbigay ng medikal na pangangalaga na sa tingin ninyo ay inyong kailangan. **Kung gusto ninyong malaman kung sasaklawin namin ang isang medikal na serbisyo bago ninyo ito makuha, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw para sa inyo.**

Gumagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw kapag nakatanggap kami ng kahilingan para sa isang serbisyo o ng isang claim. Sa ilang mga kaso, maaari kaming magpasya na hindi na saklawin ang isang serbisyo o gamot para sa inyo ng Medicare o Medi-Cal. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa pagsaklaw na ito, maaari kayong maghain ng apela.

E2. Mga Apela

Kung gagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw at hindi sapat sa inyo ang desisyong ito, maaari ninyong “iapela” ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin namin ang aming ginawang desisyon sa pagsaklaw.

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 para tingnan kung sinunod namin nang tama ang lahat ng panuntunan. Iba't ibang mga tagasuri kaysa sa mga gumawa ng orihinal na hindi kanais-nais na desisyon ang humahawak sa inyong apela.

Sa karamihan ng mga kaso, dapat ninyong simulan ang inyong pag-apela sa Antas 1. Kung ang inyong problema sa kalusugan ay agaran o nauugnay sa agaran at malaking panganib sa inyong kalusugan, o kung nakakaranas kayo ng matinding pananakit at kailangan ninyo ng mas mabilis na desisyon, maaari kayong humiling ng Medikal na Pagsusuri sa IMR mula sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dmhc.ca.gov. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon.

Kapag nakumpleto na namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon. Sa ilalim ng ilang partikular na pagkakataon, na ipinaliwanag sa bandang huli ng kabanatang ito, maaari kayong humiling ng isang pinabilis o “mabilisang desisyon sa pagsaklaw” o “mabilis na apela” ng isang desisyon sa pagsaklaw.

Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagsaklaw sa isang medikal na pangangalaga ng Medicare, ipapabatid sa inyo sa sulat na ipinadala namin ang kaso ninyo sa Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri (IRO) para sa Antas 2 na Apela. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagsaklaw ng isang serbisyo o item na nasa Medicare Part D o Medicaid, sasabihin sa inyo sa liham kung paano kayo mismo maghahain ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 2 na Apela.

Kung hindi kayo nasisiyahan sa desisyon sa Antas 2 na Apela, maaari kayong dumaan sa mga karagdagang antas ng apela.

E3. Tulong sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela

Maaari kayong humingi ng tulong sa alinman sa mga sumusunod:

- **Mga Serbisyo para sa Miyembro** sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- **Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077.**
- **Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP)** sa 1-800-434-0222.

- **Ang Help Center sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC)** para sa libreng tulong. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao na may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa bayarin. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibiduwal na bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang walang bayad na numero ng TDD, na 1-877-688-9891. Maaari rin ninyong bisitahin ang website ng DMHC sa www.dmhc.ca.gov. Bagama't kayang matulungan ng DMHC ang mga taong nasa mga plano ng Pinamamahalaang Medi-Cal, hindi nito matutulungan ang mga taong nasa mga Medicare na plano lang at nasa mga sumusunod na Sistemang Pangkalusugan na Inorganisa ng County (COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health, at CalOptima. Ang pederal na pamahalaan ang nagbabantay sa Medicare at mga plano, at ang Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ang nagbabantay sa mga plano ng COHS.

- **Inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo**. Maaaring humiling ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng isang desisyon sa pagsaklaw o apela sa ngalan ninyo.

- **Isang kaibigan o kapamilya**. Maaari ninyong pangalanan ang isa pang tao para kumilos para sa inyo bilang inyong "kinatawan" at humiling ng isang desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela.

- **Isang abogado**. May karapatan kayong kumuha ng abogado, ngunit **hindi ninyo kinakailangang magkaroon ng abogado** para humiling ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela.

    - Tawagan ang inyong sariling abogado, o kunin ang pangalan ng isang abogado mula sa lokal na asosasyon ng bar o iba pang serbisyo ng referral. Bibigyan kayo ng ilang legal na grupo ng mga libreng serbisyong legal kung kwalipikado kayo.

    - Humingi ng legal na tulong sa abogado mula sa Programa ng Ombudsperson ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077.

Punan ang form ng Paghirang ng Kinatawan kung gusto ninyo ng abogado o ibang tao na kumilos bilang inyong kinatawan. Ang form ay nagbibigay ng pahintulot sa isang tao na kumilos para sa inyo.

Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina at hilingin ang form na "Paghirang ng Kinatawan". Maaari rin ninyong makuha ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa

aming website sa https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html. **Dapat ninyo kaming bigyan ng kopya ng nalagdaang form.**

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo

Mayroong apat na sitwasyon na kinasasangkutan ng mga desisyon sa pagsaklaw at mga apela. Ang bawat sitwasyon ay may magkakaibang tuntunin at deadline. Nagbibigay kami ng mga detalye para sa bawat isa sa isang hiwalay na seksyon ng kabanatang ito. Sumangguni sa seksyong naaangkop:

- **Seksyon F**, “Medikal na pangangalaga”
- **Seksyon G**, “Mga gamot sa Medicare Part D”
- **Seksyon H**, “Paghiling sa amin na saklawin ang mas mahabang pamamalagi sa ospital”
- **Seksyon I**, “Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na medikal na serbisyo” (Ang seksyong ito ay naaangkop lang sa mga serbisyong ito: pangangalagang pangkalusugan 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 seksyon ang gagamitin, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina.

F. Medikal na pangangalaga

Isinasaad sa seksyong ito kung ano ang dapat gawin kung may mga problema kayo sa pagsaklaw para sa medikal na pangangalaga o kung gusto ninyong bayaran namin kayo para sa aming bahagi sa gastusin sa inyong pangangalaga. Para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng mas mahabang pananatili sa ospital, mangyaring sumangguni sa **Seksyon H**.

Ang seksyong ito ay tungkol sa inyong mga benepisyo para sa medikal na pangangalaga na inilalarawan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito sa chart ng mga benepisyo. Sa ilang sitwasyon, maaaring may iba't ibang panuntunan na malapat sa isang gamot sa Medicare Part B. Kapag naaangkop, ipinapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga gamot sa Medicare Part B sa mga panuntunan para sa mga medikal na serbisyo at item.

F1. Paggamit sa seksyong ito

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang maaari ninyong gawin sa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa tingin ninyo sinasaklaw namin ang medikal na pangangalaga na kailangan ninyo ngunit hindi nakukuha.

   Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari kayong humiling sa amin na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw. Sumangguni sa **Seksyon F2**.

2. Hindi namin inaprubahan ang pangangalagang medikal na gustong ibigay sa inyo ng inyong doktor o iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan, at sa tingin ninyo ay dapat aprubahan namin.

   Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Sumangguni sa **Seksyon F3**.

3. Nakatanggap kayo ng medikal na pangangalaga na sa tingin ninyo ay sinasaklaw namin, ngunit hindi namin babayaran.

   Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari ninyong iapela ang desisyon naming hindi magbayad. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

4. Nakuha at binayaran ninyo ang medikal na pangangalaga na akala ninyo ay sinasaklaw namin, at gusto ninyong ibalik namin sa inyo ang inyong ibinayad.

   Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

5. Binawasan o itinigil namin ang inyong saklaw para sa ilang partikular na medikal na pangangalaga, at sa palagay ninyo ay maaaring makapinsala sa inyong kalusugan ang aming desisyon.

   Ang maaari ninyong gawin: Maaari ninyong iapela ang aming desisyon na bawasan o ihinto ang pangangalagang medikal. Sumangguni sa **Seksyon F4**.

   - Kung ang saklaw ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o CORF, nalalapat ang mga espesyal na tuntunin. Sumangguni sa **Seksyon H** o **Seksyon I** para malaman ang higit pa.

   - Para sa lahat ng iba pang sitwasyon na kinasasangkutan ng pagbabawas o pagpapahinto sa inyong saklaw para sa ilang partikular na medikal na pangangalaga, gamitin ang seksyong ito (**Seksyon F**) bilang inyong gabay.

6. Nakakaranas kayo ng mga pagkaantala sa pangangalaga o hindi kayo makahanap ng doktor.

   Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari kayong maghain ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K2**.

F2. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw

> Kapag ang isang desisyon sa pagsaklaw ay nauugnay sa inyong medikal na pangangalaga, ito ay tinatawag na **pinagsama-samang pagpapasya ng organisasyon**.

Kayo, ang inyong doktor, o ang inyong kinatawan ay maaaring humiling sa amin ng desisyon sa pagsaklaw 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.
- pag-fax: 1-844-222-3180.
- pagsulat: Medical Management
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

Karaniwang desisyon sa pagsaklaw

Kapag ibinigay namin sa inyo ang aming desisyon, ginagamit namin ang “karaniwang” mga deadline maliban kung sumasang-ayon kaming gamitin ang “mabilis” na mga deadline. Ang isang karaniwang desisyon sa pagsaklaw ay nangangahulugan na binibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng:

- **Limang araw na may pasok,** at hindi tatagal nang **pitong araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan **para sa isang medikal na serbisyo o item na napapailalim sa mga panuntunan namin sa paunang awtorisasyon.**
- **Limang araw na may pasok,** at hindi tatagal nang **14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan **para sa lahat ng iba pang medikal na serbisyo o item**.
- **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan **para sa isang gamot sa Medicare Part B**.

Para sa isang medikal na item o serbisyo,maaari kaming abutin nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo kung hihingi kayo ng karagdagang oras o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon na maaari ninyong mapakinabangan (tulad ng mga medikal na rekord mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network). Kung abutin kami ng ilan pang araw

upang gawin ang desisyon, sasabihin namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat. **Hindi kami maaaring abutin ng ilan pang araw kung ang inyong kahilingan ay para sa iniresetang gamot ng Medicare Part B.**

Kung sa tingin ninyo ay **hindi** kami dapat abutin nang ilan pang araw, maaari kayong gumawa ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na abutin nang ilan pang araw. Kapag gumawa kayo ng isang mabilis na reklamo, bibigyan namin kayo ng sagot sa inyong reklamo sa loob ng 24 oras. Naiiba ang proseso ng paghahain ng reklamo sa proseso ng mga desisyon sa pagsaklaw at apela. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K.**

Mabilisang desisyon sa pagsaklaw

> Ang legal na termino para sa mabilisang desisyon sa pagsaklaw ay **pinabilis na pagpapasya**.

Kapag hiniling ninyo sa amin na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong medikal na pangangalaga na nangangailangan ng mabilis na pagtugon, hilingin sa amin na gumawa ng “mabilisang desisyon sa pagsaklaw.” Ang isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw ay nangangahulugan na binibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng:

- **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan **para sa isang medikal na serbisyo o item**.
- **24 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan **para sa isang gamot sa Medicare Part B**.

Para sa isang medikal na item o serbisyo, maaari kaming abutin nang hanggang 14 pang araw sa kalendaryo kung may makita kaming nawawalang impormasyon na maaring mapakinabangan ninyo (tulad ng mga medikal na rekord mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network) o kung kailangan ninyo ng oras upang makakuha sa amin ng impormasyon para sa pagsusuri. Kung abutin kami ng ilan pang araw upang gawin ang desisyon, sasabihin namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat. **Hindi kami maaaring abutin nang ilan pang oras kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Medicare Part B.**

Kung sa tingin ninyo ay **hindi** kami dapat abutin nang ilan pang araw upang gawin ang desisyon sa pagsaklaw, maaari kayong gumawa ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na abutin nang ilan pang araw. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K.** Tatawagan namin kayo sa sandaling nagawa namin ang pasya.

Upang makakuha ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw, dapat ninyong matugunan ang dalawang kinakailangan:

- Humihiling kayo ng pagsaklaw para sa mga medikal na item at/o serbisyong **hindi ninyo natanggap.** Hindi kayo maaaring humiling ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa pagbabayad para sa mga item o serbisyong nakuha na ninyo.

- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay **maaaring magdulot ng malubhang kapahamakan sa inyong kalusugan** o makapinsala sa inyong kakayahang kumilos.

Awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan. Kung humiling kayo nang walang suporta galing sa inyong doktor, pagpapasyahan namin kung makakakuha kayo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

- Kung magpasya kaming hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw, padadalhan namin kayo ng sulat na nagsasabi nito at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang deadline. Ang sulat ay nagsasabi sa inyo na:

  - Awtomatiko naming ibibigay sa inyo ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw kung hihilingin ito ng inyong doktor.

  - Paano kayo makakapaghain ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Kung Hindi ang sagot namin sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan.

- Kung **Hindi** ang sagot namin, may karapatan kayong maghain ng apela. Kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami, ang paggawa ng apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at baguhin ito.

- Kung magpasya kayong maghain ng apela, mapupunta kayo sa proseso ng Antas 1 na apela (sumangguni sa **Seksyon F3**).

Sa mga limitadong pagkakataon maaari naming ibasura ang inyong kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kasama sa mga halimbawa kung kailan ibabasura ang isang kahilingan:

- kung hindi kumpleto ang kahilingan,

- kung may humiling sa inyong ngalan ngunit hindi legal na awtorisadong gawin ito, **o**

- kung hihilingin ninyong bawiin ang inyong kahilingan.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

Kung tanggihan namin ang kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw, padadalhan namin kayo ng abisong nagpapaliwanag kung bakit tinanggihan ang kahilingan at kung paano hihiling na suriin ang pagtanggi. Ang pagsusuring ito ay tinatawag na apela. Ang mga apela ay tinatalakay sa susunod na seksyon.

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Upang magsimula ng apela na may kaugnayan sa isang tinanggihang serbisyo o item o upang ipagpatuloy ang isang serbisyo o item na kasalukuyan na ninyong natatanggap**,** kayo, ang inyong doktor, o ang inyong awtorisadong kinatawan ay dapat makipag-ugnayan sa amin. Tawagan kami sa 1-800-431-9007 (TTY: 711).

Humiling ng karaniwang apela o mabilis na apela sa pamamagitan ng pagsulat o sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa 1-800-431-9007 (TTY: 711).

- Kung hihilingin ng inyong doktor o ibang tagapagreseta na ipagpatuloy ang isang serbisyo o item na nakukuha niyo na sa panahon ng inyong apela, maaaring kailanganin ninyo silang pangalanan bilang inyong kinatawan para kumilos sa ngalan niyo.

- Kung ang isang tao maliban sa inyong doktor ay maghain ng apela para sa inyo, isama ang isang form ng Paghirang ng Kinatawan na nagpapahintulot sa taong ito na kumatawan sa inyo. Maaari ninyong makuha ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html.

- Maaari kaming tumanggap ng kahilingan sa apela nang wala ang form, ngunit hindi namin masisimulan o makukumpleto ang aming pagsusuri hanggang sa makuha namin ito. Kung hindi namin matatanggap ang form bago ang aming deadline para sa paggawa ng pasya sa inyong apela:

    - Ibabasura namin ang inyong kahilingan, at

    - Padadalhan namin kayo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng inyong karapatang hilingin sa IRO na suriin ang aming desisyon na ibasura ang inyong apela.

- Dapat kayong humiling ng apela sa loob ng 65 araw sa kalendaryo mula sa petsang nasa sulat na ipinadala namin para ipabatid sa inyo ang aming desisyon.

- Kung hindi ninyo nahabol ang deadline at may makatuwirang dahilan kaya nalampasan ito, maaari namin kayong bigyan ng karagdagang panahon para umapela. Ang mga halimbawa ng magagandang dahilan ay ang mga bagay na tulad ng nagkaroon kayo ng malubhang karamdaman o binigyan namin kayo ng maling impormasyon tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit huli ang inyong apela kapag ginawa ninyo ang inyong apela.
- May karapatan kayong humiling sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Kayo at ang inyong doktor ay maaari ring magbigay sa amin ng higit pang impormasyon para suportahan ang inyong apela.

Kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

> Ang legal na termino para sa “mabilis na apela” ay “**pinabilis na muling pagsasaalang-alang.**”

- Kung umaapela kayo sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa pagsaklaw para sa pangangalaga, maaari kayo ang inyong doktor na humiling ng mabilis na apela.

Awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilis na apela kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan. Kung humiling kayo nang walang suporta galing sa inyong doktor, pagpapasyahan namin kung makakakuha kayo ng mabilis na apela.

- Kung magpasya kaming hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa isang mabilis na apela, padadalhan namin kayo ng sulat na nagsasabi nito at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang deadline. Ang sulat ay nagsasabi sa inyo na:
  - Awtomatiko naming ibibigay sa inyo ang mabilis na apela kung hihilingin ito ng inyong doktor.
  - Paano kayo makakapaghain ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang apela sa halip na isang mabilis na apela. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Kung ipaalam namin sa inyo na ihihinto o babawasan namin ang mga serbisyo o item na nakuha niyo na, maaaring patuloy ninyong makuha ang mga serbisyo o item na iyon sa panahon ng inyong apela.

- Kung magpasya kaming palitan o ihinto ang pagsaklaw para sa isang serbisyo o item na nakuha ninyo, padadalhan namin kayo ng abiso bago kami kumilos.

- Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng Antas 1 na Apela.
- Patuloy naming sasaklawin ang serbisyo o item kung humiling kayo ng Antas 1 na Apela sa loob ng sampung araw sa kalendaryo mula sa petsa sa aming sulat o sa nilalayong petsa ng bisa ng aksyon, alinman ang mas huli.
    - Kung matugunan ninyo ang deadline na ito, makukuha ninyo ang serbisyo o item na walang pagbabago habang nakabinbin ang inyong Antas 1 na apela.
    - Makukuha rin ninyo ang lahat ng iba pang serbisyo o item (na hindi paksa ng inyong apela) nang walang mga pagbabago.
    - Kung hindi kayo maghahain ng apela bago ang mga petsang ito, ang inyong serbisyo o item ay hindi ipagpapatuloy habang hinihintay ninyo ang desisyon sa inyong apela.

Isinasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang inyong apela, muli naming tinitingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan para sa pagsaklaw ng medikal na pangangalaga.
- Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng panuntunan kapag **Hindi** ang sagot namin sa inyong kahilingan.
- Nag-iipon kami ng higit pang impormasyon kung kailangan namin ito. Maaaring makipag-ugnayan kami sa inyo o sa inyong doktor para humingi ng higit pang impormasyon.

May mga deadline para sa isang mabilis na apela.

- Kung gumagamit kami ng mga mabilis na deadline, dapat namin kayong sagutin **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan.** Kung tatanggihan namin ang isang mabilis na apela, kayo, ang inyong doktor, tagapagreseta, o kinatawan ay bibigyan namin ng pasalitang kumpirmasyon ng pagtanggi.
    - Kung hindi namin kayo mabigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Aabisuhan kayo ng IRO sa sulat kapag natanggap na nila ang inyong apela. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag namin ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagkakasaklaw ng isang serbisyo o item ng Medi-Cal, maaari kayong maghain mismo ng Antas 2 – Pagdinig

nsg Estado sa estado kapag natapos na ang limitasyon sa oras. Sa California, ang tawag sa Pagdinig ng Estado ay Pagdinig ng Estado. Upang maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa **Seksyon F4**.

- **Kung Oo ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela, o mas maaga kung kailangan ito ng kalusugan ninyo.

- **Kung Hindi aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan,** ipapadala namin ang inyong apela sa IRO para sa Antas 2 na Apela.

May mga deadline para sa isang karaniwang apela.

- Kapag ginamit namin ang karaniwang mga deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela para sa pagsaklaw sa mga serbisyong hindi ninyo nakuha.

- Kung ang inyong kahilingan ay para sa gamot sa Medicare Part B na hindi ninyo nakuha, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng pitong araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela o mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.

    - Kung hindi namin kayo mabigyan ng sagot sa itinakdang oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag namin ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagkakasaklaw ng isang serbisyo o item ng Medi-Cal, maaari kayong maghain mismo ng Antas 2– Pagdinig ng Estado sa estado kapag natapos na ang limitasyon sa oras. Sa California, ang tawag sa Pagdinig ng Estado ay Pagdinig ng Estado. Upang maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa **Seksyon F4**.

Kung Oo ang sagot namin sa ilang bahagi o sa lahat ng kahilingan ninyo, dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang inyong hiling na apela, o sa lalong madaling panahon ayon sa kinakailangan ng inyong medikal na kundisyon at sa loob ng 72 oras mula noong binago namin ang aming desisyon, o sa loob ng pitong araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang inyong apela kung ang hiling ninyo ay para sa isang gamot sa Medicare Part B.

Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, **mayroon kayong mga karagdagang karapatan para umapela:**

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

- Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng liham.
- Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagsaklaw ng isang serbisyo o item ng Medicare, ipapabatid sa inyo sa sulat na ipinadala namin ang kaso ninyo sa IRO para sa Antas 2 na Apela.
- Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagsaklaw ng isang serbisyo o item na nasa Medi-Cal, sasabihin sa inyo sa sulat kung paano kayo mismo maghahain ng Antas 2 na Apela.

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong Antas 1 na Apela, padadalhan namin kayo ng isang sulat. Ipinapabatid sa inyo ng sulat na ito kung karaniwang sinasaklaw ng Medicare, Medi-Cal, o ng parehong programa ang serbisyo o item.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medicare**, awtomatiko naming ipapadala ang inyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng mga apela sa sandaling makumpleto ang Antas 1 na Apela.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medi-Cal**, maaari kayong maghain ng Antas 2 na Apela mismo. Sasabihin sa inyo ng sulat kung paano ito gagawin. Isinama rin namin ang higit pang impormasyon sa huling bahagi ng kabanatang ito.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na maaaring **sabay na saklawin ng Medicare at Medi-Cal**, awtomatiko kayong makakakuha ng Antas 2 na Apela sa IRO. Bilang karagdagan sa awtomatikong Antas 2 na Apela, maaari rin kayong humiling ng Pagdinig ng Estado at Hiwalay na Medikal na Pagsusuri sa estado. Gayunpaman, hindi magiging available ang isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri kung nakapaghain na kayo ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado.

Kung kwalipikado kayo para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo noong naghain kayo ng inyong Antas 1 na Apela, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot na nasa ilalim ng apela ay maaari ring magpatuloy sa Antas 2. Sumangguni sa **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng inyong mga benepisyo sa panahon ng Antas 1 na Apela.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyong karaniwang sinasaklaw lang ng Medicare, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay hindi magpapatuloy sa panahon ng proseso ng Antas 2 na mga apela sa IRO.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo na karaniwang sinasaklaw lang ng Medi-Cal, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay magpapatuloy kung magsumite kayo ng Antas 2 na Apela sa loob ng sampung araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang aming sulat ng pagpapasya.

Kapag ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o bagay na karaniwang sinasaklaw ng Medicare

Susuriin ng IRO ang apela ninyo. Isa itong hiwalay na organisasyon na hinirang ng Medicare.

> Ang pormal na pangalan para sa Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri (IRO) ay **Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri**, na tinatawag minsan na **IRE**.

- Ang organisasyong ito ay hindi konektado sa amin at hindi isang ahensya ng gobyerno. Pinili ng Medicare ang kumpanya para maging IRO, at pinangangasiwaan ng Medicare ang kanilang trabaho.
- Nagpapadala kami ng impormasyon tungkol sa inyong apela (ang inyong “file ng kaso”) sa organisasyong ito. May karapatan kayo para sa isang libreng kopya ng inyong dokumento ng kaso.
- May karapatan kayong magbigay sa IRO ng karagdagang impormasyon para masuportahan ang inyong apela.
- Susuriing mabuti ng IRO ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Kung nagkaroon kayo ng mabilis na apela sa Antas 1, mayroon rin kayong mabilis na apela sa Antas 2.

- Kung nagkaroon kayo ng mabilis na apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakakuha ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kayong bigyan ng IRO ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang inyong apela.

Kung mayroon kayong karaniwang apela sa Antas 1, mayroon din kayong karaniwang apela sa Antas 2.

- Kung mayroon kayong karaniwang apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakakuha ng karaniwang apela sa Antas 2.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo, dapat tugunan ng IRO ang inyong Apela sa Antas 2 **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos nitong matanggap ang inyong apela.

- Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Medicare Part B, dapat kayong bigyan ng sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng pitong araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang inyong apela.

Kung ibibigay ng IRO sa inyo ang kanilang sagot sa pamamagitan ng pagsulat at ipinaliwanag ang mga dahilan.

- **Kung ang Oo ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang medikal na bagay o serbisyo,** dapat naming ipatupad agad ang desisyon:
  - Awtorisahan ang pagsaklaw sa medikal na pangangalaga **sa loob ng 72 oras, o**
  - Ibigay ang serbisyo sa loob ng **limang araw na may pasok** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
  - Ibigay ang serbisyo **sa loob ng 72 oras** mula sa petsa na natanggap namin ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan**.
- **Kung Oo ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang gamot sa Medicare Part B, dapat naming pahintulutan o ibigay ang gamot sa Medicare Part B na pinagtatalunan:**
  - **Sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
  - **Sa loob ng 24 oras** mula sa petsa na natanggap namin ang desisyon ng IRO para sa mga **pinabilis na kahilingan.**
- **Kung Hindi ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng inyong apela**, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong kahilingan) para sa pagsaklaw sa medikal na pangangalaga. Tinatawag itong “paninindigan sa desisyon.” o “pagtanggi sa inyong apela.”
  - Kung makakatugon ang inyong kaso sa mga kinakailangan, kayo ang magpapasya kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas na antas ang inyong apela.
  - May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuang limang antas.
  - Kung tatanggihan ang inyong Apela sa Antas 2 at nakatutugon kayo sa mga kinakailangan para makapagpatuloy sa proseso ng mga apela, dapat kayong magpasya kung gusto ninyong tumuloy sa Antas 3 at maghain ng pangatlong apela. Makikita ang mga detalye kung paano ito gawin sa abisong sulat na natanggap ninyo pagkatapos ng inyong Apela sa Antas 2.

- Ang isang Hukom ng Pang-administratibong Batas (ALJ) o hukom na abogado ang humahawak ng Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

Kapag ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal

May dalawang paraan para magsagawa ng Antas 2 na apela para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal: (1) Paghahain ng reklamo o Hiwalay na Medikal na Pagsusuri o (2) Pagdinig ng Estado.

(1) Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC)

Maaari kayong maghain ng reklamo o mag-apply para sa Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (IMR) mula sa Help Center sa DMHC. Sa pamamagitan ng paghahain ng reklamo, susuriin ng DMHC ang aming desisyon. Gagawa ang DMHC ng sarili nilang imbestigasyon sa inyong reklamo o magpapasya kung kwalipikado ba ang inyong kaso para sa isang IMR. Maaaring available ang isang IMR para sa anumang serbisyo o item na saklaw ng Medi-Cal na nauugnay sa medikal. Ang IMR ay isang pagsusuri ng mga eksperto sa inyong kaso na hindi bahagi ng aming plano o bahagi ng DMHC. Kung pabor sa inyo ang desisyon ng IMR, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyo o item na hiniling ninyo. Wala kayong babayaran para sa isang IMR.

Maaari kayong maghain ng reklamo o mag-apply para sa isang IMR kung ang aming plano ay:

- Tinanggihan, binago, o ipinagpaliban ang isang serbisyo o paggamot ng Medi-Cal dahil natukoy ng aming plano na hindi ito medikal na kinakailangan.
- Hindi sasaklawin ang paggamot ng Medi-Cal na sinusubukan o sinisiyasat pa lang para sa isang malubhang medikal na kundisyon.
- Nagpahayag ng pagtanggi sa pagiging cosmetic o reconstructive ng isang surgical na serbisyo o procedure.
- Hindi magbabayad para sa mga emergency o agarang serbisyo ng Medi-Cal na natanggap na ninyo.
- Hindi nilutas ang inyong Antas 1 na Apela sa isang serbisyo ng Medi-Cal sa loob ng 30 araw sa kalendaryo para sa isang karaniwang apela o 72 oras para sa isang mabilis na apela, o mas maaga, kung kailangan ito ng kalusugan ninyo, para sa isang mabilis na apela.

Sa karamihan ng mga kaso, dapat muna kayong magsampa ng apela sa amin bago humiling ng IMR. Sumangguni sa **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 1 na apela. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong magsumite ng Form ng Aplikasyon/Reklamo para sa IMR sa DMHC.

TANDAAN: Kung ang tagapagbigay ng serbisyo ninyo ang naghain ng apela para sa inyo, ngunit hindi namin natanggap ang inyong form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan, kakailanganin ninyong ihain ulit ang inyong apela sa amin bago kayo makapaghain para sa isang Antas 2 na IMR sa DMHC maliban na lang kung ang inyong apela ay nauugnay sa napipinto at malaking banta sa inyong kalusugan, kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, matinding pananakit, potensyal na pagkawala ng buhay, kamay o paa, o pangunahing paggana ng katawan.

Maaari kayong humiling ng isang IMR at Pagdinig ng Estado, ngunit hindi kayo makakahiling ng IMR kung nagpresenta na kayo ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado o nagkaroon na ng Pagdinig sa Estado para sa parehong isyu.

Kung tinanggihan ang paggamot sa inyo dahil ito ay sinusubukan o sinisiyasat pa lang, hindi ninyo kailangang dumaan sa aming proseso ng apela bago kayo mag-apply para sa isang IMR.

Kung ang problema ninyo ay nangangailangan ng agarang pagkilos o may kaakibat na mabilisan at seryosong banta sa inyong kalusugan o nakakaranas kayo ng matinding pananakit, maaari ninyo itong ipaalam kaagad sa DMHC nang hindi muna dumadaan sa aming proseso ng apela.

Dapat kayong **mag-apply para sa isang IMR sa loob ng anim na buwan** pagkatapos naming magpadala sa inyo ng isang nakasulat na pagpapasya tungkol sa inyong apela. Maaaring tanggapin ng DMHC ang inyong aplikasyon pagkalipas ng anim na buwan para sa makatuwirang dahilan, gaya ng nagkaroon kayo ng medikal na kundisyon na nakapigil sa inyong humiling ng IMR sa loob ng anim na buwan o hindi kayo nakatanggap ng sapat na abiso mula sa amin tungkol sa proseso ng IMR.

Upang maghain ng reklamo o humiling para sa isang IMR:

- Punan ang IMR/Form ng Reklamo na available sa: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tawagan ang DMHC Help Center sa 1-888-466-2219. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-688-9891.
- Ilakip ang mga kopya ng mga sulat o iba pang dokumento tungkol sa serbisyo o item na tinanggihan namin, kung mayroon kayo ng mga ito. Maaari nitong pabilisin ang proseso ng IMR. Magpadala ng mga kopya ng mga dokumento, huwag ipadala ang mga orihinal. Hindi maibabalik ng Help Center ang anumang dokumento.
- Punan ang Form ng Pinapahintulutang Assistant kung may taong tumutulong sa inyo para sa inyong IMR. Makukuha ninyo ang form sa www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tawagan ang Help Center ng Departamento sa 1-888-466-2219. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-688-9891.

- Isumite ang IMR/Form ng Reklamo at anumang mga kalakip sa DMHC online: www.dmhc.ca.gov/fileaComplaint.

  Isumite sa pamamagtin ng mail o fax:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

Sa loob ng pitong araw, susuriin ng DMHC ang inyong aplikasyon at padadalhan kayo ng sulat sa pagkilala na natanggap na ito. Kung matukoy ng DMHC na kwalipikado ang kaso para sa IMR, isasagawa ang desisyon sa IMR sa loob ng 45 araw pagkatapos matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

Kung agaran ang inyong kaso at kwalipikado kayo para sa isang IMR, karaniwang gagawin ang isang desisyon sa IMR sa loob ng pitong araw pagkatapos matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

Kung hindi kayo nasiyahan sa resulta ng IMR, maaari pa rin kayo humiling ng Pagdinig ng Estado.

Maaaring abutin nang mas matagal ang IMR kung hindi matatanggap ng DMHC ang lahat ng medikal na talaang kinakailangan mula sa inyo o mula sa doktor na gumagamot sa inyo. Kung nagpapatingin kayo sa isang doktor na wala sa network ng inyong planong pangkalusugan, mahalagang makuha ninyo at ipadala ninyo sa amin ang inyong mga medikal na tala mula sa doktor na iyon. Ang inyong planong pangkalusugan ay kinakailangang humingi ng mga kopya ng inyong mga medikal na talaan mula sa mga doktor na nasa network.

Kung magpasya ang DMHC na hindi kwalipikado ang inyong kaso para sa IMR, susuriin ng DMHC ang inyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso nito sa reklamo ng consumer. Dapat malutas ang inyong reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa pagsusumite ng kumpletong aplikasyon. Kung agaran ang inyong reklamo, lulutasin ito nang mas maaga.

(2) Pagdinig ng Estado

Maaari kayong humiling ng Pagdinig ng Estado para sa mga saklaw na serbisyo at item ng Medi-Cal. Kung hihiling ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo o item na hindi namin aaprubahan, o hindi namin ipagpapatuloy ang pagbabayad para sa isang serbisyo o item na mayroon na kayo at hindi ang isinagot namin ang inyong Antas 1 na apela, may karapatan kayong humiling ng Pagdinig ng Estado.

Sa karamihan ng mga kaso, **may 120 araw kayo para humiling ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos na maipadala sa inyo sa mail ang abisong “Liham ng Desisyon sa Apela”.

TANDAAN: Kung hihiling kayo ng Pagdinig ng Estado dahil ipinagbigay-alam namin sa inyong babaguhin o ihihinto ang kasalukuyan ninyong natatanggap na serbisyo, **mas kaunti ang araw ninyo para magsumite ng inyong kahilingan** kung gusto ninyong patuloy na mabigyan ng serbisyong iyon habang nakabinbin ang inyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang "Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng Antas 2 na apela" sa pahina pahina 284 para sa higit pang impormasyon.

Maaari kayong humiling ng State Hearing sa mga sumusunod na paraan:

- Online sa www.cdss.ca.gov.
- Sa telepono: Tumawag sa 1-800-743-8525. Maaaring napakaabala ng numerong ito. Maaari kayong makatanggap ng mensaheng magpapatawag sa inyo sa ibang pagkakataon. Kung hindi kayo makapagsalita o makarinig nang maayos, tumawag sa TTY/TDD 1-800-952-8349.
- Sa pagsulat: Punan ang form para sa Pagdinig ng Estado o sumulat ng liham. Ipadala ito sa pamamagitan ng koreo o fax sa:
- Mail: California Department of Social Services State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- Fax: (916) 309-3487 o toll-free sa 1-833-281-0903
- Maaari ninyong kumpletuhin ang "Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado" sa likod ng abiso ng pagkilos. Tiyaking isasama ang inyong pangalan, address, numero ng telepono, Numero ng Social Security, at/o numero ng CIN, at ang dahilan kung bakit ninyo gusto ng Pagdinig ng Estado. Kung may tumutulong sa inyong humiling ng Pagdinig ng Estado, ilagay ang kanilang pangalan, address, at numero ng telepono sa form o liham. Kung kailangan ninyo ng interpreter, ipaalam Dibisyon ng Mga Pagdinig ng Estado kung anong wika ang sinasalita ninyo. Hindi ninyo kailangang magbayad para sa isang interpreter. Ikukuha kayo ng Dibisyon ng Mga Pagdinig ng Estado. Kung mayroon kayong kapansanan, maaari kayong ikuha ng Dibisyon ng Mga Pagdinig ng Estado ng mga espesyal na akomodasyon nang wala kayong babayaran para makasali kayo sa pagdinig. Pakilagay ang impormasyon tungkol sa inyong kapansanan at ang akomodasyong kailangan ninyo.

Ibibigay sa inyo ng Dibisyon ng Mga Pagdinig ng Estado ang kanilang desisyon sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag ang mga dahilan.

- Kung **Oo** ang sagot ng Dibisyon sa Mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o lahat ng kahilingan para sa isang medikal na item o serbisyo**,** dapat naming pahintulutan o

ibigay ang serbisyo o item **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang kanilang desisyon.

- Kung **Hindi** ang sagot ng Dibisyon sa Mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o lahat ng inyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong kahilingan) para sa pagsaklaw sa medikal na pangangalaga. Tinatawag itong “paninindigan sa desisyon.” o “pagtanggi sa inyong apela.”

Kung **Hindi** ang desisyon ng IRO o Pagdinig ng Estado para sa lahat o bahagi ng inyong kahilingan, mayroon kayong mga karagdagang karapatan sa pag-apela.

Kung umabot ang inyong Antas 2 na Apela sa **IRO,** maaari lang kayong umapela ulit kung natutugunan ng dolyar na halaga ng gusto ninyong serbisyo o item ang isang partikular na pinakamababang halaga. Isang ALJ o abogadong adjudicator ang humahawak sa Antas 3 na Apela. **Ipapaliwanag sa matatanggap ninyong sulat mula sa IRO ang mga karagdagang karapatan sa apela na maaaring mayroon kayo.**

Ang sulat na makukuha ninyo mula sa Dibisyon sa Mga Pagdinig ng Estado ay naglalarawan sa susunod na opsyon sa pag-apela.

Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan sa apela pagkatapos ng Antas 2.

F5. Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapayagan ang aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network na singilin kayo para sa mga saklaw na serbisyo at item. Totoo ito kahit na mas mababa ang ibinabayad namin sa tagapagbigay ng serbisyo kaysa sa sinisingil ng tagapagbigay ng serbisyo para sa saklaw na serbisyo o item. Hindi ninyo kinakailangang bayaran kailanman ang balanse ng anumang bill.

Kung makatanggap kayo ng bill para sa mga saklaw na serbisyo at item, ipadala ang bill sa amin. Huwag bayaran mismo ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa tagapagbigay ng serbisyo at aayusin ang problema. Kung binayaran ninyo ang bill, makakakuha kayo ng refund mula sa aming plano kung sinunod ninyo ang mga panuntunan sa pagkuha ng mga serbisyo o item.

Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Inilalarawan nito ang mga sitwasyon kung kailan maaari kayong humiling sa amin na bayaran kayo o bayaran ang bill na natanggap ninyo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo. Makikita rin dito kung paano ipadadala sa amin ang mga papeles na humihingi sa amin ng bayad.

Kung humihiling kayong ibalik ang inyong ibinayad, humihiling kayo ng isang desisyon sa pagsaklaw. Susuriin namin kung saklaw ang serbisyo o item na binayaran ninyo at kung sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan para sa paggamit ng inyong saklaw.

- Kung saklaw ang serbisyo o item na binayaran ninyo at sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ang bayad para sa serbisyo o item na karaniwan ay sa loob ng 30 araw sa kalendaryo, ngunit hindi lalampas ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Pagkatapos ay ipapadala ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ang bayad sa inyo.

- Kung hindi pa ninyo nababayaran ang serbisyo o item, direkta naming ipapadala ang bayad sa tagapagbigay ng serbisyo. Kapag ipinadala namin ang bayad, para na rin naming sinasagot ng **Oo** ang inyong kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw.

- Kung ang serbisyo o item ay hindi saklaw o hindi ninyo sinunod ang lahat ng panuntunan, padadalhan namin kayo ng sulat na nagsasabing hindi kami magbabayad para sa serbisyo o item at ipapaliwanag kung bakit.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon na huwag magbayad, **maaari kayong mag-apela**. Sundin ang proseso ng mga apela na inilarawan sa **Seksyon F3**. Kapag sinunod ninyo ang mga tagubiling ito, tandaan:

- Kung gagawa kayo ng apela para sa amin na bayaran kayo, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.

Kung **Hindi** ang aming sagot sa inyong apela at karaniwang sinasaklaw ng **Medicare** ang serbisyo o item, ipapadala namin ang inyong kaso sa IRO. Padadalhan namin kayo ng sulat kung mangyayari ito.

- Kung babaligtarin ng IRO ang aming desisyon at sasabihing dapat namin kayong bayaran, dapat naming ipadala ang bayad sa inyo o sa tagapagbigay ng serbisyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung **Oo** ang sagot sa inyong apela sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala ang bayad sa inyo o sa tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan sa loob ng 60 araw sa kalendaryo.

- Kung Hindi ang sagot ng IRO sa inyong apela, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila na hindi dapat namin aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag itong “paninindigan sa desisyon.” o “pagtanggi sa inyong apela.” Makakatanggap kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga karagdagang karapatan sa apela na maaaring mayroon kayo. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon sa mga karagdagang antas ng pag-apela.

Kung **Hindi** ang aming sagot sa inyong apela at karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal ang serbisyo o item, maaaring kayo mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon.

G. Mga gamot sa Medicare Part D

Kabilang sa inyong mga benepisyo bilang miyembro ng aming plano ang pagsaklaw sa maraming gamot. Ang karamihan sa mga gamot na ito ay mga gamot sa Medicare Part D. Mayroong ilang gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare Part D na maaaring sinasaklaw ng Medi-Cal. **Naaangkop lang ang seksyong ito sa mga apela sa gamot na nasa Medicare Part D.** Sasabihin namin ang "gamot" sa natitirang bahagi ng seksyong ito sa halip na sabihin ang "Medicare Part D na gamot" sa bawat pagkakataon. Para sa mga gamot na saklaw lang ng Medi-Cal, sundin ang proseso sa **Seksyon E**.

Upang masaklaw, dapat ay ginagamit ang gamot para sa indikasyong medikal na tinatanggap. Ibig sabihin, ang gamot ay inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) o sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa isang indikasyong medikal na tinatanggap.

G1. Mga desisyon sa pagsaklaw at apela sa Medicare Part D

Narito ang mga halimbawa ng mga desisyon sa pagsaklaw na hinihiling ninyong gawin namin tungkol sa inyong mga gamot sa Medicare Part D:

- Hinihiling ninyo sa aming gumawa ng eksepsiyon, kabilang ang paghiling sa amin na:
    - Saklawin ang isang gamot sa Medicare Part D na wala sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano o
    - Ipagpaliban ang isang paghihigpit sa aming pagsaklaw para sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa halagang makukuha ninyo)
- Itinanong ninyo sa amin kung ang isang gamot ay saklaw para sa inyo (tulad ng kapag ang inyong gamot ay nasa *Listahan ng Gamot* ng aming plano ngunit dapat namin itong aprubahan para sa inyo bago namin ito saklawin).

TANDAAN: Kung sasabihin sa inyo ng inyong parmasya na hindi maaaring ibigay ang nakasulat sa inyong reseta, bibigyan kayo ng parmasya ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano makikipag-ugnayan sa amin para humiling ng isang desisyon sa pagsaklaw.

> Ang inisyal na desisyon sa pagsaklaw tungkol sa inyong mga gamot sa Medicare Part D ay tinatawag na **"pagpapasya sa pagsaklaw."**

- Hinihiling ninyo sa amin na bayaran ang isang gamot na nabili niyo na. Ito ay paghiling ng isang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa pagbabayad.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa ginawa naming desisyon sa pagsaklaw, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Isinasaad sa inyo ng seksyong ito kung paano humiling ng mga desisyon sa pagsaklaw at kung paano maghain ng apela. Gamitin ang chart sa ibaba para tulungan kayo.

Alin sa mga sitwasyong ito ang kinalalagyan ninyo?			
Kailangan ninyo ng gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* o kailangan ninyong isantabi namin ang isang panuntunan o paghihigpit sa isang gamot na sinasaklaw namin.	Gusto ninyong saklawan namin ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot* at naniniwala kayong natutugunan ninyo ang anumang panuntunan o paghihigpit ng plano (tulad ng maagang pagkuha ng pag-apruba) para sa gamot na kailangan ninyo.	Gusto ninyong bayaran namin kayo para sa isang gamot na nakuha at nabayaran niyo na.	Sinabi namin sa inyo na hindi namin sasaklawin o babayaran ang isang gamot sa paraang gusto ninyo.
Maaari kayong humiling sa amin ng eksepsiyon. (Ito ay isang uri ng desisyon sa pagsaklaw.)	**Maaari kayong humingi sa amin ng desisyon sa pagsaklaw.**	**Maaari ninyo kaming singilin.** (Ito ay isang uri ng desisyon sa pagsaklaw.)	**Maaari kayong maghain ng apela.** (Ibig sabihin hinihiling ninyo sa amin na muling isaalang-alang.)
Magsimula sa **Seksyon G2**, at pagkatapos ay sumangguni sa **Seksyon G3 at G4**.	Sumangguni sa **Seksyon G4**.	Sumangguni sa **Seksyon G4**.	Sumangguni sa **Seksyon G5**.

G2. Mga eksepsiyon sa Medicare Part D

Kung hindi namin saklawin ang isang gamot sa paraang gusto ninyo, maaari kayong humiling sa amin na gumawa ng isang "eksepsiyon." Kung tatanggihan namin ang inyong kahilingan sa eksepsiyon, maaari ninyong iapela ang aming desisyon.

Kapag humiling kayo ng isang eksepsiyon, kakailanganing ipaliwanag ng inyong doktor o ng ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan ninyo ng eksepsiyon.

> Ang paghiling ng pagsaklaw sa isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* o para sa pagtanggal ng isang paghihigpit sa isang gamot ay tinatawag kung minsan na paghiling ng "**eksepsiyon sa pormularyo.**"
>
> Ang paghiling na magbayad ng mas mababang halaga para sa sinasaklaw na hindi preferred na gamot ay tinatawag minsang paghiling ng **eksepsiyon sa tier**.

Narito ang tatlong halimbawa ng mga eksepsiyon na maaaring hingin ninyo o ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta:

1. **Pagsaklaw sa isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot***
   - Kung sasang-ayon kaming gumawa ng eksepsiyon at saklawin ang isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*, babayaran ninyo ang copay na nalalapat sa mga gamot sa Tier 3 (Mga Hindi Preferred na Gamot).
   - Hindi kayo makakakuha ng eksepsiyon sa kinakailangang halaga ng copay para sa gamot.
2. **Pag-alis ng paghihigpit para sa isang saklaw na gamot**
   - Ang mga karagdagang panuntunan o paghihigpit ay nalalapat sa ilang partikular na gamot sa aming *Listahan ng Gamot* (sumangguni sa **Kabanata 5, Seksyon C** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon).
   - Kasama sa mga dagdag na tuntunin at paghihigpit para sa ilang gamot ang:
     - Inaatasang gamitin ang generic na bersyon ng gamot sa halip na branded na gamot.
     - Abanseng pagkuha ng aming pag-apruba bago kami sumang-ayong saklawin ang gamot para sa inyo. Tinatawag ito minsang "paunang awtorisasyon (PA)."
     - Pangangailangang gumamit muna ng ibang gamot bago kami sumang-ayong saklawin ang gamot na hinihiling ninyo. Tinatawag ito minsang "step therapy."

- Mga limitasyon sa dami. Para sa ilang gamot, may mga limitasyon sa dami ng gamot na maaari ninyong makuha.

- Kung sumang-ayon kami ng eksepsiyon para sa inyo at isantabi ang paghihigpit, maaari kayong humiling ng eksepsiyon sa halaga ng copay na kinakailangan ninyong bayaran.

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, kapag mas mababa ang numero ng tier ng bahagian sa gastos, mas mababa ang hihingiing copay sa inyo.

- Ang aming *Listahan ng Gamot* ay kadalasang may kasamang higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kundisyon. Tinatawag ang mga itong mga “alternatibong” gamot.

- Kung ang alternatibong gamot para sa inyong medikal na kundisyon ay nasa mas mababang tier ng bahagian sa gastos kaysa sa gamot na iniinom ninyo, maaari ninyong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng bahagian sa gastos para sa alternatibong gamot. Magpapababa ito sa inyong halaga ng copay para sa gamot.

  - Kung biological na produkto ang ginagamit ninyo, maaari ninyong hilingin sa aming saklawin ito sa halaga ng bahagian sa gastos para sa pinakamababang tier kung nasaan ang mga alternatibong biological na produkto para sa inyong kundisyon.

  - Kung branded na gamot ang gamot na iniinom ninyo, maaari ninyong hilingin sa aming saklawin ito sa halaga ng bahagian sa gastos para sa pinakamababang tier kung nasaan ang mga alternatibong branded na gamot para sa inyong kundisyon.

  - Kung generic na gamot ang iniinom ninyo, maaari ninyong hilingin sa aming saklawin ang inyong gamot sa halaga ng bahagian sa gastos para sa pinakamababang tier kung nasaan ang mga alternatibong branded o generic na gamot 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 mga alternatibong gamot na hindi ninyo maaaring inumin, kadalasan na ang pinakamababang halaga ang babayaran ninyo.

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling para sa isang eksepsiyon

Dapat sabihin sa amin ng inyong doktor o ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan.

Dapat magbigay sa amin ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta ng pahayag na nagpapaliwanag ng mga medikal na dahilan sa paghiling ng isang 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. Tinatawag ang mga itong mga “alternatibong” gamot. Kung ang isang alternatibong gamot ay kasing epektibo ng gamot na hinihiling ninyo at hindi magdudulot ng higit pang side effect o iba pang problema sa kalusugan, karaniwang **hindi** namin aapruban 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.

Maaaring sumagot kami ng Oo o Hindi sa inyong kahilingan.

- Kung **Oo** ang sagot namin sa inyong kahilingan para sa isang eksepsiyon, karaniwang tumatagal ang eksepsiyon hanggang sa pagtatapos ng taon sa kalendaryo. Umiiral ito hangga't inirereseta sa inyo ng doktor ang gamot at patuloy na magiging ligtas at epektibo ang gamot para sa paggamot ng inyong kundisyon.

- Kung **Hindi** ang aming sagot sa inyong kahilingan sa eksepsiyon, maaari kayong mag-apela. Sumangguni sa **Seksyon G5** para sa impormasyon tungkol sa paggawa ng apela kung **Hindi** ang sagot namin.

Makikita sa susunod na seksyon kung paano hihingi ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang eksepsiyon.

G4. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang isang eksepsiyon

- Hilingin ang uri ng desisyon sa pagsaklaw na gusto ninyo sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711), pagsulat, o pag-fax sa amin. Maaari ninyong gawin ito, o ng inyong kinatawan, o doktor (o iba pang tagapagreseta). Pakilagay ang inyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa claim.

- Kayo o ang inyong doktor (o iba pang tagapagreseta) o ibang tao na kumikilos sa inyong ngalan ay maaaring humiling ng desisyon sa pagsaklaw. Maaari rin kayong kumuha ng abogadong kikilos para sa inyo.
- Sumangguni sa **Seksyon E3** para malaman kung paano pangalanan ang isang tao bilang inyong kinatawan.
- Hindi ninyo kailangang magbigay ng nakasulat na pahintulot sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta para humingi ng desisyon sa pagsaklaw sa inyong ngalan.
- Kung gusto ninyong hilingin sa aming bayaran kayo para sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Kung hihiiling kayo ng isang eksepsiyon, bigyan kami ng "pansuportang pahayag." Kasama sa pansuportang pahayag ang inyong doktor o iba pang mga kadahilanang medikal ng tagapagreseta para sa kahilingan sa eksepsiyon.
- Maaaring ipadala sa amin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta sa fax o mail ang mga pansuportang pahayag. Maaari rin nilang sabihin sa amin sa pamamagitan ng telepono at pagkatapos ay i-fax o i-mail ang pahayag.

Kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan, humiling sa amin ng isang "mabilisang desisyon sa pagsaklaw."

Gagamitin namin ang "mga karaniwang deadline" maliban kung sumang-ayon kaming gamitin ang "mabilis na mga deadline."

- Ang isang **karaniwang desisyon sa pagsaklaw** ay nangangahulugang bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.
- Ang isang **mabilisang desisyon sa pagsaklaw** ay nangangahulugang bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.

> Ang "mabilisang desisyon sa pagsaklaw" ay tinatawag na "**pinabilis na desisyon sa pagsaklaw.**"

Maaari kayong makakuha ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw kung:

- Ito ay para sa isang gamot na hindi ninyo nakuha. Hindi kayo makakakuha ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw kung hinihiling ninyo sa aming bayaran kayo para sa isang gamot na nabili na ninyo.

- Ang inyong kalusugan o kakayahang gumana ay seryosong mapipinsala kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.

Kung sasabihin sa amin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na kinakailangan ang mabilisang desisyon sa pagsaklaw dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, susuriin namin ang inyong kahilingan sa ilalim ng timeline ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw. Padadalhan namin kayo ng sulat na naglalaman ng impormasyong ito.

- Kung hihiling kayo ng isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw nang walang suporta mula sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta, magpapasya kami kung makakakuha kayo ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw.

- Kung mapagpasyahan namin na ang inyong medikal na kundisyon ay hindi nakakatugon sa mga kinakailangan para sa isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw, gagamitin namin sa halip ang mga karaniwang deadline.

    - Magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapabatid sa inyo na gagamitin namin ang karaniwang deadline. Sasabihin rin sa inyo ng sulat kung paano maghain ng apela tungkol sa aming desisyon.

    - Maaari kayong maghain ng mabilis na reklamo at makakuha ng tugon sa loob ng 24 na oras. Para sa higit pang impormasyon sa paggawa ng mga reklamo, kabilang ang mga mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Mga deadline para sa isang mabilisang desisyon sa pagsaklaw

- Kapag ginamit namin ang mga mabilis na deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Kung humiling kayo ng isang eksepsiyon, magbibigay kami sa inyo ng aming sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng inyong doktor. Mas maaga naming ibibigay sa inyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.

- Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 2 na Apela.

- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang saklaw sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang pansuportang pahayag ng inyong doktor.

- Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng liham na naglalaman ng mga dahilan. Sasabihin rin sa inyo ng sulat kung paano kayo makakagawa ng apela.

Mga deadline para sa isang karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa isang gamot na hindi ninyo nakuha

- Kapag ginamit namin ang karaniwang mga deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Kung humiling kayo ng isang eksepsiyon, magbibigay kami sa inyo ng aming sagot sa loob ng 72 na oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng inyong doktor. Mas maaga naming ibibigay sa inyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang saklaw sa loob ng 72 na oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang pansuportang pahayag ng inyong doktor para sa isang eksepsiyon.
- Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng liham na naglalaman ng mga dahilan. Sasabihin rin sa inyo ng sulat kung paano maghain ng apela.

Mga deadline para sa isang karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa gamot na nabili na ninyo

- Dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, babayaran namin kayo sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo.
- **Kung Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng liham na naglalaman ng mga dahilan. Sasabihin rin sa inyo ng sulat kung paano maghain ng apela.

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela

> Ang isang apela sa aming plano tungkol sa desisyon sa pagsaklaw ng gamot sa Medicare Part D ay tinatawag na **"muling pagpapasya" ng plano**.

- Simulan ang inyong **karaniwan** o **mabilis na apela** sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-431-9007 (TTY:711), pagsulat, o pag-fax sa amin. Maaari ninyong gawin ito, o ng inyong kinatawan, o doktor (o iba pang tagapagreseta). Pakilagay ang inyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa inyong apela.
- Dapat kayong humiling ng apela **sa loob ng 65 araw sa kalendaryo** mula sa petsang nasa sulat na ipinadala namin para ipabatid sa inyo ang aming desisyon.
- Kung hindi ninyo nahabol ang deadline at may makatuwirang dahilan kaya nalampasan ito, maaari namin kayong bigyan ng karagdagang panahon para umapela. Ang mga halimbawa ng magagandang dahilan ay ang mga bagay na tulad ng nagkaroon kayo ng malubhang karamdaman, o binigyan namin kayo ng maling impormasyon tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit huli ang inyong apela kapag ginawa ninyo ang inyong apela.
- May karapatan kayong humiling sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Kayo at ang inyong doktor ay maaari ring magbigay sa amin ng higit pang impormasyon para suportahan ang inyong apela.

Kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

> Ang mabilis na apela ay tinatawag ding "**pinabilis na muling pagpapasya.**"

- Kung umaapela kayo sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa pagsaklaw sa isang gamot na hindi ninyo nakuha, kakailanganin ninyo ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na magpasya kung kailangan ninyo ng isang mabilis na apela.
- Ang mga kinakailangan at proseso sa paghiling ng isang mabilis na apela ay kapareho lang ng mga kinakailangan sa paghingi ng mabilisang desisyon sa pagsaklaw. Sumangguni sa **Seksyon G4** para sa higit pang impormasyon.

Isinasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

- Sinusuri namin ang inyong apela at muling titingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan sa pagsaklaw.

- Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng panuntunan noong **Hindi** ang isinagot namin sa inyong kahilingan.
- 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 sa Antas 1

- Kapag ginamit namin ang mabilisang mga deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
    - Mas maaga naming ibibigay sa inyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
    - Kung hindi namin kayo mabigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at sa proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng apela.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 1

- Kapag ginamit namin ang mga karaniwang deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng pitong araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela para sa isang gamot na hindi ninyo nakuha.
- Ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon nang mas maaga kung hindi ninyo nakuha ang gamot at kailangan ito ng inyong kondisyon sa kalusugan. Kung naniniwala kayong kailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.
    - Kung hindi namin kayo mabibigyan ng desisyon sa loob ng pitong araw sa kalendaryo, kailangan naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at sa proseso ng mga apela sa Antas 2.

Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Dapat naming **ibigay ang pagsaklaw** na sinang-ayunan naming maibigay sa pinakamaagang panahon na kinakailangan dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, ngunit **hindi lalampas sa pitong araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Dapat kaming **magpadala ng bayad sa inyo** para sa isang gamot na binili ninyo **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.

Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng apela.
- Dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot tungkol sa pagbabayad sa inyo para sa isang gamot na binili ninyo **sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
    - Kung hindi namin kayo mabibigyan ng desisyon sa loob ng 14 araw sa kalendaryo, kailangan naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at sa proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat namin kayong bayaran sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- Kung **Hindi** ang aming sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng apela.

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung **Hindi** ang aming sagot sa inyong Antas 1 na Apela, maaari ninyong tanggapin ang aming desisyon o gumawa ng isa pang apela. Kung magpasya kayong gumawa ng isa pang apela, gagamitin ninyo ang proseso ng mga apela sa Antas 2 na Apela. Susuriin ng **IRO** ang aming desisyon noong **Hindi** ang aming sagot sa inyong unang apela. Ang organisasyong ito ang magpapasya kung dapat naming baguhin ang aming desisyon.

> Ang pormal na pangalan para sa “Hiwalay na Organisasyon sa Pagsusuri” (IRO) ay **“Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri”**, na tinatawag minsan na **“IRE”**.

Upang maghain ng Apela sa Antas 2, dapat kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta na makipag-ugnayan sa IRO **sa sulat** at humiling ng pagsusuri sa inyong kaso.

- Kung **Hindi** ang aming sagot sa inyong Antas 1 na Apela, kasama sa liham na ipapadala namin sa inyo ang **mga tagubilin kung paano maghain ng Antas 2 na Apela** sa IRO. Isinasaad sa mga tagubilin kung sino ang maaaring gumawa ng Antas 2 na Apela, anong mga deadline ang dapat ninyong sundin, at kung paano maaabot ang organisasyon.

- Kapag maghahain kayo ng apela sa IRO, ipapadala namin sa organisasyon ang impormasyong mayroon kami tungkol sa inyong apela. Tinatawag ang impormasyong ito na inyong “dokumento ng kaso”. **May karapatan kayo para sa isang libreng kopya ng inyong dokumento ng kaso**. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng libreng kopya ng inyong dokumento ng kaso, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro 1-800-431-9007 (TTY:711).

- May karapatan kayong magbigay sa IRO ng karagdagang impormasyon para masuportahan ang inyong apela.

Sinusuri ng IRO ang inyong Antas 2 na Apela sa Medicare Part D at bibigyan kayo ng sagot sa pamamagitan ng sulat. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa IRO.

Mga deadline para sa mabilis na apela sa Antas 2

Kung kinakailangan dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, humingi ng mabilis na apela sa IRO.

- Kung sumasang-ayon sila sa isang mabilis na apela, dapat silang magbigay sa inyo ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan sa apela.

- Kung **Oo** ang kanilang sagot sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibigay ang naaprubahang saklaw ng gamot **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos matanggap ang desisyon ng IRO.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 2

Kung mayroon kayong karaniwang apela sa Antas 2, ang IRO ay dapat magbigay sa inyo ng sagot:

- **sa loob ng pitong araw sa kalendaryo** pagkatapos nilang matanggap ang inyong apela para sa isang gamot na hindi ninyo nakuha.

- **sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang inyong apela para sa pagbabayad para sa isang gamot na binili ninyo.

Kung **Oo** ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Dapat naming ibigay ang naaprubahang saklaw ng gamot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO.
- Dapat namin kayong bayaran para sa isang gamot na binili ninyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO.
- Kung sasagot ang IRO ng **Hindi** sa inyong apela, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa aming desisyong huwag aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon” o “pagtanggi sa inyong apela”.

Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela, may karapatan kayo para sa isang Antas 3 na Apela kung ang dolyar na halaga ng saklaw ng gamot na hinihiling ninyo ay nakakatugon sa isang minimum na halaga ng dolyar. Kung ang halaga ng dolyar ng saklaw ng gamot na hinihiling ninyo ay mas mababa sa kinakailangang minimum, hindi na kayo makakagawa ng isa pang apela. Sa kasong iyon, ang desisyon sa Antas 2 na Apela ay tapos na. Ang IRO ay magpapadala sa inyo ng sulat na magpapabatid sa inyo ng pinakamababang halaga ng dolyar na kailangan para magpatuloy sa isang Antas 3 na Apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng inyong kahilingan ay nakakatugon sa kinakailangan, pipili kayo kung gusto niyo pang isagawa ang inyong apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela at natutugunan ninyo ang kinakailangan para maipagpatuloy ang proseso ng mga apela, kayo ay:
    - Magpapasya kung gusto ninyong gumawa ng Antas 3 na Apela.
    - Sumangguni sa sulat na ipinadala sa inyo ng IRO pagkatapos ng inyong Antas 2 na Apela para sa mga detalye tungkol sa kung paano gumawa ng Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o abogadong adjudicator ang humahawak sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

H. Paghiling sa aming saklawan ang mas mahabang panahon ng pamamalagi sa ospital

Kapag ipinasok kayo sa isang ospital, may karapatan kayong makuha ang lahat ng sinasaklaw naming serbisyo sa ospital na kinakailangan para ma-diagnose at magamot ang inyong karamdaman o sugat. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagsaklaw sa ospital ng aming plano, sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sa panahon ng inyong saklaw na pamamalagi sa ospital, makikipagtulungan sa inyo ang inyong doktor at tauhan ng ospital para maghanda para sa araw na lalabas na kayo ng ospital. Tutulong din silang ayusin ang pangangalagang maaaring kailanganin ninyo pagkalabas ninyo ng ospital.

- Ang araw ng paglabas ninyo sa ospital ay tinatawag na inyong “petsa ng pagkaka-discharge.”
- Sasabihin sa inyo ng inyong doktor o ng tauhan sa ospital kung ano ang inyong petsa ng pagkaka-discharge sa ospital.

Kung sa tingin ninyo ay hinihiling kayong umalis sa ospital nang masyadong maaga o nag-aalala kayo tungkol sa inyong pangangalaga pagkatapos ninyong lumabas sa ospital, maaari kayong humiling ng mas mahabang pamamalagi sa ospital. Makikita sa seksyong ito kung paano kayo makakahiling.

Sa kabila ng mga apelang tinalakay sa **Seksyon H** na ito, maaari rin kayong maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri para maipagpatuloy ang inyong pananatili sa ospital. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** para matutunan kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Maaari kayong humiling ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bukod pa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

H1. Kaalaman tungkol sa inyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos ninyong ma-admit sa ospital, ang isang tao sa ospital, gaya ng isang nurse o caseworker, ay magbibigay sa inyo ng nakasulat na abiso na tinatawag na “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan.” Ang lahat ng may Medicare ay makakatanggap ng kopya ng abisong ito sa tuwing maa-admit sila sa ospital.

Kung hindi ninyo natanggap ang abiso, hingin ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan ninyo ng tulong, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina. Maaari rin kayong 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.

- **Basahin ang abiso** nang mabuti at magtanong kung hindi ninyo ito maintindihan. Sinasabi sa inyo ng abiso ang tungkol sa inyong mga karapatan bilang isang pasyente sa ospital, kabilang ang inyong mga karapatang:
    - Makakuha ng mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng inyong pamamalagi sa ospital. May karapatan kayong malaman kung anu-ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa kanila, at kung saan ninyo sila maaaring makuha.
    - Maging bahagi ng anumang desisyon tungkol sa haba ng pamamalagi ninyo sa ospital.
    - Alamin kung saan iuulat ang anumang alalahaning mayroon kayo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa inyo sa ospital.
    - Umapela kung sa palagay ninyo ay masyadong maaga ang pagpapalabas sa inyo sa ospital.
- **Lagdaan ang abiso** para maipakitang natanggap ninyo ito at nauunawan ninyo ang inyong mga karapatan.
    - Kayo o isang taong kumikilos sa inyong ngalan ay maaaring lumagda sa abiso.
    - Ang pagpirma sa abiso ay nagpapakita **lang** na nakuha ninyo ang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Ang pagpirma ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon kayo sa petsa ng pagkaka-discharge na maaaring sinabi sa inyo ng inyong doktor o ng kawani ng ospital.
- **Itago ang inyong kopya** ng pinirmahang abiso para mayroon kayong hawak na impormasyon sakaling kailanganin ninyo ito.

Kung pipirmahan ninyo ang abiso nang higit sa dalawang araw bago ang araw na lalabas kayo sa ospital, makakakuha kayo ng isa pang kopya bago kayo lumabas sa ospital.

Maaari ninyong makita ng abanse ang isang kopya ng abiso kung kayo ay:

- Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina
- Tawagan ang Medicare sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Upang hilingin sa amin an saklawin ang inyong mga serbisyo sa ospital bilang pasyente nang mas mahabang panahon, maghain ng apela. Sinusuri ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) ang Antas 1 na Apela para malaman kung ang inyong nakaplanong petsa ng pagkaka-discharge ay medikal na nararapat para sa inyo.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Sinusuri at tinutulungan ng mga ekspertong ito na pahusayin ang kalidad para sa mga taong may Medicare. Hindi sila bahagi ng aming plano.

Sa California, ang QIO ay Commence Health. Tawagan sila sa 1-877-588-1123 (TTY: 711). Ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ay nasa abiso din na, “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan,” at sa **Kabanata 2**.

Tawagan ang QIO bago kayo lumabas ng ospital at nang hindi lalampas sa nakatakdang petsa ng inyong pagkaka-discharge.

- **Kung tatawag kayo bago kayo umalis**, maaari kayong manatili sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge nang hindi ito binabayaran habang hinihintay ninyo ang desisyon ng QIO tungkol sa inyong apela.
- **Kung hindi kayo tatawag para umapela**, at magdesisyon kayong mamalagi sa ospital pagkatapos ng nakatakdang petsa ng inyong pag-discharge, kakailanganin ninyong bayaran ang lahat ng halaga para sa pangangalaga sa ospital pagkatapos ng nakatakdang petsa ng pag-discharge ninyo.
- Dahil sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal ang mga pananatili sa ospital, kung hindi diringgin ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong kahilingang ipagpatuloy ang pananatili ninyo sa ospital, o naniniwala kayong agaran ang inyong sitwasyon, kinasasangkutan ng agaran at seryosong panganib sa inyong kalusugan, o nakakaranas kayo ng matinding pananakit, maaari rin kayong maghain ng reklamo o humiling sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) para sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** para matutunan kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri.

Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito. Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:

- Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina.

- Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222.

Humiling ng isang mabilis na pagsusuri. Kumilos kaagad at makipag-ugnayan sa QIO para humiling ng mabilis na pagsusuri sa inyong paglabas sa ospital.

> Ang legal na termino para sa "**mabilis na pagsusuri**" ay "**agarang pagsusuri**" o "**pinabilis na pagsusuri.**"

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilis na pagsusuri

- Tatanungin kayo o ang inyong kinatawan ng mga tagasuri sa QIO kung bakit sa palagay ninyo ay dapat magpatuloy ang pagsaklaw pagkatapos ng nakatakdang petsa ng pagkaka-discharge. Hindi ninyo kailangang magsulat ng isang pahayag, ngunit maaari ninyong gawin.
- Tinitingnan ng mga tagasuri ang inyong medikal na impormasyon, nakikipag-usap sa inyong doktor, at sinusuri ang impormasyong ibinigay sa kanila ng ospital at ng aming plano.
- Bago magtanghali ng araw pagkatapos sabihin sa aming plano ng mga tagasuri ang tungkol sa inyong apela, makakakuha kayo ng sulat na nagsasaad ng nakatakdang petsa ng inyong pag-discharge. Nakalagay rin sa sulat ang mga dahilan kung bakit sa tingin ng inyong doktor, ng ospital, at namin na ito ang tamang petsa ng pagkaka-discharge na medikal na nararapat para sa inyo.

> Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay ang "**Detalyadong Abiso sa Paglabas sa Ospital.**" Maaari kayong makakuha ng sample sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina o sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.) Maaari rin kayong sumangguni sa sample na abiso online sa www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nito, ibibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Ibibigay namin ang inyong saklaw na mga serbisyo sa ospital bilang pasyente hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Naniniwala sila na ang inyong nakaplanong petsa ng pagkaka-discharge ay medikal na nararapat.
- Ang aming saklaw para sa inyong mga serbisyo sa ospital bilang pasyente ay magtatapos sa tanghali sa araw pagkatapos na ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.
- Maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng pangangalaga sa ospital na makukuha ninyo pagkalipas ng tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.
- Maaari kayong gumawa ng Antas 2 na Apela kung tatanggihan ng QIO ang inyong Antas 1 na Apela **at** mananatili kayo sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng pagkaka-discharge.

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin ninyo sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa inyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa 1-877-588-1123 (TTY: 711).

Dapat ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ang QIO ng **Hindi** sa inyong Antas 1 na Apela. Maaari **lang** ninyong hilingin ang pagsusuring ito kung mananatili kayo sa ospital pagkalipas ng petsa na natapos ang inyong pagsaklaw para sa pangangalaga.

Gagawin ng mga QIO reviewer ang mga sumusunod:

- Tingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sasabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Dapat namin kayong bayaran para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital mula noong tanghali sa araw pagkatapos ng petsa na tinanggihan ng QIO ang inyong Antas 1 na Apela.
- Ibibigay namin ang inyong saklaw na mga serbisyo sa ospital bilang pasyente hangga’t ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 1 na Apela at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari rin kayong maghain ng reklamo sa o humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri para maipagpatuloy ang inyong pananatili sa ospital. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** para matutunan kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri.

Isang ALJ o abogadong adjudicator ang humahawak sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na medikal na serbisyo

Ang seksyong ito ay tungkol lang sa tatlong uri ng mga serbisyo na maaari ninyong makuha:

- mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa bahay
- dalubhasang pangangalaga sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, **at**
- pangangalaga sa rehabilitasyon bilang isang outpatient sa isang CORF na aprubado ng Medicare. Karaniwang nangangahulugan ito na nagpapagamot kayo para sa isang karamdaman o aksidente o nagpapagaling kayo mula sa isang malaking operasyon.

Sa alinman sa tatlong uri ng mga serbisyong ito, may karapatan kayong makakuha ng mga saklaw na serbisyo hangga't sinasabi ng doktor na kailangan ninyo ang mga ito.

Kapag nagpasya kaming ihinto ang pagsaklaw sa alinman sa mga ito, dapat naming sabihin sa inyo **bago** matapos ang inyong mga serbisyo. Kapag natapos na ang inyong saklaw para sa serbisyong iyon, hihinto kami sa pagbabayad para dito.

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos namin ang pagsaklaw ng inyong pangangalaga nang maaga, **maaari ninyong iapela ang aming desisyon**. Makikita ninyo sa seksyong ito kung paano humiling ng apela.

I1. Paunang abiso bago matapos ang inyong saklaw

Magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na abiso na matatanggap ninyo ng hindi bababa sa dalawang araw bago namin ihinto ang pagbabayad para sa inyong pangangalaga. Tinatawag itong “Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare.” Sinasabi sa inyo ng paunawa ang petsa kung kailan namin ihihinto ang pagsaklaw sa inyong pangangalaga at kung paano iaapela ang aming desisyon.

Dapat ninyong lagdaan o ng inyong kinatawan ang nakasulat na abiso para ipakitang natanggap ninyo ito. Ang pagpirma sa abiso ay nagpapakita **lang** na nakuha ninyo ang impormasyon. Ang pagpirma ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon kayo sa aming desisyon.

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos namin ang pagsaklaw ng inyong pangangalaga nang maaga, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito ang tungkol sa proseso ng Antas 1 na Apela at kung ano ang dapat gawin.

- **Sumunod sa mga deadline.** Mahalaga ang mga deadline. Unawain at sundin ang mga deadline na naaangkop sa mga bagay na dapat ninyong gawin. Ang aming plano ay dapat sumunod din sa mga deadline. Kung sa palagay ninyo hindi namin natutugunan ang mga deadline, maaari kayong magsampa ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K** para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga reklamo.
- **Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito.** Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:
    - Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina.
    - Tawagan ang HICAP sa 1-800-434-0222.
- **Makipag-ugnayan sa QIO.**
    - Sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa QIO at kung paano makipag-ugnayan sa kanila.
    - Hilingin sa kanila na suriin ang inyong apela at magpasya kung babaguhin ba ang desisyon ng aming plano.
- **Kumilos kaagad at humiling ng “mabilisang apela.”** Itanong sa QIO kung medikal na nararapat para sa amin na tapusin ang pagsaklaw sa inyong mga medikal na serbisyo.

Ang inyong deadline para makipag-ugnayan sa organisasyong ito

- Dapat kayong makipag-ugnayan sa QIO para simulan ang inyong apela hanggang tanghali ng araw bago ang epektibong petsa ng "Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare" na ipinadala namin sa inyo.
- Kung hindi diringgin ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang inyong kahilingang ipagpatuloy ang pagsaklaw sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o naniniwala kayong agaran ang inyong sitwasyon o kinasasangkutan ng agaran at seryosong panganib sa inyong kalusugan o nakakaranas kayo ng matinding pananakit, maaari kayong maghain ng reklamo o humiling sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** para matutunan kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri.

Ang legal na termino para sa nakasulat na abiso ay "**Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare**". Upang makakuha ng sample na kopya, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina o tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY ang 1-877-486-2048. O kumuha ng kopya online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Ano ang nangyayari sa panahon ng isang mabilisang apela

- Tatanungin kayo o ang inyong kinatawan ng mga tagasuri sa QIO kung bakit sa palagay ninyo ay dapat magpatuloy ang pagsaklaw. Hindi ninyo kailangang magsulat ng isang pahayag, ngunit maaari ninyong gawin.
- Tinitingnan ng mga tagasuri ang inyong medikal na impormasyon, nakikipag-usap sa inyong doktor, at sinusuri ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.
- Magpapadala rin sa inyo ang aming plano ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag sa aming mga dahilan sa pagtapos ng pagsaklaw sa inyong mga serbisyo. Makukuha ninyo ang abiso sa pagtatapos ng araw na ipinaalam sa amin ng mga tagasuri ang inyong apela.

Ang legal na termino para sa pagpapaliwanag ng abiso ay "**Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw**".

- Ibinibigay ng mga tagasuri ang kanilang desisyon sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Ibibigay namin ang inyong mga saklaw na serbisyo hangga't ang mga ito ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Magtatapos ang inyong saklaw sa petsa na ipinabatid namin sa inyo.
- Ititigil namin ang pagbabayad ng mga gastos sa pangangalagang ito sa petsang nakasaad sa abiso.
- Kayo na mismo ang magbabayad ng buong halaga ng pangangalagang ito kung magpasya kayong ipagpatuloy ang pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o mga serbisyo ng CORF pagkatapos ng petsa ng pagtatapos ng inyong saklaw.
- Kayo ang magpapasya kung gusto ninyong ipagpatuloy ang mga serbisyong ito at gumawa ng Antas 2 na Apela.

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin ninyo sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa inyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa 1-877-588-1123 (TTY: 1-866-868-2289).

Dapat ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ang QIO ng **Hindi** sa inyong Antas 1 na Apela. Maaari **lang** kayong humiling ng pagsusuring ito kung magpapatuloy kayo sa pangangalaga pagkatapos ng petsa na natapos ang inyong pagkakasaklaw para sa pangangalaga.

Gagawin ng mga QIO reviewer ang mga sumusunod:

- Tingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sasabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Babayaran namin kayo para sa mga gastos ng natanggap ninyong pangangalaga simula sa petsang sinabi naming matatapos ang pagsaklaw sa inyo.

- Magbibigay kami ng pagsaklaw para sa pangangalaga hangga't ito ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyon na tapusin ang inyong pangangalaga at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari kayong maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri para ipagpatuloy ang pagsaklaw sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** para matutunan kung paano humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Maaari kayong maghain ng reklamo sa o humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri, bukod pa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o abogadong adjudicator ang humahawak sa mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

J. Pagdadala ng inyong apela sa mas mataas sa Antas 2

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare

Kung nagsagawa kayo ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo o item ng Medicare, at parehong tinanggihan ang inyong mga apela, maaari kayong magkaroon ng mga karapatan para sa mga karagdagang mga antas ng apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng serbisyo o item ng Medicare na inyong inapela ay hindi nakakatugon sa isang partikular na minimum na halaga ng dolyar, hindi na kayo maaaring umapela. Kung ang halaga ng dolyar ay sapat na mataas, maaari ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela. Ang sulat na natanggap ninyo mula sa IRO para sa inyong Antas 2 na Apela ay nagpapaliwanag kung kanino dapat makipag-ugnayan at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang Antas 3 na proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang hukom na abogado na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela, may karapatan kaming umapela ng isang Antas 3 na desisyon na pabor sa inyo.

- Kung magpasya kaming **iapela** ang desisyon, magpapadala kami sa inyo ng kopya ng kahilingan sa Apela sa Antas 4 kalakip ang anumang kasamang dokumento. Maaaring hintayin muna namin ang desisyon sa Apela sa Antas 4 bago namin pahintulutan o ipagkaloob ang serbisyong pinag-uusapan.
- Kung mapagpasiyahan naming **hindi iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa inyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng ALJ o abogadong tagahatol.
    - Kung **Hindi** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong matatanggap ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

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 ng Konseho sa inyong Antas 4 na Apela o tanggihan nila ang aming kahilingan na suriin ang isang desisyon sa Antas 3 na Apela na pabor sa inyo, may karapatan kaming umapela sa Antas 5.

- Kung magpasya kaming **iapela** ang desisyon, ipapaalam namin ito sa inyo sa pamamagitan ng pagsulat.
- Kung magpasya kaming **hindi iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa inyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Konseho.

Kung **Hindi** ang sagot ng Konseho o tinanggihan nila ang aming kahilingan sa pagsusuri, maaaring 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 magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong natanggap ninyo kung maaari kayong magpatuloy sa Antas 5 na Apela at kung ano ang dapat gawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng isang hukom ng Hukuman ng Pederal na Distrito ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang huling desisyon. Walang iba pang antas ng apela sa kabila ng Hukuman ng Pederal na Distrito.

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal

Mayroon rin kayong iba pang mga karapatan sa pag-apela kung ang inyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o bagay na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal. Ipapabatid sa inyo ng sulat na natanggap ninyo mula sa Dibisyon sa Mga Apela at Pagdinig kung ano ang gagawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

Ipapabatid sa inyo ng sulat na natanggap ninyo mula sa Dibisyon sa Mga Pagdinig ng Estado kung ano ang gagawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

J3. Apela sa Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan ng Medicare Part D na Gamot

Maaaring naaangkop para sa inyo ang seksyong ito kung naghain kayo ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela, at parehong tinanggihan ang mga apelang ito.

Kung nakatutugon sa partikular na dolyar na halaga ang halaga ng gamot na inapela ninyo, maaaring makapagpatuloy kayo sa mga karagdagang antas ng apela. Ang nakasulat na sagot na nakuha ninyo sa inyong Antas 2 na Apela ay nagpapaliwanag kung sino ang dapat kontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang Antas 3 na proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang hukom na abogado na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela**:**

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang pagsaklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung **Hindi** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong matatanggap ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Susuriin ng Konseho ang inyong apela at bibigyan kayo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng Konseho sa inyong apela:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang pagsaklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung **Hindi** ang sagot ng Konseho sa inyong apela o kung tinanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, maaaring 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 magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong natanggap ninyo kung maaari kayong magpatuloy sa Antas 5 na Apela at kung ano ang dapat gawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng isang hukom ng Hukuman ng Pederal na Distrito ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang huling desisyon. Walang iba pang antas ng apela sa kabila ng Hukuman ng Pederal na Distrito.

K. Paano maghain ng reklamo

K1. Anong uri ng mga problema ang dapat maging reklamo

Ginagamit ang proseso ng reklamo para lang sa ilang partikular na uri ng mga problema, tulad ng mga problema tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga tagal ng paghihintay, pangangasiwa ng pangangalaga, at serbisyo sa kostumer. Narito ang ilang halimbawa ng mga uri ng mga problemang pinapangasiwaan sa pamamagitan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng inyong medikal na pangangalaga	• Hindi kayo nasisiyahan sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng pangangalagang natanggap ninyo sa ospital.
Paggalang sa inyong privacy	• Sa palagay ninyo ay hindi iginalang ng isang tao ang inyong karapatan sa privacy o nagbahagi ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa inyo.
Kawalan ng respeto, hindi magandang serbisyo sa kostumer, o iba pang negatibong pag-uugali	• Isang tagapagbigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o tauhang bastos o walang galang sa inyo. • Hindi maganda ang pakikitungo sa inyo ng aming mga tauhan. • Sa tingin ninyo ay itinutulak kayo palabas sa aming plano.
Accessibility at tulong sa wika	• Hindi kayo aktwal na maka-access sa mga serbisyo at pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan sa isang tanggapan ng doktor o tagapagbigay ng serbisyo. • Ang inyong doktor o tagapagbigay ng serbisyo ay hindi nagbibigay ng interpreter para sa wikang hindi English na inyong sinasalita (tulad ng American Sign Language o Spanish). • Ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ay hindi nagbibigay sa inyo ng iba pang makatwirang kaluwagan na inyong kailangan at hiniling.

Reklamo	Halimbawa
Mga tagal ng paghihintay	• Nahihirapan kayong makakuha ng appointment, o masyadong matagal ang hinihintay ninyo para makakuha nito. • Pinapaghintay kayo ng masyadong mahaba ng mga doktor, parmasista, o iba pang mga propesyonal sa kalusugan, Mga Serbisyo para sa Miyembro, o iba pang kawani ng plano.
Kalinisan	• Sa palagay ninyo ay hindi malinis ang klinika, ospital o tanggapan ng doktor.
Ang impormasyong nakukuha ninyo sa amin	• Sa palagay ninyo ay nabigo kaming magbigay sa inyo ng abiso o sulat na dapat ninyong matanggap. • Sa palagay ninyo ay masyadong mahirap maintindihan ang nakasulat na impormasyong ipinadala namin sa inyo.
Ang pagiging maagap na nauugnay sa mga desisyon sa pagsaklaw o apela	• Sa palagay ninyo ay hindi namin natutugunan ang aming mga deadline para sa paggawa ng desisyon sa pagsaklaw o pagsagot sa inyong apela. • Naniniwala kayo na, pagkatapos makakuha ng desisyon sa isang pagsaklaw o apelang pumapanig sa inyo, hindi namin natutugunan ang mga deadline sa pag-apruba o pagbibigay sa inyo ng serbisyo o bayad para sa ilang partikular na serbisyong medikal. • Sa palagay ninyo ay hindi namin naipadala ang inyong kaso sa takdang oras sa IRO.

Mayroong iba't ibang uri ng mga reklamo. Maaari kayong magsagawa ng panloob na reklamo at/o isang panlabas na reklamo. Ang isang panloob na reklamo ay isinasampa sa at sinusuri ng aming plano. Ang isang panlabas na reklamo ay isinasampa sa at sinusuri ng organisasyong walang kaugnayan sa aming plano. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahain ng internal at/o external na reklamo, maaari ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng telepono na nakalista sa ibaba ng pahina.

> Ang legal na termino para sa isang “reklamo” ay isang **“karaingan.”**
>
> Ang legal na termino para sa “paghahain ng reklamo” ay **“paghahain ng karaingan.”**

K2. Mga internal na reklamo

Upang magsagawa ng panloob na reklamo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Maaari kayong maghain ng reklamo anumang oras maliban kung tungkol ito sa isang gamot sa Medicare Part D. Kung ang reklamo ay tungkol sa isang gamot sa Medicare Part D, dapat ninyo itong ihain **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ninyong maranasan ang problemang gusto ninyong ireklamo.

- Kung may iba pa kayong kailangang gawin, ipapaalam ito sa inyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- Maaari rin ninyong isulat ang inyong reklamo at ipadala ito sa amin. Kung isusulat ninyo ang inyong reklamo, sasagutin namin ang inyong reklamo sa pamamagitan ng sulat.
- Kung hihiling kayo ng nakasulat na sagot, sasagot kami nang pasulat. Kung maghahain kayo ng nakasulat na reklamo (karaingan), o kung nauugnay sa kalidad ng pangangalaga ang inyong reklamo, sasagutin namin kayo sa pamamagitan ng sulat.
- Padadalhan namin kayo ng sulat sa loob ng limang araw sa kalendaryo mula nang matanggap ang inyong reklamo para ipaalam sa inyo na natanggap na namin ito.

Dapat naming sabihin sa inyo ang aming desisyon tungkol sa inyong reklamo sa pinakamabilis na panahong kailangan sa inyong kaso batay sa kalagayan ng inyong kalusugan, at hindi lalampas nang 30 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong reklamo. Sa ilang partikular na pagkakataon, may karapatan kayong humiling ng mabilis na pagsusuri sa inyong reklamo. Tinatawag itong proseso ng “mabilis na reklamo”. May karapatan kayo para sa pinabilis na pagsusuri sa inyong reklamo kung tutol kayo sa aming desisyon sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang mabilis na pagsusuri ng kahilingan para sa medikal na pangangalaga o mga gamot sa Medicare Part D.
- Tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang mabilis na pagsusuri ng apela sa tinanggihang mga serbisyo o mga Medicare Part D na gamot.
- Nagdesisyon kami na kailangan ng dagdag na panahon 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.
- Ang mga reklamong nauugnay sa Medicare Part D ay dapat gawin sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos ninyong maranasan ang problemang gusto ninyong ireklamo. Kailangang ihain ang lahat ng iba pang uri ng reklamo sa amin o sa tagapagbigay ng serbisyo anumang oras mula sa araw na naganap ang insidente o pagkilos na naging sanhi ng pagkadismaya ninyo.
- Kung naghahain kayo ng reklamo dahil tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang “mabilisang desisyon sa pagsaklaw” o “mabilis na apela,” maaari kayong humiling ng “mabilis na reklamo” at tutugunan namin ang inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

> **Ang legal na termino** para sa “mabilis na reklamo” ay **“pinabilis na karaingan.”**

Sasagutin namin kayo agad, kung posible. Kung tatawag kayo sa amin kaugnay ng isang reklamo, maaari namin kayong mabigyan ng sagot sa tawag ding iyon. Kung kinakailangan naming sumagot kaagad dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, gagawin namin iyon.

- Tumutugon kami sa karamihan ng mga reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung hindi kami makagawa ng desisyon sa loob ng 30 araw sa kalendaryo dahil kailangan namin ng higit pang impormasyon, aabisuhan namin kayo sa sulat. Magbibigay din kami ng update sa katayuan at tinatayang oras para makakuha kayo ng sagot.
- Kung nagrereklamo kayo dahil tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang “mabilisang desisyon sa pagsaklaw” o “mabilis na apela,” awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng “mabilis na reklamo” at tutugunan ang inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.
- Kung nagrereklamo kayo dahil naglaan kami ng karagdagang oras para gumawa ng desisyon sa pagsaklaw o apela, awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng “mabilis na reklamo” at tutugon sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

Kung hindi kami sang-ayon sa ilan o lahat ng inyong reklamo, ipapaalam namin ito sa inyo at ibibigay ang aming mga dahilan. Tutugon kami kung sumasang-ayon kami o hindi sa reklamo.

K3. Mga external na reklamo

Medicare

Maaari ninyong sabihin sa Medicare ang tungkol sa inyong reklamo o ipadala ito sa Medicare. Available ang Form ng Reklamo sa Medicare sa: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hindi ninyo kailangang maghain ng reklamo sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) bago maghain ng reklamo sa Medicare.

Siniseryoso ng Medicare ang inyong mga reklamo at gagamitin namin ang impormasyong ito para makatulong na pahusayin ang kalidad ng programa ng Medicare.

Kung mayroon kayong anumang iba pang feedback o alalahanin, o kung sa tingin ninyo ay hindi tinutugunan ng planong pangkalusugan ang inyong problema, maaari rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Medi-Cal

Maaari kayong maghain ng reklamo sa Ombudsman ng Medi-Cal Managed Care ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (DHCS) ng California sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-452-8609. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711. Tumawag mula Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m.

Maaari kayong maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC). Ang DMHC ay may pananagutan para sa pamamahala ng mga planong pangkalusugan. Maaari ninyong tawagan ang Help Center ng DMHC para sa tulong sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Para sa mga hindi agarang usapin, maaari kayong maghain ng reklamo sa DMHC kung hindi kayo sang-ayon sa desisyon sa inyong Antas 1 na apela o kung hindi nalutas ng plano ang inyong reklamo pagkalipas ng 30 araw sa kalendaryo. Gayunpaman, maaari kayong makipag-ugnayan sa DMHC nang hindi naghahain ng Antas 1 na apela kung kailangan ninyo ng tulong sa isang reklamong nauugnay sa isang agarang isyu o isyung kaugnay ng agaran at seryosong panganib sa inyong kalusugan, kung nakakaranas kayo ng matinding kirot, kung hindi kayo sang-ayon sa pagpapasya ng aming plano tungkol sa inyong reklamo, o kung hindi nalutas ng aming plano ang inyong reklamo pagkalipas ng 30 araw sa kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan para makahingi ng tulong sa Help Center:

- Tumawag sa **1-888-466-2219**. Ang mga indibiduwal na bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ay maaaring gamitin ang walang bayad na numero ng TTY, na **1-877-688-9891**. Libre ang tawag.
- Bisitahin ang website ng Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (**www.dmhc.ca.gov**).

Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil (OCR)

Maaari kayong magreklamo sa OCR ng Departamento ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao (HHS) kung sa tingin ninyo ay hindi namin kayo natrato nang tama. Halimbawa, maaari kayong magreklamo tungkol sa kawalan ng access o tulong sa wika. Ang numero ng telepono para sa OCR ay 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697. Maaari kayong bumisita sa www.hhs.gov/ocr para sa higit pang impormasyon.

Maaari rin kayong makipag-ugnayan sa lokal na tanggapan ng OCR sa:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Telepono: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
Fax: 1-202-619-3818

Maaari rin kayong magkaroon ng karapatan sa ilalim ng Batas para sa mga Amerikanong may Kapansanan (ADA) at sa ilalim ng Batas sa Sibil na mga Karapatan ng Unruh. Maaari kayong makipag-ugnayan sa Tanggapan ng Ombudsman ng Medi-Cal Managed Care at Kalusugan ng Isip. Ang numero ng telepono ay 1-888-452-8609 (TTY:711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. PST, hindi kasama ang mga pistal opisyal.

QIO

Kapag ang reklamo ninyo ay tungkol sa kalidad ng pangangalaga, may dalawa kayong pagpipilian:

- Maaari kayong magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga nang direkta sa QIO.
- Maaari ninyong gawin ang inyong reklamo sa QIO at sa aming plano. Kung maghahain kayo ng reklamo sa QIO, makikipagtulungan kami sa kanila para malutas ang inyong reklamo.

Ang QIO ay isang pangkat ng mga practicing na doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan para suriin at pahusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. Upang matuto pa tungkol sa QIO, sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sa California, ang QIO ay tinatawag na Commence Health. Ang numero ng telepono para sa Commence Health ay 1-877-588-1123 (TTY: 711).

Kabanata 10: Pagwawakas ng inyong pagiging miyembro sa aming plano

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano at ang inyong mga pagpipiliang saklaw sa kalusugan pagkatapos ninyong umalis sa aming plano. Kung aalis kayo sa aming plano, mananatili pa rin kayo sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't kayo ay kwalipikado. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong membership sa aming plano 326

B. Paano tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano..... 328

C. Paano kumuha ng magkahiwalay na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal 329

C1. Ang inyong mga serbisyo sa Medicare..... 329

C2. Ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal 334

D. Ang inyong mga medikal na item, serbisyo, at gamot hanggang sa magwakas ang membership ninyo sa aming plano 334

E. Iba pang sitwasyon kung kailan magwawakas ang inyong membership sa aming plano .. 334

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyong umalis sa aming plano para sa anumang dahilang may kaugnayan sa kalusugan..... 336

G. Ang inyong karapatang maghain ng reklamo kung wakasan namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano..... 337

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng inyong membership sa plano..... 337

A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong membership sa aming plano

Maaaring wakasan ng karamihan sa mga taong may Medicare ang kanilang pagiging miyembro sa ilang panahon ng taon. Dahil mayroon kayong Medi-Cal, mayroon kayong ilang opsyon para tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano kabilang ang anumang buwan ng taon.

Bukod pa rito, maaari ninyong tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano sa mga sumusunod na panahon bawat taon:

- Ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala**, na tumatagal mula ika-15 ng Oktubre hanggang ika-7 ng Disyembre. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, matatapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano sa ika-31 ng Disyembre at magsisimula ang inyong pagiging miyembro sa bagong plano sa ika-1 ng Enero.
- Ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medicare Advantage (MA),** na tumatagal mula ika-1 ng Enero hanggang ika-31 ng Marso at para rin sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na nakatala sa isang plano, mula sa buwan ng pagkakasaklaw sa Bahagi A at Bahagi B hanggang sa huling araw ng ika-3 buwan ng

pagkakasaklaw. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magsisimula ang inyong pagiging miyembro sa bagong plano sa unang araw ng susunod na buwan.

Posibleng may iba pang sitwasyon kung kailan kwalipikado kayong magsagawa ng pagbabago sa inyong pagpapatala. Halimbawa, kung:

- umalis kayo sa aming sineserbisyuhang lugar,
- ang inyong pagiging kwalipikado para sa Medi-Cal o Karagdagang Tulong ay nagbago, **o**
- kung kakalipat lang ninyo, kung kasalukuyan kayong inaalagaan, o kung kakalabas lang ninyo sa isang nursing facility o ospital ng pangmatagalang pangangalaga.

Ang inyong pagiging miyembro ay matatapos sa huling araw ng buwan na matanggap namin ang inyong kahilingan na umalis sa aming plano. Halimbawa, kung matanggap namin ang inyong kahilingan sa ika-18 ng Enero, ang inyong saklaw sa aming plano ay matatapos sa ika-31 ng Enero. Kung magpapatala kayo sa ibang plano, magsisimula ang bago ninyong saklaw sa unang araw ng kasunod na buwan (ika-1 ng Pebrero, sa halimbawang ito).

Kung aalis kayo sa aming plano, makakakuha kayo ng impormasyon tungkol sa inyong:

- Mga opsyon sa Medicare sa talahanayan sa **Seksyon C1**.
- Nasa **Seksyon C2** ang mga opsyon at serbisyo ng Medi-Cal.

Makakakuha kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa:

- Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahinang ito. Nakalista rin ang numero para sa mga gumagamit ng TTY.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California, sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. TTY:711. Para sa higit pang impormasyon o para humanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang www.aging.ca.gov/HICAP. Mga Opsyon sa Pangangalagang Pangkalusugan sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 6 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077.
- Ombudsman ng Medi-Cal Managed Care sa 1-888-452-8609, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. o mag-email MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

TANDAAN: Kung kayo ay nasa isang programa ng pamamahala sa gamot (DMP), maaaring hindi kayo makapagpalit ng plano. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa mga programa ng pamamahala sa gamot.

B. Paano tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung magpapasya kayong wakasan ang inyong membership, magagawa ninyo ito sa pamamagitan ng pag-enroll sa ibang plano ng Medicare o maaari kayong lumipat sa Original Medicare. Gayunpaman, kung gusto ninyong lumipat mula sa aming plano papunta Original Medicare ngunit hindi kayo pumili ng hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, dapat ninyong hilingin na alisin kayo sa pagkakatala sa aming plano. May dalawang paraan para mahiling ninyo sa aming alisin kayo sa pagkakatala:

- Maaari kayong humiling sa amin sa pamamagitan ng sulat. Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon sa kung paano ito gagawin.
- Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY (mga taong nahihirapang makarinig o magsalita) sa 1-877-486-2048. Kapag tinawagan ninyo ang 1-800-MEDICARE, maaari rin kayong magpatala sa isa pang plano ng Medicare sa kalusugan o gamot. Ang karagdagang impormasyon sa pagkuha ng inyong mga serbisyo sa Medicare kapag umalis kayo sa aming plano ay nasa chart sa Seksyon C1.
- Tawagan ang Mga Opsyon sa Pangangalagang Pangkalusugan sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 6 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077.
- Kasama sa **Seksyon C** sa ibaba ang mga hakbang na maaari ninyong gawin para magpatala sa ibang plano, na magtatapos din sa inyong membership sa aming plano.

C. Paano kumuha ng magkahiwalay na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal

Mayroon kayong mga pagpipilian tungkol sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal kung pipiliin ninyong umalis sa aming plano.

C1. Ang inyong mga serbisyo sa Medicare

Mayroon kayong apat na opsyon sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba anumang buwan ng taon. Mayroon kayong karagdagang opsyon na nakalista sa ibaba sa ilang partikular na bahagi ng taon kabilang ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala** at ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** o iba pang sitwasyon na inilalarawan sa **Seksyon A**. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko ninyong tinatapos ang inyong membership sa aming plano.

1. Maaari kayong lumipat sa:	**Narito ang dapat gawin:**
Ang Medicare Medi-Cal Plano ng Medicare Medi-Cal (Medi-Medi Plano ng Medi-Medi) ay isang uri ng plano ng Medicare Advantage. Para ito sa mga tao na parehong may Medicare at Medi-Cal, at ipinagsasama sa isang plano ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal. Pinapangasiwaan ng mga Medi-Medi Plano ng Medi-Medi ang lahat ng mga benepisyo at serbisyo sa parehong programa, kasama ang lahat ng mga saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal o isang Programa ng Komprehensibong Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE) na plano, kung kwalipikado kayo.	Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong tungkol sa Programa ng Komprehensibong Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon:

Tandaan: Ang terminong Plano ng Medi-Medi ay ang pangalan para sa integrated na mga dual eligible special needs plan (D-SNP) sa California.	• Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa bagong Plano ng Medi-Medi. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkakatala sa aming plano sa Medicare kapag nagsimula na ang inyong pagsaklaw sa bagong plano. Magbabago ang inyong plano sa Medi-Cal para tumugma sa inyong Plano ng Medi-Medi

2. Maaari kayong lumipat sa: **Original Medicare na may hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, at isang Plano ng Medi-Cal.**	**Narito ang dapat gawin:** 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 kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: ● Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa bagong planong sa gamot ng Medicare. Awtomatiko kayong aalisin mula sa pagkakatala sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong pagsaklaw sa Original Medicare. Mananatili kayong nakatala sa inyong Plano ng Medi-Cal ng Medi-Cal maliban kung pumili kayo ng ibang plano.

3. Maaari kayong lumipat sa: **Original Medicare na walang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare kung may valid kayong dahilan ng pag-alis sa pagkakatala** **TANDAAN:** Kung lilipat kayo sa Original Medicare at hindi magpapatala sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, maaari kayong ipatala ng Medicare sa isang plano ng gamot, maliban kung sinabihan ninyo ang Medicare na hind ninyo gustong sumali. Dapat lang ninyong ihinto ang saklaw ng gamot kung mayroon kayong saklaw sa gamot mula sa ibang mapagkukunan, tulad ng isang employer o union. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa kung kailangan ninyo ng pagsaklaw sa gamot, tawagan ang Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Narito ang dapat gawin:** 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 kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: ● Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kayong aalisin mula sa pagkakatala sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong pagsaklaw sa Original Medicare. Mananatili kayong nakatala sa inyong Medi-Cal Plan maliban kung pumili kayo ng ibang plano.

4. Maaari kayong lumipat sa: **Anumang planong pangkalusugan ng Medicare** sa ilang partikular na bahagi ng taon kabilang ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala** at ang **Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** o iba pang sitwasyon na inilalarawan sa **Seksyon A**.	**Narito ang dapat gawin:** Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong tungkol sa Programa ng Komprehensibong Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: ● Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8 a.m. hanggang 5 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa bagong plano ng Medicare. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkakatala sa aming plano sa Medicare kapag nagsimula na ang inyong pagsaklaw sa bagong plano. Maaaring magbago ang inyong plano sa Medi-Cal.

C2. Ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano makukuha ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal pagkatapos ninyong umalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa Mga Opsyon sa Pangangalagang Pangkalusugan sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes, mula 8 a.m. hanggang 6 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077. O bisitahin ang www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Itanong kung paano makakaapekto ang pagsali sa ibang plano o pagbalik sa Original Medicare sa pagkuha ninyo ng inyong saklaw sa Medi-Cal.

D. Ang inyong mga medikal na item, serbisyo, at gamot hanggang sa magwakas ang membership ninyo sa aming plano

Kung aalis kayo sa aming plano, maaaring matagalan bago matapos ang inyong pagiging miyembro at magsimula ang saklaw ng inyong bagong Medicare at Medi-Cal. Sa panahong ito, patuloy kayong makakakuha ng inyong mga gamot at pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magsimula ang inyong bagong plano.

- Gamitin ang aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network para makatanggap ng medikal na pangangalaga.
- Gamitin ang aming mga parmasyang nasa network kabilang ang sa pamamagitan ng aming mga serbisyo sa mail-order na parmasya para mapunan ang inyong mga reseta.
- Kung maoospital kayo sa araw na magtatapos ang inyong pagiging miyembro sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), sasaklawin ng aming plano ang inyong pamamalagi sa ospital hanggang sa makalabas kayo. Mangyayari ito kahit na magsimula ang inyong bagong saklaw sa kalusugan bago kayo makalabas sa ospital.

E. Iba pang sitwasyon kung kailan magwawakas ang inyong membership sa aming plano

Ito ang mga kaso kung kailan dapat naming wakasan ang inyong pagiging miyembro sa aming plano:

- Kung mayroong pansamantalang pagitan sa saklaw ng inyong Medicare Part A at Medicare Part B.
- Kung hindi na kayo kwalipikado para sa Medi-Cal. Ang aming plano ay para sa mga tao na kwalipikado pareho para sa Medicare at Medi-Cal. Tandaan: kung hindi na kayo kwalipikado para sa Medi-Cal, maaari kayong pansamantalang magpatuloy sa

aming plano na may mga benepisyo ng Medicare, pakitingnan ang impormasyon sa ibaba tungkol sa deeming period. Kung hindi na ninyo natutugunan ang mga espesyal na kinakailangan sa pagiging kwalipikado ng aming plano, matatapos ang inyong membership sa planong ito pagkalipas ng 3 buwan (na panahon ng itinuturing na patuloy na pagiging kwalipikado ng plano). 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 aalis kayo sa aming sineserbisyuhang lugar.
- Kung malayo kayo sa aming sineserbisyuhang lugar sa loob ng mahigit sa anim na buwan.
    - Kung lilipat kayo o bibiyahe ng matagal, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para malaman kung ang lugar na inyong lilipatan o pupuntahan ay nasa sineserbisyuhang lugar ng aming plano.
- Kung makukulong o mabibilanggo kayo dahil sa kriminal na pagkakasala.
- Kung magsisinungaling kayo tungkol sa o kung hindi ninyo ibibigay ang impormasyon tungkol sa ibang insurance na mayroon kayo para sa mga gamot.
- Kung hindi kayo mamamayan o nasyonal ng Estados Unidos, o isang kwalipikadong hindi mamamayan.
    - Dapat kayong maging mamamayan o nasyonal ng Estados Unidos, o isang kwalipikadong hindi mamamayan para maging miyembro ng aming plano.
    - Aabisuhan kami ng Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS) kung hindi kayo kwalipikado na manatili bilang miyembro ayon sa batayang ito.
    - Dapat namin kayong alisin sa pagkakatala kung hindi ninyo natutugunan ang pangangailangang ito.

Kung mawawala ang inyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal ngunit inaasahang maibabalik ito sa loob ng 3 buwan, patuloy naming ibibigay ang lahat ng benepisyo ng Medicare na saklaw ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). Kapag natapos ang inyong saklaw sa Medi-Cal, hindi na namin babayaran ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal. Babayaran namin ang anumang bahagian sa gastos sa Medicare na sana ay binayaran ng Medi-Cal kung hindi kayo nawalan ng Medi-Cal. Para sa karagdagang impormasyon, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numerong nakalista sa ibaba ng pahina.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula ika-1 ng Oktubre hanggang ika-31 ng Marso, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula ika-1 ng Abril hanggang ika-30 ng Setyembre, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang go.wellcare.com/HealthNetCA.

Tutulungan namin kayong maging kwalipikadong muli sa Medi-Cal. Kung maging kwalipikadong muli kayo sa Medi-Cal habang nakatala pa rin kayo sa amin para sa inyong saklaw sa Medicare, ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa inyong mga benepisyo sa Medi-Cal at magpapatuloy ang inyong pagpapatala sa amin. Kung hindi ninyo maibabalik ang pagiging kwalipikado sa Medi-Cal sa loob ng 3 buwan, aalisin namin kayo sa Medi-Cal. Kung maibabalik ninyo ang pagiging kwalipikado sa Medi-Cal pagkatapos maalis sa pagkakatala, kakailanganin ninyong makipag-ugnayan sa amin upang muling mag-enroll sa plano.

Maaari namin kayong paalisin sa aming plano para sa mga sumusunod na dahilan kung makakakuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare at Medi-Cal:

- Kung sasadyain ninyong bigyan kami ng hindi tamang impormasyon kapag nagpapatala kayo sa aming plano at ang impormasyong iyon ay nakakaapekto sa inyong pagiging kwalipikado sa aming plano.
- Kung patuloy kayong kikilos sa nakakaistorbong paraan at nagiging mahirap sa amin na bigyan kayo at ang iba pang miyembro ng aming plano ng medikal na pangangalaga.
- Kung papayagan ninyo ang ibang tao na gamitin ang inyong ID Card ng Miyembro para makakuha ng medikal na pangangalaga. (Maaaring hilingin ng Medicare sa Inspektor Heneral na imbestigahan ang inyong kaso kung tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro para sa kadahilanang ito.)

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyong umalis sa aming plano para sa anumang dahilang may kaugnayan sa kalusugan

Hindi namin maaaring hilingin sa inyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilan na nauugnay sa inyong kalusugan. Kung sa tingin ninyo ay hinihiling namin sa inyo na umalis sa aming plano para sa isang kadahilanang nauugnay sa kalusugan, **tawagan ang Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY ang 1-877-486-2048.

G. Ang inyong karapatang maghain ng reklamo kung wakasan namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung wawakasan namin ang inyong membership sa aming plano, dapat naming sabihin sa inyo sa sulat ang aming mga dahilan sa pagwawakas ng inyong membership. Dapat din naming ipaliwanag kung paano kayo makakapaghain ng karaingan o makakapagreklamo tungkol sa aming desisyong wakasan ang inyong membership. Maaari rin kayong sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa kung paano maghain ng reklamo.

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng inyong membership sa plano

Kung mayroon kayong mga tanong o kung gusto ninyong malaman pa ang tungkol sa pagwawakas sa inyong pagiging miyembro, maaari ninyong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga legal na abiso na naaangkop sa inyong pagiging miyembro sa aming plano. Ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Abiso tungkol sa mga batas 339

B. Abiso ng pamahalaan tungkol sa hindi pandidiskrimina 339

C. Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina para sa Medi-Cal 339

D. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang tagapagbayad at Medi-Cal bilang huling tagapagbayad 341

E. Abiso tungkol sa estate recovery ng Medi-Cal 341

F. Pagbawi ng mga benepisyo na binayaran ng aming plano sa ilalim ng inyong plano sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 342

G. Membership card 345

H. Pandaraya sa plano ng pangangalagang pangkalusugan 345

I. Mga sitwasyon kung saan walang kontrol ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 346

A. Abiso tungkol sa mga batas

Maraming batas ang nalalapat sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Maaaring makaapekto ang mga batas na ito sa inyong mga karapatan at pananagutan kahit na hindi isinama o ipinaliwanag ang mga batas sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Ang mga pangunahing batas na nalalapat ay mga batas ng pederal at estado tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Ang iba pang mga batas ng pederal at estado ay maaari ring ilapat.

B. Abiso ng pamahalaan tungkol sa hindi pandidiskrimina

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 1964, ang Batas sa Rehabilitasyon ng 1973, ang Batas sa Diskriminasyon Ayon sa Edad ng 1975, ang Batas sa Mga Amerikanong may Mga Kapansanan, Seksyon 1557 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 may mga alalahanin 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. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-800-537-7697. Maaari rin kayong bumisita sa www.hhs.gov/ocr para sa higit pang impormasyon.

C. Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina para sa Medi-Cal

Hindi kami nandidiskrimina o hindi namin kayo tatratuhin nang iba dahil sa inyong 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. Bilang karagdagan, hindi

kami nagtatangi ng labag sa batas, ibinubukod ang mga tao, o iniiba ang pakikitungo sa kanila dahil sa ninuno, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, pagkakakilanlan ng kasarian, katayuan sa pag-aasawa, o medikal na kundisyon.

Kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon o may mga alalahanin tungkol sa pandidiskrimina o hindi patas na pagtrato:

- Tawagan ang Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil, ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 711 (Telecommunications Relay Serbisyo sa Pag-relay ng Telekomunikasyon). Kung sa palagay ninyo ay nadiskrimina kayo at nais ninyong maghain ng karaingan sa pandidiskrimina, makipag-ugnayan 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. Maaari rin kayong makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagsulat sa:

  MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations
  P.O. Box 10198
  Van Nuys, CA 91410-0198
  go.wellcare.com/HealthNetCA

Kung ang inyong karaingan ay tungkol sa diskriminasyon sa programang Medi-Cal, maaari rin kayong magsampa ng reklamo sa Tanggapan ng Mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan, sa pamamagitan ng telepono, sa pamamagitan ng pagsulat, o sa electronic na paraan:

- Sa telepono: Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi kayo makapagsalita o makarinig nang maayos, tumawag sa 711 (Telecommunications Relay Serbisyo sa Pag relay ng Telekomunikasyon).

- Sa pagsulat: Punan ang form ng reklamo o magpadala ng sulat sa:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Available ang mga form ng reklamo sa
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Sa electronic na paraan: Mag-email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

Kung mayroon kayong kapansanan at kailangan ng tulong sa pag-access ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan o isang tagapagbigay ng serbisyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Kung mayroon kayong reklamo, gaya ng problema sa daraanan ng wheelchair, makakatulong sa inyo ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

D. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang tagapagbayad at Medi-Cal bilang huling tagapagbayad

Kung minsan, mayroon munang ibang dapat magbayad para sa mga ibinibigay naming serbisyo sa inyo. Halimbawa, kung kayo ay naaksidente sa kalsada o kung napinsala kayo sa trabaho, ang insurance o Kabayaran sa mga Manggagawa ang dapat munang magbayad.

May karapatan at responsibilidad kaming mangolekta para sa mga sinasaklaw naming serbisyo sa Medicare kung saan hindi ang Medicare ang unang nagbabayad.

Sumusunod kami sa mga batas at regulasyon ng pederal at estado na may kaugnayan sa legal na pananagutan ng mga ikatlong partido para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga miyembro. Ginagawa namin ang lahat ng makatwirang hakbang para matiyak na ang Medi-Cal ang huling nagbabayad.

Dapat gamitin ng mga miyembro ng Medi-Cal ang lahat ng iba pang saklaw sa kalusugan (OHC) bago gamitin ang Medi-Cal kapag available ang parehong serbisyo sa ilalim ng inyong saklaw sa kalusugan dahil Medi-Cal ang huling tagapagbayad. Ibig sabihin, na sa karamihan ng mga kaso, Medi-Cal ang pangalawang tagapagbayad sa Medicare OHC, na sinasaklaw ang mga pinahihintulutang gastos na hindi binayaran ng aming plano o iba pang OHC hanggang sa halaga ng Medi-Cal.

E. Abiso tungkol sa estate recovery ng Medi-Cal

Dapat maningil ang programang Medi-Cal mula sa mga probated estate ng ilang partikular na namatay na miyembro para sa mga benepisyo sa Medi-Cal na natanggap mula sa kanilang ika-55 kaarawan. Kasama sa paniningil ang Fee-For-Service at mga premium/capitation payment para sa pinamamahalaang pangangalaga para sa mga serbisyo sa pasilidad ng pangangalaga o nursing facility, mga serbisyo sa bahay at komunidad, at mga nauugnay na serbisyo sa ospital at inireresetang gamot na natanggap noong inpatient ang isang miyembro sa isang pasilidad sa pangangalaga o noong siya ay nakakatanggap ng mga serbisyo sa bahay at komunidad. Hindi dapat lumampas ang pagbabayad sa halaga ng probated estate ng miyembro.

Upang matuto pa, tingnan ang website ng estate recovery ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dhcs.ca.gov/er o tumawag sa 916-650-0590.

F. Pagbawi ng mga benepisyo na binayaran ng aming plano sa ilalim ng inyong plano sa Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

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 alam ninyo; pangalan at address ng inyong abogado, kung may abogado kayo, ang pangalan at address ng anumang kasaling kumpanya ng insurance, kasama na ang isang paglalarawan ng pangyayaring nagdulot ng injury, 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.

G. Membership card

Gagamitin lang para sa identipikasyon ang membership card na ibibigay ng aming plano sa ilalim ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Ang pagkakaroon ng membership card ay hindi nagbibigay ng anumang karapatan para sa mga serbisyo o iba pang mga benepisyo sa ilalim ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Upang maging kwalipikado sa mga serbisyo o benepisyo sa ilalim ng *Handbook ng Miyembro* na ito, ang nagmamay-ari ng card ay dapat kwalipikado sa saklaw at nakapagpatala bilang miyembro sa ilalim ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Ang sinumang tatanggap ng mga serbisyong hindi niya dapat matanggap sa ilalim ng *Handbook ng Miyembro* 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. Pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numerong nasa ibaba ng pahina kung kailangan ninyong papalitan 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.

H. 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 1-800-977-3565 (TTY: 711). Bukas ang Fraud Hotline 24 na oras bawat araw, pitong araw bawat linggo. Lubos na kumpidensyal ang lahat ng tawag.

I. Mga sitwasyon kung saan walang kontrol ang Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

Sa sukdulang magreresulta ang isang natural na sakuna, digmaan, riot, insureksyong sibil, epidemya, ganap o hindi ganap na pagkasira ng mga pasilidad, atomic na pagsabog o iba pang release ng nuclear energy, pagkawala ng kakayahan ng mahahalagang tauhan sa medikal na pangkat, state of emergency, o iba pang katulad na pangyayari na hindi kontrolado ng aming plano, sa kawalan ng kakayahan ng mga pasilidad o tauhan ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) na magbigay o magsaayos ng mga serbisyo o benepisyo sa ilalim ng *Handbook ng Miyembro* na ito, malilimitahan ang obligasyon ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) sa pagbibigay ng mga naturang serbisyo o benepisyo sa iniaatas na sisikapin ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP), sa mabuting hangarin, na maipagkaloob o maisaayos ang pagbibigay ng mga naturang serbisyo o benepisyo ayon sa kasalukuyang kakayahan ng mga pasilidad o tauhan nito.

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Panimula

Nakapaloob sa kabanatang ito ang mga pangunahing terminong ginagamit sa buong *Handbook ng Miyembro* na ito kasama ng kanilang mga kahulugan. Nakalista ang mga termino sa alpabetikong pagkakasunod-sunod. Kung may termino kayong hindi mahanap o kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon bukod sa nakasaad sa kahulugan, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (ADL): Ang mga bagay na ginagawa ng mga tao sa isang normal na araw, tulad ng pagkain, paggamit ng banyo, pagbibihis, pagligo, o pagsisipilyo ng ngipin.

Hukom ng pang-administratibong batas: Ang isang Hukom ng Pang-administratibong Batas (ALJ) ay isang abogado na dumidinig o nagdedesisyon sa mga kasong kinasasangkutan ng mga ahensya ng gobyerno. Abogadong sumusuri sa antas 3 na apela.

Programang tulong sa gamot sa AIDS (ADAP): Isang programang nakakatulong sa mga indibidwal na may HIV/AIDS na magroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakapagligtas ng buhay.

Center ng ambulatoryong operasyon: Isang pasilidad na nagbibigay ng operasyon para sa outpatient para sa mga pasyenteng hindi kailangan ng pangangalaga ng ospital at hindi inaasahang mangangailangan ng mahigit sa 24 na oras na pangangalaga.

Apela: Isang paraan para matutulan ninyo ang aming pagkilos kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami. Maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang isang desisyon sa pagsaklaw sa pamamagitan ng paghahain ng apela. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga apela, kabilang ang kung paano maghain ng apela.

Bill ng balanse: Ang kagawian kung saan sinisingil ng isang tagapagbigay ng serbisyo ang isang pasyente para sa kulang pa sa pagitan ng kabuuang sinisingil ng tagapagbigay ng serbisyo at ng halagang binayaran ng planong pangkalusugan ng pasyente.

Kalusugan ng pag-uugali: Tumutukoy sa ating emosyonal, sikolohikal, at panlipunang kagalingan. Sa mas simpleng salita: tungkol ito sa ating mga iniisip, nadarama, at pakikipag-ugnayan sa iba. Isang komprehensibong termino na tumutukoy sa mga serbisyo sa kalusugan sa pag-iisip at karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot.

Biological na produkto: Isang gamot na ginawa mula sa mga natural at buhay na mapagkukunan tulad ng mga selyula ng hayop, selyula ng halaman, bacteria, o yeast. Mas kumplikado ang mga biological na produkto kaysa sa iba pang gamot at hindi kayang kopyahin nang eksakto ang mga ito, kaya ang mga alternatibong anyo ay tinatawag na mga biosimilar. (Tingnan din ang “Orihinal na biological na produkto” at “Biosimilar”).

Biosimilar: Isang biological na gamot 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 gamot na ginagawa at ipinagbibili ng kumpanyang orihinal na gumawa ng gamot. Ang mga branded na gamot ay may parehong mga sangkap na katulad sa mga generic na bersyon ng mga gamot. Gayunpaman, ang mga generic na gamot ay karaniwang ginagawa at ibinebenta ng iba pang manufacturer ng gamot at karaniwang hindi available hangga't hindi natatapos ang patent sa branded na gamot.

Tagapangasiwa ng pangangalaga: Isang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa inyo, sa planong pangkalusugan, at sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng inyong pangangalaga para tiyakin na nakukuha ninyo ang pangangalagang kailangan ninyo.

Plano ng pangangalaga: Sumangguni sa “Plano ng pangangalaga para sa indibidwal.”

Grupo sa pangangalaga: Sumangguni sa “Interdisciplinary na grupo sa pangangalaga.”

Yugto ng catastrophic na pagsaklaw: Ang yugto sa benepisyo ng gamot sa Medicare Part D kung saan babayaran ng aming plano ang lahat ng gastos sa inyong Bahagi D na mga Gamot hanggang sa katapusan ng taon. Sisimulan ninyo ang yugtong ito kapag nakagastos na kayo (o ang iba pang kwalipikadong partido sa ngalan ninyo) ng $2,400 para sa mga saklaw na gamot sa Bahagi D sa loob ng taon. Wala kayong babayaran.

Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS): Ang pederal na ahensyang nangangasiwa ng Medicare. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano makipag-ugnayan sa CMS.

Mga Serbisyong Pang-adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS): Programa ng serbisyo sa pasilidad para sa outpatient na naghahatid ng sanay na pag-aalaga, mga serbisyong panlipunan, occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/tagapag-alaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang serbisyo sa mga kwalipikado na miyembro na nakatutugon sa mga naaangkop na pamantayan para sa pagiging kwalipikado.

Reklamo: Isang nakasulat o pasalitang pahayag na nagsasabing mayroon kayong problema o alalahanin tungkol sa inyong mga saklaw na serbisyo o pangangalaga. Kasama rito ang anumang alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, kalidad ng pangangalaga sa inyo, mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network o mga parmasyang nasa aming network. Ang pormal na tawag sa “paghahain ng reklamo” ay “paghahain ng karaingan”.

Komprehensibong pasilidad para sa rehabilitasyon ng pasyenteng hindi kailangang i-confine (CORF): Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo ng rehabilitasyon pagkatapos ng isang karamdaman, aksidente, o malaking operasyon. Nagbibigay ito ng iba't ibang mga serbisyo, kasama ang physical therapy, mga serbisyong panlipunan o pangkaisipan, respiratory therapy, occupational therapy, speech therapy, at mga serbisyo sa pagtatasa ng kapaligiran sa tahanan.

Copay: Isang hindi nagbabagong halaga na binabayaran ninyo bilang bahagi ninyo sa gastos sa tuwing kumukuha kayo ng ilang partikular na serbisyo o gamot. Halimbawa, maaari kayong magbayad ng $2 o $5 para sa isang serbisyo o gamot.

Bahagian sa gastos: Ang mga halaga na kailangan ninyong bayaran kapag kumukuha kayo ng ilang partikular na serbisyo o gamot. Kasama ang mga copay sa bahagian sa gastos.

Tier ng bahagian sa gastos: Grupo ng mga gamot na may parehong copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (tinatawag ding *Listahan ng 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.

Mga desisyon sa pagsaklaw: Isang pagpapasya tungkol sa kung ano-anong mga benepisyo ang sinasaklaw namin. Kasama rito ang mga desisyon tungkol sa mga saklaw na gamot at serbisyo o ang halagang binabayaran namin para sa inyong mga serbisyong pangkalusugan. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano humiling sa amin ng isang desisyon sa pagsaklaw.

Mga saklaw na gamot: Ang terminong ginagamit namin na tumutukoy sa lahat ng inireseta at nabibili nang walang reseta (OTC) na gamot na saklaw ng aming plano.

Mga saklaw na serbisyo: Ang ginagamit naming pangkalahatang termino upang tukuyin ang lahat ng pangangalagang pangkalusugan, pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, reseta at nabibili nang walang reseta na gamot, kagamitan, at ibang pang serbisyo na sinasaklaw ng aming plano.

Pagsasanay sa pangkulturang kakayahan: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang tagubilin sa aming mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, na nakakatulong sa kanilang mas maunawaan ang inyong pinagmulan, mga pagpapahalaga, at mga paniniwala para maisagawa ang mga serbisyong tutugon sa inyong mga pangangailangan sa lipunan, kultura, at wika.

Pang-araw-araw na rate ng bahagian sa gastos: Maaaring mailapat ang pang-araw-araw na halaga ng bahagian sa gastos kapag niresetahan kayo ng inyong doktor ng mas mababa sa isang buwang supply at kinakailangan ninyong magbayad ng copay. Ang pang-araw-araw na rate ng bahagian sa gastos ay ang copay na hinati sa bilang ng mga araw sa isang buwang supply.

Narito ang isang halimbawa: Sabihin nating ang copay para sa inyong gamot para sa isang buong buwang supply (isang 30 araw na supply) ay $1.65. Ibig sabihin, ang halagang babayaran ninyo para sa inyong gamot ay mas mababa sa $0.06 bawat araw. Kung makatanggap kayo ng pitong araw na supply ng gamot, ang inyong babayaran ay mas mababa sa $0.06 bawat araw na imu-multiply sa pitong araw, para sa kabuuang bayad na mas mababa sa $0.39.

Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (DHCS): Ang departamento ng estado sa California na nangangasiwa sa Programang Medicaid (kilala bilang Medi-Cal).

Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (DMHC): Ang departamento ng estado sa California na responsable sa pangangasiwa sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng mga Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (IMR).

Pag-alis sa pagkakatala: Ang proseso ng pagwawakas sa inyong membership sa aming plano. Ang pag-alis sa pagkakatala ay maaaring boluntaryo (sarili ninyong kagustuhan) o hindi boluntaryo (hindi ninyo sariling kagustuhan).

Programa ng Pamamahala sa Gamot (DMP): Isang programang nakakatulong na matiyak na ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang madalas abusuhing gamot.

Mga tier ng gamot: Mga grupo ng gamot sa aming *Listahan ng Gamot*. Ang mga generic, branded, o nabibili nang walang reseta (OTC) na gamot ay mga halimbawa ng mga tier ng gamot. Ang bawat gamot na nasa *Listahan ng Gamot* ay nasa isa sa anim na tier.

Dual eligible na plano sa mga espesyal na pangangalaga (D-SNP): Planong pangkalusugan na nagbibigay ng serbisyo sa mga indibidwal na parehong kwalipikado sa Medicare at Medicaid. D-SNP ang aming plano.

Matitibay na medikal na kagamitan (DME): Mga partikular na item na ipinag-uutos ng inyong doktor para gamitin ninyo sa sarili ninyong bahay. Halimbawa ng mga item na ito ay ang mga wheelchair, saklay, powered mattress system, supply para sa diabetic, mga kama sa ospital na iniutos ng isang tagapagbigay ng serbisyo para gamitin sa tahanan, IV infusion pump, speech generating device, kagamitan at supply sa oxygen, nebulizer, at walker.

Emergency: Ang isang medikal na emergency ay kapag kayo, o ang sinumang iba pang tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kayong mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang atensyong medikal para maiwasan ang pagkamatay, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng o malubhang kapansanan sa isang paggana ng katawan (at kung kayo ay buntis, pagkawala ng isang hindi pa isinisilang na sanggol). Ang mga medikal na sintomas ay posibleng karamdaman, injury, matinding pananakit, o isang medikal na kundisyon na mabilis ang paglala.

Pang-emergency na pangangalaga: Mga saklaw na serbisyo na ibinibigay ng isang tagapagbigay ng serbisyo na sinanay para magbigay ng mga serbisyo para sa emergency at kinakailangan para gamutin ang isang medikal na emergency o emergency sa kalusugan ng pag-uugali.

Eksepsiyon: Pahintulot para makakuha ng saklaw para sa isang gamot na hindi karaniwang sinasaklaw o para gamitin ang gamot nang walang partikular na panuntunan at limitasyon.

Mga hindi kasamang serbisyo: Mga serbisyong hindi saklaw ng planong pangkalusugan na ito.

Karagdagang Tulong: Isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na mapababa ang mga gastusin sa mga gamot ng Medicare Part D, gaya ng mga premium, naibabawas, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Tulong na Salapi para sa may Mababang Kita”, o “LIS”.

Generic na gamot: Isang gamot na inaprubahan ng FDA para gamitin bilang kapalit ng isang branded na gamot. Ang isang generic na gamot ay may mga sangkap na kapareho ng branded na gamot. Karaniwan itong mas mura at kasing bisa ng branded na gamot.

Karaingan: Isang reklamo na ginagawa ninyo tungkol sa amin o sa isa sa aming mga tagapagbigay ng serbisyo o parmasya na nasa network. Kasama rito ang reklamo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga o sa kalidad ng serbisyong ibinibigay ng inyong planong pangkalusugan.

Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (HICAP): Isang programang nagbibigay ng libre at obhetibong impormasyon at pagpapayo tungkol sa Medicare. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano makipag-ugnayan sa HICAP.

Planong pangkalusugan: Isang organisasyon na binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, tagapagbigay ng mga pangmatagalang serbisyo, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo. Mayroon din itong mga tagapangasiwa ng pangangalaga para tulungan kayong pamahalaan ang lahat ng inyong serbisyo at tagapagbigay ng serbisyo. Nagtutulungan silang lahat para maibigay ang pangangalagang kailangan ninyo.

Pagtatasa sa 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). Ang mga tulong sa kalusugan sa bahay ay walang lisensiya ng nurse o hindi nagbibigay ng therapy.

Hospisyo: Isang programa ng pangangalaga at suporta na makakatulong sa mga taong may terminal na prognosis na makapamuhay nang maginhawa. Ang ibig sabihin ng terminal na prognosis ay medikal na sertipikado ang isang tao bilang may nakamamatay na sakit, ibig sabihin, mayroon siyang anim na buwan pababa para mabuhay.

- May karapatang pumili ng hospisyo ang isang nakatala na may terminal na prognosis.
- Isang katangi-tanging sinanay na grupo ng mga propesyonal at tagapag-alaga na nagbibigay ng pangangalaga para sa tao, kasama ang pisikal, emosyonal, panlipunan at ispirituwal na pangangailangan.
- Kinakailangan namin kayong bigyan ng listahan ng mga tagapagbigay ng serbisyo ng hospisyo sa inyong heograpikong lugar.

Mali/hindi nararapat na pagsingil: Isang sitwasyon kung saan siningil kayo ng tagapagbigay ng serbisyo (gaya ng doktor o ospital) nang mas malaki kaysa sa aming halaga ng bahagian sa gastos para sa mga serbisyo. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro kung nakatanggap kayo ng anumang bill na hindi ninyo nauunawaan.

Dahil binabayaran namin ang buong gastos para sa inyong mga serbisyo, **wala** kayong dapat bayaran na anumang bahagian sa gastos. Hindi dapat kayo singilin ng mga tagapagbigay ng serbisyo ng kahit ano para sa mga serbisyong ito.

Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (IHSS): Tutulong ang Programang IHSS sa mga nakatalang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalaga na bayaran ang mga serbisyong ibinibigay sa inyo para ligtas kayong makapanatili sa sarili ninyong tahanan. Alternatibo ang IHSS sa out-of-home na pangangalaga, gaya ng mga nursing home o mga board and care facility. Upang makatanggap ng mga serbisyo, isinasagawa ang isang pagtatasa upang matukoy kung aling uri ng mga serbisyo ang maaaring awtorisado para sa bawat kalahok batay sa kanilang mga pangangailangan. Ang mga uri ng mga serbisyong maaaring awtorisahan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga (gaya ng tulong sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, paglilinis ng katawan, at mga paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal na appointment, at pagbabantay bilang proteksyon para sa mga may problema sa pag-iisip. Ang mga ahensya sa panlipunang serbisyo ng county ang nagbibigay ng IHSS.

Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (IMR): Kung tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, maaari kayong maghain ng apela. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming pasya at ang problema ninyo ay tungkol sa isang serbisyo ng Medi-Cal, kasama na ang mga supply na DME at gamot, maaari kayong humiling sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California ng isang IMR. Ang IMR ay isang pagsusuri ng mga eksperto sa inyong kaso na hindi bahagi ng aming plano. Kung ang desisyon ng IMR ay pabor sa inyo, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyo o paggamot na inyong hiniling. Wala kayong babayaran para sa isang IMR.

Hiwalay na organisasyon sa pagsusuri (IRO): Isang hiwalay na organisasyong kinuha ng Medicare na sumusuri sa antas 2 na apela. 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. Ang pormal na pangalan ay **Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri.**

Plano ng pangangalaga para sa indibidwal (ICP o Plano ng Pangangalaga): Isang plano para sa mga serbisyong makukuha ninyo at kung paano ninyo makukuha ang mga ito. Maaaring kasama sa inyong plano ang mga serbisyong medikal, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Inpatient: Isang terminong ginagamit kapag pormal kayong ipinasok sa ospital para sa mga dalubhasang medikal na serbisyo. Kung hindi kayo pormal na ipapasok sa ospital, maaari pa rin kayong ituring na outpatient sa halip na inpatient kahit na magdamag kayong mananatili sa ospital.

Integrated D-SNP: Isang plano sa mga espesyal na pangangalaga bilang dual-eligible na sumasaklaw sa Medicare at karamihan ng lahat ng serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng iisang planong pangkalusugan o mga affiliated na planong pangkalusugan para sa mga partikular na grupo ng mga indibidwal na kwalipikado sa parehong Medicare at Medicaid. Kilala rin ang mga indibidwal na ito bilang mga dual-eligible na indibidwal na may kumpletong mga benepisyo.

Interchangeable na biosimilar: Isang biosimilar na maaaring ipalit 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.

Interdisciplinary na Grupo sa Pangangalaga (ICT o Grupo sa pangangalaga): Isang pangkat ng pangangalaga na maaaring kinabibilangan ng mga doktor, nurse, tagapayo, o ibang propesyonal sa kalusugan na nariyan para tulungan kayong makuha ang kailangan ninyong pangangalaga. Tutulungan rin kayo ng inyong pangkat ng nangangalaga na gumawa ng plano sa pangangalaga.

***Listahan ng mga Saklaw na Gamot (Listahan ng Gamot)*:** Isang listahan ng mga inireresetang gamot at gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) na sinasaklaw namin. Pinipili namin ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng mga doktor at parmasista. Sinasabi sa inyo ng *Listahan ng Gamot* kung mayroong anumang tuntunin na kailangan ninyong sundin para makuha ang inyong mga gamot. Ang *Listahan ng Gamot* ay tinatawag minsan na isang “pormularyo”.

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS): Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta ay mga serbisyo na tumutulong sa pagpapabuti ng isang pangmatagalang medikal na kundisyon. Karamihan sa mga serbisyong ito ay tinutulungan kayong manatili sa inyong tahanan para hindi na ninyo kailangang pumunta sa isang nursing facility o ospital. Kabilang sa LTSS na saklaw ng aming plano ang Mga Serbisyong Pang-adult sa Komunidad (CBAS), kilala rin bilang pang-adult na pangangalagang pangkalusugan sa araw, Mga Nursing Facility (NF), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang mga IHSS at 1915(c) waiver program ay Medi-Cal LTSS na ibinibigay sa labas ng aming plano.

Tulong na salapi para sa may mababang kita (LIS): Sumangguni sa “Karagdagang Tulong”

Programa sa mail order: Maaaring mag-alok ang ilang plano ng programa sa mail-order na nagbibigay-daan sa inyo na makakuha ng hanggang tatlong buwang supply ng inyong mga saklaw na inireresetang gamot na direktang ipinapadala sa inyong bahay. Maaaring ito ay isang matipid at maginhawang paraan para makuha ang mga reseta na regular ninyong iniinom.

Medicaid (o Medical Assistance): Isang programang pinapatakbo ng pederal na pamahalaan at estado na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na magbayad para sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastos. Medi-Cal ang Medicaid na programa para sa Estado ng California.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programa ng Medicaid ng California. Ang Medi-Cal ay pinamamahalaan ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na pamahalaan.

- Tinutulungan nito ang mga tao na may limitadong kita at mga mapagkukunan na bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastos.
- Sinasaklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi saklaw ng Medicare.
- Magkakaiba ang mga programa ng Medicaid sa bawat estado, ngunit sinasaklaw ang karamihan ng mga gastusin sa pangangalagang pangkalusugan kung kwalipikado kayo para sa Medicare at Medi-Cal.

Mga plano ng Medi-Cal: Mga plano na mga benepisyo ng Medi-Cal lang ang sinasaklaw, tulad ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kagamitang medikal, at sasakyan. Ang mga benepisyo ng Medicare ay hiwalay.

Medikal na kinakailangan: Ang medikal na kinakailangan ay naglalarawan ng mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan ninyo para maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang isang medikal na kundisyon o para mapanatili ang kasalukuyang kalagayan ng inyong kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga para maiwasan ninyo na pumunta sa isang ospital o nursing facility. Nangangahulugan rin ito na natutugunan ng mga serbisyo, supply, o gamot ang mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan. Ang medikal na kinakailangan ay tumutukoy sa lahat ng mga saklaw na serbisyo na makatwiran at kinakailangan para protektahan ang buhay, iwasan ang matinding karamdaman o matinding kapansanan, o para maibsan ang matinding pananakit sa pamamagitan ng diagnosis o paggamot ng sakit, karamdaman, o injury.

Medicare: Ang programang insurance sa kalusugan ng pederal na pamahalaan para sa mga tao na 65 taong gulang pataas, ilang tao na wala pang 65 taong gulang na may mga partikular na kapansanan, at mga tao na may sakit sa bato na wala nang lunas (karaniwan ay mga tao

na may permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o transplant ng bato). Maaaring makuha ng mga taong may Medicare ang kanilang saklaw sa kalusugan ng Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o isang plano sa pinamamahalaang pangangalaga (sumangguni sa “Planong Pangkalusugan”).

Medicare Advantage: Isang programa ng Medicare, na kilala rin bilang “Medicare Part C” o “MA”, na nag-aalok ng mga planong MA sa pamamagitan ng mga pribadong kumpanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kumpanyang ito para saklawin ang inyong mga benepisyo sa Medicare.

Konseho ng Mga Apela ng Medicare (Konseho): Konsehong sumusuri sa antas 4 na apela. Ang Konseho ay bahagi ng Pederal na pamahalaan.

Mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare: Mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B. Dapat saklawin ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, pati ng aming plano, ang lahat ng serbisyong saklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B.

Programang Pag-iwas sa Diabetes ng Medicare (MDPP): Isang nakaayos na programa sa pagbabago sa pag-uugali para sa kalusugan na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa diyeta, mas mataas na pisikal na aktibidad, at mga estratehiya sa paglutas ng mga hamon para sa tuluy-tuloy na pagbabawas ng timbang at malusog na pamumuhay.

Enrollee ng Medicare-Medi-Cal: Isang taong kwalipikado para sa saklaw ng Medicare at Medicaid. Ang isang enrollee ng Medicare- Medicaid ay tinatawag ding “indibidwal na dalawang beses na kwalipikado”.

Medicare Part A: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa karamihan sa medikal na kinakailangang pangangalaga sa ospital, pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, kalusugan sa tahanan, at pangangalaga sa hospisyo.

Medicare Part B: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa mga serbisyo (tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo, operasyon, at mga pagpapatingin sa doktor) at mga supply (tulad ng mga wheelchair at walker) na medikal na kinakailangan para gamutin ang isang sakit o kundisyon. Sinasaklaw din ng Medicare Part B ang maraming serbisyo para sa pag-iwas sa sakit at screening.

Medicare Part C: Ang programa ng Medicare, na kilala rin bilang “Medicare Advantage” o “MA,” na nagpapahintulot sa mga pribadong kumpanya ng insurance sa kalusugan na magbigay ng mga benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng Planong MA.

Medicare Part D: Ang programa ng mga benepisyo sa gamot ng Medicare. Tinatawag namin ang programang ito na “Bahagi D” sa madaling salita. Sinasaklaw ng Medicare Part D ang mga gamot, bakuna, at ilang supply para sa outpatient na hindi saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B o Medicaid. Kasama sa aming plano ang Medicare Part D.

Mga Medicare Part D na gamot: Mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Partikular na hindi isinasama ng Kongreso ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot mula sa pagkakasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Maaaring saklawin ng Medicaid ang ilan sa mga gamot na ito.

Pamamahala sa Medication Therapy (MTM): Isang programa sa Medicare Part D para sa komplikadong pangangailangan sa kalusugan na ibinibigay sa mga taong nakakatugon sa ilang mga 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. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

Plano ng Medi-Medi: Ang Plano ng Medi-Medi ay isang uri ng plano ng Medicare Advantage. Para ito sa mga tao na parehong may Medicare at Medi-Cal, at ipinagsasama sa isang plano ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal. Ikinokoordina ng mga Plano ng Medi-Medi ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa dalawang programa, kabilang ang lahat ng serbisyong saklaw ng Medicare at Medi-Cal.

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano): Isang taong may Medicare at Medi-Cal na kwalipikadong makakuha ng mga saklaw na serbisyo, nagpatala sa aming plano, at nakumpirma ng Mga Center para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS) at estado ang kanilang pagkakatala.

***Handbook ng Miyembro* at impormasyon sa pagsisiwalat:** Ang dokumentong ito, kasama ng inyong form sa pagpapatala at anumang iba pang kalakip, o mga rider, na nagpapaliwanag sa inyong saklaw, kung ano ang dapat naming gawin, ang inyong mga karapatan, at ang dapat ninyong gawin bilang miyembro ng aming plano.

Mga serbisyo para sa miyembro: Ang departamento sa aming plano na responsable sa pagsagot sa inyong mga tanong tungkol sa pagiging miyembro, mga benepisyo, mga karaingan, at mga apela. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Parmasyang nasa network: Isang parmasya (botika) na sumang-ayong magbigay ng mga inireresetang gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Tinatawag namin silang “mga parmasyang nasa network” dahil sumang-ayon silang makipagtulungan sa aming plano. Sa karamihan ng mga kaso, sinasaklaw lang namin ang inyong mga inireresetang gamot kapag napunan sa isa sa aming mga parmasyang nasa network.

Tagapagbigay ng serbisyong nasa network: mga tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa aming plano. Sumang-ayon ang mga tagapagbigay ng serbisyo na ito na tanggapin ang aming bayad bilang buong bayad. Nakipagkasundo kami sa mga tagapagbigay ng serbisyong ito para maghatid ng mga saklaw na serbisyo sa inyo. Direkta kaming sinisingil ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa inyo. Kapag gumamit kayo ng isang tagapagbigay ng serbisyong nasa network, kadalasan ay wala kayong babayaran para sa mga saklaw na serbisyo. Ang “tagapagkaloob” ay ang pangkalahatang salita na ginagamit namin para sa mga doktor, nurse, at ibang tao na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa termino ang mga ospital, ahensiya ng kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang mga lugar na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, medikal na kagamitan, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Nursing home o nursing facility: Isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga tao na hindi maaalagaan sa bahay ngunit hindi kinakailangang maospital.

Ombudsperson: Isang tanggapan sa inyong estado na kumikilos bilang tagapagtaguyod sa inyong ngalan. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kayong problema o reklamo at makakatulong sila sa inyong maunawaan kung ano ang gagawin. Ang mga serbisyo ng ombudsperson ay libre. Makakahanap kayo ng higit pang impormasyon sa **Kabanata 2 at 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Pagpapasya ng organisasyon: Ang aming plano ay gumagawa ng pagpapasya ng organisasyon kapag kami, o ang isa sa aming mga tagapagbigay ng serbisyo, ay gumawa ng desisyon tungkol sa kung ang mga serbisyo ay sinasaklaw o kung magkano ang babayaran ninyo para sa mga saklaw na serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na “mga desisyon sa pagsaklaw”. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga desisyon sa pagsaklaw.

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 Medicare o fee-for-service na Medicare): Ang pamahalaan ang nag-aalok ng Original Medicare. Sa ilalim ng Original Medicare, sinasaklaw ang mga serbisyo sa pamamagitan ng pagbabayad ng halaga sa mga doktor, ospital, at iba pang mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na itinatakda ng Kongreso.

- Maaari kayong kumonsulta sa sinumang doktor, alinmang ospital, o sa iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. May dalawang bahagi ang Original Medicare: Medicare Part A (insurance sa ospital) at Medicare Part B (medikal na insurance).
- Available ang Original Medicare kahit saan sa Estados Unidos.
- Kung ayaw ninyong sumali sa aming plano, maaari ninyong piliin ang Original Medicare.

Parmasyang Wala sa Network: Isang parmasya na hindi sumang-ayon sa aming plano para mangasiwa o magbigay ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo mula sa mga parmasyang wala sa network maliban kung may mga partikular na kundisyon na nalalapat.

Tagapagbigay ng serbisyong wala sa network o Pasilidad na wala sa network: Isang tagapagbigay ng serbisyo o pasilidad na nagtatrabaho, pagmamay-ari, o pinapatakbo ng aming plano at hindi sumasailalim sa kontrata na magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga tagapagbigay ng serbisyo o pasilidad na wala sa network.

Mga gamot na nabibili nang walang reseta (OTC): Ang mga gamot na nabibili nang walang reseta ay mga gamot na mabibili ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

Bahagi A: Sumangguni sa “Medicare Part A.”

Bahagi B: Sumangguni sa “Medicare Part B.”

Bahagi C: Sumangguni sa “Medicare Part C.”

Bahagi D: Sumangguni sa “Medicare Part D.”

Bahagi D na mga gamot: Sumangguni sa “Mga gamot sa Medicare Part D.”

Personal na impormasyon sa kalusugan (tinatawag ding Protektadong impormasyon sa kalusugan) (PHI): Impormasyon tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan, gaya ng inyong pangalan, address, social security number, mga pagbisita sa doktor, at medikal na kasaysayan. Sumangguni sa aming Abiso ng mga Kasanayan sa Pagkapribado para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan, ginagamit, at inihahayag ang inyong PHI, gayundin ang inyong mga karapatan may kaugnayan sa inyong PHI.

Mga serbisyong pang-iwas sa sakit: Pangangalaga sa kalusugan upang maiwasang magkasakit o matukoy ang sakit sa unang yugto nito, kung kailan pinakamabisa ang paggamot (halimbawa, kabilang sa mga serbisyong pang-iwas sa sakit ang mga Pap test, bakuna sa trangkaso, at mga screening mammogram).

Tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP): Ang doktor o ibang tagapagbigay ng serbisyo na una ninyong pinuntahan para gamitin ang kanilang mga serbisyo para sa karamihan ng mga problemang pangkalusugan. Tinitiyak nila na makukuha ninyo ang pangangalagang inyong kailangan para manatiling malusog.

- Maaari rin silang makipag-usap sa iba pang mga doktor at tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa inyong pangangalaga at irekomenda kayo sa kanila.
- Sa karamihan ng planong pangkalusugan ng Medicare, dapat muna ninyong gamitin ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga bago ninyo gamitin ang sinumang iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan.
- Sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga.

Paunang awtorisasyon (PA): Isang pag-apruba na dapat ninyong makuha mula sa amin bago kayo makakuha ng isang partikular na serbisyo o gamot o gumamit ng isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Maaaring hindi saklawin ng aming plano ang serbisyo o gamot kung hindi muna kayo humingi ng pag-apruba.

Sinasaklaw lang ng aming plano ang ilang medikal na serbisyo na nasa network kung ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay nakakuha ng PA mula sa amin.

- Ang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sinasaklaw lang ng aming plano ang ilang gamot kung kukuha kayo ng PA mula sa amin.

- Ang mga saklaw na gamot na nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* at naka-post sa website namin ang mga panuntunan.

Programa ng Komprehensibong Pangangalaga para sa Nakatatanda (PACE): Isang programang parehong sumasaklaw sa mga benepisyo ng Medicare at Medicaid para sa mga taong edad 55 pataas na nangangailangan ng mas matataas na antas ng pangangalaga para manirahan sa bahay.

Prosthetics at orthotics: Mga medikal na device na ibinilin ng inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa mga brace para sa braso, likod, at leeg; artipisyal na paa; artipisyal na mata; at mga device na kinakailangan para palitan ang isang panloob na bahagi o paggana ng katawan, kabilang ang mga supply para sa ostomy at enteral at parenteral na nutrition therapy.

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

Organisasyon ng pagpapahusay ng kalidad (QIO): Isang pangkat ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong sa pagpapahusay ng kalidad ng pangangalaga para sa mga tao na may Medicare. Binabayaran ng pederal na pamahalaan ang QIO para suriin at pagbutihin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa QIO.

Mga limitasyon sa dami: Isang limitasyon sa dami ng gamot na maaari ninyong makuha. Maaari naming limitahan ang dami ng gamot na aming sasaklawin para sa bawat reseta.

Tool para sa Real Time na Benepisyo: Isang portal o computer application kung saan makakapaghanap ang mga enrollee ng kumpleto, tumpak, napapanahon, at klinikal na naaangkop na impormasyon tungkol sa mga saklaw na gamot at benepisyo na partikular sa enrollee. Kasama rito ang mga halaga ng bahagian sa gastos, mga alternatibong gamot na maaaring gamitin bilang lunas sa mga kundisyon sa kalusugang ginagamot ng isang partikular na gamot, at mga paghihigpit sa saklaw (paunang awtorisasyon, step therapy, mga limitasyon

sa dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

Referral: Ang referral ay ang pag-apruba namin o ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng pangunahing pangangalaga (PCP) na gumamit ng tagapagbigay ng serbisyo bukod pa sa inyong PCP. Kung hindi muna kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo. Hindi ninyo kailangan ng referral para magpatingin sa ilang partikular na espesyalista, gaya ng mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan. Makakahanap kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga referral sa **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Mga serbisyo ng rehabilitasyon: Paggamot na nakukuha ninyo para gumaling mula sa isang karamdaman, aksidente, o malaking operasyon. Kasama sa mga serbisyong ito ang inpatient na rehabilitasyong pangangalaga, physical therapy (outpatient), speech at language therapy, at occupational therapy. Sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang matuto pa tungkol sa mga serbisyo ng rehabilitasyon.

Mga sensitibong serbisyo: Mga serbisyong nauugnay sa kalusugan ng pag-iisip o pag-uugali, kalusugang sekswal at reproductive, pagpaplano ng pamilya, mga naipapasang impeksyon sa pakikipagtalik (STI), HIV/AIDS, sekswal na pananakit at aborsyon, disorder sa paggamit ng substance, gender affirming na pangangalaga, at karahasan sa matalik na kapareha.

Sineserbisyuhang lugar: Isang heograpikong lugar kung saan tumatanggap ang isang planong pangkalusugan ng mga miyembro kung nililimitahan nito ang pagiging miyembro batay sa kung saan nakatira ang mga tao. Para sa mga planong naglilimita kung aling mga doktor at ospital ang maaari ninyong gamitin, ito rin sa pangkalahatan ang lugar kung saan ninyo makukuha ang mga regular (hindi emergency) na serbisyo. Ang mga taong nakatira lang sa aming sineserbisyuhang lugar ang maaaring kumuha ng aming plano.

Pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF): Isang nursing facility may mga tauhan at kagamitan para magbigay ng dalubhasang pangangalaga at, sa karamihan ng mga kaso, dalubhasang serbisyo ng rehabilitasyon at iba pang nauugnay na serbisyong pangkalusugan.

Pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF): Dalubhasang pangangalaga at mga serbisyo ng rehabilitasyon na ibinibigay nang tuluy-tuloy, araw-araw, sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. Kasama sa mga halimbawa ng pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga ang physical therapy o mga iniksiyon sa ugat (IV) na maaaring ibigay ng isang rehistradong nurse o doktor.

Espesyalista: Isang doktor na gumagamot sa ilang partikular na uri ng mga problema sa pangangalagang pangkalusugan. Halimbawa, ginagamot ng isang orthopedic surgeon ang mga baling buto, ang allergist ay gumagamot sa mga allergy, at ang isang cardiologist ay gumagamot sa mga problema sa puso. Sa karamihang kaso, kakailanganin ng isang miyembro ng referral mula sa kanilang PCP upang makapagpatingin sa isang espesyalista.

Specialized na parmasya: Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang matuto pa tungkol sa mga specialized parmasya.

Pagdinig ng estado: Kung ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ay humingi ng serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin aaprubahan, o hindi namin patuloy na babayaran para sa isang serbisyo ng Medi-Cal na nakuha na ninyo, maaari kayong humiling ng isang Pagdinig ng Estado. Kung papabor sa inyo ang desisyon ng Pagdinig ng Estado, kailangan naming ibigay sa inyo ang hiniling ninyong serbisyo.

Step therapy: Isang panuntunan sa pagsaklaw na nag-aatas sa inyo na sumubok ng ibang gamot bago namin saklawin ang gamot na hinihiling ninyo.

Suplementong Seguridad sa Kita (SSI): Buwanang benepisyong binabayaran ng Social Security sa mga tao na may limitadong kita at pinagkukunan na may kapansanan, bulag, o edad 65 pataas. Ang mga benepisyo sa SSI ay hindi pareho sa mga benepisyo sa Panlipunang Seguridad.

Pangangalagang agarang kinakailangan: Pangangalagang nakukuha ninyo para sa hindi inaasahang karamdaman, injury, o kundisyon na hindi isang emergency ngunit kailangan kaagad ng pangangalaga. Maaari kayong kumuha ng pangangalagang agarang kinakailangan mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network kung hindi kayo makakapunta sa kanila dahil kung isasaalang-alang ang inyong oras, lugar, o sitwasyon, imposible o hindi makatwiran na makakuha ng mga serbisyo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network (halimbawa, kapag nasa labas kayo ng sineserbisyuhang lugar ng aming plano at nangailangan kayo ng mga medikal na kinakailangang agarang serbisyo para sa isang hindi inaasahang kundisyon ngunit hindi isang medikal na emergency).

Ang pahinang ito ay sadyang iniwang blangko.

Ang pahinang ito ay sadyang iniwang blangko.

Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

TUMAWAG SA	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. Mayroong ding makukuhang libreng serbisyo ng interpreter sa wika mula sa Mga Serbisyo para sa Miyembro 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
WEBSITE	go.wellcare.com/HealthNetCA

Pahayag tungkol sa Pagsisiwalat ng PRA:

Ayon sa Batas sa Pagbabawas ng Papeles ng 1995, hindi kinakailangan ng mga taong tumugon sa pangongolekta ng impormasyon maliban na lang kung nagpapakita ito ng wastong numero ng kontrol ng OMB. Ang wastong OMB control number para sa pagkolekta ng impormasyong ito ay 0938-1444. 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.