

2026

Ebidensya ng Saklaw

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

California H5649-024-000

Mga County ng Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera, Orange, Placer, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare, at Yolo

May bisa simula Enero 1 hanggang Disyembre 31, 2026

Enero 1 – Disyembre 31, 2026

Ebidensya ng Saklaw para sa: 2026

Ang Iyong Mga Benepisyong Serbisyo sa Kalusugan sa Medicare at Pagsaklaw sa Gamot bilang Miyembro ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

Ang dokumentong ito ay nagbibigay ng mga detalye tungkol sa iyong saklaw ng pangangalaga ng kalusugan at pagsaklaw sa gamot ng Medicare mula Enero 1 – Disyembre 31, 2026. **Isa itong mahalagang legal na dokumento. Itago ito sa isang ligtas na lugar.**

Ipinapaliwanag ng dokumentong ito ang mga benepisyong at karapatan mo. Gamitin ang dokumentong ito para maunawaan ang:

- Ang aming premium sa plano at pagbabahagi sa gastos;
- Ang aming mga benepisyong medikal at benepisyong sa gamot
- Paano maghain ng reklamo kung hindi ka nasiyahan sa isang serbisyo o paggamot;
- Paano makipag-ugnayan sa amin
- Iba pang proteksyon na iniaatas ng batas ng Medicare

Para sa mga tanong tungkol sa dokumentong ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427. (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Ang mga oras ay Oktubre 1 - Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 - Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras Libre ang pagtawag na ito.

Ang planong ito, Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), ay iniaalok ng Central Health Plan of California, Inc. (Kapag sinabi ng *Ebidensya ng Saklaw* na ito na kami, amin, o namin, tumutukoy ito sa Central Health Plan of California, Inc. Kapag sinabi nitong plano o aming plano, tumutukoy ito sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).)

Ang dokumentong ito ay available nang libre sa Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese.

Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa (mga) wikang hindi English o sa iba pang format, gaya ng malaking letra, braille, o audio. Tumawag sa (866) 314-2427, (TTY: 711). Libre ang tawag.

Ang mga benepisyong, at/o copayment/coinsurance ay maaring magbago sa Enero 1, 2027.

Ang aming pormularyo, network ng parmasya, at/o network ng provider ay maaaring magbago anumang oras. Makakakuha ka ng abiso tungkol sa anumang pagbabago na maaaring makaapekto sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago ang takdang petsa.

Ang Central Health Medicare Plan ay isang HMO/HMO SNP plan na may kontrata sa Medicare. Nakadepende ang pagpapatala sa pag-renew ng kontrata.

Sumusunod ang Molina Healthcare sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi ito nandiskrimina batay sa lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa pag-iisip o pisikal, kalagayan ng kalusugan, pagtanggap ng pangangalaga ng kalusugan, karanasan sa paghahabol, kasaysayang medikal, impormasyon ng genes, ebidensya ng kakayahang makakuha ng insurance, at heograpikong lokasyon.

H5649_26_024_CA_EOC_C

CA-H5649-24-EC-TL-26-S-V2

Talaan ng Mga Nilalaman**2026 Ebidensya ng Saklaw****Talaan ng Mga Nilalaman**

KABANATA 1: Pagsisimula bilang isang miyembro	4
SEKSYON 1 Isa kang miyembro ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)	4
SEKSYON 2 Mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado	5
SEKSYON 3 Mahahalagang materyal ng pagiging miyembro	7
SEKSYON 4 Buod ng Mahahalagang Gastos	8
SEKSYON 5 Higit pang impormasyon tungkol sa iyong buwanang premium ng plano	13
SEKSYON 6 Pagpapanatiling napapanahon sa rekord ng pagiging miyembro sa aming plano	14
SEKSYON 7 Paano nakikipagtulungan ang ibang insurance sa aming plano	14
KABANATA 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan	16
SEKSYON 1 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) contacts	16
SEKSYON 2 Paghingi ng tulong mula sa Medicare	19
SEKSYON 3 Programa sa Tulong sa Insurance sa Kalusugan ng Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)	20
SEKSYON 4 Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (QIO)	25
SEKSYON 5 Social Security	25
SEKSYON 6 Medicaid	26
SEKSYON 7 Mga Programang Tumutulong sa Pagbabayad ng mga Inireresetang Gamot	27
SEKSYON 8 Lupon para sa Benepisyong Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles (Railroad Retirement Board, RRB)	30
SEKSYON 9 Kung mayroon kang insurance sa grupo o iba pang insurance sa kalusugan mula sa isang employer	30
KABANATA 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo	31
SEKSYON 1 Paano kumuha ng pangangalagang medikal at iba pang serbisyo bilang miyembro ng aming plano	31
SEKSYON 2 Gumamit ng mga provider na nasa network ng plano para makuha ang iyong pangangalagang medikal at iba pang serbisyo	33
SEKSYON 3 Paano makakuha ng mga serbisyo sa isang emergency, kalamidad, o kagayat na pangangailangan para sa pangangalaga	37
SEKSYON 4 Paano kung direkta kang siningil para sa buong halaga ng mga saklaw na serbisyo	40
SEKSYON 5 Mga mga serbisyong medikal sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral	40
SEKSYON 6 Mga panuntunan para sa pagkuha ng pangangalaga sa isang relihiyosong institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga ng kalusugan	42
SEKSYON 7 Mga panuntunan para sa pag-aari ng matibay na kagamitang medikal	43
KABANATA 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo) ...	45
SEKSYON 1 Pag-unawa sa sarili mong gastusin para sa mga saklaw na serbisyo.	45

Talaan ng Mga Nilalaman

SEKSYON 2	Ipinapakita ng Talaan ng Mga Benepisyong Medikal ang mga benepisyong medikal at gastos mo	46
SEKSYON 3	Mga saklaw na serbisyo sa labas ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)	94
SEKSYON 4	Mga serbisyo na hindi sinasaklaw ng aming plano	94
KABANATA 5:	Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D	97
SEKSYON 1	Mga pangunahing panuntunan para sa aming pagsaklaw sa gamot sa Part D ng plano	97
SEKSYON 2	Punan ang iyong reseta sa isang parmasyang nasa network o sa pamamagitan ng aming serbisyon mail-order ng plano	98
SEKSYON 3	Ang iyong mga gamot ay kailangang nasa Listahan ng Mga Gamot ng aming plano	101
SEKSYON 4	Mga gamot na may mga paghihigpit sa pagsaklaw	103
SEKSYON 5	Ano ang maaari mong gawin kung ang isa sa iyong mga gamot ay hindi sakop sa paraang gusto mo	104
SEKSYON 6	Maaaring magbago ang Listahan ng Mga Gamot namin sa buong taon	106
SEKSYON 7	Mga uri ng gamot na hindi namin sinasaklaw	108
SEKSYON 8	Paano punan ang isang reseta	109
SEKSYON 9	Pagsaklaw sa gamot sa Bahagi D sa mga espesyal na sitwasyon	110
SEKSYON 10	Mga programa para sa kaligtasan sa droga at pamamahala ng mga gamot	111
KABANATA 6:	Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D	114
SEKSYON 1	Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D	114
SEKSYON 2	Mga yugto ng pagbabayad sa gamot para sa mga miyembro ng Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP)	116
SEKSYON 3	Ipinapaliwanag ng iyong <i>Paliwanag ng mga Benepisyo sa Bahagi D</i> kung nasa anong yugto ka ng pagbabayad	116
SEKSYON 4	Ang Yugto ng Deductible	119
SEKSYON 5	Ang Yugto ng Panimulang Pagsaklaw	119
SEKSYON 6	Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw	124
SEKSYON 7	Ang babayaran mo para sa mga bakuna sa Part D	124
KABANATA 7:	Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bill para sa mga saklaw na serbisyon medikal o gamot	127
SEKSYON 1	Mga sitwasyon kung kailan dapat mong hilingin sa amin na bayaran ang aming bahagi para sa mga saklaw na serbisyo o gamot	127
SEKSYON 2	Paano hihilingin sa amin na bayaran ka o bayaran ang singilin na iyong natanggap	129
SEKSYON 3	Isasaalang-alang namin ang hiling mo para sa pagbabayad at sabihing oo o hindi	130
KABANATA 8:	Ang iyong mga karapatan at responsibilidad	131
SEKSYON 1	Dapat igalang ng aming plano ang iyong mga karapatan at pagkasensitibo sa kultura	131
SEKSYON 2	Ang iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano	142

Talaan ng Mga Nilalaman

KABANATA 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)	144
SEKSYON 1 Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o alalahanin	144
SEKSYON 2 Saan makakakuha ng higit pang impormasyon at pinasadyang tulong	144
SEKSYON 3 Anong proseso ang dapat gamitin para sa iyong problema	146
SEKSYON 4 Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa iyong mga benepisyo ng Medicare	147
SEKSYON 5 Isang gabay sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela	147
SEKSYON 6 Pangangalagang medikal: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o mag-apela	150
SEKSYON 7 Mga gamot sa Part D: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o mag-apela	157
SEKSYON 8 Paano hihilingin sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital bilang inpatient kung sa tingin mo ay masyadong maaga kang pinalabas	167
SEKSYON 9 Paano hihilingin sa amin na patuloy na saklawin ang ilang partikular na serbisyong medikal kung sa tingin mo ay masyadong maagang magtatapos ang iyong saklaw	172
SEKSYON 10 Pagdadala ng iyong apela sa Antas 3, 4, at 5	177
SEKSYON 11 Paano magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga oras ng paghihintay, serbisyo sa customer, o iba pang alalahanin	180
SEKSYON 12 Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa iyong mga benepisyo sa Medicaid	183
KABANATA 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano	184
SEKSYON 1 Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano	184
SEKSYON 2 Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo sa aming plano?	184
SEKSYON 3 Paano tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano	187
SEKSYON 4 Hanggang sa matapos ang pagiging miyembro mo, dapat mong patuloy na kunin ang iyong mga medikal na item, serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano	188
SEKSYON 5 Dapat wakasan ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang pagiging miyembro ng plano namin sa ilang sitwasyon	188
KABANATA 11: Mga legal na abiso	190
SEKSYON 1 Abiso tungkol sa namamahalang batas	190
SEKSYON 2 Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina	190
SEKSYON 3 Abiso tungkol sa mga karapatan sa paghalili ng Pangalawang Nagbabayad ng Medicare	190
KABANATA 12: Mga Kahulugan	192

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

KABANATA 1:

Pagsisimula bilang isang miyembro

SEKSYON 1 Isa kang miyembro ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

Seksyon 1.1 Nakatala ka sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), na isang Medicare Special Needs Plan

Sinasaklaw ka ng parehong Medicare at Medicaid:

- Ang **Medicare** ay isang pederal na programa ng insurance sa kalusugan para sa mga tao na edad 65 o mas matanda, ang ilang mga tao na nasa edad 65 na may ilang partikular na mga kapansanan, at mga tao na maysakit sa bato na wala nang lunas (pagpalya ng bato).
- Ang **Medicaid** ay isang magkasanib na programa ng pamahalaang pederal at state na tumutulong sa mga gastos sa medikal para sa ilang partikular na tao na may limitadong kita at mapagkukunan. Ang saklaw ng Medicaid ay nag-iiba depende sa estado at sa uri ng Medicaid na mayroon ka. Ang ilang taong may Medicaid ay nakakakuha ng tulong sa pagbabayad para sa kanilang mga premium ng Medicare at iba pang mga gastos. Ang ibang naman ay nakakakuha din ng saklaw para sa mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi saklaw ng Medicare.

Pinili mong makuha ang iyong pangangalaga ng kalusugan at pagsaklaw sa gamot sa Medicare sa pamamagitan ng aming plano, Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Sinasaklaw ng plano namin ang lahat ng serbisyo ng Bahagi A at Bahagi B. Gayunpaman, iba ang pagbabahagi sa gastos at access ng provider sa planong ito kaysa sa Original Medicare.

Ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ay isang espesyalisadong Medicare Advantage Plan (isang Medicare Special Needs Plan), na nangangahulugang ang mga benepisyo ay nakadiseno para sa mga taong may mga espesyal na pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan. Ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ay idinisenyo para sa mga taong may Medicare at may karapatan ding makatanggap ng tulong mula sa Medicaid.

Dahil nakakakuha ka ng tulong mula sa Medicaid sa pagbabahagi sa gastos (mga deductible, copayment, at coinsurance) sa Medicare Part A at B, maaaring wala kang bayaran para sa iyong mga serbisyo sa Medicare. Ang Medicaid magbibigay rin ng iba pang benepisyo sa pamamagitan ng pagsaklaw sa mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan na hindi karaniwang sinasaklaw sa ilalim ng Medicare. ka ring makakuha ng Extra Help mula sa Medicare upang bayaran ang mga gastos ng iyong mga gamot sa Medicare. Tutulong ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) sa pamamahala ng lahat ng benepisyong ito para sa iyo, para makuha mo ang mga serbisyong pangkalusugan at tulong sa pagbabayad na nararapat para sa iyo.

Ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ay pinapatakbo ng isang pribadong kumpanya. Tulad ng lahat ng Medicare Advantage Plan, itong Plano ng Mga Espesyal na Pangangailangan ng Medicare ay inaprubahan ng Medicare. May kontrata din ang aming plano sa California Medicaid na programa upang pangasiwaan ang

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Iyong mga benepisyo sa Medicaid. Ikinalulugod naming ibigay ang iyong saklaw sa Medicare, kabilang ang iyong pagsaklaw sa gamot.

Seksyon 1.2 Legal na impormasyon tungkol sa Ebidensya ng Saklaw

Ang *Ebidensya ng Saklaw* na ito ay bahagi ng aming kontrata sa iyo tungkol sa kung paano sinasaklaw ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang iyong pangangalaga. Kabilang sa iba pang bahagi ng kontratang ito ang iyong form sa pagpapatala, ang *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (pormularyo), at anumang abiso na matatanggap mo mula sa amin tungkol sa mga pagbabago sa iyong pagsaklaw o sa mga kundisyong makakaapekto sa iyong saklaw. Ang mga abisong ito ay tinatawag kung minsan na *mga rider* o *mga pag-amyenda*.

Ang kontratang ito ay may bisa sa loob ng mga buwan kung kailan nakatala ka sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) sa pagitan ng Enero 1, 2026, at Disyembre 31, 2026.

Pinapayagan kami ng Medicare na gumawa ng mga pagbabago sa mga planong iniaalok namin bawat taon ng kalendaryo. Ibig sabihin nito, maaari naming baguhin ang mga gastos at benepisyo ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) pagkatapos ng Disyembre 31, 2026. Maaari rin naming piliing ihinto ang pag-aalok ng plano sa iyong lugar ng serbisyo, pagkatapos ng Disyembre 31, 2026.

Dapat aprubahan ng Medicare (ang Centers for Medicare & Medicaid Services) ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Maaari kang patuloy na makakuha ng pagsaklaw ng Medicare bawat taon bilang miyembro ng aming plano hangga't pinipili naming patuloy na ialok ang plano at ni-renew ng Medicare at Medicaid ang pag-apruba sa aming plano.

SEKSYON 2 Mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado

Seksyon 2.1 Mga kinakailangan para sa pagiging kwalipikado

Kwalipikado kang maging miyembro sa aming plano hangga't natutugunan mo ang lahat ng kondisyong ito:

- Mayroon kang parehong Medicare Part A at Medicare Part B
- Nakatira ka sa aming sineserbisyuhang heograpiya ng lugar (inilarawan sa Seksyon 2.3). Ang mga nakakulong na tao ay hindi itinuturing na nakatira sa sineserbisyuhang heograpiya ng lugar kahit na sila ay pisikal na makikita dito.
- Isa kang mamamayan ng United States o legal na naroroon sa United States
- Natutugunan mo ang mga espesyal na kinakailangan sa pagiging kwalipikado na inilarawan sa ibaba.

Mga espesyal na kinakailangan sa pagiging kwalipikado para sa aming plan

Seksyon 2.2 Medicaid

Ang Medicaid ay isang magkasanib na programa ng pamahalaang pederal at estado na tumutulong sa mga gastos sa medikal para sa ilang partikular na mga tao na mayroong limitadong kita at mapagkukunan. Nagpapasya ang bawat estado tungkol sa kung ano ang maituturing bilang kita at mga mapagkukunan, kung sino ang kwalipikado, kung anong mga serbisyo ang saklaw, at halaga ng mga serbisyo. Maaari ring magpasya

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

ang mga estado kung paano nila patatakbuin ang kanilang mga programa, basta't susundin nila ang mga Pederal na alituntunin.

Bukod pa rito, nag-aalok ang Medicaid ng mga programang makakatulong sa mga tao na bayaran ang kanilang mga gastusin sa Medicare, tulad ng kanilang mga premium sa Medicare. Ang mga “Medicare Savings Programs” na ito ay tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan na makatipid ng pera bawat taon:

- **Qualified Medicare Beneficiary-Plus (QMB+):** Binabayaran ng Medicaid ang iyong mga premium sa Medicare Part A at Part B, ang halaga ng mga deductible, coinsurance, at copayment. Makakatanggap ka ng saklaw ng Medicaid para sa bahagi sa gastos ng Medicare at karapat-dapat ka para sa buong benepisyo ng Medicaid.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary-Plus (SLMB+):** Tumutulong na bayaran ang mga premium sa Bahagi B at karapat-dapat din para sa buong benepisyo ng Medicaid
- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Minsan, ang mga indibidwal ay maaaring makwalipikado para sa parehong limitadong saklaw ng pagbabahagi sa gastos ng Medicare gayundin ang buong benepisyo ng Medicaid.

Seksyon 2.3 Sineserbisyuhang lugar ng plano para sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

Ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ay available lang sa mga taong nakatira sa lugar ng serbisyo ng aming plano. Para manatiling miyembro ng aming plano, kailangan mong patuloy na tumira sa lugar ng serbisyo ng plano. Ang lugar ng serbisyo ay inilarawan sa ibaba.

Kabilang sa aming lugar ng serbisyo ang mga county na ito sa California: Mga County ng Alameda, Contra Costa, Fresno, Imperial, Kern, Kings, Madera, Orange, Placer, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, Solano, Stanislaus, Tulare, at Yolo.

Nag-aalok kami ng pagsaklaw sa ilang estado. Gayunpaman, maaaring may gastos o iba pang pagkakaiba sa pagitan ng mga plano na iniaalok namin sa bawat estado.

Kung plano mong lumipat sa isang bagong estado, dapat ka ring makipag-ugnayan sa tanggapan ng Medicaid ng iyong estado at magtanong kung paano makakaapekto ang paglipat na ito sa mga benepisyo ng Medicaid sa iyo. Ang mga numero ng telepono para sa Medicaid ay nasa Kabanata 2, Seksyon 6 ng dokumentong ito.

Kung lilipat ka sa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano, hindi ka na puwedeng manatiling miyembro ng planong ito. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro upang makita kung mayroon kaming plano sa iyong bagong lugar. Kapag lumipat ka, magkakaroon ka ng Natatanging Panahon ng Pagpapatala na magpapahintulot sa iyong lumipat sa Original Medicare o magpatala sa planong pangkalusugan o plano ng gamot ng Medicare sa iyong bagong lokasyon.

Kung lilipat o palitan mo ang iyong mailing address, mahalagang tawagan din ang Social Security. Tumawag sa Seguridad Panlipunan sa 1-800-772-1213 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-325-0778).

Seksyon 2.4 Mamamayan ng U.S. o legal na presensya

Kailangang ikaw ay isang mamamayan ng U. S. o legal na naroroon sa United States upang maging miyembro ng planong pangkalusugan ng Medicare. Aabisuhan ng Medicare (ang Centers for Medicare & Medicaid Services)

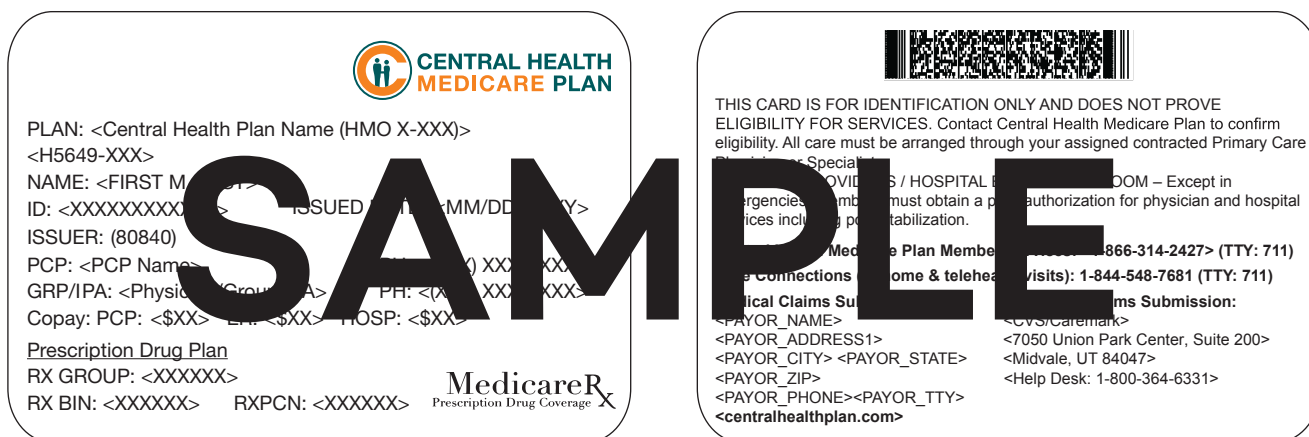
Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) kung hindi ka kwalipikado na manatiling miyembro ng aming plano sa batayang ito. Dapat kang alisin sa pagkakatala ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) kung hindi mo natutugunan ang pangangailangang ito.

SEKSYON 3 Mahahalagang materyal ng pagiging miyembro

Seksyon 3.1 Ang aming kard ng pagiging miyembro sa plano

Gamitin ang iyong membership card kapag kukuha ka ng mga saklaw na serbisyo sa pamamagitan ng aming plano at para sa mga inireresetang gamot na kukunin mo sa mga parmasyang nasa network. Palaging tandaan na ipakita pareho ang iyong ID card ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) at ID card ng California Department of Health Care Services Medicaid sa tuwing magpapakonsulta ka para sa pangangalaga. Dapat mo ring ipakita sa provider ang iyong Medicaid card. Sampol na kard ng pagiging miyembro:



HUWAG gamitin ang iyong pula, puti, at asul na Medicare card para sa mga saklaw na serbisyong medikal habang ikaw ay miyembro ng planong ito. Kung gagamitin mo ang iyong Medicare card sa halip na ang iyong membership card ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) posibleng kailanganin mong bayaran mismo ang buong halaga ng mga serbisyong medikal. Ingatan ang iyong Medicare card sa isang ligtas na lugar. Puwedeng hilingin sa iyo na ipakita ito kung kailangan mo ng mga serbisyo ng ospital, mga serbisyo sa hospisyo, o lumahok sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare na tinatawag ding mga klinikal na pagsubok.

Kung ang membership card ng aming plano ay nasira, nawala, o ninakaw, tumawag agad sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at padadalhan ka namin agad ng bagong card.

Seksyon 3.2 Direktoryo ng Provider/Parmasya

Inililista ng *Direktoryo ng Provider/Parmasya* ang aming mga provider na nasa network, mga parmasyang nasa network, at mga supplier ng matibay na kagamitang medikal.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Ang mga parmasyang nasa network ay ang lahat ng parmasya na sumang-ayong magbigay ng mga sinasaklaw na inireresetang gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 para sa impormasyon kung kailan mo magagamit ang mga parmasyang wala sa network ng plano.

Ang **Mga provider na nasa network** ay mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan, mga medikal na grupo, mga supplier ng matibay na kagamitang medikal, mga ospital, at iba pang pasilidad ng pangangalaga ng kalusugan na may kasunduan sa amin na tanggapin ang aming bayad at anumang pagbabahagi sa gastos sa plano bilang kabuuang bayad.

Dapat kang gumamit ng mga provider na nasa network upang makuha ang iyong pangangalagang medikal at mga serbisyo. Kapag pumunta ka sa ibang lugar nang walang wastong awtorisasyon, kakailanganin mong magbayad nang buo. Ang tanging pagbubukod ay ang mga emergency, mga serbisyong agarang kinakailangan kapag hindi available ang network (ibig sabihin, sa mga sitwasyon kung saan hindi makatuwiran o hindi posible na makuha ang mga serbisyo sa network), mga serbisyo sa dialysis sa labas ng lugar ng serbisyo ay mga kaso kung saan inaawtorisahan ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang paggamit ng mga provider sa labas ng network.

Ang pinakabagong listahan ng mga provider, parmasya, at supplier ay available sa aming website sa centralhealthplan.com.

Kung wala kang *Direktoryo ng Provider/Parmasya*, maaari kang humiling ng isang kopya (sa elektroniko o sa anyo ng papel) mula sa Mga Serbisyo para sa Miyembro (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Ang hiniling na d-papel na Direktoryo ng Provider ay ipapadala sa iyo sa loob ng 3 araw ng negosyo.

Seksyon 3.3 Listahan ng Mga Gamot (polmularyo)

Ang aming plano ay may *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* (tinatawag ding Listahan ng Mga Gamot o *polmularyo*). Sinasabi nito kung aling mga inireresetang gamot ang sinasaklaw sa ilalim ng benepisyo sa Bahagi D na kasama sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Ang mga gamot sa listahang ito ay pinili ng aming plano sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Dapat matugunan ng Listahan ng Mga Gamot ang mga kinakailangan ng Medicare. Ang mga gamot na ipinagkasundo ang mga presyo sa ilalim ng Medicare Drug Price Negotiation Program ay isasama sa iyong Listahan ng Mga Gamot maliban kung inalis at pinalitan ang mga ito tulad ng inilarawan sa Kabanata 5, Seksyon 6. Inaprubahan ng Medicare ang Listahan ng Gamot ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

Sinasabi rin ng Listahan ng Mga Gamot kung mayroong anumang mga tuntunin na naghihigpit sa pagsaklaw para sa iyong mga gamot.

Bibigyan ka namin ng kopya ng Listahan ng Mga Gamot. Para makuha ang pinakakumpleto at pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang sinasaklaw, bisitahin ang centralhealthplan.com o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

SEKSYON 4 Buod ng Mahahalagang Gastos

	Iyong mga Gastos sa 2026
Buwanang premium ng plano*	\$0

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

	Iyong mga Gastos sa 2026
<p>*Maaaring mas malaki sa halagang ito ang iyong premium.</p> <p>Tingnan ang Seksyon 4.1 para sa mga detalye.</p>	
<p>Pinakamataas na halaga ng mula sa sariling bulsa</p> <p>Ito ang <u>pinakamalaking</u> halagang babayaran mo mula sa sariling bulsa para sa iyong mga saklaw na serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B. (Tingnan ang Kabanata 4 Seksyon 1 para sa mga detalye.)</p>	<p>\$9,250</p> <p>Hindi mo tungkuling magbayad ng anumang gastos mula sa bulsa hanggang sa maximum na halaga mula sa sariling bulsa para sa mga sinasaklaw na serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B.</p>
<p>Mga pagbisita sa tanggapan para sa pangunahing pangangalaga</p>	<p>\$0 na copay bawat pagbisita</p>
<p>Mga pagbisita sa tanggapan ng espesyalista</p>	<p>\$0 copay bawat pagbisita</p>
<p>Mga pananatili sa ospital para sa inpatient</p>	<p>\$0 copay para sa pananatiling saklaw ng Medicare.</p>
<p>Deductible sa pagsaklaw ng gamot sa Bahagi D</p> <p>(Tingnan ang Kabanata 6 Seksyon 4 para sa mga detalye.)</p>	<p>\$550</p> <p>Kung mayroon kang Extra Help, hindi nalalapat sa iyo ang yugto ng pagbabayad na ito. Ang Kabanata 6 ay may karagdagang detalye tungkol sa saklaw at limitasyon.</p>

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

	Iyong mga Gastos sa 2026
<p>Pagsaklaw sa inireresetang gamot sa Part D (Tingnan ang Kabanata 6 para sa mga detalye, kabilang ang Mga Yugto ng Taunang Deductible, Paunang Saklaw, at Catastrophic na Pagsaklaw.)</p>	<p style="text-align: center;">Copayment sa panahon ng Yugto ng Panimulang Pagsaklaw:</p> <p style="text-align: center;">Tier 1 ng Gamot: \$0 copay</p> <p>Tier 2 ng Gamot: \$0, \$1.60, o \$2 copay para sa lahat ng gamot bawat reseta.</p> <p>Tier 3 ng Gamot: \$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing bilang generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.</p> <p>Tier 4 ng Gamot: \$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing bilang generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.</p> <p>Tier 5 ng Gamot: \$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing bilang generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.</p> <p style="text-align: center;">Tier 6 ng Gamot: \$0 copay</p> <p style="text-align: center;">Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw: a yugto ng pagbabayad na ito, wala kang babayaran para sa saklaw mong mga gamot sa Bahagi D.</p>

Maaaring kabilang sa iyong mga gastos ang sumusunod:

- Premium ng Plano (Seksyon 4.1)
- Buwanang Premium ng Medicare Part B (Seksyon 4.2)
- Multa sa Nahuling Pagpapatala sa Bahagi D (Seksyon 4.3)
- Halagang Inaayos ng Buwanan Batay sa Kita (Seksyon 4.4)
- Halaga ng Medicare Prescription Payment Plan (Seksyon 4.5)

Seksyon 4.1 Premium ng plano

Hindi ka magbabayad ng hiwalay na buwanang premium ng plano para sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

Kung nakatanggap ka na ng tulong mula sa isa sa mga programang ito, **ang impormasyon tungkol sa mga premium sa Ebidensya ng Saklaw na ito ay hindi naaangkop para sa iyo.** Nagpadala kami sa iyo ng hiwalay na dokumento, na tinatawag na Ebidensya ng Saklaw na Rider para sa Taong Nakakakuha ng Extra Help sa Pagbabayad para sa mga Inireresetang Gamot (kilala rin bilang Rider ng Subsidy sa Mababang Kita o ang LIS Rider), na nagsasabi sa iyo tungkol sa iyong pagsaklaw sa gamot. Kung hindi mo natanggap ang kalakip na ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humiling ng *LIS Rider*.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Seksyon 4.2 Buwanang Premium ng Medicare Part B

Maraming miyembro ang kinakailangang magbayad ng iba pang mga premium ng Medicare

Angilang miyembro ay kinakailangang magbayad ng iba pang mga premium ng Medicare. Gaya ng ipinapaliwanag sa Seksyon 2 sa itaas, para maging kwalipikado sa aming plano, dapat mong mapanatili ang iyong pagiging kwalipikado sa Medicaid at dapat mayroon ka pareho ng Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng mga miyembro ng Central Health Dual Access Plan, binabayaran ng Medicaid ang iyong premium sa Bahagi A (kung hindi ka awtomatikong kwalipikado para rito) at para sa premium sa Bahagi B.

Kung hindi binabayaran ng Medicaid ang mga premium ng Medicare mo para sa iyo, dapat mong ipagpatuloy ang pagbabayad ng mga premium ng Medicare mo upang manatiling miyembro ng plano.

Kabilang dito ang iyong premium sa Bahagi B. Maaari rig magbayad ka ng premium para sa Bahagi A, kung hindi ka kwalipikado para sa Bahagi A na walang premium.

Seksyon 4.3 Multa sa Nahuling Pagpapatala sa Bahagi D

Dahil dawalang beses kang kwalipikado, hindi nalalapat ang LEP sa iyo hangga't napapanatili mo ang iyong status na dalawang beses na kwalipikado, ngunit kung mawala ang iyong status na dalawang beses na kwalipikado, maaari kang magtamo ng LEP. Ang multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D ay isang karagdagang premium na dapat bayaran para sa saklaw sa Bahagi D kung sa anumang punto pagkatapos ng yugto ng iyong inisyal na panahon ng pagpapatala, nagkaroon ng 63 magkakasunod na araw o higit pa na wala kang Bahagi D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa gamot. Ang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot ay ang pagsaklaw na nakakatugon sa minimum na pamantayan ng Medicare dahil inaasahan itong magbabayad, sa average, ng kahit katumbas lamang ng pamantayang pagsaklaw sa gamot ng Medicare. Ang halaga ng multa sa nahuling pagpapatala ay depende sa kung gaano katagal kang nawalan ng Bahagi D o iba pang creditable na pagsaklaw sa inireresetang gamot. Kakailanganin mong bayaran ang parusang ito hangga't mayroon kang saklaw ng Bahagi D.

Hindi mo kailangang bayaran ang multa sa nahuling pagpapatala ng Bahagi D kung:

- Nakakakuha ka ng Extra Help mula sa Medicare upang makatulong na mabayaran ang iyong mga gastos sa gamot.
- Wala ka pang 63 araw na sunud-sunod na walang creditable na saklaw.
- Nagkaroon ka ng creditable na pagsaklaw sa gamot sa pamamagitan ng iba pang mapagkukunan (gaya ng dating employer, unyon, TRICARE, o Veterans Health Administration [VA]). Sasabihin sa iyo ng insurer mo o ng departamento ng human resources sa bawat taon kung ang pagsaklaw mo sa gamot ay creditable na saklaw. Maaaring makuha mo ang impormasyong sa pamamagitan ng pagpapadala sa iyo sa isang liham o kasama sa isang newsletter mula sa plano. Itabi ang impormasyong ito, dahil maaaring kailanganin mo ito kung sasali ka sa isang plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.
 - **Tandaan:** Dapat sabihin ng anumang abiso na mayroon kang creditable na pagsaklaw sa inireresetang gamot na inaasahang magbabayad ng halagang pareho sa binabayaran ng karaniwang plano sa gamot ng Medicare.
 - **Tandaan:** Ang mga card ng diskwento sa mga inireresetang gamot, libreng klinika, at mga website ng diskwento sa gamot ay hindi maaaring i-credit sa pagsaklaw sa inireresetang gamot.

Tinutukoy ng Medicare ang halaga ng multa para sa nahuling pagpapatala sa Part D. Narito kung paano ito gumagana:

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

- Una, bilangin ang bilang ng mga buong buwan na naantala ka sa pagpapatala sa isang plano sa gamot ng Medicare, pagkatapos mong maging kwalipikado na magpatala. O bilangin ang tagal ng buong buwan na wala kang creditable na pagsaklaw sa gamot, kung ang pagtigil sa saklaw ay 63 araw o higit pa. Ang parusa ay 1% para sa bawat buwan na wala kang creditable na saklaw. Halimbawa, kung 14 na buwan kang walang saklaw, ang persentahe ng multa ay 14%.
- Pagkatapos, tinutukoy ng Medicare ang halaga ng karaniwang buwanang premium ng plano para sa mga Medicare na plano sa gamot sa buong bansa mula sa nakaraang taon (pambansang pangunahing premium para sa benepisyaryo) Para sa 2026 ang average na halaga ng premium na ito ay \$38.99.
- Upang kalkulahan ang iyong buwanang multa, i-multiply ang porsyento ng multa at sa pambansang basehan ng premium ng beneficiary at pagkatapos ay i-round up ito sa pinakamalapit na 10 sentimo. Sa halimbawang narito, ito ay magiging 14% na imu-multiply sa \$38.99, na katumbas ng \$5.46. \$5.50 ito kapag ni-round off. Ang halagang ito ay idaragdag sa **buwanang premium ng plano para sa sinumang mayroong multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D.**

Tatlong mahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa buwanang multa sa nahuling pagpapatala sa Part D:

- **Maaaring magbago ang multa bawat taon**, dahil maaaring magbago ang pambansang pangunahing premium para sa benepisyaryo bawat taon.
- **Patuloy kang magbabayad ng multa** bawat buwan hangga't nakatala ka sa isang planong mayroong mga benepisyos sa gamot ng Medicare Part D, kahit na magpalit ka ng mga plano.
- Kung *wala ka pang* 65 at nakatala sa Medicare, ang multa sa nahuling pagpapatala sa Part D ay muling magsisimula kapag ikaw ay 65 na. Pagkatapos ng edad na 65, ang iyong multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D ay ibabatay na lamang sa mga buwan na wala kang saklaw pagkatapos ng iyong paunang panahon ng pagpapatala para sa pagtanda sa Medicare.

Kung hindi ka sumasang-ayon tungkol sa iyong multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D, ikaw o ang iyong kinatawan ay maaaring humingi ng pagsusuri. Karaniwan, dapat mong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw** mula sa petsa ng unang liham na natanggap mo na nagsasaad na kailangan mong bayaran ang multa sa nahuling pagpapatala. Gayunpaman, kung nagbabayad ka ng multa bago pa sumali sa aming plano, puwedeng hindi ka na magkaroon ng isa pang pagkakataon na humiling ng pagsusuri sa multa sa nahuling pagpapatala na iyon.

Seksyon 4.4 Halaga ng Kaugnay na Pagsasaayos ng Buwanang Kita

Kung hindi ka na kwalipikado para sa planong ito dahil sa mga pagbabago sa kita, maaaring kailanganin ng ilang miyembro na magbayad ng karagdagang bayarin para sa kanilang plano sa Medicare, na kilala bilang Buwanang Halaga ng Adjustment na Nauugnay sa Kita (IRMAA) sa Bahagi D. Ang dagdag na singil ay kinakalkula gamit ang binagong iniakmang kabuuang kita gaya ng iniulat sa iyong IRS tax return mula 2 taon na ang nakalipas. Kung ang halagang ito ay higit sa isang tiyak na halaga, babayaran mo ang karaniwang halaga ng premium at ang karagdagang IRMAA. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa karagdagang halagang maaaring kailangan mong bayaran batay sa iyong kita, bisitahin ang www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Kung kailangan mong magbayad ng karagdagang IRMAA, papadalhan ka ng Seguridad Panlipunan, hindi ng iyong plano sa Medicare, ng sulat na nagsasabi sa iyo kung magkano ang karagdagang halagang iyon. Ang karagdagang halaga ay ikakaltas mula sa iyong tseke ng benepisyos sa Seguridad Panlipunan, Lupon para sa Benepisyos sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles, o sa Tanggapan ng Pamahalaan ng Tauhan, paano ka

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

man karaniwang nagbabayad ng premium sa aming plano, maliban kung hindi sapat ang iyong buwanang benepisyo para bayaran ang karagdagang halagang dapat mong bayaran. Kung hindi sapat ang iyong tseke ng mga benepisyo para bayaran ang karagdagang halaga, makakatanggap ka ng bill mula sa Medicare.

Kailangan mong bayaran ang karagdagang IRMAA sa gobyerno. Hindi ito maaaring bayaran kasama ng buwanang premium ng iyong plano. Kung hindi mo babayaran ang karagdagang IRMAA, aalisin ka sa pagkakatala mula sa aming plano at mawawala ang pagsaklaw sa inireresetang gamot mo.

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

Seksyon 4.5 Halaga ng Medicare Prescription Payment Plan

Kung kalahok ka sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare, bawat buwan babayaran mo ang premium ng aming plano (kung mayroon ka nito) at makakatanggap ka ng bill mula sa iyong planong pangkalusugan o plano sa gamot para sa iyong mga inireresetang gamot (sa halip na magbayad sa parmasya). Nakabatay ang iyong buwanang singil sa iyong utang para sa anumang mga reseta na nakukuha mo, kasama ang iyong balanse sa nakaraang buwan, na hinati sa bilang ng mga buwang natitira sa taon.

Nagsasabi ang Kabanata 2, Seksyon 7 ng higit pa tungkol sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare. Kung hindi ka sumasang-ayon sa halagang sinisingil bilang bahagi ng opsyon sa pagbabayad na ito, maaari mong sundan ang mga hakbang sa Kabanata 9 para makagawa ng reklamo o apela.

SEKSYON 5 Higit pang impormasyon tungkol sa iyong buwanang premium ng plano

Seksyon 5.1 Ang aming buwanang premium ng plano ay hindi magbabago sa panahon ng taon

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

Gayunpaman, sa ilang kaso, maaaring hindi na ninyo ituloy ang pagbabayad ng multa sa nahuling pagpapatala, kung mayroon kayo nito, o maaaring kailanganin ninyong simulan ang pagbabayad ng multa sa nahuling pagpapatala. Maaari itong mangyari kung magiging ka kwalipikado para sa Extra Help o kung hindi ka na magiging kwalipikado para sa Extra Help sa kasalukuyang taon.

- Kung binabayaran mo na sa kasalukuyan ang multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D at maging kwalipikado para sa Extra Help sa kasalukuyang taon, maaari na ninyong ihinto ang inyong pagbabayad ng multa.
- Kung mawawalan ka ng Extra Help, maaari kang singilin ng multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D kung magpapatuloy ka sa loob ng 63 araw o higit pa na walang Bahagi D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot.

Alamin ang higit pa tungkol sa Extra Help sa Kabanata 2, Seksyon 7.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

SEKSYON 6 Pagpapanatiling napapanahon sa rekord ng pagiging miyembro sa aming plano

Ang iyong membership record ay mayroong impormasyon mula sa iyong form ng pagpapatala, kabilang ang iyong address at numero ng telepono. Ipinapakita nito ang iyong partikular na saklaw ng plano kabilang ang iyong Provider ng Pangunahing Pangangalaga.

Ginagamit ng mga doktor, ospital, pharmacist, at iba pang mga provider na nasa network ng aming plano ang iyong membership record upang malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang sinasaklaw at kung magkano ang halaga ng iyong pagbabahagi sa gastos. Dahil dito, napakahalagang tulungan mo kaming panatilihin ang iyong impormasyon.

Kung nagkaroon ka ng alinman sa mga pagbabagong ito, ipaalam sa amin:

- May pagbabago sa iyong pangalan, sa iyong address, o sa iyong numero ng telepono
- Mga pagbabago sa anumang iba pang saklaw sa insurance sa kalusugan na mayroon ka (gaya ng mula sa iyong employer, sa employer ng iyong asawa o kinakasama, kabayaran sa manggagawa, o sa Medicaid)
- Anumang paghahabol para sa pananagutan, tulad ng mga paghahabol mula sa isang aksidente sa sasakyan
- Kung ikaw ay na-admit sa isang nursing home
- Kung tumatanggap ka ng pangangalaga mula sa ospital o emergency room na wala sa lugar ng serbisyo o wala sa network
- Kung ang itinalagang responsableng partido mo (tulad ng isang tagapag-alaga) ay nagbago
- Kung nakikilahok ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (**Tandaan:** Hindi mo kailangang sabihin sa aming plano ang tungkol sa mga pag-aaral sa klinikal na pananaliksik na gusto mong salihan, ngunit hinihikayat ka naming gawin ito).

Kung nagbago ang alinman sa impormasyong ito, ipaalam sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Makakagawa ang mga miyembro ng online na My Molina account para mapalitan ang kanilang doktor, ma-update ang kanilang impormasyon sa pakikipag-ugnayan, humiling ng bagong ID card, makakuha ng mga paalala sa kalusugan tungkol sa mga serbisyong kailangan nila, o tumingin ng history ng serbisyo. Bisitahin ang www.mymolina.com upang gumawa o ma-access ang iyong My Molina account.

Mahalaga ring makipag-ugnayan sa Seguridad Panlipunan kung lilipat o magbabago ka ng address na padadalhan. Tawagan ang Social Security sa 1-800-772-1213 (Para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-800-325-0778).

SEKSYON 7 Paano nakikipagtulungan ang ibang insurance sa aming plano

Inaatasan kami ng Medicare na mangolekta ng impormasyon tungkol sa anumang iba pang medikal na saklaw o saklaw sa gamot na mayroon ka upang mapangasiwaan namin ang anumang iba pang saklaw sa iyong mga benepisyo sa ilalim ng aming plano. Ito ay tinatawag na **Koordinasyon ng mga Benepisyo**.

Isang beses kada taon, magpapadala kami sa iyo ng sulat na naglilista ng anumang iba pang medikal na saklaw o saklaw sa gamot na alam namin. Basahing mabuti ang impormasyong ito. Kung tama ang mga ito, wala kang kailangang gawin. Kung hindi tama ang impormasyon, o kung mayroon kang iba pang saklaw na hindi nakalista, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

sa 711). Posibleng kailanganin mong ibigay ang numero ng iyong ID ng miyembro sa plano sa iba mong insurer (kapag nakumpirma mo na ang kanilang pagkakakilanlan) para mabayaran nang tama ang iyong mga bill sa tamang oras.

Kapag mayroon kang ibang insurance, (tulad ng pang-grupong pangkalusugang saklaw ng employer), ang mga panuntunan ang Medicare magpapasya kung ang aming plano ba o ang iyong iba pang insurance ang mauunang magbabayad. Ang insurance na mauunang magbabayad (ang “pangunahing tagapagbayad”) ang magbabayad hanggang sa limitasyon ng pagsaklaw nito. Ang insurance na pangalawang magbabayad, (ang “pangalawang tagapagbayad”) ay magbabayad lamang kung mayroong mga gastos na hindi pa nababayaran ng pangunahing pagsaklaw. Posibleng hindi bayaran ng pangalawang tagapagbayad ang lahat ng hindi pa nababayarang gastos. Kung mayroon kang ibang insurance, sabihin sa iyong doktor, ospital, at parmasya.

Nalalapat ang mga patakaran na ito para sa saklaw ng planong pangkalusugan ng employer o grupo ng unyon:

- Kung mayroon kang saklaw ng nagretiro, magbabayad muna ang Medicare.
- Kung ang saklaw ng planong pangkalusugan ng grupo mo ay batay sa kasalukuyang trabaho mo o ng isang miyembro ng pamilya, kung sino ang unang nagbabayad ay depende sa edad mo, ang bilang ng mga taong nagtatrabaho sa iyong employer, at kung mayroon kang Medicare batay sa edad, kapansanan, o Sakit sa Bato na Wala nang Lunas (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Kung wala ka pang 65 at may kapansanan at ka (o ang miyembro ng iyong pamilya) ay nagtatrabaho pa, mauunang magbabayad ang iyong pang-grupong planong pangkalusugan kung mayroong 100 o higit pang empleyado ang employer o ang isang employer sa plano ng maramihang employer ay mayroong mahigit 100 empleyado.
 - Kung lampas ka na sa 65, at ikaw (o ang iyong asawa o kinakasama) ay nagtatrabaho pa, unang magbabayad ang iyong pang-grupong planong pangkalusugan kung may 20 o higit pang empleyado ang employer o mayroong kahit isang employer sa plano ng maramihang employer ay may mahigit 20 empleyado.
- Kung mayroon kang Medicare dahil sa ESRD, ang iyong planong pangkalusugan ng grupo ay magbabayad muna para sa unang 30 buwan pagkatapos mong maging kwalipikado para sa Medicare.

Ang mga uri ng saklaw na ito ay karaniwang nagbabayad muna para sa mga serbisyong nauugnay sa bawat uri:

- No-fault na insurance (kabilang ang insurance ng sasakyan)
- Pananagutan (kabilang ang insurance ng sasakyan)
- Mga benepisyo ng Black Lung
- Kabayaran sa mga Manggagawa

Hindi nagbabayad ng una ang Medicaid at TRICARE para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare. Nagbabayad lamang sila pagkatapos magbayad ng Medicare at/o planong pangkalusugan ng grupo ng employer.

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**KABANATA 2:****Mga numero ng telepono at mapagkukunan****SEKSYON 1 Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) contacts**

Para sa tulong sa mga claim, billing, o mga tanong tungkol sa card ng miyembro, tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Ikalulugod naming tulungan ka.

Mga Serbisyo para sa Miyembro – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Tumawag	(866) 314-2427 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang mga oras ay Oktubre 1 - Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 - Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro (866) 314-2427 (ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711) ay mayroon ding libreng mga serbisyo sa pagsasalin ng wika para sa mga hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available ang National Relay 24 oras bawat araw, 7 araw sa isang linggo.
Fax	(310) 507-6186
Sumulat	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Website	centralhealthplan.com

Paano humiling ng desisyon sa saklaw o apela tungkol sa iyong pangangalagang medikal o mga inireresetang gamot sa Bahagi D.

Ang desisyon sa pagsaklaw ay isang desisyon na ginagawa namin tungkol sa iyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa iyong mga serbisyong medikal o mga gamot sa Bahagi D. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang isang desisyon sa pagsaklaw na ginawa namin. Para sa higit pang impormasyon sa paghiling ng mga desisyon sa pagsaklaw o apela tungkol sa iyong pangangalagang medikal o mga gamot sa Bahagi D, pumunta sa Kabanata 9 (*Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo [mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo]*).

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan

Mga Desisyon sa Pagsaklaw at Apela para sa Pangangalagang Medikal - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	(866) 314-2427 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 7 Araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras
TTY	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available ang National Relay 24 oras bawat araw, 7 araw sa isang linggo.
Fax	Advanced Imaging: (877) 731-7218; Transplants (877) 813-1206; Medical/Behavioral Health Outpatient (844) 251-1450; Inpatient (844) 834-2152; RX/Jcodes (866) 290-1309
Sumulat	Central Health Attn: Coverage Request 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802
Website	centralhealthplan.com

Mga Desisyon sa Pagsaklaw at Apela para sa mga gamot sa Bahagi D - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	Telepono: (800) 665-3086-Oktubre 1 – Marso 31: 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras, Abril 1 - Setyembre 30: Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
TTY	711
Fax	(866) 290-1309
Sumulat	Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047
Website	centralhealthplan.com

Mga Reklamo tungkol sa Pangangalagang Medikal- Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	(866) 314-2427 Libre ang pagtawag sa numerong ito. 7 Araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**Mga Reklamo tungkol sa Pangangalagang Medikal- Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

TTY	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available ang National Relay 24 oras bawat araw, 7 araw sa isang linggo.
Fax	(562) 499-0610
Sumulat	Molina Healthcare Attn: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9978
Website	centralhealthplan.com

Paano humihiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa gastos para sa pangangalagang medikal o gamot na iyong natanggap

Kung nakatanggap ka ng singil o nagbayad ka para sa mga serbisyo (tulad ng singil ng provider) na sa tingin mo ay dapat naming bayaran, maaaring kailanganin mong humingi sa amin ng pagsasauli ng ibinayad o hilingin na bayaran namin ang singil ng provider. Pumunta sa Kabanata 7 para sa karagdagang impormasyon.

Kung padadalhan mo kami ng kahilingan sa pagbabayad at tatanggihan namin ang anumang bahagi ng iyong kahilingan, puwede mong iapela ang aming desisyon. Pumunta sa Kabanata 9 (*Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo [mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo]*) para sa higit pang impormasyon.

Mga Kahilingan sa Pagbabayad para sa Pangangalagang Medikal - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Tumawag	(866) 314-2427 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 7 Days a week, 8 a.m. to 5 p.m., local time
TTY	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available ang National Relay 24 oras bawat araw, 7 araw sa isang linggo.
Fax	(310) 507-6186
Sumulat	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**Mga Kahilingan sa Pagbabayad para sa Pangangalagang Medikal - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

Website	centralhealthplan.com
----------------	--

Mga Kahilingan sa Pagbabayad para sa mga gamot sa Bahagi D - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Tumawag	Telepono: (800) 665-3086-Oktubre 1 – Marso 31: 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras, Abril 1 - Setyembre 30: Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
TTY	711
Fax	(866) 290-1309
Sumulat	Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047
Website	centralhealthplan.com

SEKSYON 2 Paghingi ng tulong mula sa Medicare

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

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

Medicare – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag sa	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo
TTY	1-877-486-2048 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito.
Makipag-chat nang Live	Makipag-chat nang live sa www.Medicare.gov/talk-to-someone .
Sumulat	Sumulat sa Medicare sa PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Website	www.Medicare.gov

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan

	Medicare – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
	<ul style="list-style-type: none"> • Kumuha ng impormasyon tungkol sa mga plano sa kalusugan at gamot ng Medicare sa iyong 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 mga provider at supplier ng pangangalagang pangkalusugan. • Alamin kung ano ang sinasaklaw ng Medicare, kabilang ang mga preventive na serbisyo (tulad ng screening, bakuna, at taunang pagpapatingin para sa “Wellness”). • Kumuha ng impormasyon at form sa pag-apela sa Medicare. • Kumuha ng impormasyon tungkol sa kalidad ng pangangalaga na ibinibigay ng mga plano, nursing home, ospital, doktor, ahensya ng kalusugan sa tahanan, pasilidad ng dialysis, sentro ng hospisyo, pasilidad ng rehabilitasyon para sa mga pasyente, at mga ospital ng pangmatagalang pangangalaga. • Maghanap ng mga makakatulong na website at numero ng telepono. <p>Maaari mo ring gamitin ang website para sabihin sa Medicare ang tungkol sa anumang reklamo na mayroon ka sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP):</p> <p>Upang magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Sineseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito upang tumulong na mapabuti ang kalidad ng programang Medicare.</p>

SEKSYON 3 Programa sa Tulong sa Insurance sa Kalusugan ng Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Ang State Health Insurance Assistance Program (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 iyong mga tanong tungkol sa Medicare.

Ang CaliforniaSHIP 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 para makapagbigay ng libreng lokal na pagpapayo sa insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare.

Matutulungan ka ng mga tagapayo ng CaliforniaSHIP na maunawaan ang iyong mga karapatan sa Medicare, gumawa ng mga reklamo tungkol sa iyong pangangalagang medikal o paggamot, at matulungan kang maayos ang mga problema sa iyong mga bayarin sa Medicare. Matutulungan ka rin ng mga tagapayo ng CaliforniaSHIP sa mga tanong o problema sa Medicare, tutulungan kang maunawaan ang iyong mga pagpipilian sa plano ng Medicare at masagot ang mga tanong tungkol sa pagpapalit ng plano.

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**SHIP ng SHIP (California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

Tumawag	<p>Alameda County: (510) 839-0393</p> <p>Contra Costa County: (925) 655-1393</p> <p>Fresno and Madera Counties: (559) 224-9117</p> <p>Imperial County: (760) 353-0223</p> <p>Kern County: (661) 868-1000</p> <p>Kings and Tulare Counties: (559) 713-2875</p> <p>Orange County: (714) 560-0424</p> <p>Placer and Yolo Counties: (916) 376-8915</p> <p>San Francisco County: (415) 677-7520</p> <p>San Joaquin County: (209) 470-7812</p> <p>San Mateo County: (650) 627-9350</p> <p>Santa Clara County: (408) 350-3239</p> <p>Solano County: (707) 526-4108</p> <p>Stanislaus County: (209) 558-4540, Alameda County:</p>
TTY	<p>711</p> <p>Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.</p>

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan

SHIP ng SHIP (California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Sumulat

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**SHIP ng SHIP (California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

Alameda County:

Legal Assistance for Seniors
333 Hegenberger Road, Suite 850
Oakland, CA 94621
(510) 839-0393

Contra Costa County:

Contra Costa County Aging & Adult Services
400 Ellinwood Way, 3rd Floor
Pleasant Hill, CA 94523
(925) 655-1393

Fresno County:

Valley Caregiver Resource Center
5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710
(559) 224-9117

Imperial County:

Elder Law & Advocacy
939 W. Main Street, Box #19 Basement
El Centro, CA 92243
(760) 353-0223

Kern County:

Kern County Aging and Adult Services
5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93309
(661) 868-1000

Kings County:

Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office
3350 W Mineral King
Visalia, CA 93291
(559) 713-2875

Madera County:

Valley Caregiver Resource Center
5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710

Orange County:

Council on Aging – Southern California, Inc.
2 Executive Circle, Suite 175
Irvine, CA 92614-6773
(714) 560-0424

Placer County:

Legal Services of Northern California
505 12th Street
Sacramento, CA 95814
(916) 376-8915

San Francisco County:

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**SHIP ng SHIP (California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

Self-Help for the Elderly (San Francisco County)
 601 Jackson Street
 San Francisco, CA 94133
 (415) 677-7520

San Joaquin County:
 Legal Services of Northern California
 505 12th Street
 Sacramento, CA 95814
 (209) 470-7812

San Mateo County:
 Self Help For The Elderly (San Mateo County)
 1710 S Amphlett Boulevard, Suite 100
 San Mateo, CA 94402
 (650) 627-9350

Santa Clara County:
 Sourcewise
 3100 De La Cruz Boulevard, Suite 310
 Santa Clara, CA 95054
 (408) 350-3239

Solano County:
 Senior Advocacy Services-HICAP
 1129 Industrial Avenue, Suite 201
 Petaluma, CA 94954
 (707) 526-4108

Stanislaus County:
 Stanislaus County Department of Aging and Veterans Services
 3500 Coffee Road, Suite 19
 Modesto, CA 95355
 (209) 558-4540

Tulare County:
 Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office
 3350 W Mineral King
 Visalia, CA 93291
 (559) 713-2875

Yolo County:
 Legal Services of Northern California
 505 12th Street
 Sacramento, CA 95814
 (916) 376-8915

Website

<https://www.aging.ca.gov/hicap>

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**SEKSYON 4 Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (QIO)**

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

Ang Livanta ay may grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na binabayaran ng Medicare para suriin ang at tumulong na mapahusay ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Ang Livanta ay isang hiwalay na organisasyon. Hindi ito konektado sa aming plano.

Makipag-ugnayan sa Livanta sa alinman sa mga sitwasyong ito:

- Mayroon kang reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga na nakuha mo. Kabilang sa halimbawa ng mga alalahanin may kinalaman sa kalidad ng pangangalaga ang makatanggap ng maling gamot, mga hindi kinakailangang pagsusuri o proseso, o maling diagnosis.
- Sa palagay mo ay masyadong maagang matatapos ang saklaw para sa pananatili mo sa ospital.
- Sa palagay mo ay masyadong maagang matatapos ang saklaw para sa iyong pangangalaga ng kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, o Pasilidad ng Kumprehensibong Pag-rehabilitate sa Outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).

Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ng Livanta (California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Tumawag sa	(877) 588-1123 9 a.m. hanggang 5 p.m. Lunes - Biyernes at 10 a.m. hanggang 4 p.m. sa weekend at holiday
TTY	Dial 711 (855) 887-6668 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.
Sumulat	Livanta LLC-BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Website	https://www.livantaqio.com/

SEKSYON 5 Social Security

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

Kung lilipat ka o nagpalit ka ng address ng padadalhan, makipag-ugnayan sa Seguridad Panlipunan para ipaalam ito sa kanila.

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**Social Security – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

Tumawag sa	1-800-772-1213 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available 8 a.m. hanggang 7 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Gamitin ang awtomatikong serbisyo sa telepono ng Seguridad Panlipunan para makakuha ng mga naka-record na impormasyon at magsagawa ng negosyo nang 24 na oras sa isang araw.
TTY	1-800-325-0778 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available 8 a.m. hanggang 7 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
Website	www.ssa.gov

SEKSYON 6 Medicaid

Ang Medicaid ay isang pinagsamang programa ng pederal na pamahalaan at estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa ilang partikular na mga taong mayroong limitadong kita at mapagkukunan. Ang bawat estado ay nagpapasya kung ano ang binibilang na kita at mga mapagkukunan, kung sino ang kwalipikado, kung anong mga serbisyo ang sinasaklaw, at ang gastos para sa mga serbisyo. Maaari ring magpasya ang mga estado kung paano nila patatakbuhan ang kanilang mga programa, basta't susundin nila ang mga Pederal na alituntunin.

Bilang karagdagan, may mga programang inaalok sa pamamagitan ng Medicaid na tumutulong sa mga taong may Medicare na bayaran ang kanilang mga gastos sa Medicare, gaya ng kanilang mga premium sa Medicare. Ang mga “Medicare Savings Programs” na ito ay tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan na makatipid ng pera bawat taon:

Ang mga miyembro ng Plan na ito ay nakatala sa parehong Medicare at Medicaid. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa tulong na nakukuha mo mula sa Medicaid, makipag-ugnayan sa California Department of Health Care Services.

Programang Medicaid ng California Department of Health Care Services, (California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Tumawag	(916) 449-5000 N/A
TTY	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**Programa ng Medicaid ng California Department of Health Care Services, (California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

Sumulat	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413 Physical Address: 1501 Capitol Ave., MS 4400 Sacramento, CA 95814
Website	https://www.dhcs.ca.gov/

Ang Ombudsman Program ng Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman (California) ay tumutulong sa mga taong nakatala sa Medicaid na may mga problema sa serbisyo o pagsingil. Matutulungan ka nila na maghain ng reklamo o apela sa aming plano.

Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Tumawag	(888) 452-8609 Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. PT; hindi kasama ang mga holiday
TTY	N/A Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.
Sumulat	N/A
Website	https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

Ang California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) ay tumutulong sa mga tao na makakuha ng impormasyon tungkol sa mga nursing home at lutasin ang mga problema sa pagitan ng mga nursing home at residente o kanilang mga pamilya.

California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Tumawag	(800) 231-4024 Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. PST; hindi kasama ang mga holiday
Sumulat	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Website	http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/

SEKSYON 7 Mga Programang Tumutulong sa Pagbabayad ng mga Inireresetang Gamot

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

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan

Extra Help mula sa Medicare.

Dahil kwalipikado ka para sa Medicaid, kwalipikado ka para sa at nakakakuha ng Extra Help mula sa Medicare upang bayaran ang iyong mga sa plano para sa inireresetang gamot. Wala kang kailangang gawin para matanggap ang Extra Help na ito.

Kung mayroon kang tanong tungkol sa Extra Help, tumawag sa:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048;
- Ang Social Security Office sa 1-800-772-1213, sa pagitan ng 8 a.m. at 7 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-325-0778; o
- Ang Tanggapan ng Medicaid sa Iyong Estado (mga aplikasyon) (Tingnan ang Seksyon 6 ng kabanatang ito para sa impormasyon sa pakikipag-ugnayan).

Kung sa tingin mo ay hindi wasto ang binabayaran mong halaga para sa iyong reseta sa isang parmasya, may proseso ang aming plano na makakatulong sa iyong makakuha ng katibayan ng wastong halaga ng copayment. Kung mayroon ka nang katibayan ng wastong halaga, matutulungan ka naming ibahagi ang katibayang ito sa amin.

- Ang Best Available Evidence (BAE) ay makikita sa web sa http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html. Ginagamit ang BAE para matukoy ang Subsidy sa May Mababang Kita ng miyembro. Tinutukoy ng aming departamento ng Mga Serbisyo para sa Miyembro at departamento ng Parmasya ang mga kaso kung saan nalalapat ang patakaran ng BAE. Maaaring magpadala ang mga miyembro ng dokumentasyon ng BAE para maitaguyod ang pagiging kwalipikado sa address ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista sa Kabanata 2. Bukod pa rito, maaari kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung mayroon kang mga tanong. Ang mga katanggap-tanggap na anyo ng ebidensya ay:
 - Liham ng Parangal ng SSA
 - Abiso ng Parangal
 - Suplementong Seguridad sa Kita
- Kapag natanggap namin ang katibayang nagpapakita ng iyong wastong antas sa copayment, ia-update namin ang aming system para mabayaran mo ang wastong halaga ng copayment kapag kinuha mo ang susunod mong reseta. Kung sumobra ang naibayad mong copayment, ibabalik namin ang sobrang ibinayad sa iyo sa pamamagitan ng tseke o sa pamamagitan ng pag-credit para sa hinaharap na copayment. Kung hindi kinolekta ng parmasya ang iyong copayment at nagkautang ka sa kanila, babayaran namin nang direkta ang parmasya. Kung nagbayad ang isang estado sa ngalan mo, maaari kaming direktang magbayad sa estado. Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung mayroon kang mga tanong.

Paano kung mayroon kang Extra Help at saklaw mula sa AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

Ano ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

Ang AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ay tumutulong sa mga kwalipikadong indibidwal ng ADAP na may HIV/AIDS na ma-access ang mga gamot sa HIV na nagliligtas-buhay. Ang mga inireresetang gamot sa Medicare Part D na makikita rin sa pormularyo ng ADAP ay kwalipikado para sa tulong sa pagbabahagi sa gastos sa reseta sa pamamagitan ng Office of AIDS. Tandaan: Para maging karapat-dapat para sa ADAP na nagkakaroon ng operasyon sa estado mo, dapat matugunan ng mga indibidwal ang ilang pamantayan, kabilang ang patunay ng paninirahan sa Estado at katayuan sa HIV, mababang kita gaya ng tinukoy ng Estado, at katayuan na walang insurance/kulang ang insurance. Kung magbabago ka ng mga plano pakiabisuhan ang iyong lokal na manggagawa sa pagpapatala ng ADAP para patuloy kang makatanggap ng tulong.

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan

Para sa impormasyon sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado, mga saklaw na gamot, o kung paano magpatala sa programa, mangyaring tawagan ang Office of AIDS, (916) 449-5900.

Medicare Prescription Payment Plan

Ang Medicare Prescription Payment Plan ay isang opsyon sa pagbabayad na gumagana kasama ng iyong kasalukuyang saklaw ng gamot na tumutulong sa iyong pamahalaan ang iyong mga gastos mula sa sariling 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 pagsaklaw sa gamot (tulad ng planong Medicare Advantage na may pagsaklaw sa gamot) ang opsyon sa pagbabayad na ito. **Maaari kang matulungan ng opsyon sa pagbabayad na ito na mapamahalaan ang iyong mga gastusin, pero hindi ka makakatipid ng pera o hindi bababa ang gastos mo sa gamot dahil dito. Kung kalahok ka sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare at nanatili sa parehong plano sa Bahagi D, awtomatikong mare-renew ang iyong partisipasyon para sa 2026.** Ang “Extra Help” mula sa Medicare at tulong mula sa iyong SPAP at ADAP, para sa mga kwalipikado, ay mas kapaki-pakinabang kaysa sa paglahok sa Medicare Prescription Payment Plan. Para alamin pa ang tungkol sa opsyon sa pagbabayad na ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o bisitahin ang www.Medicare.gov.

Ang Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan	
Tumawag	(866) 314-2427 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) ay mayroon ding libreng mga serbisyo sa pagsasalin ng wika para sa mga hindi nagsasalita ng English.
TTY	711 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang mga oras ay Oktubre 1 - Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 - Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras
Fax	(310) 507-6186
Sumulat	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
Website	centralhealthplan.com

Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**SEKSYON 8 Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles (Railroad Retirement Board, RRB)**

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

Railroad Retirement Board (RRB)– Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Tumawag sa	1-877-772-5772 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Kung pipindutin mo ang “0,” maaari kang makakausap ng kinatawan ng RRB mula 9 a.m. hanggang 3:30 p.m., Lunes, Martes, Huwebes, at Biyernes, at mula 9 a.m. hanggang 12 p.m. tuwing Miyerkules. Kung pipindutin mo ang “1”, maaari mong i-access ang automated na RRB HelpLine at naitalang impormasyon 24 oras sa isang araw, kabilang ang mga katapusan ng linggo at holiday.
TTY	1-312-751-4701 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. <i>Hindi libre ang mga tawag sa numerong ito.</i>
Website	https://rrb.gov/

SEKSYON 9 Kung mayroon kang insurance sa grupo o iba pang insurance sa kalusugan mula sa isang employer

Kung ikaw (o ang iyong asawa o kinakasama) ay nakakakuha ng mga benepisyo mula sa employer ninyo (o ng iyong 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 (866) 314-2427 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa anumang tanong. Maaari kang magtanong tungkol sa employer mo (o ng asawa o kinakasama mo) o mga benepisyo sa kalusugan ng nagretiro, mga premium, o ang panahon ng pagpapatala. (Ang mga numero ng telepono para sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ay naka-print sa likod na takip ng dokumentong ito.) Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para sa anumang tanong tungkol sa inyong saklaw sa Medicare sa ilalim ng planong ito. Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.

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

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

KABANATA 3:**Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo****SEKSYON 1 Paano kumuha ng pangangalagang medikal at iba pang serbisyo bilang miyembro ng aming plano**

Seksyon 1.1 Mga provider na nasa network at mga saklaw na serbisyo

- Ang **mga provider** ay mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na lisensyado ng estado para magkaloob ng mga serbisyo at pangangalagang medikal. Kasama rin sa terminong provider ang mga ospital at iba pang pasilidad ng pangangalaga ng kalusugan.
- Kabilang sa **mga saklaw na serbisyo** ang lahat ng pangangalagang medikal, mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, mga supply ng kagamitan, at mga inireresetang gamot na saklaw ng aming plano. Nakalista sa Chart ng Mga Benepisyong Medikal sa Kabanata 4 ang iyong mga saklaw na serbisyo para sa pangangalagang medikal. Ang iyong mga saklaw na serbisyo para sa mga inireresetang gamot ay tinatalakay sa Kabanata 5.

Seksyon 1.2 Mga pangunahing panuntunan para sa iyong pangangalagang medikal at iba pang serbisyo na saklaw ng aming plano

Bilang plano ng kalusugan ng Medicare at Medicaid, dapat saklawin ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang lahat ng mga saklaw na serbisyo ng Original Medicare at maaari itong mag-alok ng iba pang serbisyo bukod pa sa mga sinasaklaw sa ilalim ng Original Medicare.

Karaniwang sinasaklaw ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang iyong pangangalagang medikal basta't:

- **Ang pangangalagang matatanggap mo ay makikita sa Chart ng Mga Benepisyong Medikal ng aming plano** sa Kabanata 4.
- **Ang pangangalagang natatanggap mo ay itinuturing na medikal na kinakailangan.** Ang medikal na kinakailangan ay nangangahulugan na ang mga serbisyo, supply, kagamitan, o gamot ay kailangan para sa pag-iwas, pagsusuri, o paggamot sa kundisyong medikal mo at nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan.
- **Mayroon kang provider ng pangunahing pangangalaga (isang PCP) na nasa network na nagbibigay at namamahala ng iyong pangangalaga.** Bilang miyembro ng aming plano, dapat kang pumili ng PCP na nasa network (tingnan ang Seksyon 1.2 para sa higit pang impormasyon).
- Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat magbigay muna ang aming plano ng paunang pag-apruba (isang referral) bago mo magamit ang iba pang provider sa network ng aming plano, gaya ng mga espesyalista, ospital, pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, o ahensya ng pangangalaga ng kalusugan sa bahay. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang Seksyon 2.3.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

- Hindi mo kailangan ng referral mula sa iyong PCP para sa pang-emergency na pangangalaga o mga serbisyong agarang kinakailangan. Upang malaman ang tungkol sa iba pang mga uri ng pangangalaga na maaari mong makuha nang hindi kumukuha ng maagang pag-apruba mula sa iyong PCP, tingnan ang Seksyon 2.2.
- **Dapat mong kunin ang iyong pangangalaga mula sa isang provider na nasa network** (tingnan ang Seksyon 2). Sa karamihan ng kaso, hindi sasaklawin ang pangangalagang matatanggap mo mula sa provider na wala sa network (isang provider na hindi bahagi ng network ng aming plano). Nangangahulugan ito na kailangan mong bayaran nang buo ang provider para sa mga serbisyog natanggap mo. *Narito ang tatlong pagbubukod:*
 - Sinasaklaw ng aming plano ang pang-emergency na pangangalaga o mga serbisyong agarang kinakailangan na nakukuha mo mula sa isang provider na wala sa network. Para sa higit pang impormasyon at para malaman kung ano ang emergency o mga serbisyong agarang kinakailangan, tingnan ang Seksyon 3.
 - Kung kailangan mo ng pangangalagang medikal na iniaatas ng Medicare na saklawin ng aming plano ngunit walang espesyalista sa network namin na nagbibigay ng pangangalagang ito, maaari mong kunin ang pangangalagang ito mula sa provider na wala sa network sa parehong pagbabahagi sa gastos na karaniwan mong binabayaran sa loob ng network. Sa kasong ito, kinakailangan ang paunang awtorisasyon. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa tulong. Kung kukuha ka ng regular na pangangalaga mula sa mga provider na nasa network na hindi kabilang sa network nang walang paunang awtorisasyon, hindi mananagot ang Medicare o ng plan ang mga gastos. Sa ganitong sitwasyon, sasaklawin namin ang mga serbisyong ito, na parang nakuha mo ang pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng pag-apruba para magpatingin sa doktor na wala sa network, tingnan ang Seksyon 2.4.
 - Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo para sa kidney dialysis na nakukuha mo mula sa pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano o kapag pansamantalang wala o hindi mapupuntahan ang iyong provider para sa serbisyong ito. Ang pagbabahagi sa gastos na ibabayad mo sa aming plano para sa dialysis ay hindi maaaring maging mas mataas sa pagbabahagi sa gastos sa Original Medicare. Kung nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano at nagpapa-dialysis ka sa isang provider na wala sa network ng aming plano, hindi maaaring mas mataas ang iyong bahagi sa gastos kaysa sa pagbabahagi sa gastos na ibinabayad mo sa provider na nasa network. Gayunpaman, kung pansamantalang hindi available ang iyong karaniwang provider na nasa network para sa dialysis at pinili mong kumuha ng mga serbisyo sa loob ng aming lugar ng serbisyo mula sa isang provider na wala sa network ng aming plano, maaaring mas mataas ang iyong pagbabahagi sa gastos para sa dialysis.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

SEKSYON 2 Gumamit ng mga provider na nasa network ng plano para makuha ang iyong pangangalagang medikal at iba pang serbisyo

Seksyon 2.1 Dapat kang pumili ng Provider ng Pangunahing Pangangalaga (Primary Care Provider, PCP) na magbibigay at mangangasiwa sa iyong pangangalaga

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

Kapag naging miyembro ka ng aming Plan, dapat kang pumili ng provider na nasa network na magiging iyong Provider ng Pangunahing Pangangalaga (Primary Care Provider, PCP) Ang iyong PCP ay maaaring isang doktor, nurse practitioner, o iba pang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na nakakatugon sa mga kinakailangan ng estado at sinanay upang magbigay sa iyo ng pangunahing pangangalagang medikal. Ang mga propesyonal sa kalusugan ay karapat-dapat na magbigay ng serbisyo bilang mga PCP sa aming Plan kapag sila ay nagtatrabaho sa larangan ng medisina pangpamilya, pangkalahatang serbisyo, medisina para sa matatanda, panloob na medisina, o obstetrics/gynecology. Gaya ng ipapaliwanag sa ibaba, makukuha mo ang regular o iyong pangunahing pangangalaga mula sa iyong PCP. Aayusin din ng iyong PCP ang iba pang saklaw na serbisyong makukuha mo bilang miyembro ng plan. Halimbawa, upang makabisita sa isang espesyalista, kadalasang kailangan mo munang makuha ang pahintulot ng iyong PCP (tinatawag itong pagkuha ng “referral” sa isang espesyalista). Ihahatid ng PCP mo ang karamihan sa pangangalaga mo at tutulungan kang ayusin o ikoordina ang natitirang bahagi ng mga saklaw na serbisyong makukuha mo bilang miyembro ng Plano namin. Kabilang dito ang:

- Mga X-ray mo
- Mga pagsusuri sa laboratoryo
- Mga therapy
- Pangangalaga mula sa mga espesyalistang doktor
- Mga pagka-admit sa ospital
- Follow-up na pangangalaga

Ang “pagsasaayos” sa iyong mga serbisyo ay kinabibilangan ng pagtatanong o pagkonsulta sa iba pang provider na nasa network tungkol sa iyong pangangalaga at kung kumusta ito. Kung kailangan mo ng ilang uri ng mga nasasaklaw na serbisyo o supply, dapat makapagpa-apruba ka nang maaga sa PCP mo (tulad ng pagbibigay ng referral sa iyo para magpatingin sa isang espesyalista). Sa ilang mga pagkakataon, kakailanganin ng PCP mo na kumuha ng paunang awtorisasyon (paunang pag-apruba) mula sa amin. Dahil ihahatid at ikokoordina ng PCP mo ang pangangalagang medikal mo, dapat mong ipadala ang lahat ng nakaraang medikal na rekord mo sa tanggapan ng PCP mo. Sinasabi sa Seksyon 3 kung paano namin protektahan ang privacy ng iyong mga medikal na rekord at personal na impormasyon sa kalusugan.

Paano pumili ng PCP

Mahalaga ang relasyon mo sa PCP mo. Lubos naming inirerekomenda na pumili ka ng PCP na malapit sa bahay. Napapadali ng pagiging malapit ng iyong PCP ang pagtanggap ng pangangalagang medikal at pagbuo ng may tiwala at bukas na relasyon. Para sa kopya ng pinakabagong Direktoryo ng Provider/Parmasya, o upang makahingi ng karagdagang tulong sa pagpili ng PCP, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Kung may partikular na espesyalista o ospital na gusto mong gamitin, suriin muna para matiyak na gumagawa ng mga referral ang PCP mo sa espesyalistang iyon, o ginagamit ang ospital na iyon. Sa sandaling napili mo na ang PCP mo, inirerekomenda namin na ilipat mo ang lahat ng medikal na rekord mo sa kanyang

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

tanggapan. Magbibigay ito sa PCP mo ng access sa medikal na kasaysayan mo at ipapaalam sa kanya ang anumang umiiral na mga kundisyon sa pangangalaga ng kalusugan na pwedeng mayroon ka. Responsable ngayon ang PCP mo para sa lahat ng regular na mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan mo, kaya siya ang dapat na una mong tawagan para sa anumang mga alalahanin sa kalusugan. Nakalimbag ang pangalan at numero ng telepono sa tanggapan ng PCP mo sa iyong kard ng pagiging miyembro.

Paano palitan ang iyong PCP

Maaari mong palitan ang iyong PCP para sa anumang dahilan, anumang oras. Gayundin, posibleng umalis sa network ng mga provider ng aming plano ang iyong PCP at kakailanganin mong pumili ng bagong PCP.

Ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ay may Patakaran sa Pagpapatuloy ng Pangangalaga (Continuity-of-Care, COC) na nagbibigay sa iyo ng tuloy-tuloy na access sa mga hindi nakakontratang practitioner sa mga sumusunod na sitwasyon:

Kung ikaw ay bagong miyembro, maaari mong ipagpatuloy ang paggamot hanggang sa 90 araw:

- Kung ikaw ay nasa aktibong proseso ng paggamot sa isang hindi nakakontratang practitioner o mga practitioner sa panahon ng iyong pagpapatula.
- Kung mayroon kang kasalukuyang DME equipment- titiyakin ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang patuloy na pag-access sa kinakailangang DME at mga pagkukumpuni mula sa mga hindi nakakontratang provider.
- Kung ikaw ay buntis, makakatanggap ka ng patuloy na pangangalaga hanggang sa makumpleto ang mga serbisyong pang-postpartum o para sa mas mahabang panahon kung kinakailangan para sa ligtas na paglipat sa ibang provider.

Kung isa kang kasalukuyang miyembro maaari kang makatanggap ng pagpapatuloy ng pangangalaga sa loob ng hanggang isang taon para sa mga kasalukuyang serbisyo sa oras na matapos ang isang kontrata sa pagitan ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) at ng iyong practitioner o pasilidad, sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Ang mga serbisyo ay bahagi ng iyong benepisyo.
- Hindi pinahinto ang provider dahil sa mga isyu sa kalidad ng pangangalaga.
- Kailangang sumang-ayon ang provider na patuloy kang bisitahin.
- Kailangang sumang-ayon ang provider na tanggapin ang mga regulasyon sa kinakailangang bayad.

Ang tauhan ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ay makikipagtulungan sa iyong hindi nakakontratang practitioner para dalhin sila sa network ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) bilang nakakontratang provider o makikipagtulungan sa iyo at sa provider na ilipat ang iyong pangangalaga sa isang practitioner sa loob ng network sa panahon ng 90 araw na yugto ng pagpapatuloy ng pangangalaga. Ang pagpapatuloy ng pangangalaga ay ibibigay sa loob ng mga limitasyon ng iyong mga benepisyo.

Pagbubukod sa Patakaran:

1. Maaaring palawigin ng tauhan ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang 90 araw na panahon kung kinakailangan upang matugunan ang anumang hindi pangkaraniwang pangangailangan na maaaring mayroon ka.
2. Hindi aaprubahan ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang patuloy na pangangalaga ng isang hindi nakikilahok na provider kung:
 - Kailangan mo lamang ng pagsubaybay sa malubhang kundisyon.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

- Ang inihinto na kontrata ng practitioner ay batay sa isang propesyonal na pagsusuri sa kakulangan ng kakayahan o hindi angkop na pag-uugali, at maaaring nasa panganib ang iyong kapakanan.
 - Ayaw nang ipagpatuloy ng practitioner ang pagbibigay ng pangangalaga sa iyo.
 - Ang pangangalaga sa hindi nakikilahok na provider ay sinimulan **pagkatapos** mong magpatala sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)
- 3.** Ang provider na magsasagawa ng kasalukuyang pangangalaga ay hindi nakakatugon sa mga patakanan/pamantayan sa Pagkredensyal ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) sa nakaraan o nagtatangkang magkaroon ng kredensyal habang nagbibigay ng kasalukuyang pangangalaga.

Seksyon 2.2 Pangangalagang medikal at iba pang serbisyong maaari mong makuha nang walang referral ng PCP

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

- Rutinang pangangalaga ng kalusugan ng kababaihan, kabilang ang mga eksaminasyon sa suso, mga screening mammogram (mga x-ray ng suso), mga Pap test, at mga eksaminasyon sa pelvis.
- Mga bakuna sa trangkaso, mga bakuna sa COVID-19, mga bakuna sa Hepatitis B, at mga bakuna sa pulmonya.
- Mga pang-emergency na serbisyo mula sa mga provider na nasa network o mga provider na wala sa network.
- Ang mga saklaw na serbisyo ng plano na agarang kinakailangan ay ang mga serbisyong nangangailangan ng agarang medikal na atensyon (ngunit hindi isang emergency) kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano, o kung hindi makatwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon mo na kunin ang serbisyong ito mula sa mga provider na nasa network. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay ang mga hindi inaasahang kundisyong medikal at pinsala o hindi inaasahang biglaang paglala ng mga umiiral na kundisyon. Ang mga regular na pagpapatingin sa provider na medikal na kinakailangan (tulad ng taunang pagsusuri) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.
- Mga serbisyo ng kidney dialysis na iyong nakukuha sa isang pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano. Kung posible, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) bago ka umalis sa lugar ng serbisyo para matulungan ka naming isaayos ang iyong maintenance dialysis habang nasa malayo ka.

Seksyon 2.3 Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang provider na nasa network

Ang espesyalista ay isang doktor na naghahatid ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan para sa isang partikular na karamdaman o bahagi ng katawan. Maraming uri ng mga espesyalista. Halimbawa:

- Ang mga oncologist ay nangangalaga sa mga pasyenteng may kanser.
- Inaalagaan ng mga cardiologist ang mga pasyenteng may mga problema sa puso.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

- Inaalagaan ng mga orthopedist ang mga pasyenteng may problema sa buto, kasukasuan, o kalamnan.

Ang iyong PCP ay may pananagutan sa pag-uugnay ng mga serbisyo, kabilang ang pagdidirekta sa iyo sa mga espesyalista at iba pang provider na nasa network kung naaangkop. Walang kinakailangang paunang pag-apruba para sa mga pagbisita sa tanggapan kasama ng mga espesyalista sa network. Kung kailangan mo ng pamamaraan o serbisyo na nangangailangan ng paunang awtorisasyon sa plano, makikipag-uugnayan sa amin ang iyong PCP o espesyalista para makuha ang kailangan na paunang awtorisasyon. Ang mga serbisyong nangangailangan ng paunang awtorisasyon ng plano ay tinutukoy sa Kabanata 4, Seksyon 2.1 ng dokumentong ito. Kabilang sa mga halimbawa ng mga serbisyong nangangailangan ng paunang awtorisasyon sa plano ang elektibong (hindi pang-emergency) na pangangalaga sa ospital sa pasyente, mga pagpasok sa isang pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, at pangangalaga ng kalusugan sa bahay.

Kung kailangan mo ng pangangalaga pagkatapos ng normal na oras ng negosyo, pakitawagan ang iyong PCP. Ang impormasyong ito ay nakalista sa iyong Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) membership ID card. Kung sa tingin mo ay emergency ito, humingi kaagad ng medikal na atensyon. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang Seksyon 3, sa susunod na pahina (Paano makakuha ng mga saklaw na serbisyo kapag mayroon kang emergency o agarang kinakailangang pangangalaga).

Kapag umalis sa aming plano ang isang espesyalista o ibang provider na nasa network

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

- Kahit magbago sa kasalukuyang taon ang aming network ng mga provider, hinihingi ng Medicare na bigyan ka namin ng hindi naaantalang access ng mga kwalipikadong doktor at espesyalista.
- Aabisuhan ka namin kung aalis sa aming plano ang iyong provider para may panahon kang mamili ng bagong provider.
 - Kung aalis sa aming plano ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga o ng kalusugan sa pag-uugali, aabisuhan ka namin kung nagpapatingin ka sa naturang provider sa loob ng nakalipas na 3 taon.
 - Kung aalis sa aming plano ang alinman sa iba mo pang provider, aabisuhan ka namin kung nakatalaga ka sa provider na ito, kasalukuyang tumatanggap ng pangangalaga mula sa kanila, o kung nagpatingin ka sa kanila sa nakalipas na 3 buwan.
- Tutulungan ka naming pumili ng bagong kwalipikadong provider na nasa network para sa patuloy na pangangalaga.
- Kung sumasailalim ka sa medikal na paggamot o mga therapy sa iyong kasalukuyang provider, may karapatan kang humiling na patuloy na makatanggap ng medikal na kinakailangang mga paggamot o therapy. Makikipagtulungan kami sa iyo upang patuloy kang makatanggap ng pangangalaga.
- Bibigyan ka namin ng impormasyon tungkol sa iba't ibang yugto ng pagpapatala na available sa iyo at mga posibleng opsyon mo para sa pagpapalit ng mga plano.
- Kung hindi available o hindi sapat ang isang provider o mga benepisyo na nasa network upang matugunan ang iyong medikal na pangangailangan, isasaayos namin ang anumang saklaw na medikal na kinakailangang mga benepisyo sa labas ng aming network ng provider sa pagbabahagi sa gastos na nasa network.
- Kung malaman mong aalis sa aming plano ang iyong doktor o espesyalista, makipag-uugnayan sa amin para matulungan namin kang makahanap ng bagong provider para pamahalaan ang iyong pangangalaga.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

- Kung naniniwala kang hindi ka namin nabigyan ng kwalipikadong provider na papalit sa iyong dating provider o hindi angkop na napapamahalaan ang pangangalaga mo, mayroon kang karapatang maghain ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga sa QIO, isang karaingan sa kalidad ng pangangalaga sa aming plano, o pareho (tingnan ang Kabanata 9).

Seksyon 2.4 Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang provider na wala sa network

Kung kailangan mo ng may espesyalisyong pangangalagang medikal na iniaatas ng Medicare na saklawin ng aming plano at walang provider sa aming network na kayang magbigay ng pangangalagang ito, maaari mong kunin ang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network. Kabilang dito ang mga serbisyo ng isang provider na natatanging kwalipikado na magbigay ng partikular na serbisyo na kailangan mo, pati na rin ang mga serbisyong ibinigay sa isang sentro ng espesyalidad o isang sentro ng kahusayan (hal., mga serbisyo ng ESRD). Walang karagdagang mga paghihigpit sa benepisyo na nalalapat sa labas ng aming network o lugar ng serbisyo.

Ikaw o ang iyong PCP ay dapat makipag-ugnayan sa aming plano para sa paunang awtorisasyon bago humingi ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa tulong. Kung bibigyan ka namin ng paunang awtorisasyon para makakuha ng pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network, sasaklawin namin ang mga serbisyong ito na parang nakuha mo ang pangangalaga mula sa isang provider na nasa network.

Napakahalagang makakuha ng paunang awtorisasyon mula sa aming plano bago ka makakita ng mga provider na wala sa network. Kung hindi ka kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo. Kung gusto ng provider na bumalik ka para sa higit pang pangangalaga, suriin muna para matiyak na ang pag-apruba mula sa aming plano ay sumasaklaw sa higit sa isang pagbisita sa provider na wala sa network.

Tandaan: Tandaan: ang mga miyembro ay may karapatan na makatanggap ng mga serbisyo mula sa mga provider na wala sa network para sa mga serbisyong pang-emergency o agarang kinakailangan. Bilang karagdagan, ang mga plano ay dapat saklawin ang mga serbisyo ng dialysis para sa mga nakatala sa ESRD na naglakbay sa labas ng lugar ng serbisyo ng plano at hindi ma-access ang mga nakakontratang provider ng ESRD.

SEKSYON 3 Paano makakuha ng mga serbisyo sa isang emergency, kalamidad, o kagyat na pangangailangan para sa pangangalaga

Seksyon 3.1 Kumuha ng pangangalaga kung mayroon kang medikal na emergency

Ang **medikal na emergency** ay kapag ikaw, o sinumang iba pang maingat na tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kang mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon para maiwasan ang panganib sa buhay mo (at, kung ikaw ay isang buntis, nawalan ng isang hindi pa isinisilang na sanggol), pagkawala ng isang paa o paggana ng isang paa, o may malubhang kapansanan sa isang paggana ng katawan. Ang mga medikal na sintomas ay posibleng karamdaman, injury, matinding pananakit, o isang kundisyong medikal na mabilis ang paglala.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

Kung mayroon kang medikal na emergency:

- **Humingi ng tulong sa lalong madaling panahon.** Tumawag sa 911 o pumunta sa pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansya kung kailangan mo ito. Hindi mo kailangang kumuha muna ng pag-apruba o referral mula sa iyong PCP. Hindi mo kailangang gumamit ng doktor na nasa network. Maaari kang tumanggap ng sinasaklaw na pang-emergency na pangangalagang medikal kung kailan mo man ito kailanganin, saanman sa Estados Unidos o sa mga teritoryo nito, at mula sa sinumang provider na may naaangkop na lisensya ng estado kahit na hindi sila bahagi ng aming network.
- **Sa lalong madaling panahon, tiyaking naipaalam na sa aming plano ang tungkol sa iyong emergency.** Kailangan naming subaybayan ang iyong pang-emergency na pangangalaga. Dapat kang tumawag o ang ibang tao upang sabihin sa amin ang tungkol sa iyong pang-emergency na pangangalaga, kadalasan sa loob ng 48 oras. Mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa likod ng iyong membership card ng plano.

Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency

Sinasaklaw ang mga serbisyo ng ambulansya sa mga sitwasyon kung saan ang pagpunta sa emergency room sa anumang ibang paraan ay maaaring maglagay sa iyong kalusugan sa kapahamakan. Sinasaklaw din namin ang mga serbisyong medikal sa panahon ng emergency.

Ang mga doktor na nagbibigay sa iyo ng pang-emergency na pangangalaga ang magpapasya kung kailan maituturing na maayos na ang iyong kundisyon at kung matatapos na ang medikal na emergency.

Pagkatapos ng emergency ay may karapatan ka sa kasunod na pangangalaga para matiyak na ang iyong kundisyon ay patuloy na gagaling. Patuloy kang gagamutin ng iyong mga doktor hanggang sa makipag-ugnayan sa amin ang mga doktor mo at gumawa ng mga plano para sa karagdagang pangangalaga. Ang iyong kasunod na pangangalaga ay sasaklawin ng aming plano. Kung ang iyong pang-emergency na pangangalaga ay ibinibigay ng mga provider na wala sa network, susubukan naming ayusin para mailipat sa mga provider na nasa network ang iyong pangangalaga sa lalong madaling panahon na papahintulutan ng iyong kundisyong medikal at ng sitwasyon.

Paano kung hindi ito isang medikal na emergency?

Minsan mahirap malaman kung mayroon kang pang-emergency na medikal o emergency sa kalusugan ng pag-uugali. Halimbawa, maaari kang pumunta para sa pang-emergency na pangangalaga - iniisip na ang kalusugan mo ay nasa malubhang panganib - at maaaring sabihin ng doktor na ito ay hindi medikal na emergency kung tutuusin. Kung mangyaring hindi pala ito emergency, hangga't makatwiran mong iniisip na nasa matinding panganib ang iyong kalusugan, sasaklawin namin ang iyong pangangalaga.

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

- Pumunta ka sa isang provider na nasa network para makuha ang karagdagang pangangalaga.
- Ang karagdagang pangangalaga na makukuha mo ay itinuturing na mga “serbisyong agarang kinakailangan” at sinusunod mo ang mga patakaran para sa pagkuha ng agarang pangangalagang ito.

Seksyon 3.2 Kumuha ng pangangalaga kung mayroon kang agarang pangangailangan para sa mga serbisyo

Ang isang serbisyo na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon (ngunit hindi isang emergency) ay itinuturing na agarang kinakailangang serbisyo kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

ng aming plano, o kung hindi makatuwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon na kunin mo ang serbisyong ito mula sa mga provider na nasa network. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay ang mga hindi inaasahang kundisyong medikal at pinsala o hindi inaasahang biglaang paglala ng mga umiiral na kundisyon. Gayunpaman, ang mga regular na pagpapatingin sa provider na medikal na kinakailangan tulad ng taunang pagsusuri ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.

Kapag pansamantalang wala o hindi mapupuntahan ang mga provider na nasa network, maaaring kunin ang agarang pangangalaga gamit ang anumang bukas na sentro ng agarang pangangalaga. Maaari mo ring tawagan ang Linya ng Payo ng Nars sa English and Spanish (888) 208-8809 para sa mga gumagamit ng English at Spanish. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng pandaigdigang pang-emergency at agarang pangangalaga sa labas ng United States sa ilalim ng mga sumusunod na pangyayari:

- Mayroon kang limitasyon na \$50,000 para sa pandaigdigang saklaw sa emergency kada taon ng kalendaryo na magagamit para sa pang-emergency na transportasyon, agarang pangangalaga, pang-emergency na pangangalaga, at pangangalaga pagkatapos gumaling.
- Ang benepisyong ito ay limitado sa mga serbisyong itinuring na pang-emergency o agarang pangangalaga kung ang pangangalaga ay naibigay sa U.S.
- Kung nakatanggap ka ng pang-emergency na pangangalaga sa labas ng U.S. at kailangan mo ng inpatient na pangangalaga pagkatapos maging stable ng iyong emergency na kondisyon, dapat kang bumalik sa isang ospital na nasa network para patuloy na masaklaw ang iyong pangangalaga O dapat kunin mo ang iyong inpatient na pangangalaga sa ospital na wala sa network na awtorisado ng plano. Ang iyong gastos ay ang pinakamataas na pagbabahagi sa gastos na babayaran mo sa isang ospital na nasa network. Nalalapat ang maximum na plano.
- Maaaring kailanganin mong magbayad para sa mga serbisyo mula sa bulsa at maghain ng claim para sa pagsasauli ng bayad.
- Ang mga buwis sa ibang bansa at bayarin (kabilang ang ngunit hindi limitado sa, conversion ng pera o mga bayarin sa transaksyon) ay hindi saklaw. Hindi saklaw ang transportasyon pabalik sa U.S mula sa ibang bansa.
- Ang regular na pangangalaga at mga paunang nakaiskedyul o elektibong pamamaraan ay hindi saklaw.

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa kung babayaran namin ang anumang serbisyo, may karapatan kang tanungin kami kung sasaklawin namin ito bago mo makuha. May karapatan rin kang hilingin ito sa pamamagitan ng sulat. Kung sasabihin naming hindi namin sasaklawin ang (mga) serbisyo, may karapatan kang iapela ang aming desisyon na huwag saklawin o ibalik ang nabayaran sa pangangalaga sa iyo.

Seksyon 3.3 Kumuha ng pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung ang Gobernador ng iyong estado, ang Kalihim ng Kalusugan at Serbisyong Pantao ng U.S., o ang Pangulo ng Estados Unidos ay nagdeklara ng isang estado ng sakuna o emergency sa iyong heyograpikong lugar, may karapatan pa rin ka sa pangangalaga mula sa aming plano.

Bisitahin ang: centralhealthplan.com para sa impormasyon kung paano makakakuha ng kinakailangang pangangalaga sa panahon ng sakuna.

Kung hindi ka makakagamit ng provider na nasa network sa panahon ng sakuna, pahihintulutan ka ng aming plano na makakuha ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network ng may pagbabahagi sa gastos

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

na nasa network. Kung hindi ka makakagamit ng parmasyang nasa network sa panahon ng sakuna, maaari mong kunin ang iyong mga inireresetang gamot sa isang parmasyang wala sa network. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5

SEKSYON 4 Paano kung direkta kang siningil para sa buong halaga ng mga saklaw na serbisyo

Kung nagbayad ka para sa iyong saklaw na serbisyo, o kung nagbayad ka ng higit sa pagbabahagi sa gastos ng iyong plano para sa mga saklaw na serbisyo, o kung nakatanggap ka ng bill para sa buong halaga ng mga saklaw na serbisyong medikal, maaari kang humiling sa amin na bayaran ang aming bahagi ng gastos para sa mga saklaw na serbisyo. Tingnan ang Kabanata 7 para sa impormasyon kung ano ang kailangan mong gawin.

Seksyon 4.1 Kapag hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo

Sinasaklaw ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo gaya ng nakalista sa Talaan ng Mga Benepisyong Medikal sa Kabanata 4 ng dokumentong ito. Kung makatanggap ka ng mga serbisyong hindi sinasaklaw ng aming plano, o nakatanggap ka ng mga serbisyong wala sa network nang walang awtorisasyon, ikaw ang mananagot sa pagbabayad ng buong halaga ng serbisyo.

Para sa mga saklaw na serbisyong may limitasyon sa mga benepisyo, babayaran mo din ang kabuuang gastos ng anumang serbisyong makukuha mo pagkatapos mong maubos ang iyong mga benepisyo para sa ganoong uri ng sinasaklaw na serbisyo.

SEKSYON 5 Mga mga serbisyong medikal sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral

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

Ang isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag rin na *klinikal na pagsubok*) ay isang paraan na sinusuri ng mga doktor at siyentipiko ang mga bagong uri ng pangangalagang medikal, tulad ng kung gaano kahusay gumagana ang isang bagong gamot sa kanser. Ang ilang mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral ay inaprubahan ng Medicare. Ang isang pag-aaral sa klinikal na pananaliksik na aprubado ng Medicare ay karaniwang naghahanap ng mga boluntaryo na makilahok sa pag-aaral. Kapag ikaw ay nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, maaari kang manatiling nakatala sa aming plano at patuloy na makakuha ng iba mo pang pangangalaga (pangangalagang hindi nauugnay sa pag-aaral) sa pamamagitan ng aming plano.

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

Kung gusto mong makilahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, hindi mo kailangang sabihin sa amin o humingi ng pag-apruba sa amin o sa iyong PCP. Ang mga provider na

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

maghahatid ng iyong pangangalaga bilang bahagi ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral ay hindi kinakailangang maging bahagi ng network ng aming plano. (Hindi ito nalalapat sa mga saklaw na mga benepisyo na nangangailangan ng klinikal na pagsubok o registry upang masuri ang mga benepisyo, kabilang ang ilang mga benepisyo na nangangailangan ng pagsaklaw sa mga pag-aaral sa katibayan ng pag-unlad [NCDs-CED] at sinisiyasat na pagbubukod ng device [investigational device exemption o IDE]. Ang mga benepisyo na ito ay maaari ding sumailalim sa paunang awtorisasyon at iba pang mga panuntunan ng plano.)

Bagama't hindi mo kailangang kunin ang pahintulot ng aming plano para makilahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, hinihikayat ka naming abisuhan kami nang maaga kung pipiliin mong makilahok sa mga klinikal na pagsubok na kwalipikado sa Medicare.

Kung lalahok ka sa isang pag-aaral na hindi inaprubahan ng Medicare, *ikaw ang mananagot sa pagbabayad para sa lahat ng gastos para sa iyong paglahok sa pag-aaral.*

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

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

- Silid at pagkain para sa pananatili sa ospital na babayaran ng Medicare kahit pa hindi ka kasali sa pag-aaral
- Isang operasyon o iba pang medikal na pamamaraan na bahagi ng pananaliksik na pag-aaral
- Paggamot ng anumang mga side effect at komplikasyon ng bagong pangangalaga

Pagkatapos bayaran ng Medicare ang bahagi nito sa gastos para sa mga serbisyong ito, babayaran ng aming plano ang pagkakaiba sa pagitan ng pagbabahagi sa gastos ng Original Medicare at ng iyong pagbabahagi sa gastos na nasa network bilang miyembro ng aming plano. Nangangahulugan ito na magbabayad ka ng parehong halaga para sa mga natanggap mong serbisyo bilang bahagi ng pag-aaral, gaya ng kung nakuha mo ang mga serbisyong ito mula sa aming plano. Gayunpaman, dapat kang magsumite ng dokumentasyon na nagpapakita kung magkano ang pagbabahagi sa gastos na iyong binayaran. Tingnan ang Kabanata 7 para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagsusumite ng mga kahilingan para sa bayad.

Halimbawa ng pagbabahagi sa gastos sa isang klinikal na pag-aaral: Sabihin natin na mayroon kang isang pagsusuri sa laboratoryo na nagkakahalaga ng \$100 bilang bahagi ng pag-aaral sa pananaliksik. Sabihin rin natin na ang iyong bahagi sa gastos para sa pagsusuri na ito ay \$20 sa ilalim ng Original Medicare, ngunit ang pagsusuri ay magiging \$10 sa ilalim ng mga benepisyo ng aming plano. Sa ganitong sitwasyon, magbabayad ang Original Medicare ng \$80 para sa pagsusuri, at magbabayad ka ng \$20 copay na kinakailangan sa ilalim ng Original Medicare. At kailangan mong ipaalam sa aming plano na nakatanggap ka ng kwalipikadong serbisyo sa pag-aaral sa pananaliksik at magsumite ng dokumentasyon sa aming plano (gaya ng bill mula sa provider). Babayaran ka ng direkta ng aming plano ng \$10. Kaya ang iyong malinis na bayad para sa pagsusuri ay \$10, parehong halaga na iyong babayaran sa ilalim ng mga benepisyo ng aming plano.

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

- Karaniwan, hindi magbabayad ang Medicare para sa bagong item o serbisyo na sinusuri ng pag-aaral maliban kung sasaklawin ng Medicare ang item o serbisyo kahit wala ka sa isang pag-aaral.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

- Mga item o serbisyong ibinigay lamang para mangolekta ng data, at hindi ginagamit sa direktang pangangalaga ng kalusugan mo. Halimbawa, hindi magbabayad ang Medicare para sa mga buwanang CT scan na isinasagawa bilang bahagi ng pag-aaral kung karaniwang isang CT scan lamang ang kakailanganin ng iyong medikal na kundisyon.
- Mga item at serbisyong ibinibigay nang libre ng mga sponsor ng pananaliksik para sa mga kalahok ng pag-aaral.

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

Maaari kang makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral sa pamamagitan ng pagbisita sa website ng Medicare para mabasa o ma-download ang publikasyong *Medicare at Mga Pag-aaral sa Klinikal na Pananaliksik* na available sa www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf.) Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.

SEKSYON 6 Mga panuntunan para sa pagkuha ng pangangalaga sa isang relihiyosong institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga ng kalusugan

Seksyon 6.1 Isang relihiyosong institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga ng kalusugan

Ang isang relihiyosong institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga ng kalusugan ay isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga para sa isang kundisyon na karaniwang ginagamot sa isang ospital o pasilidad para sa bihasang pag-aalaga. Kung ang pagkuha ng pangangalaga sa isang ospital o isang pasilidad para sa bihasang pag-aalaga ay labag sa mga paniniwala sa relihiyon ng miyembro, sasaklawin namin sa halip ang pangangalaga sa isang relihiyosong institusyon ng kalusugan para sa hindi pangangalagang medikal. Ang benepisyong ito ay ibinibigay lamang para sa mga serbisyo sa inpatient sa Bahagi A (mga serbisyong hindi pang-medikal na pangangalagang ng kalusugan).

Seksyon 6.2 Paano kumuha sa isang relihiyosong institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga ng kalusugan

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

- Ang **hindi excepted** na pangangalagang medikal o paggamot ay anumang pangangalagang medikal o paggamot na *boluntaryo* at *hindi iniaatas* ng anumang pederal, pang-estado o lokal na batas.
- Ang **excepted** na pangangalagang medikal ay pangangalagang medikal o paggamot na nakukuha mo na *hindi boluntaryo* o *hindi iniaatas* sa ilalim ng pederal, pang-estado, o lokal na batas.

Para masaklaw ng aming plano, ang pangangalaga na nakukuha mo mula sa isang relihiyosong institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga ng kalusugan ay dapat matugunan ang mga sumusunod na kundisyon:

- Ang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga ay dapat sertipikado ng Medicare.
- Sinasaklaw lamang ng aming plano ang mga *hindi relihiyosong* aspeto ng pangangalaga.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

- Kung kukuha ka ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ipinagkakaloob sa iyo sa isang pasilidad, ilalapat ang mga sumusunod na kundisyon:
 - Dapat ay mayroon kang kundisyong medikal na magpapahintulot sa iyo na makakuha ng mga saklaw na serbisyo na pangangalaga sa ospital para sa inpatient o pangangalaga mula sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga.
 - – *at* – Dapat kang makakuha ng maagang pag-apruba mula sa aming plan bago ka matanggap sa pasilidad o hindi sasaklawin ang pananatili mo.
 - – *at* – Maaaring mailapat ang mga limitasyon sa saklaw ng Ospital para sa Inpatient ng Medicare (tingnan ang benepisyo sa Kabanata 4).

Dagdag pa rito, dapat kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o sa tanggapan ng Medicaid ng Estado mo (nakalista ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6) para sa karagdagang impormasyon sa mga serbisyonng saklaw ng Medicaid upang maunawaan ang lahat ng opsyon mo sa pagsaklaw.

SEKSYON 7 Mga panuntunan para sa pag-aari ng matibay na kagamitang medikal

Seksyon 7.1 Hindi ka magmamay-ari ka ng ilang matibay na kagamitang medikal pagkatapos makapagsagawa ng ilang beses ng mga pagbabayad sa ilalim ng aming plano

Kabilang sa mga matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME) ang mga item na gaya ng mga kagamitang pang-oxygen at supply, mga wheelchair, walker, powered mattress system, saklay, supply para sa diabetes, aparato para sa pagsasalita, IV infusion pump, nebulizer, at kama sa ospital na ibinilin ng provider para gamitin sa bahay. Ang miyembro ay palaging may pagmamay-aring mga DME item, tulad ng prosthetics. Iba pang uri ng DME na dapat mong rentahan.

Sa Original Medicare, ang mga taong nagrerenta ng ilang uri ng DME ay nagmamay-ari ng kagamitan pagkatapos magbayad ng mga copayment para sa item sa loob ng 13 buwan. **Bilang miyembro ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), karaniwang hindi mo magiging pagmamay-ari ang nirentahang DME kahit na ilang copayment pa ang binayaran mo para sa item habang miyembro ka ng aming plano.** Hindi mo magiging pagmamay-ari, kahit na gumawa ka ng 12 magkakasunod na pagbabayad para sa DME item sa ilalim ng Original Medicare bago ka sumali sa aming plano. Sa ilalim ng ilang limitadong sitwasyon, ililipat namin ang pagmamay-ari ng DME item sa iyo. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

Ano ang mangyayari sa mga pagbabayad na ginawa mo para sa matibay na kagamitang medikal kung lilipat ka sa Original Medicare?

Kung hindi mo naging pagmamay-ari ang DME ma item habang nasa aming plano, dapat kang gumawa ng 13 bagong magkakasunod na pagbabayad pagkatapos mong lumipat sa Original Medicare upang maging may-ari ng DME na item. Ang mga pagbabayad na ginawa mo habang nakatala sa aming plano ay hindi bibilangin sa 13 magkakasunod na pagbabayad na ito.

Halimbawa 1: Nagsagawa ka ng 12 o mas kaunting magkakasunod na pagbabayad para sa item sa Original Medicare at pagkatapos ay sumali sa aming plano. Hindi bibilangin ang mga pagbabayad na ginawa mo sa Original Medicare. Kakailanganin mong gumawa ng 13 pagbabayad sa aming plano bago maging pamamay-ari ang item.

Kabanata 3: Paggamit ng plano para sa iyong medikal at iba pang sinasaklaw na serbisyo

Halimbawa 2: Nagsagawa ka ng 12 o mas kaunting magkakasunod na pagbabayad para sa item sa Original Medicare at pagkatapos ay sumali sa aming plano. Hindi mo naging pagmamay-ari ang item habang nasa aming plano. Pagkatapos ay babalik ka sa Original Medicare. Kakailanganin mong gumawa ng 13 magkakasunod na bagong pagbabayad para maging pamamay-ari ang item kapag sumali ka ulit sa Original Medicare. Hindi bibilangin ang pagbabayad na ginawa mo na (sa aming plano man o sa Original Medicare).

Seksyon 7.2 Mga panuntunan para sa mga kagamitang pang-oxygen, supply, at pagpapanatili

Kung kwalipikado ka para sa oxygen equipment na saklaw ng Medicare Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) sasaklawin namin ang:

- Pagrenta ng mga kagamitang pang-oxygen
- Paghahatid ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen
- Mga tubo at mga kaugnay na kasangkapan para sa paghahatid ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen
- Pagpapanatili at mga pagkukumpuni ng kagamitang pang-oxygen

Kung aalis ka sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) o hindi mo na medikal na kinakailangan ang kagamitang pang-oxygen, dapat ibalik ang kagamitang pang-oxygen.

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

Aatasan ng Original Medicare ang isang supplier ng oxygen na bigyan ka ng mga serbisyo sa loob ng 5 taon. Sa unang 36 na buwan nirentahan mo ang kagamitan. Sa matitirang 24 na buwan, ibibigay ng supplier ang equipment at maintenance (ikaw pa rin ang mananagot sa copayment para sa oxygen). Pagkatapos ng 5 taon, puwede mong piliing manatili sa parehong kumpanya o lumipat sa ibang kumpanya. Sa puntong ito, magsisimula ulit ang 5 taong cycle, kahit na manatili ka sa parehong kumpanya, kung saan kakailanganin mong bayaran ulit ang mga copayment para sa unang 36 na buwan. Kung sasali o aalis ka sa aming plano, magsisimula ulit ang 5 taong cycle.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**KABANATA 4:****Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)****SEKSYON 1 Pag-unawa sa sarili mong gastusin para sa mga saklaw na serbisyo.**

Inilista ng Chart ng Mga Benepisyong Medikal ang iyong mga saklaw na serbisyo at ipinapakita kung magkano ang babayaran mo para sa bawat isa sa mga saklaw na serbisyo bilang miyembro ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Nagbibigay rin ang seksyong ito ng impormasyon tungkol sa mga serbisyong medikal na hindi sinasaklaw at ipinapaliwanag ang mga limitasyon ng ilang mga serbisyo.

Seksyon 1.1 Mga sariling gastos na maaari mong bayaran para sa mga saklaw na serbisyo.

Kabilang sa mga uri ng gastos mula sa sariling bulsa na maaari mong bayaran para sa mga saklaw na serbisyo ay ang:

- **Copayment** ang tiyak na halaga na binabayaran mo sa tuwing kumukuha ka ng ilang partikular na serbisyong medikal. Babayaran mo ang copayment sa panahong natanggap mo ang serbisyong medikal. (Isinasaad sa iyo ng Chart ng Mga Benepisyong Medikal ang higit pa tungkol sa iyong mga copayment.)
- **Coinsurance** ang porsyento na binabayaran mo mula sa buong halaga ng ilang partikular na mga serbisyong medikal. Babayaran mo ang coinsurance sa panahong natanggap mo ang serbisyong medikal. (Isinasaad sa iyo ng Chart ng Mga Benepisyong Medikal ang higit pa tungkol sa iyong coinsurance.)

Seksyon 1.2 Ano ang pinakamalaking babayaran mo para sa Medicare Part A at Part B na mga saklaw na serbisyong medikal?

Tandaan: Dahil ang aming mga miyembro ay nakakakuha din ng tulong mula sa Medicaid, napakakaunting mga miyembro ang nakakaabot ng maximum na mula sa bulsa na ito. Hindi mo tungkuling bayaran ang anumang gastos mula sa bulsa hanggang sa maximum na halaga mula sa sariling bulsa para sa mga sinasaklaw na serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B.

Mayroong limitasyon ang Mga Plano ng Medicare Advantage sa halagang kailangan mong bayaran mula sa sarili mong bulsa bawat taon para sa mga saklaw na serbisyong medikal sa ilalim ng Medicare Part A at Part B. Ang limitasyong ito ay tinatawag na maximum na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa (maximum out-of-pocket, MOOP) para sa mga serbisyong medikal. **Para sa taon ng kalendaryo 2026, ang halaga ng MOOP ay \$9,250.**

Ang mga halagang binabayaran mo para sa mga copayment at coinsurance para sa saklaw na serbisyo ay binibilang sa halaga ng maximum na gastos na mula sa sariling bulsa. (Ang mga halagang binabayaran mo para sa iyong mga gamot sa Bahagi D ay hindi bibilangin sa iyong maximum na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa. Dagdag pa rito, ang mga halagang binabayaran mo para sa ilang serbisyo ay hindi bibilangin sa iyong maximum na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa. Ang mga serbisyong ito ay minarkahan ng

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)

asterisk (*) sa Talaan ng Mga Benepisyong Medikal.) Kung naabot mo na ang halaga ng maximum na gastos mula sa sariling bulsa na \$9,250, kakailanganing magbayad ng anumaang gastos na mula sa sariling bulsa para sa natitirang bahagi ng taon para sa mga sinasaklaw na serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B. Gayunpaman, dapat mong ipagpatuloy ang pagbabayad ng premium sa Medicare Part B (maliban kung ang iyong premium sa Bahagi B ay binabayaran para sa iyo ng Medicaid o iba pang third party).

SEKSYON 2 Ipinapakita ng Talaan ng Mga Benepisyong Medikal ang mga benepisyong medikal at gastos mo

Ang Chart ng Mga Benepisyong Medikal sa mga sumusunod na pahina ay naglilista ng mga serbisyong sinasaklaw ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) at kung ano ang babayaran mo mula sa sariling bulsa para sa bawat serbisyo. Nasa Kabanata 5 ang pagsaklaw sa gamot sa Bahagi D. Sasaklawin lamang ang mga nakalistang serbisyo sa Chart ng Mga Benepisyong Medikal kapag natugunan ang mga sumusunod na pangangailangan:

- Ang iyong mga saklaw na serbisyo ng Medicare ay dapat ipagkaloob ayon sa mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare.
- Ang iyong mga serbisyo (kabilang ang pangangalagang medikal, mga serbisyo, supply, kagamitan, at mga gamot sa Bahagi B) ay *dapat* medikal na kinakailangan. Ang medikal na kinakailangan ay nangangahulugan na ang mga serbisyo, supply, o gamot ay kailangan para sa pag-iwas, pagsusuri, o paggamot sa kundisyong medikal mo at nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan.
- Para sa mga bagong nakatala, ang iyong coordinated na plano ng pangangalaga sa MA ay dapat magbigay ng hindi bababa sa 90 araw na panahon ng paglipat, kung saan maaaring hindi humiling ng paunang awtorisasyon ang bagong plano ng MA para sa anumang aktibong proseso ng paggamot, kahit na ang proseso ng paggamot ay para sa serbisyo na nagsimula sa isang provider na wala sa network.
- Kinuha mo ang iyong pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Sa karamihan ng mga kaso, ang pangangalaga na makukuha mo mula sa isang provider na wala sa network ay hindi sasaklawin maliban kung isa itong emergency o pangangalagang agarang kinakailangan o maliban kung binigyan ka ng referral ng iyong plano o provider na nasa network. Nangangahulugan ito na babayaran mo nang buo ang provider para sa mga serbisyong natanggap mo.
- Mayroon kang provider ng pangunahing pangangalaga (isang PCP) na nagbibigay at namamahala ng iyong pangangalaga. Sa karamihan ng sitwasyon, kailangang bigyan ka ng maagang pag-apruba ng iyong PCP (isang referral) bago ka magpatingin sa ibang provider na nasa network ng aming plano.
- Ang ilan sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyong Medikal ay sinasaklaw lang kung makakakuha ang iyong doktor o iba pang provider na nasa network ng maagang pag-apruba (tinatawag din minsan na paunang awtorisasyon) mula sa amin. Ang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng maagang pag-apruba ay minarkahan sa Talaan ng Mga Benepisyong Medikal na **naka-bold**.

Iba pang mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa aming saklaw:

- Sinasaklaw ka ng parehong Medicare at Medicaid. Sinasaklaw ng Medicare ang pangangalaga ng kalusugan at mga inireresetang gamot. Sinasaklaw ng Medicaid ang iyong pagbabahagi sa gastos para sa mga serbisyo ng Medicare, kabilang ang mga serbisyo ng ospital para sa inpatient at mga serbisyo ng ospital para sa outpatient. Sinasaklaw din ng Medicaid ang mga serbisyong hindi saklaw ng Medicare, gaya ng mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)

- Gaya ng lahat ng plan ng Medicare sa kalusugan, sinasaklaw namin ang lahat ng saklaw ng Original Medicare. (Upang malaman ang higit pa tungkol sa saklaw at mga gastos ng Original Medicare, tingnan ang iyong *Medicare at Ikaw 2026* na handbook. Tingnan ito online sa www.medicare.gov o humingi ng kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.)
- Para sa lahat ng mga saklaw na serbisyo ng pang-iwas sa sakit na sinasaklaw sa ilalim ng Original Medicare nang libre, sinasaklaw din namin ang mga serbisyong ito nang libre para sa iyo.
- Kung magdaragdag ang Medicare ng pagsaklaw para sa anumang bagong serbisyo sa panahon ng 2026, sasaklawin ng alinman sa Medicare o ng aming plano ang mga serbisyong iyon.
- Ang

Kung karapat-dapat ka para sa tulong sa pagbabahagi sa gastos ng Medicare sa ilalim ng Medicaid, wala kang babayaran para sa mga serbisyong nakalista sa Talaan ng Mga Benepisyong, hangga't natutugunan mo ang mga kinakailangan na inilalarawan sa itaas.

Saklaw ka ng Medicare at Medicaid. Ang pangangalagang pangkalusugan at mga de - resetang gamot ay karaniwang saklaw ng Medicare. Ang pangmatagalang pangangalaga, mga serbisyong nakabatay sa komunidad, at mga over-the-counter na gamot na nakalista sa Plan Formulary ay karaniwang sakop ng Medicaid.

Mahalagang Impormasyon sa Benepisyong para sa Mga Nakatalang may Mga Malalang Kundisyon

Kung na-diagnose ka na mayroon ng alinman sa (mga) malalang kundisyon na nakalista sa ibaba at nakakatugon ka sa ilang partikular na pamantayan, maaari kang maging kwalipikado para sa mga espesyal na pandagdag na benepisyong para sa may malalang sakit.

- Mga karamdaman sa puso;
- Malalang pagpalya ng puso;
- Dementia;
- Diabetes mellitus;
- Malubhang karamdaman sa baga;
- Chronic kidney disease (CKD);
- Malubhang karamdaman sa pag-inom ng alak at iba pang karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot (substance use disorder o SUD);
- Kanser;
- Mga karamdaman sa autoimmune;
- Sobra sa timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome;
- Malubhang sakit sa gastrointestinal;
- HIV/AIDS;
- Malala at nakakapagpa-disable na mga kundisyon sa kalusugan ng pag-iisip;
- Mga neurologic na sakit;
- Stroke;
- Post-organ na transplant;
- Immunodeficiency at Immunosuppressive disorder;
- Mga kundisyon na nauugnay sa kapansanan sa pag-iisip;
- Mga kundisyon na may kahirapang kumilos;
- Malulubhang kundisyon na nakaaapekto sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, pandama, at pang-amoy;

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)

- Mga kundisyon na nangangailangan ng tuloy-tuloy na serbisyong therapy upang mapanatili o maibalik ng mga indibidwal ang kanilang kakayahang kumilos;
- Malubhang hematologic na sakit

Susuriin namin ang iyong pagiging karapat-dapat taun-taon upang matiyak na kwalipikado ka para sa benepisyo. Maaaring kakailanganin ng Paunang Awtorisasyon. Tutulongan ka namin sa pag-access sa mga benepisyong ito. Maaari mong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o ang iyong Coordinator ng Pangangalaga para simulan ang kahilingan mo o makakuha ng karagdagang impormasyon.

Tandaan: Sa pamamagitan ng paghiling sa benepisyong ito, pinapahintulutan mo ang mga kinatawan ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) na makipag-ugnayan sa'yo sa pamamagitan ng telepono, koreo o anupamang paraan ng komunikasyon gaya ng hayagang nakapahayag sa aplikasyon mo.

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



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

Talaan ng Mga Benepisyong Medikal

Saklaw na Serbisyo

Ang babayaran mo



Pag-screen para sa abdominal aortic aneurysm

Isang beses na pagsusuri ng ultrasound para sa mga taong nasa panganib. Sasaklawin lang ng aming plano ang pagsusuring ito kung mayroon kang ilang partikular na salik ng panganib at kung makakakuha ka ng referral para dito mula sa iyong doktor, assistant ng doktor, propesyonal na nurse, o klinikal na espesyalistang nurse.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa preventive screening na ito.

Acupuncture para sa malalang sakit sa likod

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:
Saklaw hanggang 12 na pagbisita sa loob ng 90 araw para sa mga benepisyaryo ng Medicare sa mga sumusunod na pangyayari:
Para sa layunin ng benepisyong ito, ang malubhang pananakit ng ibabang bahagi ng likod ay tinutukoy bilang:

- Nagtatagal nang 12 linggo o mas mahaba;
- hindi tiyak, dahil wala itong makikilalang sistematikong sanhi (ibig sabihin, hindi nauugnay sa metastatic, nananakit, nakakahawang sakit, atbp.);
- hindi nauugnay sa operasyon; at
- hindi nauugnay sa pagbubuntis.

Magbabayad ka ng \$0 copay para sa acupuncture na sinasaklaw ng Medicare, o ng naaangkop na pagbabahagi sa gastos sa propesyonal kung tumatanggap ka ng mga serbisyo mula sa isang doktor sa pangunahing pangangalaga o espesyalista.

Tingnan ang “Mga Serbisyo ng Doktor/Practitioner, Kabilang ang Mga Pagbisita sa

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)

Saklaw na Serbisyo	Ang babayaran mo
<p>Acupuncture para sa malalang sakit sa likod</p> <p>Sasaklawin ang karagdagang 8 session para sa mga pasyenteng bumubuti ang lagay. Hindi hihigit sa 20 acupuncture na paggamot ang maaaring ibigay taun-taon.</p> <p>Dapat na ihinto ang paggamot kung ang pasyente ay hindi bumuti o bumabalik.</p> <p>Mga Kinakailangan ng Provider:</p> <p>Ang mga doktor (gaya ng tinukoy sa 1861[r][1] ng Social Security Act [ang Batas]) ay maaaring magsagawa ng acupuncture alinsunod sa mga naaangkop na kinakailangan ng estado.</p> <p>Mga Physician assistant (mga PA), nurse practitioner (NP)/mga clinical nurse specialist (mga CNS) (gaya ng natukoy sa 1861[aa][5] ng Batas), at mga karagdagang tauhan ay maaaring magsagawa ng acupuncture kung natutugunan nila ang lahat ng angkop na kinakailangan ng estado at mayroong:</p> <ul style="list-style-type: none"> • masters o doctoral level degree sa acupuncture o Oriental Medicine mula sa isang paaralang akreditado ng Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); at, • isang kasalukuyan, kumpleto, aktibo, at hindi pinaghihigpitang lisensya para magsanay ng acupuncture sa isang Estado, Teritoryo, o Commonwealth (ibig sabihin, Puerto Rico) ng United States, o District of Columbia. <p>Ang mga karagdagang tauhan na nagsasagawa ng acupuncture ay dapat nasa ilalim ng angkop na antas ng pangangasiwa ng isang doktor, PA, o NP/CNS na kinakailangan ng aming mga regulasyon sa 42 CFR §§ 410.26 at 410.27</p>	<p>Tanggapan ng Doktor” para sa mga detalye.</p> <p>Maaaring kailangan ng referral</p> <p>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</p>
<p>Regular na Acupuncture *</p> <p>Hanggang sa 30 regular na acupuncture na pagbisita kada taon.</p> <p>Ang mga pagbisitang ito ay kasama sa mga regular na pagbisita para sa Chiropractic.</p>	<p>Magbabayad ka ng \$0 copay.</p> <p>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</p> <p>Maaaring kailangan ng referral.</p>

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga serbisyo ng ambulansya**

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ng ambulansya ang, para man sa emergency o hindi emergency na sitwasyon, ang fixed wing, rotary wing, at mga serbisyo ng ambulansyang panlupa, sa pinakamalapit na naaangkop na pasilidad na makapagbibigay lang ng pangangalaga kung ipagkakaloob ang mga ito sa miyembrong may kundisyong medikal na maaaring magdulot ng panganib sa kanyang kalusugan kung ibang paraan ng transportasyon ang gagamitin o kung awtorisado ito ng aming plano.

Kung ang mga saklaw na serbisyo ng ambulansya ay hindi para sa isang emergency na sitwasyon, dapat idokumento na ang kundisyon ng miyembro ay nasa kalagayan kung saan maaaring malagay ang kanyang kalusugan sa panganib kung ibang paraan ng transportasyon ang gagamitin at na medikal na kinakailangan ang transportasyon sa pamamagitan ng ambulansya.

Walang coinsurance o copay para sa mga serbisyo ng ambulansya na saklaw ng Medicare.

Kailangan lamang ang paunang awtorisasyon para sa hindi pang-emergency na ambulansya.

Taunang pisikal na pagsusuri (Karagdagan) *

Ang regular na taunang pisikal na eksaminasyon ay nagbibigay ng saklaw para sa mga karagdagan serbisyo sa pisikal na pagsusuri na maaari lamang isagawa ng isang doktor, nurse practitioner, o physician assistant. Isa itong magandang pagkakataon upang itaon ang pansin sa pag-iwas at pagpapasuri. Sa isang regular na pisikal na pagsusuri, susuriin ka ng clinician upang matukoy ang mga problema sa pamamagitan ng visual na inspeksyon, palpation, auscultation, at percussion. Ang huling tatlo sa mga ito ay kinabibilangan ng direktang pisikal na pakikipag-ugnayan at kinakailangan upang matukoy ang presensya (o kawalan) ng isang pisikal na kundisyon.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyo ng ito.

Kung kinakailangan ang karagdagan serbisyo, ire-refer ka ng iyong provider sa isang espesyalista o magsusumite ng paunang awtorisasyon kung kinakailangan.

**Mga taunang pagbisita para sa kagalingan**

Kung mayroon kang Bahagi B nang mas matagal pa kaysa sa 12 buwan, maaari kang makakuha ng taunang pagbisita para sa kagalingan para bumuo o mag-update ng ipinasadyang plano sa pag-iwas batay sa iyong kasalukuyang kalusugan at mga salik ng panganib. Sinasaklaw ito nang isang beses bawat 12 buwan.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang pagbisita para sa kagalingan.

Tandaan: Ang iyong unang taunang pagbisita para sa kagalingan ay hindi maaaring maganap sa loob ng 12 buwan mula sa iyong Welcome to Medicare na pagbisitang pag-iwas sa sakit. Gayunpaman, hindi mo kailangang magkaroon ng isang Welcome to Medicare na pagbisita upang masaklaw para sa mga taunang pagbisita para sa kagalingan pagkatapos mong magkaroon ng Bahagi B sa loob ng 12 buwan.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pagsukat ng masa ng buto**

Para sa mga kwalipikadong indibidwal, (sa pangkalahatan, tumutukoy ito sa mga taong may panganib na magkaroon ng mahinang buto o may panganib na magkaroon ng osteoporosis), sinasaklaw ang mga sumusunod na serbisyo kada 24 na buwan o mas madalas kung medikal na kinakailangan: mga pamamaraan para sukatin ang mass ng buto, tuklasin kung may nawalang buto, o alamin ang kalidad ng buto, kasama na ang pagpapaliwanag ng doktor sa mga resulta.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw na pagsukat sa bone mass ng Medicare.

**Pag-screen para sa kanser sa suso (mga mammogram)**

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:

- Isang baseline mammogram sa pagitan ng mga edad na 35 at 39
- Isang screening na mammogram sa bawat 12 buwan para sa mga kababaihang nasa edad 40 pataas
- Mga klinikal na pagsusuri sa suso isang beses bawat 24 na buwan

Ang isang screening mammography ay ginagamit para sa maagang pagtuklas ng kanser sa suso. Kapag naitatag na ang isang kasaysayan ng kanser sa suso, at hanggang sa wala nang anumang palatandaan o sintomas ng kanser sa suso, ang mga patuloy na mammogram ay ituturing na diagnostic at sinasaklaw sa ilalim ng “Mga pagsusuri sa diagnostic ng outpatient at mga therapeutic na serbisyo at supply” sa talaan na ito. Ang taunang benepisyo ng screening mammography ay hindi available para sa mga miyembrong may mga palatandaan o sintomas ng kanser sa suso.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga saklaw na pag-screen para sa mammogram.

Mga serbisyo sa pag-rehabilitate ng puso

Saklaw ang mga kumprehensibong programa ng mga serbisyo sa pag-rehabilitate ng puso na kabilang ang ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo para sa mga miyembro na tumutugon sa partikular na kundisyon na may utosmula sa doktor. Sinasaklaw din ng plano ang mga programa para sa matinding pagpapagaling sa puso, na mas matindi kaysa sa mga programa sa pagpapagaling sa puso.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pagbisita para sa pagbawas ng panganib ng sakit sa puso (therapy para sa sakit sa puso)**

Sinasaklaw namin ang isang pagbisita bawat taon sa iyong doktor ng pangunahing pangangalaga para makatulong na mapababa ang panganib mo para sa cardiovascular na sakit. Sa pagbisitang ito, puwedeng talakayin ng doktor mo ang paggamit ng aspirin (kung angkop), suriin ang presyon ng iyong dugo, at bigyan ka ng mga tip upang matiyak na kumakain ka ng malusog.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa intensive behavioral therapy na benepisyong pang-iwas sa sakit sa puso.

**Mga screening na pagsusuri para sa sakit sa puso**

Mga pagsusuri sa dugo para sa pagtuklas ng cardiovascular disease (o mga abnormalidad na nauugnay sa isang mataas na panganib ng cardiovascular disease) isang beses bawat 5 taon (60 buwan).

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagsusuri sa sakit sa puso na sinasaklaw minsan bawat 5 taon.

**Pag-screen para sa kanser sa cervix at puwerta**

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:

- Para sa lahat ng kababaihan: Mga pap test at pelvic exam minsan bawat 24 buwan
- Kung mataas ang panganib mo na magkaroon ng kanser sa cervix o sa ari ng babae o kung ikaw ay nasa edad na may kakayahan nang magbuntis at mayroon kang abnormal na Pap test sa loob ng nakaraang 3 taon: isang Pap test kada 12 buwan

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw ng Medicare na preventive Pap sa mga pagsusuri sa balakang.

Mga serbisyo sa Chiropractic (saklaw ng Medicare)

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:

- Saklaw lamang namin ang manu-manong manipulasyon ng gulugod upang ituwid ang paglihis ng buto.

Walang coinsurance o copayment para sa mga serbisyong chiropractic na saklaw ng Medicare.

Mga Serbisyo ng Chiropractic - Regular na Pangangalaga*

Hanggang sa 30 regular na pagbisita sa chiropractic kada taon.

Magbabayad ka ng \$0 copay

Ang 30 pagbisitang ito ay kasama sa mga regular na regular na pagbisita para sa acupuncture.

Maaaring kailangan ng Paunang Awtorisasyon

Maaaring kailangan ng referral

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)

Saklaw na Serbisyo**Ang babayaran mo****Pamamahala sa malubhang pananakit at mga serbisyo ng paggamot**

Saklaw na buwanang serbisyo para sa mga taong nabubuhay nang may malubhang pananakit (palagi at pabalik-balik na pananakit na tumatagal ng mahigit sa 3 buwan). Maaaring kabilang sa mga serbisyo ang pagtatasa sa pananakit, pamamahala ng gamot, at pangangasiwa at pagpapalano ng pangangalaga.

Magkakaiba ang pagbabahagi sa gastos para sa serbisyo ng ito depende sa mga indibidwal na serbisyo ng ibibigay sa panahon ng paggamot.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pag-screen para sa kanser sa colorectal**

Sinasaklaw ang mga sumusunod na pagsusuring pag-screen:

- Walang minimum o maximum na limitasyon sa edad ang colonoscopy at sinasaklaw ito nang isang beses kada 120 buwan (10 taon) para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, o 48 buwan pagkatapos ng isang naunang flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib sa colorectal cancer, at isang beses kada 24 na buwan para sa mga pasyenteng may mataas na panganib pagkatapos ng naunang screening colonoscopy.
- Ang computed tomography colonography para sa mga pasyenteng nasa edad 45 pataas na hindi kabilang sa pangkat ng mga mataas ang 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 47 buwan mula noong buwan ng huling isinagawa ang screening flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy. Para sa mga pasyenteng mataas ang 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 na sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda. Isang beses kada 120 buwan para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib pagkatapos sumailalim sa screening colonoscopy. Isang beses kada 48 buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib mula sa huling flexible sigmoidoscopy o computed tomography colonography.
- Pagsusuri para sa fecal-occult pagsubok sa dugo para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda. Minsan sa bawat 12 buwan.
- Multitarget na stool DNA para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa mga pamantayan sa mataas ang panganib. Minsan sa bawat 3 taon.
- Nakabatay sa Dugo na mga Pagsusuri ng Biomarker para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa mga pamantayan sa mataas ang panganib. Minsan sa bawat 3 taon.
- Kasama sa mga pagsusuri sa pag-screen para sa kanser sa colorectal ang isang follow-on na screening colonoscopy pagkatapos na magbalik ng positibong resulta ang isang non-invasive na nakabatay sa dumi na pagsusuring pag-screen para sa kanser sa colorectal na saklaw ng Medicare.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa eksaminasyong pag-screen para sa kanser sa colorectal na saklaw ng Medicare.

Kung makakita at mag-aalis ng polyp o ibang tissue ang iyong doktor sa panahon ng colonoscopy o flexible sigmoidoscopy, ang pagsusuri ay magiging pagsusuri sa diagnosis.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pag-screen para sa kanser sa colorectal**

- Kasama sa mga pagsusuri sa pag-screen para sa kanser sa colorectal ang isang planadong screening flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy na kinabibilangan ng pag-alis ng tisyu o iba pang materyal, o iba pang pamamaraan na ibinigay kaugnay, bilang resulta ng, at sa parehong klinikal na pagtatagpo bilang pagsusuri sa screening.

Mga serbisyo para sa ngipin (saklaw ng Medicare)

Sa pangkalahatan, ang mga serbisyong pang-iwas para sa pangangalaga ng ngipin (gaya ng paglilinis, karaniwang pagsusuri sa ngipin, at mga x-ray ng ngipin) ay hindi sinasaklaw ng Original Medicare.

Gayunpaman, kasalukuyang nagbabayad ang Medicare para sa mga serbisyo para sa ngipin sa limitadong bilang ng mga sitwasyon, partikular na kapag ang serbisyong iyon ay isang mahalagang bahagi ng isang partikular na paggamot sa pangunahing kundisyong medikal ng isang tao. Kabilang sa ilang halimbawa ang reconstruction ng bagang pagkatapos ng fracture o injury, mga pagbunot ng ngipin bilang paghahanda para sa radiation treatment para sa cancer na may kinalaman sa bagang, o mga pagsusuri sa bibig pagkatapos ng transplant ng organ.

Walang coinsurance o copayment para sa mga serbisyong ito.

**Pag-screen ng depresyon**

Sinasaklaw namin ang isang pag-screen para sa depresyon bawat taon. Kailangang gawin ang pag-screen para sa isang setting ng pangunahing pangangalaga na pwedeng magbigay ng follow up na paggamot at/o mga referral.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang pagbisita sa pagsusuri sa depresyon.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pag-screen ng diabetes**

Sasaklawin namin ang screening na ito (kabilang ang mga pagsusuring fasting glucose) kung mayroon kang anuman sa mga sumusunod na salik ng panganib: mataas na presyon ng dugo (hypertension), kasaysayan ng abnormal na antas ng kolesterol at triglyceride (dyslipidemia), labis na katabaan (obesity), o kasaysayan ng mataas na asukal sa dugo. Maaari ding saklawin ang mga pagsusuri kung natutugunan mo ang iba pang kahingian, tulad ng pagiging sobra sa timbang at pagkakaroon ng lahi ng may diabetes.

Maaari kang maging kwalipikado para sa hanggang 2 pagsusuri para sa diabetis bawat 12 buwan pagkatapos ng petsa ng iyong pinakamakailang pagsusuri para sa diabetis.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga pagsusuri sa diabetes na saklaw ng Medicare.

**Pagsasanay sa sariling pamamahala ng diabetes, mga serbisyo at mga supply para sa diabetes***

Para sa lahat ng taong may diabetes (gumagamit at hindi gumagamit ng insulin). Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:

- Ang ilang partikular na supply para sa diabetic, kabilang ang mga produkto ng pagsusuri ng glucose sa dugo, ay limitado sa mga partikular na brand at manufacturer. Ang mga piniling produkto para sa diabetic ay ang mga Trividia Health brand (TrueMetrix). Available sa aming website ang pinakabagong listahan ng mga supply para sa diabetic na ito. Mangyaring tingnan ang aming pormularyo ng plano para sa karagdagang impormasyon o tumawag sa Mga Serbisyo ng Miyembro para sa karagdagang impormasyon.
- Mga supply para masubaybayan ang iyong blood glucose: Blood glucose monitor, mga blood glucose test strip, mga lancet device at lancet, at mga solusyon sa pagkontrol ng glucose para sa pagsusuri sa accuracy ng mga test strip at monitor.
 - Mga monitor ng glucose (sugar) sa dugo
 - Saklaw kapag nirekomenda ng iyong doktor na gamitin sa iyong tahanan.
 - Ang piniling brand ng monitor sa glucose ng dugo ay hindi nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
 - Mga test strip ng pagsusuri ng glucose (sugar) sa dugo
 - Ang piniling brand ng mga test strip sa glucose ng dugo ay hindi nangangailangan ng paunang awtorisasyon.
 - Maaaring limitado sa 30 araw na supply ng bawat pagkuha.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Sinasaklaw namin ang mga supply para sa diabetes mula sa isang ginustong tagagawa nang walang paunang awtorisasyon.

Sinasaklaw ang mga supply kapag mayroon kang reseta at kunin ito sa isang retail na parmasyang nasa network o sa pamamagitan ng programang Parmasya para sa Serbisyo sa Koreo.

Tingnan ang “Pangangalaga sa paningin” sa talaan na ito para sa mga serbisyo ng doktor kung kailangan mo ng pagsusuri sa mata para sa diabetic retinopathy o isang pag-screen para sa glaucoma.

Tingnan ang “Mga serbisyo ng podiatry” sa talaan na ito kung ikaw ay may diabetes at

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pagsasanay sa sariling pamamahala ng diabetes, mga serbisyo at mga supply para sa diabetes***

- Mga solusyon sa pagkontrol ng glucose para sa pagsusuri sa katumpakan ng mga test strip at monitor.
- Para sa mga taong may diabetes na may malalang sakit sa paa na nauugnay sa diabetes: Isang pares ng naka-custom na sapatos na pampagaling kada isang taon ng kalendaryo (kabilang ang mga insert na ibinibigay kasama ng sapatos na ito) at 2 karagdagang pares ng insert, o isang pares ng depth shoes at 3 pares ng insert (hindi kasama ang hindi naka-customize na natatanggal na insert na ibinibigay kasama ng sapatos na ito). Kasama sa saklaw ang pagkakabit.
- Ang pagsasanay sasaring pamamahala sa diabetes ay saklaw sa ilalim ng ilang mga kundisyon.
- Ang mga serbisyong para sa diabetes na saklaw ng Medicare ay kinabibilangan ng:
 - Taunang pagsusuri sa mata at mga pagsusuri sa glaucoma
 - Pagsusuri sa mga paa
 - Mga serbisyong Medical nutrition therapy (MNT)

kailangan mong magpatingin sa doktor para sa pagsusuri sa paa.

Tingnan ang “Medikal na therapy sa nutrisyon” sa talaan na ito kung ikaw ay diabetic at nangangailangan ng mga serbisyo sa medikal na therapy sa nutrisyon (medical nutrition therapy, MNT).

Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon para sa mga supply para sa diabetic, sapatos para sa diabetic, at insert.

Matibay na kagamitang medikal (DME) at mga nauugnay na supply

(Para sa kahulugan ng matibay na kagamitang medikal, tingnan ang Kabanata 12 gayundin ang Kabanata 3 ng dokumentong ito.)

Kasama sa mga saklaw na item ang, ngunit hindi limitado sa: mga wheelchair, saklay, powered mattress system, supply para sa diabetes, kama sa ospital na ibinibilin ng provider na gamitin sa bahay, IV infusion pump, speech generating device, kagamitang pang-oxygen, nebulizer, at walker.

Sinasaklaw namin ang lahat ng medikal na kinakailangang DME na saklaw ng Original Medicare. Kung hindi dinadala ng taga-supply namin sa lugar niyo ang isang partikular na tatak o tagagawa, puwede mong tanungin sila kung pwede nilang espesyal na i-order para sa iyo. Ang pinakabagong listahan ng mga supplier ay available sa aming website sa centralhealthplan.com.

Walang coinsurance o copayment para sa mga serbisyong ito.

Ang iyong pagbabahagi sa gastos para sa pagsaklaw sa kagamitang pang-oxygen ng Medicare ay \$0, bawat buwan.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Ang paunang awtorisasyon ay hindi kinakailangan para sa piniling manufacturer.

Pang-emergency na pangangalaga

Nangangahulugan ang pang-emergency na pangangalaga ng mga serbisyo na:

- Inihahatid ng provider na nagsanay para maghatid ng mga pang-emergency na serbisyo, at

Kung tatanggap ka ng pang-emergency na pangangalaga mula sa ospital na wala sa network at kailangan mo ng pangangalaga bilang

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pang-emergency na pangangalaga**

- Kailangang suriin o i-stabilize ang isang emergency na kundisyong medikal.

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

Ang mga pagbabahagi sa gastos para sa mga kinakailangang serbisyo sa emergency na nakuha mo sa labas ng network ay pareho kapag nakukuha mo ang mga serbisyonang ito sa loob ng network.

Ang pang-emergency na pangangalaga sa labas ng United States (U.S.) ay puwedeng saklawin sa ilalim ng pandaigdigang benepisyong sa pagsaklaw sa emergency. Nag-aalok kami ng hanggang \$50,000 ng saklaw sa pandaigdigang emergency kada taon ng kalendaryo para sa pang-emergency na transportasyon, agarang pangangalaga, pang-emergency na pangangalaga, at pangangalaga pagkatapos gumaling. Tingnan ang “Pagsaklaw para sa pandaigdigang emergency pangangalaga” sa talaan na ito para matuto pa.

pasyente pagkatapos maging stable ng iyong emergency na kundisyon, kailangan mong bumalik sa isang ospital na nasa network para maipagpatuloy ang pagsaklaw sa iyong pangangalaga. O kailangan mong kunin ang iyong pangangalaga bilang pasyente sa ospital na wala sa network na awtorisado ng aming plano at ang iyong gastos ay ang pagbabahagi sa gastos na babayaran mo sa isang ospital na nasa network.

Benepisyong sa Kalusugan (Karagdagan) *

Magkakaroon ka ng membership sa fitness center sa mga kalahok na fitness center. Kung hindi ka makabisita sa isang fitness center o mas gusto mo ring mag-ehersisyo mula sa bahay, maaari kang pumili ng Home Fitness kit. Tutulungan ka ng kit na manatiling aktibo sa ginhawa ng iyong tahanan. Ang mga opsyon para sa Kalusugan sa Tahanan ay kinabibilangan ng pagpili ng fitness tracker, strength kit o yoga kit.

Kung pipiliin mong mag-ehersisyo sa isang fitness center, maaari mong tingnan ang website at maaari kang pumili ng kalahok na lokasyon, o maaari kang direktang pumunta sa isang kalahok na fitness center upang makapagsimula. Ang mga kalahok na pasilidad at fitness chain ay maaaring mag-iba-iba ayon sa lokasyon at maaaring magbago. Puwedeng mabago ang mga kit.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Palaging makipag-usap sa iyong doktor bago simulan o baguhin ang iyong gawain sa pag-ehersisyo.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga programa sa edukasyon sa kalusugan at kapakanan *****Mga Programa sa Pamamahala ng Kalusugan**

Mayroon kaming mga programang magagamit para matulungan kang pamahalaan ang natukoy na karamdaman. Kabilang sa mga programa ang:

- Pamamahala ng hika.
- Pamamahala ng depresyon.
- Pamamahala ng diabetes.
- Pamamahala ng mataas na presyon ng dugo.
- Pamamahala ng Cardiovascular Disease (CVD).
- Pamamahala ng Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).
- Programa ng pagbubuntis.

Available ang mga materyales sa pag-aaral at mga tip sa pangangalaga. Matutulungan ka rin naming makipagtulungan sa iyong provider.

Pagpapatala sa Mga Programa sa Pamamahala ng Kalusugan:

- Awtomatiko kang nakatala sa (mga) programa na pinakamahusay na nakakatugon sa mga pangangailangan mo batay sa data ng mga claim sa medikal o parmasya.
- Maaari ka ring magpatala sa pamamagitan ng provider mo o self-refer.

Mayroong ilang kinakailangan na dapat mong matugunan upang makapagpatala.

Pag-alis ng Pagpapatala sa Mga Programa sa Pamamahala ng Kalusugan:

- Ang mga programang ito ay boluntaryo, at maaari mong piliing umalis sa isang programa anumang oras.

Maaari kang matuto pa o magpatala sa alinman sa mga programa sa itaas sa pamamagitan ng pagtawag sa aming Departamento ng Pamamahala ng Kalusugan sa (866) 891-2320 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 6 a.m. hanggang 6 p.m. (Pacific Standard Time).

Mga Programa sa Pagsulong ng Kalusugan

Ang iba pang programa na idinisenyo para pagyamanin ang kalusugan at pamumuhay mo ay available din, tulad ng:

- Isang programa sa pagkontrol ng timbang.

Para sa impormasyon at/o materyales para sa pagkontrol ng timbang, tumawag sa (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), Lunes hanggang Biyernes, 6 a.m. hanggang 6 p.m. (Pacific Standard Time).

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga programa sa edukasyon sa kalusugan at kapakanan *****Linya ng Tawag para sa Payo ng Nars**

Kung mayroon kang agarang alalahanin sa kalusugan, mga tanong tungkol sa isang kundisyong medikal, o gusto mo ng pangkalahatang impormasyon tungkol sa mga available na mapagkukunang pangkalusugan, ang linya ng payo ng nars ay available 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

Ang toll-free sa numero ng Nurse Advice Line ay:

English and Spanish (888) 208-8809, TTY: 711

Tutulungan ka ng isang rehistradong nars na matukoy kung maaari mong pamahalaan ang pangangalaga sa iyo sa bahay o kailangan ang atensyon ng isang medikal na propesyonal.

Tumawag anumang oras, araw o gabi, para makipag-usap sa isang rehistradong nars tungkol sa mga sakit o pinsala.

- Walang kailangang referral o paunang awtorisasyon

Ang serbisyong ito ay hindi inilaan para sa mga emergency. Sa kaso ng isang emergency, i-dial kaagad ang 911.

Mga serbisyo sa pandinig

Ang pagsusuri sa pandinig at ebalwasyon sa balanse na ginagawa ng iyong provider para matukoy kung kailangan mo ng medikal na paggamot ay sinasaklaw bilang outpatient na pangangalaga kapag nakuha mo ito mula sa isang doktor, audiologist, o iba pang kwalipikadong provider.

Ang mga pagsusuri sa diagnostic na pagdinig at balanse na saklaw ng Medicare ay tumutulong na matukoy kung kailangan mo o hindi ng medikal na paggamot.

Ang pagsusuri ay batay lamang sa isang medikal na pangangailangan, tulad ng pagkawala ng pandinig dahil sa karamdaman, sakit, pinsala, o operasyon.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga serbisyo sa pandinig (Karagdagan)***

Bilang karagdagan sa mga serbisyo sa pagdinig na saklaw ng Medicare, puwede kang makakuha ng regular na pagsusuri sa pandinig isang beses bawat taon ng kalendaryo. Pagkatapos ng regular na pagsusuri sa pandinig, puwedeng nararapat ka para sa isang tulong sa pandinig.

Upang makahanap ng provider ng pandinig sa loob ng network na malapit sa iyo, maaari mong:

1. Tawagan ang aming Departamento Mga ng Serbisyo sa Miyembro, o
2. Maghanap online – gamit ang aming online search tool para sa karagdagang provider para sa pandinig sa MolinaHealthcare.com/Medicare.

Ang pag-aayos/pagsusuri para sa mga hearing aid ay maaaring gawin isang beses bawat taon ng kalendaryo.

Kung sasabihin sa iyo na kailangan mo ng pantulong sa pandinig, makakakuha ka ng hanggang 2 napiling mga pantulong sa pandinig mula sa isang provider na aprubado ng plan bawat 2 taon para sa parehong tainga.

 **Pag-screen ng HIV**

Para sa mga taong humihiling para sa pagsusuri sa screening ng HIV at sa mga taong may mataas na panganib para sa impeksyon ng HIV, sinasaklaw namin ang:

- Isang eksaminasyong pag-screen tuwing 12 buwan

Kung ikaw ay buntis, sasaklawin namin ang:

- Hanggang 3 screening na eksaminasyon habang nagbubuntis.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa pag-screen para sa preventive HIV na saklaw ng Medicare.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pangangalaga ng ahensya ng kalusugan sa bahay**

Bago ka makatanggap ng mga serbisyo para sa kalusugan sa bahay, kailangan munang sertipikahan ng doktor na kailangan mo ng mga serbisyo para sa kalusugan sa bahay at ibilin na magbigay ng mga serbisyo para sa kalusugan sa bahay mula sa ahensya ng kalusugan sa bahay. Dapat ay nasa bahay ka lang, ibig sabihin, napakahirap para sa iyo na lumabas sa bahay.

Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:

- Part-time o intermittent na bihasang pag-aalaga at mga serbisyo ng katulong sa kalusugan sa bahay (sasaklawin sa ilalim ng benepisyong pangangalaga ng kalusugan sa bahay, ang iyong mga pinagsamang serbisyo ng bihasang pag-aalaga at katulong sa kalusugan sa bahay ay dapat na may kabuuang hindi aabot sa 8 oras kada araw at 35 oras kada linggo.)
- Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy
- Mga serbisyonang medikal at serbisyonang panlipunan
- Kagamitang medikal at mga supply

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyonang ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Therapy na injection sa tahanan

Ang home infusion therapy ay ang intravenous o subcutaneous na pagbibigay ng mga gamot o biological sa isang indibidwal sa bahay. Ang mga sangkap na kailangan para magsagawa ng home infusion ay kinabibilangan ng gamot (halimbawa, mga antiviral, immune globulin), kagamitan (halimbawa, pump), at mga supply (halimbawa, tubing at mga catheter). Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:

- Mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo ng nurse, na isinagawa alinsunod sa aming plano ng pangangalaga
- Pagsasanay at edukasyon ng pasyente na hindi saklaw sa ilalim ng benepisyong matibay na kagamitang medikal
- Remote na pagsubaybay
- Mga serbisyo sa pagsubaybay para sa pagbibigay ng infusion therapy sa tahanan at infusion ng mga gamot sa bahay na ibinigay ng isang kwalipikadong supplier ng infusion therapy sa tahanan

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Pangangalaga ng hospisyong

Kwalipikado ka para sa benepisyong hospisyong kapag ang doktor mo at ang direktor ng medikal na hospisyong ay nagbigay sa iyo ng terminal na prognosis na nagpapatunay na ikaw ay hindi na magagamot na sakit at may 6 na buwan o mas maikli ka na lang para mabuhay kung ang iyong sakit ay tatakbo sa normal na kurso nito. Maaari kang tumanggap ng pangangalaga mula sa alinmang programa ng hospisyong sertipikado

Kapag nagpatala ka sa isang programa ng hospisyong na sertipikado ng Medicare, ang iyong mga serbisyo sa hospisyong at mga serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B na nauugnay sa iyong

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pangangalaga ng hospisyo**

ng Medicare. Obligado ang iyong plano na tulungan kang humanap ng mga programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare sa lugar ng serbisyo ng aming plano, kabilang ang programang aming pagmamay-ari, kinokontrol, may pinansyal kaming interes. Ang iyong doktor sa hospisyo ay maaaring maging isang provider na nasa network o provider na wala sa network.

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:

- Mga gamot para sa pagkontrol ng sintomas at pag-alis ng pananakit
- Panandaliang pangangalaga para sa pagpapahinga
- Pangangalaga sa bahay

Kapag na-admit ka sa isang hospisyo, may karapatan ka pa ring manatili sa aming plano, kung mananatili ka sa aming plano dapat mong patuloy na bayaran ang mga premium ng plano.

Para sa mga serbisyo sa pangalaga sa huling yugto ng buhay at mga serbisyon sinasaklaw ng Medicare Part A o B na nauugnay sa iyong nakamamatay na sakit: Ang Original Medicare (sa halip na ang aming plano) ang magbabayad sa iyong provider ng hospisyo para sa iyong mga serbisyo ng hospisyo at anumang serbisyo ng Bahagi A at Bahagi B na nauugnay sa iyong terminal na prognosis. Habang ikaw ay nasa programa ng hospisyo, sisingilin ng iyong provider ng hospisyo ang Original Medicare para sa mga serbisyon binabayaran ng Original Medicare. Sisingilin ka ng pagbabahagi sa gastos ng Original Medicare.

Para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part A o B na hindi nauugnay sa iyong nakamamatay na sakit: Kung kailangan mo ng mga saklaw na serbisyo na hindi pang-emergency at hindi agarang kinakailangan sa ilalim ng Medicare Part A o B at walang kaugnayan sa iyong terminal na prognosis, ang iyong gastos para sa mga serbisyon ito ay depende sa kung gumagamit ka ng provider na nasa network ng aming plano at sumusunod sa mga tuntunin ng aming plano (gaya ng kung mayroong kinakailangan upang makakuha ng paunang awtorisasyon).

- Kung kukuha ka ng mga saklaw na serbisyo mula sa provider na nasa network at sinusunod mo ang mga panuntunan ng plano para sa pagkuha ng serbisyo, ang tanging babayaran mo ay ang halaga ng pagbabahagi sa gastos ng aming plano para sa mga serbisyon mula sa network
- Kung kukuha ka ng mga saklaw na serbisyo mula sa provider na wala sa network, babayaran mo ang pagbabahagi sa gastos sa ilalim ng Original Medicare

terminal na prognosis ay babayaran ng Original Medicare, hindi ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP).

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng konsultasyon sa hospisyo (isang beses lang) para sa isang taong may taning na dahil sa sakit na hindi pumili sa benepisyong hospisyo.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa benepisyong ito.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pangangalaga ng hospisyo**

Para sa mga saklaw na serbisyo ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ngunit hindi saklaw ng Medicare Part A o B: patuloy na sasaklawin ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang mga serbisyong saklaw ng plano na hindi sinasaklaw sa ilalim sa Bahagi A o B may kaugnayan man ang mga ito sa iyong terminal na prognosis o wala. Babayaran mo ang halaga ng iyong pagbabahagi sa gastos sa plano para sa mga serbisyo ng ito.

Para sa mga gamot na maaaring saklawin ng benepisyong Medicare Part D ng aming plano: Kung ang mga gamot na ito ay walang kaugnayan sa iyong kundisyong nagtataning sa buhay sa hospisyo, magbabayad ka ng pagbabahagi sa gastos. Kung nauugnay ang mga ito sa iyong pangangalaga mula sa hospisyo para sa nakamamatay na kundisyon, babayaran mo ang pagbabahagi sa gastos sa Original Medicare. Hindi kailanman saklaw ng parehong hospisyo at ng aming plano nang sabay ang mga gamot. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 9.4.

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi mula sa hospisyo (pangangalagang hindi nauugnay sa iyong nakamamatay na sakit), makipag-ugnayan sa amin upang isaayos ang mga serbisyo.

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng konsultasyon sa hospisyo (isang beses lang) para sa isang taong may taning na dahil sa sakit na hindi pumili sa benepisyong hospisyo.

**Mga pagbabakuna**

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part B ang:

- Mga bakuna sa pulmonya
- Mga bakuna para sa trangkaso/influenza (o mga bakuna), isang beses tuwing panahon ng trangkaso sa taglagas at taglamig, na may karagdagang bakuna para sa trangkaso/influenza (o mga bakuna) kung medikal na kinakailangan
- Mga bakuna sa hepatitis B kung nasa mataas o katamtaman kang panganib na magkaroon ng Hepatitis B
- Bakuna sa COVID-19
- Iba pang bakuna kung nasa panganib ka at natutugunan ng mga ito ang mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part B

Sinasaklaw din namin ang karamihan sa ibang bakuna para sa adulto sa ilalim ng aming benepisyong gamot sa Bahagi D. Tingnan ang Kabanata 6, Seksyon 8 para sa higit pang impormasyon.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga bakuna sa pulmonya, trangkaso/influenza, Hepatitis B, at COVID-19.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pangangalaga sa ospital para sa inpatient**

Kasama ang talamak na inpatient, pag-rehabilitate ng inpatient, mga ospital para sa pangmatagalang pangangalaga at iba pang uri ng mga serbisyo ng ospital para sa inpatient. Magsisimula ang pangangalaga sa ospital para sa inpatient sa araw na pormal kang na-admit sa ospital sa utos ng doktor. Ang araw bago ka lumabas sa ospital ay ang iyong huling araw bilang pasyente.

Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang ngunit hindi limitado sa:

- Bahagyang-pribadong kuwarto (o pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan ito)
- Mga pagkain kabilang ang mga espesyal na diyeta
- Regular na serbisyo ng pag-aalaga
- Mga gastos ng mga espesyal na yunit ng pangangalaga, (tulad ng intensive na pangangalaga o yunit ng pangangalaga ng coronary)
- Mga gamot at paggagamot
- Mga pagsusuri sa laboratoryo
- Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology
- Kinakailangang mga supply ng surgical at medikal
- Paggamit ng mga appliances, tulad ng mga wheelchair
- Mga serbisyo sa silid ng operasyon at pagpapagaling
- Therapy sa pisikal, occupational, at pagsasalita
- Mga serbisyo sa pag-abuso sa droga ng inpatient

Magbabayad ka ng \$0 para sa araw 1 - 90 ng pananatili sa ospital kada panahon ng benepisyo.

Sinasaklaw rin ng aming plano ang 60 “reserbang araw sa buong buhay.” Ito ay mga “dagdag” na araw na sinasaklaw namin. Kung mas mahaba sa 90 araw ang iyong pananatili sa ospital bawat panahon ng benepisyo, maaari mong gamitin ang mga karagdagang araw na ito. Ngunit sa sandaling maubos mo ang karagdagang 60 araw na ito, malilimitahan ang iyong pagsaklaw sa ospital para sa inpatient sa 90 araw bawat panahon ng benepisyo.

Kung kukuha ka ng awtorisadong pangangalaga sa inpatient sa isang ospital na

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pangangalaga sa ospital para sa inpatient**

- Sa ilang mga kaso, ang mga sumusunod na uri ng transplant: corneal, bato, bato/lapay, puso, atay, baga, puso/baga, utak ng buto, stem cell, at bituka/multivisceral. Kung kailangan mo ng transplant, aayusin namin na masuri ang iyong kaso ng transplant center na aprubado ng Medicare na magpapasya kung kandidato ka ba para sa isang transplant. Maaaring lokal o wala sa lugar ng serbisyo ang mga provider ng transplant. Kung ang aming mga serbisyo sa transplant sa loob ng network ay nasa labas ng pattern ng pangangalaga ng komunidad, maaari mong piliing pumunta sa lokal basta't handang tanggapin ng mga lokal na provider ng transplant ang rate ng Original Medicare. Kung nagbibigay ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ng mga serbisyo ng transplant sa isang lokasyon sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa mga transplant sa iyong komunidad at pipiliin mong kumuha ng mga transplant sa malayong lokasyon na ito, isasaayos namin o babayaran ang naaangkop na gastos sa matutuluyan at transportasyon para sa iyo at sa kasama mo. Magbibigay ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ng reimbursement para sa matutuluyan at pagkain habang nasa malayong lokasyon para sa pangangalagang medikal na nauugnay sa transplant, na may pang-araw-araw na maximum na hanggang \$150 kada araw. Bilang karagdagan, ang pagbabalik sa mileage ay maaaring hilingin sa halagang katumbas ng karaniwang mileage rate para sa mga nagbabayad ng buwis gaya ng inilarawan ng Internal Revenue Service (IRS) na inaayos at abiso na nai-publish sa publiko. Ang pinakamataas na halaga na maaaring bayaran para sa lahat ng paglalakbay, lodging, mga pagakain, at pagbabalik sa mileage ay limang-libong dolyar (\$5,000) bawat transplant alinsunod sa mga tuntunin ng plan.
- Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin. Ang pagsaklaw sa buong dugo at naka-pack na pulang selyula ay magsisimula lang sa uang pint ng dugong kailangan mo. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay tinatakpan simula sa unang pinta na ginamit.
- Mga serbisyo ng doktor

Tandaan: Para maging isang inpatient, dapat sumulat ang provider mo ng isang utos para pormal kang i-admit bilang isang inpatient ng ospital. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kang ituring na isang outpatient. Kung hindi ka sigurado kung ikaw ay inpatient o outpatient, dapat mong tanungin ang kawani ng ospital.

Kumuha ng higit pang impormasyon sa fact sheet ng Medicare para sa *Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare*. Available ang fact sheet na ito sa www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf

wala sa network pagkatapos mapatatag ang iyong kundisyong pang-emergency, ang iyong gastos ay ang pagbabahagi sa gastos na babayaran mo sa isang ospital na nasa network.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pangangalaga sa ospital para sa inpatient**

o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.

Mga serbisyo ng inpatient sa isang psychiatric na ospital

Ang mga saklaw na serbisyo ay kinabibilangan ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan ng pag-iisip na nangangailangan ng pananatili sa ospital.

- Makukuha mo ang mga serbisyong ito alinman sa isang pangkalahatang ospital o isang psychiatric na ospital na nag-aalaga lamang sa mga taong may mga kundisyon sa kalusugan ng pag-iisip.
- Kung ikaw ay nasa isang psychiatric na ospital (sa halip na isang pangkalahatang ospital), ang Medicare ay magbabayad lamang ng hanggang 190 araw ng mga psychiatric na serbisyo ng ospital para sa inpatient sa buong buhay mo.
- Kung nagamit mo ang bahagi ng iyong 190 araw na panghabambuhay na limitasyon bago magpatala sa aming plano, ang bilang ng mga saklaw na panghabambuhay na araw ng ospital ay mababawasan ng bilang ng mga araw ng pagiging inpatient para sa paggamot sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip na dating saklaw ng Medicare sa isang psychiatric na ospital.
- Hindi nalalapat ang 190 araw na limitasyon sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na inihahatid sa isang yunit ng psychiatry ng isang pangkalahatang ospital.
- Walang limitasyon sa bilang ng mga panahon ng benepisyo na puwede mong makuha kapag nakakuha ka ng pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip sa isang pangkalahatang ospital. Maaari ka ring magkaroon ng maraming panahon ng benepisyo kapag nakatanggap ka ng pangangalaga sa isang psychiatric na ospital, ngunit may limitasyon sa buhay na 190 araw.

Hindi saklaw ng Medicare ang:

- Pribadong tungkulin ng pangangalaga
- Isang telepono o telebisyon sa iyong silid
- Isang pribadong silid (maliban kung medikal na kinakailangan)

Babayaran mo ang 2026 na halaga ng pagbabahagi sa gastos ng Original Medicare kada panahon ng benepisyo, na tutukuyin ng Medicare sa taglagas ng 2025. Ang pagbabahagi sa gastos sa 2025 ay:

- \$1,676 na deductible kada pagka-admit
- \$0 para sa araw 1-60
- \$419 kada araw para sa araw 61-90
- \$838 bawat araw para sa 91 araw pataas para sa bawat araw ng pananatili sa ospital (hanggang 60 araw sa buong buhay mo)*
- Lahat ng gastos na lampas sa iyong mga araw ng pananatili sa ospital ng Medicare

Nalalapat ang mga panahon ng benepisyo ng Medicare. Ang panahon ng benepisyo ay nagsisimula sa unang araw na ikaw ay na-admit sa isang ospital para sa inpatient o SNF na saklaw ng Medicare. Ang panahon ng benepisyo ay magtatapos kapag hindi ka nakatanggap ng anumang pangangalaga sa ospital para sa inpatient (o bihasang pag-aalaga sa SNF) sa loob ng magkakasunod na 60 araw.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga serbisyo ng inpatient sa isang psychiatric na ospital**

Kung pupunta ka sa isang ospital o SNF pagkatapos magwakas ang panahon ng benepisyong, magsisimula ang bagong panahon ng benepisyong. Walang limitasyon sa bilang ng mga panahon ng benepisyong na maaari mong makuha.

Kung ikaw ay na-admit sa katapusan ng taon ngunit hindi pinalabas hanggang sa susunod na taon, ang iyong benepisyong at bahagi sa gastos ay nakabatay sa taon na ikaw ay na-admit.

Kung kukuha ka ng awtorisadong pangangalaga sa inpatient sa isang ospital na wala sa network pagkatapos gumaling ng iyong pang-emergency na kundisyon, ang pinakamataas na halaga ng pagbabahagi sa gastos ang babayaran mo sa isang ospital na nasa network.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.**Pananatili ng inpatient: Mga saklaw na serbisyonag nakuha sa isang ospital o SNF sa panahon ng hindi sinasaklaw na pananatili bilang inpatient**

Kung nagamit mo na ang lahat ng iyong mga benepisyong bilang pasyente o kung hindi makatuwiran at kinakailangan ang pananatili bilang pasyente, hindi namin sasaklawin ang iyong pananatili bilang pasyente. Sa ilang kaso, sasaklawin namin ang ilang partikular na serbisyonag matatanggap mo habang ikaw ay nasa ospital o sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF). Kasama sa mga saklaw na serbisyonag, ngunit hindi limitado sa:

- Mga serbisyo ng doktor

Tingnan ang benepisyong sa talaang ito para maunawaan ang iyong bahagi sa gastos para sa:

- “Mga serbisyo ng Doktor/ Practitioner, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor”

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pananatili ng inpatient: Mga saklaw na serbisyong nakuha sa isang ospital o SNF sa panahon ng hindi sinasaklaw na pananatili bilang inpatient**

- Mga pagsusuri na diagnostic (tulad ng mga pagsusuri ng lab)
- X-ray, radium, at therapy ng isotope, kabilang ang mga materyales at serbisyo ng teknisyan
- Mga bandeha sa operasyon
- Mga splint, pukol, at iba pang device na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon
- Ang prosthetics at orthotics device (maliban sa dental) na pumapalit sa lahat o bahagi ng panloob na laman ng katawan (kabilang ang magkadikit na tissue), o lahat o bahagi ng punsyon ng isang permanenteng hindi gumagana o hindi gumaganang panloob na laman ng katawan, kabilang ang pagpapalit o pag-aayos ng mga naturang device
- Mga brace sa binti, braso, likod, at leeg, mga pangsuporta, at mga artipisyal na binti, braso, at mata, kabilang ang mga pagsasaayos, pagkukumpuni, at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkabasag, pagkasira, pagkawala, o pagbabago sa pisikal na kundisyon ng pasyente
- Pisikal na therapy, speech therapy, at occupational therapy

- “Mga pagsusuri sa diagnostic ng outpatient at mga serbisyo at kagamitang nakakagamot”
- “Mga prosthetic device at mga kaugnay na supply”
- “Mga serbisyong pang-rehabilitate sa outpatient”

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Benepisyo sa Pagkain (Karagdagan) *****Mga Malubhang Pagkain**

Upang maging kwalipikado para sa benepisyong ito, dapat ay na-diagnose kang may diabetes, chronic heart failure, mga cardiovascular disorder (limitado sa cardiac arrhythmias, coronary artery disease, peripheral vascular disease at chronic venous thromboembolic disorder), dementia o mga chronic lung disorder. Ang iyong Tagapamahala ng Kaso o ang iyong doktor ang magpapasya kung kailangan mo ng benepisyong ito.

Ang benepisyong ito ay nagbibigay ng 14 na pagkain bawat buwan, sa loob ng 12 buwan sa taon ng kalendaryo na may kabuuang 168 na pagkain. Ibabatay ang mga uri ng pagkain sa anumang pangangailangan sa diyeta na maaaring mayroon ka.

Ang iyong Tagapamahala ng Kaso ang mag-o-order ng iyong mga pagkain para sa iyo at ihahatid ang mga ito sa iyong tahanan. Karaniwang dumarating ang unang paghahatid sa loob ng 72 oras (3 araw ng negosyo) pagkatapos ng pagproseso ng order. Makikipag-ugnayan sa iyo bago ang (mga) petsa ng paghahatid.

Mga Pagkain Pagkatapos Ma-discharge:

Inilaan ang benepisyong ito upang panatilihin kang malusog at malakas pagkatapos ng pananatili sa Ospital para sa Inpatient o Pasilidad para sa Bihasang Pag-aalaga (Skilled Nursing Facility, SNF) o para sa isang kundisyong medikal o potensyal na kundisyong medikal na nangangailangan sa iyo na manatili sa bahay sa loob ng isang tiyak na panahon. Ang iyong Tagapamahala ng Kaso o ang iyong doktor ang magpapasya kung kailangan mo ng benepisyong ito. Maaaring hilingin ng iyong doktor ang benepisyong ito para sa iyo kung mayroon kang malalang kundisyon. Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon. Nagbibigay ang benepisyong ito ng 2 pagkain sa isang araw sa loob ng 14 na araw na may kabuuang 28 inihahatid na pagkain. Ibabatay ang mga uri ng pagkain sa anumang pangangailangan sa diyeta na maaaring mayroon ka. Maaaring gamitin ang benepisyo ng hanggang 4 beses bawat taon, nalalapat ang hanggang sa 112 na pagkain bawat taon ng kalendaryo. Ang iyong Tagapamahala ng Kaso ang mag-o-order ng iyong mga pagkain para sa iyo at ihahatid ang mga ito sa iyong tahanan. Karaniwang dumarating ang unang paghahatid sa loob ng 72 oras (3 araw ng negosyo) pagkatapos ng pagproseso ng order. Makikipag-ugnayan sa iyo bago ang (mga) petsa ng paghahatid.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Therapy sa medikal na nutrisyon**

Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diabetes, sakit sa bato (kidney) (ngunit hindi nagda-dialysis), o pagkatapos ng kidney transplant kapag iniutos ng iyong doktor.

Sinasaklaw namin ang 3 oras ng serbisyong one-on-one na pagpapayo sa iyong unang taon ng pagtanggap ng mga serbisyo ng therapy para sa medikal na nutrisyon sa ilalim ng Medicare (kabilang dito ang aming plano, anupamang plano ng Medicare Advantage, o Original Medicare), at 2 oras bawat taon pagkatapos nito. Kung magbago ang iyong kundisyon, paggamot o nasuring sakit, maaari kang makakuha ng mas marami pang oras ng paggamot nang may bilin ng doktor. Dapat ireseta ng isang doktor ang mga serbisyong ito at i-renew ang kanilang order taun-taon kung ang paggamot sa iyo ay kailangan hanggang sa susunod na taon ng kalendaryo.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa mga serbisyong medikal na nutrisyon therapy na saklaw ng Medicare.

**Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)**

Sasaklawin ang mga serbisyo ng MDPP para sa mga kwalipikadong tao sa ilalim ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare.

Ang MDPP ay isang nakabalangkas na programa sa pagbabago ng pag-uugali sa kalusugan na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa diyeta, mas matinding pisikal na aktibidad, at mga diskarte para mapagtagumpayan ang mga hamon sa pagpapanatili sa pagbaba ng timbang at malusog na pamumuhay.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa MDPP na benepisyo.

Mga gamot ng Medicare Part B

Sinasaklaw ang mga gamot na ito sa ilalim ng Bahagi B ng Original Medicare. Ang mga miyembro ng aming plano ay tumatanggap ng saklaw para sa mga gamot na ito sa pamamagitan ng aming plano.

Kasama sa mga saklaw na gamot ang:

- Mga gamot na karaniwang hindi sariling pinangangasiwaan ng pasyente at itinutrok o ini-infuse habang kumukuha ka ng mga serbisyo ng doktor, outpatient sa ospital, o ambulatory surgical center
- insulin na ibinibigay gamit ang isang item ng matitibay na medikal na kagamitan (gaya ng medikal na kinakailangang insulin pump)
- Iba pang mga gamot na ginagamit mo gamit ang matitibay na kagamitang medikal (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng plano

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Ang mga gamot sa Bahagi B ay maaaring mapailalim sa step therapy.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga gamot ng Medicare Part B**

- Ang gamot sa Alzheimer's, ang Leqembi[®], (ang generic na pangalan ay lecanemab), na ibinibigay sa pamamagitan ng pag-i-inject. Bilang karagdagan sa mga halaga ng gamot, maaaring kailanganin mo ng karagdagang mga pag-scan at pagsusuri bago at/o sa panahon ng paggamot na maaaring magdagdag sa iyong pangkalahatang mga gastos. Makipag-usap sa iyong doktor tungkol sa mga pag-scan at pagsusuri na maaari mong kailanganin bilang bahagi ng iyong paggamot
- Mga clotting factor na ibinibigay mo sa iyong sarili sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kang hemophilia
- Mga transplant/immunosuppressive na gamot: Sinasaklaw ng Medicare ang gamot sa therapy ng kung binayaran ng Medicare ang iyong organ transplant. Dapat mayroon kang Bahagi A sa panahon ng sinaklaw na pag-transplant, at dapat na mayroon kang Bahagi B sa panahon na kumuha ka ng mga immunosuppressive na gamot. Sinasaklaw ng saklaw na gamot sa Medicare Part D ang mga immunosuppressive na mga gamot kung hindi sinasaklaw sa Bahagi B ang mga ito
- Mga injectable na gamot sa osteoporosis, kung ikaw ay nananatili sa bahay, may nabaling buto na ayon sa iyong doktor ay nauugnay sa osteoporosis na dulot ng pagtatapos ng menopause, at hindi mo kayang pamahalaan ang gamot nang mag-isa
- Ilang mga antigen: Sinasaklaw ng Medicare ang mga antigen kung ang isang doktor ay naghahanda sa kanila at ang isang tao na naturuan ng wasto (na maaaring ikaw, ang pasyente) ay magbibigay sa kanila ng naaangkop na patnubay
- Mga partikular na iniinom na gamot sa kanser: Sinasaklaw ng Medicare ang ilang mga iniinom na gamot sa kanser kung ang parehong gamot ay available sa anyo ng pag-inject o kung ang gamot ay isang prodrug (isang oral na anyo ng gamot na, kapag nainom, ay nagiging kapareho ng aktibong sangkap na matatagpuan sa gamot na ini-inject) na ini-inject na gamot. Habang ang mga bagong iniinom na gamot sa kanser ay nagiging available, maaari itong saklawin ng Bahagi B. Kung hindi ito saklaw ng Bahagi B, saklaw ito ng Bahagi D
- Mga iniinom na gamot laban sa pagduduwal: Sinasaklaw ng Medicare ang ginagamit mong mga iniinom na gamot laban sa pagduduwal bilang bahagi ng laban sa kanser na regimen ng chemotherapy kung ang mga ito ay ibinibigay bago, sa oras ng, o sa loob ng 48 oras pagkatapos ng chemotherapy, o ginagamit bilang buong kapalit ng ini-inject na gamot laban sa pagduduwal
- Ilang gamot para sa Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (ESRD) na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga gamot ng Medicare Part B**

- Mga calcimimetic at phosphate binder na gamot sa ilalim ng sistema ng pagbabayad ng ESRD, kasama ang intravenous na gamot na Parsabiv[®] at ang iniinom na gamot na Sensipar[®]
- Ilang partikular na gamot para sa dialysis sa bahay, kasama ang heparin, ang antidote para sa heparin, kapag medikal na kinakailangan, at mga topical anesthetics
- Erythropoiesis-stimulating agents: Sinasaklaw ng Medicare ang erythropoietin sa pamamagitan ng pag-inject kung mayroon kang Sakit sa Bato na Wala nang Lunas (End-Stage Renal Disease, ESRD) o kailangan mo ang gamot na ito upang gamutin ang anemia na nauugnay sa partikular na mga kundisyon (gaya ng Retacrit[®], Aranesp[®])
- Intravenous Immune Globulin para sa paggamot sa bahay ng mga pangunahing sakit na kakulangan sa resistensya
- Parenteral at enteral na nutrisyon (ini-inject at pagpapakain sa pamamagitan ng tubo)

Sinasaklaw din namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming Bahagi B at karamihan sa mga pang-nasa hustong gulang na bakuna sa ilalim ng aminng benepisyo sa inireresetang gamot sa Bahagi D.

Ipinapaliwanag ng Kabanata 5 ang benepisyo ng Bahagi D sa inireresetang gamot, kabilang ang mga patakaran na dapat mong sundin para masaklaw ang mga reseta. Ang binabayaran mo para sa iyong inireresetang gamot ng Bahagi D sa pamamagitan ng aming plan ay ipinaliwanag sa Kabanata 6.

Sa ilang kaso, iaatas namin na subukan mo muna ang ilang partikular na gamot para gamutin ang kundisyong medikal mo bago namin saklawin ang isa pang gamot para sa parehong kundisyon. Halimbawa, kung ang Gamot A at Gamot B ay parehong nagamot ang kundisyon ngunit mas mura ang Gamot A, maaaring kailanganin mong subukan muna ang Gamot A. Kung hindi gagana ang Gamot A para sa iyo, saka namin sasaklawin ang Gamot B. Maaari kang matuto pa tungkol sa kung paano namin tinutukoy kung kinakailangan ang step therapy sa pamamagitan ng pagbisita sa centralhealthplan.com.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pre-funded Debit Card (MyChoice Card) ***

Ang pre-funded debit card (ay mayroong \$120.00 pinagsamang quarterly allowance na maaaring gamitin para sa ilang piling suplemento tulad ng:

- Mga over-the-counter na item

Mayroon kang hiwalay na \$50 buwanang allowance para sa Pagkain/ Produkto*

*Nalalapat ang mga kinakailangan para sa pagiging kwalipikado.

Hindi credit card ang na-preload na debit card. Hindi mo maaaring i-convert ang card sa cash o ipahiram ito sa ibang tao. Nilalagay ang mga pondo sa card sa bawat buwan. Sa katapusan ng bawat buwan, anumang hindi nagamit na nakalaang pera ay hindi maisasama sa susunod na buwan o taon ng plan. Kung aalis ka sa plan, anumang hindi nagamit na inilalaang pondo ay babalik sa plan sa petsa ng iyong epektibong pagkakatanggal sa pagkakatala.

Ang mga allowance ng card ay maaari lamang gamitin upang ma-access ang tinukoy na karagdagang benepisyong hanggang sa tinukoy na limitasyon. Ang allowance na ito ay maaari lamang gamitin ng miyembro at hindi maaaring ilapat sa anumang iba pang benepisyong o gastos.

Para sa higit pang impormasyon kung paano maging kwalipikado para sa Mga Espesyal na Pandagdag na Benepisyong para sa Mga Malalang Sakit (Special Supplemental Benefits for Chronic Illnesses), mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Para ma-access ang mga allowance para sa SSBCI, ang mga miyembro ay dapat na mayroong kwalipikadong malubhang kundisyon, at magbigay ng pag-apruba ng doktor kasabay ng Pamamahala ng Kaso ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Sumangguni sa “Mga Espesyal na Pandagdag na Benepisyong para sa Mga May Malalang Sakit” sa talaan na ito para sa higit pang impormasyon.

**Pag-screen at therapy sa labis na katabaan para itaguyod ang patuloy na pagbaba ng timbang**

Kung mayroon kang body mass index na 30 o higit pa, babayaran namin ang pagpapayo upang tulungan kang magbawas ng timbang. Sinasaklaw ang pagpapayong ito kung makukuha mo ito sa isang lugar ng pangunahing pangangalaga, kung saan maaari itong i-coordinate sa iyong kumprehensibong plano sa pag-iwas. Kausapin ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga o practitioner upang matuto pa.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pag-screen para sa pag-iwas sa labis na katabaan at therapy.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga serbisyo sa programa ng paggamot sa opioid**

Ang mga miyembro ng aming plano na may problema sa paggamit ng opioid (OUD) ay makakatanggap ng pagsaklaw ng mga serbisyo para magamot ang OUD sa pamamagitan ng Mga Programa sa Paggamot sa Problema sa Opioid (OTP) na kinabibilangan ng mga sumusunod na serbisyo:

- Inaprubahan ng U.S. Food and Drug Administration (FDA) na paggamot na may opioid agonist at antagonist (MAT) na gamot
- Pagbibigay at pamamahagi ng mga gamot sa MAT, (kung naaangkop)
- Pagpapayo sa sakit na dulot ng paggamit ng substance
- Pang-indibidwal at panggrupong therapy
- Pagsusuri sa toxicology
- Mga aktibidad sa paggamit
- Pana-panahong mga pagtatasa

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyo ng programa sa paggamot ng opioid para sa outpatient na saklaw ng Medicare.

Hindi kinakailangan ang paunang awtorisasyon para sa mga serbisyo ng programa sa paggamot ng opioid na saklaw ng Medicare para sa outpatient, ngunit maaaring kailanganin kung nangangailangan ka ng mga gamot sa paggamot ng opioid.

Mga diagnostic na pagsusuri at serbisyo at supply na pang-therapy ng outpatient

Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:

- Mga x-ray
- Radiation (radium at isotope) na therapy, kabilang ang mga materyales at supply ng teknisyen
- Mga supply sa operasyon, tulad ng mga pang-benda
- Mga splint, pukol, at iba pang device na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon
- Mga pagsusuri sa laboratoryo
- Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin. Ang pagsaklaw sa buong dugo at naka-pack na pulang selyula ay magsisimula lang sa uang pint ng dugong kailangan mo. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay tinatakpan simula sa unang pinta na ginamit.
- Mga pagsususing diagnostic na wala sa laboratoryo tulad ng mga CT scan, MRI, EKG, at PET scan kapag ibinilin ito ng iyong doktor o iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan upang gamutin ang isang medikal na problema.
- Iba pang mga pagsusuri sa diagnostic ng outpatient – mga serbisyong hindi radiological diagnostic tulad ng mga EKG, EEG, mga pagsusuri sa pulmonary function, pag-aaral sa pagtulog, at mga pagsubok sa stress sa treadmill.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Walang awtorisasyon ang kailangan para sa mga serbisyo sa laboratoryo ng outpatient at serbisyo ng x-ray para sa outpatient. **Nangangailangan ng paunang awtorisasyon ang genetic na pagsusuri sa laboratoryo.**

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga diagnostic na pagsusuri at serbisyo at supply na pang-therapy ng outpatient**

- Mga serbisyo ng diagnostic radiological (parehong kumplikado at hindi) tulad ng mga espesyal na pag-scan, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, pag-aaral ng nuclear, ultrasound, diagnostic mammogram at interventional radiological na pamamaraan (myelogram, cystogram, angiogram, at pag-aaral ng barium).

Pagmamasid ng ospital sa outpatient

Ang mga serbisyo sa obserbasyon ay mga serbisyo sa outpatient sa ospital na ibinibigay para matukoy kung kailangan mong tanggapin bilang isang inpatient o maaaring mapalabas.

Para sa mga serbisyong obserbasyon sa ospital para sa outpatient, kailangan mong matugunan ang mga pamantayan ng Medicare at maituring ang mga ito na makatwiran at kinakailangan. Sinasaklaw lang ang mga serbisyong pag-oobserba kapag ibinibigay ayon sa bilin ng doktor o ng ibang indibidwal na awtorisado ng batas na nagliliseniya ng estado at ng mga regulasyon ng mga kawani ng ospital para magpasok ng mga pasyente sa ospital o mag-bilin ng mga pagsusuri sa mga outpatient.

Tandaan: Maliban kung ang provider ay nagsulat ng isang utos na ipasok ka bilang isang inpatient sa ospital, ikaw ay isang outpatient at magbabayad ka ng mga halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa mga serbisyo ng ospital para sa outpatient. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kang ituring na isang outpatient. Kung hindi ka sigurado kung ikaw ay isang outpatient, dapat mong tanungin ang kawani ng ospital.

Kumuha ng higit pang impormasyon sa fact sheet ng Medicare para sa *Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare*. Available ang fact sheet na ito sa www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.

Mga serbisyo ng ospital para sa outpatient

Sinasaklaw namin ang mga serbisyong medikal na kinakailangan na nakukuha mo sa departamento ng outpatient ng isang ospital para sa diyagnosis o paggamot sa isang sakit o pinsala.

Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:

- Mga serbisyo sa isang departamento ng emergency o klinika ng outpatient, gaya ng mga serbisyo sa pag-obserba o operasyon para sa outpatient

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Ang mga serbisyo ng ospital para sa outpatient ay saklaw sa ilalim ng iba pang mga benepisyo sa talaan na ito. \Tingnan ang mga ito at iba pa

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga serbisyo ng ospital para sa outpatient**

- Mga pagsusuri sa laboratoryo at diagnostic na pagsusuri na sisingilin ng ospital
- Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip, kabilang ang pangangalaga sa isang programa para sa bahagyang pagkakaospital, kung mapapatunayan ng isang doktor na kakailanganin ang pangangalaga para sa inpatient kung wala ito
- Mga X-ray at iba pang serbisyo ng radiology na sinisingil ng ospital
- Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast
- Ilang partikular na gamot at biological na hindi mo maibigay sa iyong sarili

Tandaan: Maliban kung ang provider ay nagsulat ng isang utos na ipasok ka bilang isang inpatient sa ospital, ikaw ay isang outpatient at magbabayad ka ng mga halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa mga serbisyo ng ospital para sa outpatient. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kang ituring na isang outpatient. Kapag hindi ka sigurado kung isa kang outpatient, dapat tanungin mo ang kawani ng ospital.

Maaari ka ring makahanap ng karagdagang impormasyon sa Medicare fact sheet na tinatawag na “Ikaw ba ay Inpatient o Outpatient? Kung May Medicare Ka – Magtanong!” Available ang fact sheet na ito sa Web sa <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari kang tumawag sa mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

mga benepisyong kapag ang pangangalaga ay ibinibigay sa pasilidad ng ospital sa outpatient:

- “Pang-emergency na pangangalaga”
- “Pandaigdigang pang-emergency/agarang saklaw”
- “Mga pagsusuri sa diagnostic ng outpatient at mga serbisyo at kagamitang nakakagamot”
- “Ang pag-opera sa outpatient na ibinibigay sa mga pasilidad ng ospital ng outpatient at ambulatory surgical centers.”
- “Bahagyang pagpapaospital”

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Walang awtorisasyon ang kailangan para sa mga serbisyo sa laboratoryo ng outpatient at serbisyo ng x-ray para sa outpatient. Nangangailangan ng paunang awtorisasyon ang genetic na pagsusuri sa laboratoryo.

Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip ng outpatient

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:

Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng isang psychiatrist o doktor na lisensyado ng estado, klinikal na psychologist, clinical social worker, clinical nurse specialist, licensed professional counselor (LPC), licensed marriage and family therapist (LMFT), nurse practitioner (NP), physician assistant (PA), o iba pang kwalipikadong propesyonal ng

Tingnan ang “Pag-screen para sa depresyon” sa talaan na ito para sa iyong taunang pag-screen para sa depresyon.

Tingnan ang “Bahagyang pagpapaospital” sa talaan na ito kung kailangan mo ang

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip ng outpatient**

Medicare sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip gaya ng pinapayagan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado.

Kasama sa iyong saklaw sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient ng Medicare ang:

- Isang pagsusuri sa depresyon bawat taon ng kalendaryo. Kailangang gawin ang pag-screen para sa isang tanggapan ng doktor sa pangunahing pangangalaga o klinika ng pangunahing pangangalaga na pwedeng magbigay ng follow up na paggamot at mga referral.
- Pang-indibidwal at pang-grupong psychotherapy kasama ang mga doktor o ilang mga lisensyadong propesyonal na pinapayagan ng estado kung saan mo nakukuha ang mga serbisyong ito.
- Pagpapayo sa pamilya, kung ang pangunahing layunin ay tumulong sa paggamot sa iyo.
- Pagsusuri para malaman kung nakukuha mo ang mga serbisyong kailangan mo at kung ang kasalukuyang paggamot sa iyo ay nakakatulong sa iyo.
- Psychiatric na pagtatasa.
- Pamamahala ng gamot.

paggamot para sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient na ito na saklaw ng Medicare.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Mga serbisyo sa pag-rehabilitate sa outpatient

Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang pisikal na therapy, occupational therapy, at speech-language therapy.

Ang mga serbisyo sa pag-rehabilitate sa outpatient ay ibinibigay sa iba't ibang setting ng outpatient, tulad ng mga departamento ng outpatient ng ospital, mga hiwalay na tanggapan ng therapist, at Mga Pasilidad ng Kumprehensibong Pag-rehabilitate sa Outpatient (CORF).

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Mga serbisyo sa sakit na dulot ng paggamit ng substance para sa outpatient

Saklaw namin ang pangangalaga sa outpatient para sa paggamot ng pagkaadikto sa droga o alak, na hindi gumagamit ng mga gamot.

Maaaring kabilang sa mga serbisyo ang mga mataas na antas ng mga serbisyo sa outpatient gayundin ang tradisyunal na pagpapayo.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)

Saklaw na Serbisyo	Ang babayaran mo
<p>Operasyon ng outpatient, kabilang ang mga serbisyong ibinibigay sa mga pasilidad para sa outpatient ng ospital at mga ambulatory surgical center</p> <p>Tandaan: Kung ikaw ay may operasyon sa isang pasilidad ng ospital, dapat mong suriin sa provider mo kung ikaw ay magiging isang inpatient o outpatient. Maliban kung sumulat ang provider ng bilin na ipasok ka sa ospital bilang pasyente, mananatili kang outpatient at babayaran mo ang halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa outpatient na operasyon. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kang ituring na isang outpatient.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.</p> <p>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</p>
<p>Mga over-the-counter (OTC) na mga item (Karagdagan)*</p> <p>Makakatanggap ka ng pre-funded debit card na may pinagsamang \$120.00 quarterly allowance para sa mga OTC item.</p> <p>Saklaw at kasama sa pinagsamang allowance ng OTC ang mga hearing aid.</p> <p>Tingnan ang seksyon na benepisyo ng pre-funded debit card para sa higit pang impormasyon.</p>	<p>Walang coinsurance o copayment kung ginagamit mo ang iyong card na .</p> <p>Maaaring ikaw ang mananagot sa para sa mga gastos kung lalampas ka sa iyong pinakamataas na buwanang allowance.</p> <p>Maaaring malapat ang mga limitasyon at pagbubukod.</p>
<p>Mga serbisyo sa bahagyang pagpapaospital at mga Masinsinang serbisyo sa outpatient</p> <p>Ang <i>bahagyang pagkakaospital</i> ay isang organisadong programa ng aktibong paggamot na may kinalaman sa pag-iisip na ibinibigay bilang outpatient na serbisyo sa ospital o ng isang center ng komunidad para sa kalusugan sa pag-iisip, na mas matindi kaysa sa pangangalagang natatanggap sa tanggapan ng iyong doktor, threrapist, lisensyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (LMFT), o lisensyadong propesyonal na tagapayo, at isang alternatibo sa pagkakaospital bilang pasyente.</p> <p>Ang <i>masinsinang serbisyo sa outpatient</i> 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 sa 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 iyong doktor, therapist, lisensyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (LMFT), o lisensyadong propesyonal na tagapayo, ngunit hindi kasingtindi ng bahagyang pagkakaospital.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.</p> <p>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</p>

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Personal emergency response system (PERS) (Karagdagan)***

Ang PERS ay isang in-home medical alarm system na maaaring humingi ng tulong sa iyo sa isang emergency. Kung kwalipikado ka, bibigyan ka ng mobile, cellular, o landline device at isang maliit na pendant na dapat isuot sa lahat ng oras. Ang palawit ay maaaring isuot sa leeg, pulso, o sinturon. Sa pamamagitan ng pagpindot ng isang button, maikokonekta ka sa isang Kinatawan ng Sentro ng Pag-aalaga sa kumpanya ng pagsusubaybay.

Available ang mga operator 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, at mananatili sa linya kasama mo sakaling magkaroon ng emergency. Kung kailangan man mo ng agarang serbisyong medikal o isang miyembro ng pamilya na tutulong sa iyo, bibigyan ka ng Kinatawan ng Caring Center ng tulong na kailangan mo.

Gamit ang iyong mobile o nasa bahay na PERS device, maaari mong i-activate ang iyong button para sa mga hindi agarang pangangailangan. Kung nalulungkot ka o gusto mong may makausap, kailangan mo ng tulong sa pag-iskedyul ng appointment sa iyong doktor, pagsasaayos ng transportasyon, o kailangan mo ng anupamang tulong, tutulungan ka ng Kinatawan ng Center ng Pangangalaga at maaaring ikonekta ka niya sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) Mga Serbisyo para sa Miyembro o sa iyong Tagapamahala ng Kaso upang matulungan kang makuha ang tulong na kailangan mo.

Magbabayad ka \$0 para sa benepisyong ito.

Ang iyong Tagapamahala ng Kaso ang magpapasya kung kwalipikado ka para sa benepisyong ito. Kinakailangan ang Paunang Awtorisasyon.

Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:

- Mga medikal na kinakailangang serbisyo sa pangangalagang medikal o operasyon na nakuha mo sa tanggapan ng isang doktor, sertipikadong ambulatory surgical center, departamento ng outpatient sa ospital, o anupamang lokasyon Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.
- Konsultasyon, pagsusuri, at paggamot ng isang espesyalista
- Mga pangunahing pagsusuri sa pandinig at balanse na isinagawa ng iyong PCP, kung utos ito ng doktor mo upang makita kung kailangan mo ng medikal na paggamot
- Ilang partikular na serbisyo ng telehealth, kabilang ang: Mga Serbisyo ng Rehabilitasyon ng Puso, Mga Serbisyo ng Doktor ng Pangunahing Pangangalaga, Mga Serbisyo ng Chiropractic, Mga Serbisyo ng Occupational Therapy, Mga Serbisyo ng Espesyalista, Mga Espesyal na Serbisyo ng Indibidwal na Sesyon para sa Kalusugan ng Pag-iisip, Mga Espesyal na Serbisyo ng Pang-grupong Sesyon para sa Kalusugan ng Pag-iisip, Mga Serbisyo sa Paa, Iba

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor**

pang Propesyonal sa Pangangalagang Pangkalusugan, Mga Serbisyo ng Psychiatric para sa Indibidwal na Sesyon, Mga Serbisyo ng Psychiatric para sa Pang-grupong Sesyon, Mga Serbisyo ng Physical Therapy at Speech-Language Pathology, Mga Indibidwal na Sesyon para sa Pag-abuso sa Paggamit ng Substansya bilang Outpatient.

- May opsyon kang makuha ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagbisita o sa pamamagitan ng telehealth. Kung pipiliin mong kunin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, dapat kang gumamit ng provider na nasa network na nag-aalok ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. Para makahanap ng provider na nasa network, bisitahin ang aming website sa centralhealthplan.com.
- Ang mga virtual na medikal na pagbisita ay mga medikal na pagbisita na inihahatid sa iyo sa labas ng mga medikal na pasilidad ng mga virtual provider na gumagamit ng mga kakayahan sa online na teknolohiya at live na audio/video.
- Tandaan: Hindi lahat ng kundisyong medikal ay maaaring gamutin sa pamamagitan ng mga virtual na pagbisita. Tutukuyin ng virtual na pagbisita sa doktor kung kailangan mong magpatingin sa isang personal na doktor para sa paggamot.
- Mga telehealth na serbisyo para sa mga buwanang pagbisitang nauugnay sa sakit sa bato na wala nang lunas para sa mga miyembro ng pagpapa-dialysis sa bahay sa isang renal dialysis center na nasa ospital o nasa critical access hospital, o sa bahay ng miyembro. Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.
- Mga serbisyo ng telehealth para mag-diagnose, matasa, o magamot ang mga sintomas ng stroke, hindi alintana ang iyong lokasyon.
- Mga serbisyo sa telehealth para sa mga miyembrong may sakit na dulot ng paggamit ng substance o kasabay na umiiral na karamdaman sa kalusugan ng pag-iisip, saanman ang kanilang lokasyon.
- Mga serbisyo sa telehealth para sa diagnosis, pagsusuri, at paggamot ng mga sakit sa kalusugan ng pag-iisip kung:
 - Mayroon kang personal na pagbisita sa loob ng 6 na buwan bago ang iyong unang pagbisita sa telehealth
 - Mayroon kang personal na pagbisita kada 12 buwan habang tinatangap ang mga serbisyong ito sa telehealth
 - Ang mga pagbubukod ay maaaring gawin sa itaas para sa ilang mga pangyayari

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor**

- Mga serbisyo sa telehealth para sa mga pagbisita para sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng Mga Rural na Klinikang Pangkalusugan at Kwalipikado sa Pederal na mga Sentro ng Kalusugan
- Mga virtual na pag-check-in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) kasama ang iyong doktor para sa 5-10 minuto **kung:**
 - Hindi ka bagong pasyente **at**
 - Ang pagpapatala ay hindi nauugnay sa isang pagbisita sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw **at**
 - Ang pag-check-in ay hindi hahantong sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 oras o sa available na pinakamaagang appointment
- Susuriin ang video at/o mga larawan na ipinapadala mo sa iyong doktor, at interpretasyon at pagsubaybay ng iyong doktor sa loob ng 24 oras **kung:**
 - Hindi ka bagong pasyente **at**
 - Ang pagtatasa ay hindi nauugnay sa isang pagbisita sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw **at**
 - Ang pagsusuri ay hindi hahantong sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 oras o sa available na pinakamaagang appointment
- Ang konsultasyon ng doktor mo sa iba pang mga doktor gamit ang telepono, internet, o elektronikong rekord ng kalusugan
- Ikalawang opinyon ng isa pang provider na nasa network bago ang isang operasyon
- Hindi regular na pangangalaga sa ngipin (ang mga saklaw na serbisyo ay limitado sa operasyon ng panga o kaugnay na mga istruktura, pag-aayos ng mga bali ng panga o buto ng mukha, pagbunot ng mga ngipin upang ihanda ang panga para sa mga radiation treatment ng sakit na neoplastic cancer, o mga serbisyong saklaw kapag ibinibigay ng isang doktor). Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.
- Mga serbisyo sa pagsubaybay sa tanggapan ng doktor o pasilidad ng ospital sa outpatient kung umiinom ka ng mga gamot laban sa pamumuo ng dugo, gaya ng Coumadin, Heparin, o Warfarin.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga serbisyo sa Podiatry (saklaw ng Medicare)**

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:

- Diyagnosis at medikal o operasyon na paggamot sa mga pinsala at sakit sa paa (tulad ng hammer toe o mga heel spur)
- Regular na pangangalaga sa paa para sa mga miyembrong may ilang partikular na kundisyong medikal na nakakaapekto sa ibabang paa

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

**Pre-exposure prophylaxis (PrEP) para sa pag-iwas sa HIV**

Kung wala kang HIV, ngunit natukoy ng iyong doktor o iba pang tagapangalaga ng kalusugan na ikaw ay nasa mataas na panganib na magkaroon ng HIV, sasaklawin namin ang gamot para sa pre-exposure prophylaxis (PrEP) at mga nauugnay na serbisyo.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyo na PrEP.

Kung kwalipikado ka, kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:

- Aprubado ng FDA na oral o itinuturok na PrEP na gamot. Kung tatanggap ka ng isang itinuturok na gamot, sasaklawin din namin ang bayad para sa pagtuturok ng gamot.
- Hanggang sa 8 indibidwal na session ng pagpapayo (kabilang ang pagtatasa sa panganib ng HIV, pag-iwas sa panganib na dulot ng HIV, at pag-inom ng gamot) tuwing 12 buwan.
- Hanggang sa 8 mga screening para sa HIV tuwing 12 buwan.

Isang beses na screening para sa hepatitis B virus.

**Mga eksaminasyong pag-screen para sa kanser sa prostate**

Para sa mga lalaking may edad na 50 pataas, kasama sa mga saklaw na serbisyo ang isang beses bawat 12 buwan:

- Isang digital na pagsusuri na pinapasok sa puwit
- Isang pagsusuri gamit ang antigen na partikular sa prostate (PSA)

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang PSA na pagsusuri.

Mga prosthetic at orthotic na aparato at mga kaugnay na kagamitan

Mga device (maliban sa para sa ngipin) na pamalit sa lahat o bahagi ng parte o paggana ng katawan. Kabilang dito ang, ngunit hindi limitado sa pagsusuri, pagsusukat, o pagsasanay sa paggamit ng mga prosthetic at orthotic na device; pati na rin ang mga colostomy bag at supply na direktang nauugnay sa pangangalaga ng colostomy, pacemaker, brace, prosthetic na sapatos, artipisyal na paa at prostheses sa suso (kabilang ang surgical na brassiere pagkatapos ng mastectomy). Kabilang ang ilang partikular na kagamitang nauugnay sa mga prosthetic na aparato, at pagkukumpuni at/o pagpapalit ng mga prosthetic na aparato. Kabilang

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa benepisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga prosthetic at orthotic na aparato at mga kaugnay na kagamitan**

din dito ang ilang pagsaklaw kasunod ng pagtanggap ng katarata o operasyon sa katarata – tingnan ang Pangangalaga sa Pangingin sa seksyong ito para sa higit pang detalye.

Mga serbisyo na pag-rehabilitate ng baga

Ang mga kumprehensibong programa ng pulmonary rehabilitation ay saklaw para sa mga miyembrong may katamtaman hanggang napakalubhang chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at isang utos para sa pulmonary rehabilitation mula sa doktor na gumagamot sa malalang sakit sa paghinga.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa benepisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

**Screening at pagpapayo para mabawasan ang maling paggamit ng alak**

Sasaklawin namin ang isang screening ng labis na pag-inom ng alak para sa mga nasa hustong gulang (kabilang ang mga buntis na babae) na labis na umiinom ng alak, ngunit hindi lulong rito.

Kung nagpositibo ka para sa maling paggamit ng alak, maaari kang makakuha ng hanggang 4 na mabilisang face-to-face na sesyon ng pagpapayo bawat taon (kung kaya mo at alerto ka habang nagpapapayo) na ibinigay ng kwalipikadong doktor ng pangunahing pangangalaga o practitioner sa isang setting ng pangunahing pangangalaga.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw ng Medicare na screening at pagpapayo upang bawasan ang benepisyong pang-iwas sa maling paggamit ng alak.

**Pag-screen para sa kanser sa baga na may low dose computed tomography (LDCT)**

Para sa mga kwalipikadong tao, sinasaklaw ang LDCT kada 12 buwan.

Ang mga kwalipikadong miyembro ay: mga taong may edad 50 – 77 taong gulang na walang mga palatandaan o sintomas ng kanser sa baga, ngunit may kasaysayan ng paninigarilyo ng tabako na hindi bababa sa 20 kaha-taon at kasalukuyang naninigarilyo o huminto sa paninigarilyo sa loob ng huling 15 taon, na nakatanggap ng nakasulat na utos para sa LDCT sa panahon ng isang pagpapayo sa pag-screen para sa kanser sa baga at pagbisita para sa magkasamang pagdedesisyon na nakakatugon sa pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagbisita at ibinigay ng isang doktor o kwalipikadong hindi doktor na practitioner.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagpapayo na saklaw ng Medicare at pagbisita para sa magkasamang pagdedesisyon o para sa LDCT.

Para sa mga screening para sa kanser sa baga gamit ang LDCT pagkatapos ng panimulang screening gamit ang LDCT: dapat makatanggap ang

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pag-screen para sa kanser sa baga na may low dose computed tomography (LDCT)**

miyembro ng nakasulat na bilin para sa screening sa kanser sa baga gamit ang LDCT, na Maaaring ibigay habang ginagawa ang anumang wastong pagpapatingin sa isang doktor o kwalipikadong practitioner na hindi doktor. Kung ang isang doktor o kwalipikadong hindi doktor na practitioner ay pumili na magbigay ng pagpapayo para sa pag-screen para sa kanser sa baga at pagbisita para sa magkasamang pagdedesiyon para sa mga susunod na pag-screen ng kanser sa baga gamit ang LDCT, ang pagbisita ay dapat tumugon sa mga pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagbisita.

**Screening para sa impeksyon ng Hepatitis C Virus**

Sasaklawin namin ang isang screening para sa Hepatitis C kung iniatas ng iyong doktor ng pangunahing pangangalaga o iba pang kwalipikadong provider ng pangangalaga ng kalusugan na magsaagawa ng isang pagsusuri at natutugunan mo ang isa sa mga kundisyong ito:

- Mataas ang panganib mo dahil ginamit o gumamit ka ng mga ipinagbabawal na itinuturok na gamot.
- Sinalinan ka ng dugo bago ang 1992.
- Ipinanganak ka sa pagitan ng 1945-1965.

Kung ipinanganak ka sa pagitan ng 1945-1965 at hindi itinuturing na mataas ang panganib, babayaran namin nang isang beses ang screening. Kung mataas ang panganib mo (halimbawa, patuloy kang gumagamit ng ipinagbabawal na itinuturok na gamot simula ng iyong nakaraang negatibong resulta sa screening para sa Hepatitis C), sasaklawin namin ang taunang screening.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga sinasaklaw na screening ng Medicare para sa Hepatitis C Virus.

**Pag-screen para sa mga impeksyon na naipapasa sa pakikipagtalik (sexually transmitted infection, STI) at pagpapayo para maiwasan ang mga STI**

Sinasaklaw namin ang mga pag-screen para sa mga impeksiyon na nakukuha sa pakikipagtalik (STI) para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at Hepatitis B. Ang mga pag-screen na ito ay sinasaklaw para sa mga buntis na kababaihan at para sa ilang partikular na tao na mas mataas ang panganib para sa isang STI kapag ang mga pagsusuri ay iniutos ng isang provider ng pangunahing pangangalaga. Sinasaklaw namin ang mga pagsubok na ito minsan sa bawat 12 buwan o sa ilang mga pagkakataon sa panahon ng pagbubuntis.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pag-screen na saklaw ng Medicare para sa mga STI at pagpapayo para sa mga benepisyong pang-iwas sa STI.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pag-screen para sa mga impeksyon na naipapasa sa pakikipagtalik (sexually transmitted infection, STI) at pagpapayo para maiwasan ang mga STI**

Sinasaklaw rin namin ang hanggang 2 indibidwal na 20 hanggang 30 minutong, harapan at napakasidhing sesyon ng pagpapayo para sa pag-uugali bawat taon para sa mga nasa hustong gulang na aktibo sa pakikipagtalik na nasa mataas na panganib na magkaroon ng STI. Sasaklawin lang namin ang mga sesyon ng pagpapayong ito bilang pang-iwas na serbisyo kung ibinibigay ang mga ito ng provider ng pangunahing pangangalaga at nagaganap sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga, tulad ng tanggapan ng doktor.

Mga serbisyo para gamutin ang sakit sa bato

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:

- Mga serbisyong edukasyon tungkol sa karamdaman sa bato upang ituro ang pangangalaga sa bato at tulungan ang mga miyembrong gumawa ng mga mabubuting desisyon tungkol sa kanilang pangangalaga. Para sa mga miyembro na may antas IV na malubhang sakit sa bato nang ini-refer ng kanilang doktor, sinasaklaw namin ang hanggang 6 na sesyon ng serbisyong pang-edukasyon tungkol sa sakit sa bato bawat tanang buhay
- Mga paggamot sa dialysis ng outpatient (kabilang ang mga paggamot sa dialysis kapag pansamantalang wala sa lugar ng serbisyo, tulad ng ipinaliwanag sa Kabanata 3, o kapag ang iyong provider para sa serbisyong ito ay pansamantalang hindi available o hindi naa-access)
- Mga dialysis na paggamot bilang pasyente (kung ikaw ay na-admit sa isang ospital bilang pasyenteng mananatili dito para sa espesyal na pangangalaga)
- Pagsasanay sa pagdialysis sa sarili, (kabilang ang pagsasanay para sa iyo at sinumang tumutulong sa iyo sa mga paggamot mo sa dialysis sa bahay)
- Kagamitan at mga supply sa dialysis sa bahay
- Ang ilang serbisyo sa suporta sa bahay (gaya ng mga kinakailangang pagbisita ng mga sinanay na manggagawa sa dialysis para suriin ang dialysis sa bahay mo, para tumulong sa mga emergency, at para suriin ang kagamitan mo sa dialysis at supply ng tubig)

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Ang ilang gamot para sa dialysis ay sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B. Para sa impormasyon tungkol sa saklaw para sa mga gamot sa Bahagi B, tingnan ang **mga gamot sa Medicare Part B** sa talahanayang ito.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga (SNF)**

(Para sa kahulugan ng pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, tingnan ang Kabanata 12 ng dokumentong ito. Ang mga pasilidad para sa bihasang pag-aalaga ay tinatawag minsan na mga SNF.)

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:

- Bahagyang-pribadong kuwarto (o pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan ito)
- Mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta
- Sinanay na serbisyo ng pag-aalaga
- Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy
- Mga gamot na ibinigay sa iyo bilang bahagi ng aming plano ng pangangalaga (kabilang dito ang mga substansiya na natural na nasa katawan, tulad ng mga salik na pampabuo ng dugo.)
- Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin. Ang pagsaklaw sa buong dugo at naka-pack na pulang selyula ay magsisimula lang sa uang pint ng dugong kailangan mo. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay tinatakpan simula sa unang pinta na ginamit.
- Mga medikal at surgical na supply na karaniwang ibinibigay ng mga SNF
- Mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga SNF
- X-ray at iba pang mga serbisyo sa radiology na karaniwang ibinibigay ng mga SNF
- Paggamit ng mga gamit tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga SNF
- Mga serbisyo ng doktor/propesyonal

Karaniwan kang makukuha ng pangangalaga sa SNF mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, sa ilalim ng mga partikular na kundisyong nakalista sa ibaba, maaari kang magbayad ng nasa network na pagbabahagi sa gastos para sa isang pasilidad na hindi provider na nasa network kung tatanggapin ng pasilidad ang mga halaga para sa pagbabayad ng aming plano.

- Isang nursing home o komunidad sa pagreretiro para sa patuloy na pangangalaga kung saan ka nakatira bago ka pa pumunta sa ospital (basta ito ay nagbibigay ng pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga)
- Ang isang SNF ay kung saan nakatira ang iyong asawa o kinakasama sa oras na umalis ka sa ospital

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa serbisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako (pagpapayo para sa paghinto sa paninigarilyo o paggamit ng tabako)**

Ang pagpapayo para sa paghinto sa paggamit ng tabako at paninigarilyo ay sinasaklaw para sa outpatient at mga pasyenteng nasa ospital na nakakatugon sa mga pamantayang ito:

- Gumagamit ng tabako, nagpapakita man sila ng mga senyales o sintomas ng sakit na nauugnay sa pananabako
- Nakikibahagi at alerto sa panahon ng pagpapayo
- Isang kwalipikadong doktor o iba pang doktor na kinikilala ng Medicare ang nagbibigay ng pagpapayo

Saklaw namin ang 2 pagtatangka ng pagtigil sa paggamit bawat taon (bawat pagtatangka ay maaaring may hanggang 4 na intermediate o intensive session, kaya't maaaring makakuha ang pasyente ng hanggang 8 session bawat taon.)

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw ng Medicare sa paninigarilyo at paggamit ng tabako na mga benepisyong pagpigil sa pagtigil.

Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyong para sa Mga May Malubhang Sakit

Kung na-diagnose ka na mayroon ng alinman sa (mga) sumusunod na malalang kundisyon na tinukoy sa ibaba at nakakatugon ka sa ilang partikular na pamantayan, maaari kang maging kwalipikado para sa mga espesyal na pandagdag na benepisyong para sa may malalang sakit.

Walang coinsurance o copayment, kung ginagamit mo ang iyong pre-funded debit card.

Maaaring kailanganin ang pakikilahok sa isang

- Mga karamdaman sa puso
- Malubhang pagpalya ng puso
- Dementia
- Diabetes mellitus
- Malubhang karamdaman sa baga
- Chronic kidney disease (CKD)
- Malubhang karamdaman sa pag-inom ng alak at iba pang karamdaman sa paggamit ng substansya *(substance use disorder, SUD)
- Kanser
- Autoimmune na sakit
- Labis na timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome
- Malubhang sakit sa tiyan
- Malubhang hematologic na sakit
- HIV/AIDS
- Malubha at nakakapanghinang kondisyon sa kalusugan ng isip
- Neurologic na sakit
- Stroke
- Post-organ transplantation
- Immunodeficiency at Immunosuppressive na karamdaman

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Mga Espesyal na Karagdagang Benepisyong para sa Mga May Malubhang Sakit**

- Mga kondisyon na nauugnay sa pagkasira ng cognitive
- Mga kondisyon na nagbibigay ng kahirapang kumilos
- Malubhang sakit na nakakaapekto sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, pandama, at pang-amoy
- Mga kundisyon na nangangailangan ng patuloy na serbisyo sa therapy upang mapanatili ng mga indibidwal ang kanilang kakayahang kumilos

Tutulungan ka namin sa pag-access sa mga benepisyong ito. Maaari mong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o ang iyong Coordinator ng Pangangalaga para simulan ang kahilingan mo o makakuha ng karagdagang impormasyon.

Tandaan: Sa pamamagitan ng paghiling sa benepisyong ito, pinapahintulutan mo ang mga kinatawan ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) na makipag-ugnayan sa'yo sa pamamagitan ng telepono, koreo o anupamang paraan ng komunikasyon gaya ng hayagang nakapahayag sa aplikasyon mo.

Kapag naaprubahan na, ang iyong pre-funded debit card ay awtomatikong lalagyan ng allowance na \$50 bawat buwan para gamitin sa mga benepisyong ng SSBCI. Ang anumang hindi magagamit na pondo sa katapusan ng bawat buwan ay hindi madadala sa susunod na buwan.

Pagkain at Produkto

Maaari mong gamitin ang allowance sa iyong pre-funded debit (MyChoice) card para sa iba't ibang mga brand-name at mga generic na produkto ng masustansyang pagkain sa iyong kalapit na tindahan, o online na may pagpapadala sa tahanan nang walang karagdagang bayad sa Members.NationsBenefits.com/Molina.

Mangyaring tingnan ang Pre-funded Debit Card (MyChoice Card) na seksyon para sa kompletong listahan ng benepisyong at mga serbisyo na kasama sa pinagsamang allowance.

Pinapangasiwaang Ehersisyong Therapy (SET)

Saklaw ang SET para sa mga miyembrong may sintomas na sakit sa peripheral artery (PAD).

Hanggang 36 na sesyon sa panahon ng 12-linggo kung natutugunan ang lahat ng kinakailangan sa SET.

Ang programang SET ay dapat na:

- Binubuo ng mga session na tumatagal ng 30-60 minuto, na binubuo ng programa ng therapeutic na ehersisyo at pagsasanay para sa PAD sa mga pasyenteng may claudication

programa para sa pamamahala ng pangangalaga. Ang mga miyembro ay dapat ding mayroong pirma ng doktor para sa pagsusuri batay sa kakulangan ng impormasyon sa medikal na kasaysayan.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Walang coinsurance o copayment para sa mga miyembrong karapat-dapat para sa benepisyong ito.

Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pinapangasiwaang Ehersisyong Therapy (SET)**

- Sa isang lugar ng ospital para sa pasyenteng hindi mananatili sa ospital o sa tanggapan ng doktor
- Na ibinibigay ng kwalipikadong pantulong na kawani na kailangan para tiyaking mahihigitan ng mga benepisyong mga panganib, at may kasanayan sa ehersisyong therapy para sa PAD
- Sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng isang doktor, kasama ng doktor, o nars na practitioner/espesyalistang klinikal na nars na sinanay sa parehong basic at advanced na mga diskarte sa pagsuporta sa buhay

Maaaring saklawin ang SET nang lampas sa 36 na sesyon sa loob ng 12 linggo para sa karagdagang 36 na sesyon sa loob ng pinahabang panahon kung ituturing na medikal na kinakailangan ng isang provider ng pangangalaga ng kalusugan.

Mga serbisyong agarang kinakailangan

Ang isang serbisyo na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon na sinasaklaw ng plano na hindi isang emergency ay isang agarang kinakailangang serbisyo kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo aming plano, o kahit na nasa loob ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano, kung hindi makatuwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon na kunin mo ang serbisyong ito mula sa mga provider na nasa network. Dapat saklawin ng aming plano ang mga serbisyong agarang kinakailangan at sisingilin ka lang dapat nito ng nasa network na pagbabahagi sa gastos. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay ang mga hindi inaasahang kundisyong medikal at pinsala o hindi inaasahang biglaang paglala ng mga umiiral na kundisyon. Ang mga regular na pagpapatingin sa provider na medikal na kinakailangan (tulad ng taunang pagsusuri) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.

Ang agarang kinakailangang pangangalaga sa labas ng United States (U.S.) ay maaaring saklaw ng pandaigdigang emergency/agarang benepisyon sa saklaw. Nag-aalok kami ng hanggang \$50,000 ng saklaw sa pandaigdigang emergency kada taon ng kalendaryo para sa pang-emergency na transportasyon, agarang pangangalaga, pang-emergency na pangangalaga, at pangangalaga pagkatapos gumaling. Tingnan ang “Pagsaklaw para sa pandaigdigang emergency/agarang pangangalaga” sa talaan na ito para matuto pa.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pangangalaga ng paningin (sinasaklaw ng Medicare)**

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:

- Mga serbisyo ng doktor para sa outpatient para sa pagsusuri at paggamot ng mga sakit at pinsala sa mata, kabilang ang paggamot para sa macular degeneration na nauugnay sa edad. Hindi sinasaklaw ng Original Medicare ang mga regular na pagsusuri sa mata (eye refraction ng) para sa mga salamin sa mata/contact.
- Para sa mga taong mataas ang panganib sa glaucoma, babayaran namin ang isang pag-screen para sa glaucoma bawat taon. Ang mga taong mataas ang panganib ng glaucoma ay kinabibilangan ng: mga taong may kasaysayan ng pamilya sa glaucoma, mga taong may diabetes, mga African-American na edad 50 at mas matanda, at mga Hispanic American na 65 o mas matanda.
- Para sa mga tao na may diabetes, saklaw ang pag-screen para sa diabetic retinopathy isang beses bawat taon.
- Isang pares ng salamin sa mata o contact lens pagkatapos ng bawat operasyon sa katarata na kinabibilangan ng paglalagay ng intraocular lens. Kung mayroon kang 2 magkahiwalay na operasyon sa katarata, hindi mo marereserba ang mga benepisyong pagkatapos ng unang operasyon at hindi ka makakabili ng 2 salamin pagkatapos ng pangalawang operasyon.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa benepisyong ito.

Pangangalaga sa paningin (Karagdagan) *

Nakipagsosyo kami sa isang Vendor para sa Paningin para mabigyan ka ng higit na halaga para sa iyong mga regular na pangangailangan sa paningin!

Walang coinsurance o copayment para sa benepisyong ito.

Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ng Supplemental Vision ang, ngunit hindi limitado sa:

Kabilang sa pagsaklaw ang:

- Isang regular na pagsusuri sa mata bawat taon ng kalendaryo
- Allowance para sa eyewear

Maaari mong gamitin ang iyong \$200 allowance para sa salamin sa mata para bumili ng:

- Mga contact lens*
- Mga salamin sa mata (mga lente at frame)
- Mga lens at / o frame ng salamin sa mata

*Kung pipiliin mo ang mga contact lens, ang iyong allowance para sa eyewear ay maaari ding gamitin upang bayaran ang lahat o bahagi ng iyong bayarin sa pagsukat ng contact lens. Responsibilidad mong

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)**Saklaw na Serbisyo****Ang babayaran mo****Pangangalaga sa paningin (Karagdagan) ***

magbayad para sa anumang pang-corrective na eyewear na lampas sa limitasyon ng plano sa allowance para sa eyewear.

\$0 copay para sa hanggang isang regular na pagsusuri sa mata (at repraksyon) para sa mga salamin sa mata bawat taon ng kalendaryo.

**Welcome to Medicare pagbisita para sa pag-iwas sa mga sakit**

Sinasaklaw ng aming plano ang minsanang Welcome sa Medicare na pagpapatinging pang-iwas sa sakit. Kasama sa pagpapatingin ang pagsusuri ng iyong kalusugan, pati na ang pagtuturo at pagpapayo tungkol sa mga pang-iwas na serbisyong kailangan mo (kabilang ang mga partikular na screening at iniksiyon), at mga referral para sa iba pang pangangalaga kung kinakailangan.

Mahalaga: Sasaklawin namin ang Welcome sa Medicare na pagpapatinging pang-iwas sa sakit sa unang 12 buwan ng pagkakaroon mo ng Medicare Part B. Kapag nagpa-appointment ka, ipaalam sa tanggapan ng iyong doktor na gusto mong iiskedyul ang iyong Welcome sa Medicare na pagpapatinging pang-iwas sa sakit.

Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pang-iwas na pagbisita na Welcome sa Medicare.

Pandaigdigang emergency/agarang saklaw (Karagdagan) *

Bilang dagdag na benepisyong, kasama sa saklaw mo ang hanggang \$50,000 kada taon ng kalendaryo para sa pandaigdigang emergency/agarang pangangalaga sa labas ng United States (U.S.)

Ang benepisyong ito ay limitado sa mga serbisyong maituturing na pang-emergency o agarang pangangalaga kung ibinigay ang pangangalaga sa U.S. Kasama sa pandaigdigang saklaw ang pang-emergency na pangangalaga o pangangalagang agarang kinakailangan, pang-emergency na transportasyon, pangangalagang agarang kinakailangan, pang-emergency na transportasyon ng ambulansya mula sa pinangyarihan ng emergency patungo sa pinakamalapit na pasilidad sa paggamot, at pangangalaga pagkatapos gumaling.

Sinasaklaw ang mga serbisyo ng ambulansya sa mga sitwasyon kung saan ang pagpunta sa emergency room sa anumang ibang paraan ay maaaring maglagay sa iyong kalusugan sa kapahamakan.

Kapag nangyari ang mga sitwasyong ito, hinihiling namin na tawagan mo kami o ang isang taong nag-aalaga sa iyo. Susubukan naming isaayos na kunin ng mga provider na nasa network ang iyong pangangalaga sa sandaling mapahihintulutan ng iyong kundisyong medikal at mga kalagayan.

Walang coinsurance o copayment para sa benepisyong ito.

Kung nakatanggap ka ng pang-emergency na pangangalaga sa labas ng U.S. at kailangan mo ng inpatient na pangangalaga pagkatapos maging stable ng iyong emergency na kondisyon, dapat kang bumalik sa isang ospital na nasa network para patuloy na masaklaw ang iyong pangangalaga O dapat kunin mo ang iyong inpatient na pangangalaga sa ospital na wala sa network na awtorisado ng plano. Ang iyong gastos ay ang na pagbabahagi sa gastos na babayaran mo sa isang

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)

Saklaw na Serbisyo	Ang babayaran mo
Pandaigdigang emergency/agarang saklaw (Karagdagan) *	
<p>Hindi saklaw ang transportasyon pabalik sa U.S mula sa ibang bansa. Ang regular na pangangalaga at mga paunang nakaiskedyul o elektibong pamamaraan ay hindi saklaw.</p>	<p>ospital na nasa network. Nalalapat ang maximum na plano.</p>
<p>Ang mga buwis sa ibang bansa at bayarin (kabilang ang ngunit hindi limitado sa, conversion ng pera o mga bayarin sa transaksyon) ay hindi saklaw.</p>	<p>Maaaring kailanganin mong maghain ng claim para sa reimbursement ng emergency/ agarang pangangalaga na natanggap sa labas ng U.S.</p>
<p>Ibig sabihin ng U.S. ay ang 50 estado, ang District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island, at American Samoa.</p>	<p>Nalalapat ang maximum ng plano na \$50,000 kada taon ng kalendaryo para sa benepisyong ito.</p>

Seksyon 2.1 Mga ekstrang opsyonal na pandagdag na benepisyo na maaari mong bilhin

[Isama ang seksyong ito kung nag-aalok ka ng mga opsyonal karagdagang benepisyo ng aming plano at ilarawan ang mga benepisyo sa ibaba. Dapat ipaliwanag ng mga plano kung paano naiiba ang mga benepisyong ito kaysa sa saklaw ng Medicaid at dapat isaad kung ang alinman sa mga opsyonal na karagdagang benepisyo ay saklaw ng Medicaid. Maaari mong isama ang seksyong ito alinman sa EOC o bilang isang kalakip sa EOC.]

Nag-aalok ang aming plano ng ilang karagdagang benepisyo na hindi sinasaklaw ng Original Medicare at hindi kasama sa iyong package ng mga benepisyo. Ang mga karagdagang benepisyong ito ay tinatawag na **Mga Opsyonal na Pandagdag na Benepisyo**. Kung gusto mo ang mga opsyonal na pandagdag na benepisyong ito, dapat kang mag-sign up para sa mga ito *[ilakip kung naaangkop: at maaaring kailangan mong magbayad ng karagdagang premium para sa mga ito]*. Ang mga opsyonal na karagdagang benepisyo na inilalarawan sa *[ilakip kung naaangkop: seksyong ito O ang nakapaloob na kalakip]* ay sumasailalim sa parehong proseso ng pag-apela gaya ng anupamang benepisyo.

[Ilakip ang mga partikular na opsyonal na benepisyo ng plano, mga premium, deductible, copayment, at coinsurance, at mga panuntunan gamit ang Chart ng Mga Benepisyong Medikal sa itaas. Ilakip ang mga partikular na pamamaraan ng plano kung paano pipiliin ang opsyonal na karagdagang saklaw, kabilang ang proseso ng aplikasyon at mga petsa ng pagiging epektibo, at kung paano ititigil ang opsyonal na karagdagang saklaw, kabilang ang pag-refund ng mga premium. Ilakip rin ang anumang paghihigpit sa muling pag-aaplay ng mga miyembro para sa opsyonal na karagdagang saklaw (hal., kinakailangang maghintay hanggang sa susunod na taunang Panahon ng Bukas na Pagpapatala).]

Seksyon 2.2 Kumuha ng pangangalaga gamit ang opsyonal na benepisyo ng bisita/ biyahero ng aming plano

[Kung ang aming plano ay nag-aalok ng programa ng bisita/manlalakbay sa mga miyembrong wala sa iyong lugar ng serbisyo, ilakip ang seksyong ito, iangkop at palawakin ang mga sumusunod na talata kung kinakailangan upang ilarawan ang mga benepisyo at panuntunan tungkol sa pagkuha ng saklaw sa labas ng lugar ng serbisyo, kabilang ang epekto batay sa mga kinakailangan ng Medicaid kung naaangkop Kung

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)

pinapahintulutan mo ang pinahabang panahon ng pagpapatala sa labas ng lugar ayon sa pagbubukod sa 42 CFR 422.74(b)(4)(iii) (para sa higit sa 6 na buwan hanggang 12 buwan), ipaliwanag din ito dito batay sa wikang iminungkahi sa ibaba.

Kung hindi ka permanenteng lilipat, ngunit patuloy kang magiging malayo mula sa lugar ng serbisyo ng aming plano sa loob ng mahigit sa 6 na buwan, dapat ka naming alisin sa pagkakatala sa aming plano. Gayunpaman, nag-aalok kami ng isang programa para sa mga bisita/manlalakbay [tukuyin ang mga lugar kung saan inaalok ang programa para sa mga bisita/manlalakbay], na magpapahintulot sa iyo na manatiling nakatala sa aming plano kapag ikaw ay nasa labas ng aming lugar ng serbisyo ng mas mababa sa 12 buwan. Sa ilalim ng aming programa ng bisita/manlalakbay maaari mong makuha ang lahat ng mga saklaw na serbisyo ng plano sa pagbabahagi sa gastos sa loob ng network. Makipag-ugnayan sa aming plano para sa tulong sa paghahanap ng provider kapag ginagamit ang benepisyong bisita/manlalakbay.

Kung ikaw ay nasa lugar ng bisita/manlalakbay, maaari kang manatiling nakatala sa aming plano sa loob ng 12 buwan. Kung hindi ka babalik sa lugar ng serbisyo ng plano sa loob ng 12 buwan, aalisin ka mula sa pagkakatala sa aming plano.]

SEKSYON 3 Mga saklaw na serbisyo sa labas ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

Bilang miyembro ng plan, mayroon kang saklaw sa ilalim ng Medicare Savings Program. Tumutulong ang Medicare Savings Program sa mga taong may limitadong kita sa mga gastos sa Medicare gaya ng mga premium o pagbabahagi sa gastos. Ang tulong sa mga gastos sa Medicare ay nakadepende sa iyong antas ng tulong. Mangyaring sumangguni sa talahanayan sa ilalim ng Kabanata 2, Seksyon 6 para sa iyong partikular na saklaw. Para sa ilan, nagbibigay ang Medicaid ng karagdagang tulong na may mga karagdagang benepisyong.

Para sa tulong sa Medicaid, maaari kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Ikalulugod naming tulungan ka. Maaari mo ring kaugnayin ang California Medicaid nang direkta. Makakahanap ka ng impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa California Department of Health Care Services sa Kabanata 2, Seksyon 6.

SEKSYON 4 Mga serbisyo na hindi sinasaklaw ng aming plano

Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung anong mga serbisyo ang hindi kasama.

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

Kung makakakuha ka ng mga serbisyon hindi kasama (hindi saklaw), dapat mong bayaran ang mga ito mismo maliban sa ilalim ng mga partikular na kundisyon na nakalista sa ibaba. Kahit matanggap mo ang mga hindi kasamang serbisyo sa isang pasilidad ng emergency, hindi pa rin sinasaklaw ang mga hindi kasamang serbisyo, at hindi babayaran ng aming plano ang mga ito. Ang tanging pagbubukod ay kung ang serbisyo ay inapela at napagpasyahan: sa pag-apela para maging isang serbisyon medikal na dapat ay binayaran o sinasaklaw namin dahil sa partikular na sitwasyon mo. (Para sa impormasyon tungkol sa pag-apela sa aming ginawang desisyon na huwag saklawin ang isang medikal na serbisyo, tingnan ang Kabanata 9, Seksyon 6.3.)

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)

Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare	Saklaw lamang sa ilalim ng mga partikular na kundisyon
Cosmetic surgery o mga pamamaraan	Sinasklaw sa mga kaso ng aksidenteng pinsala o para sa pagpapahusay ng paggana ng may ibang hubog na bahagi ng katawan Sinasklaw para sa lahat ng yugto ng muling pagpapagawa ng suso pagkatapos ng mastectomy, pati ng hindi apektadong suso para makagawa ng pantay na hitsura
Pantulong na pangangalaga Ang pantulong na pangangalaga ay isang personal na pangagalagang hindi nangangailangan ng patuloy na atensyon ng sanay na medikal o paramedikal na tauhan, tulad ng pangangalagang tumutulong sa iyo sa mga pang-araw-araw na gawain, gaya ng pagligo o pagbibihis	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
Mga pang-eksperimentong medikal at pang-operasyong pamamaraan, kagamitan, at mga gamot Mga panubok na pamamaraan at kagamitan ay mga gamit at pamamaraang tinukoy ng Original Medicare na huwag tanggapin, sa pangkalahatan, ng medikal na komunidad	Maaaring saklawin ng aming plano o ng Original Medicare sa ilalim ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare (Tingnan ang Kabanata 3, Seksyon 5 para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pag-aaral sa klinikal na pananaliksik)
Mga bayaring sinisingil sa iyong malalapit na kamag-anak o miyembro ng iyong sambahayan para sa pangangalaga	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
Buong panahon na pangangalaga ng nurse sa iyong tahanan	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
Kasama sa mga serbisyo ng homemaker ang pangunahing tulong sa sambahayan, kabilang ang magaanang gawaing bahay o paghahanda ng kaunting pagkain.	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
Mga serbisyo para sa naturopath (gumagamit ng mga natural o alternatibong paggamot)	Hindi saklaw sa anumang kundisyon

Kabanata 4: Talaan ng Mga Benepisyong Medikal (ano ang saklaw at ano ang babayaran mo)

Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare	Saklaw lamang sa ilalim ng mga partikular na kundisyon
Mga sapatos na orthopaedic o pansuportang kagamitan para sa mga paa	Mga sapatos na bahagi ng brace ng binti at kabilang sa halaga ng brace, Orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may diabetic na sakit sa paa.
Mga personal na gamit sa iyong kwarto sa ospital o sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, tulad ng telepono o ng telebisyon	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
Pribadong kwarto sa isang ospital	Sinasklaw lang kapag medikal na kinakailangan
Pag-reverse ng mga pamamaraan ng isterilisasyon at/o mga kontraseptibong supply na hindi nangangailangan ng reseta	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
Regular na pangangalaga ng chiropractic	Sinasklaw ang mano-manong pagmamanipla ng gulugod upang itama ang isang subluxation
Radial keratotomy, mga LASIK surgery, at iba pang pantulong sa mahinang paningin.	Nag-aalok ang planong ito ng karagdang saklaw ng paningin. Tingnan ang “Pangangalaga sa paningin” sa Talaan ng Mga Benepisyong, seksyon 2.1 ng Kabanatang ito para sa higit pang impormasyon.
Regular na pangangalaga sa paa	Ilang limitadong pagsaklaw na ibinibigay alinsunod sa mga alituntunin ng Medicare, (hal., kung mayroon kang diabetes)
Mga serbisyong itinuturing na hindi makatwiran at kinakailangan, ayon sa mga pamantayan ng Original Medicare	Hindi saklaw sa anumang kundisyon

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D**KABANATA 5:****Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D**** Paano ka makakakuha ng impormasyon tungkol sa iyong mga gastos sa gamot?**

Dahil karapat-dapat ka para sa Medicaid, kwalipikado ka para sa at makakakuha ng Extra Help mula sa Medicare upang bayaran ang mga gastos ng plano sa inireresetang gamot. Dahil nasa programa ka ng Extra Help, **ang ilang impormasyon sa *Ebidensya ng Saklaw na ito tungkol sa mga gastos para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi D* ay maaaring hindi nalalapat sa iyo.** Pinadalhan ka namin ng hiwalay na kalakip, na tinatawag na *Rider ng Ebidensya ng Saklaw para sa Mga Taong Nakakakuha ng Extra Help sa Pagbabayad ng Mga Inireresetang Gamot* (kilala rin bilang *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider*), na nagsasabi sa iyo tungkol sa iyong pagsaklaw sa gamot. Kung wala sa iyo ang kalakip na ito, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at hilingin ang LIS Rider. (Ang mga numero ng telepono para sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ay naka-print sa likod na takip ng dokumentong ito.)

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

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

Bukod pa sa mga gamot na saklaw ng Medicare, sinasaklaw rin ang ilang mga inireresetang gamot sa ilalim ng iyong mga benepisyo sa Medicaid.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagsaklaw sa gamot ng Medicaid, dapat kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o sa tanggapan ng Medicaid sa iyong Estado (nakalista ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6).

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

- Dapat kang resetahan ng provider (isang doktor, dentista, o iba pang tagapagreseta) na dapat ay valid sa ilalim ng naaangkop na batas ng estado.
- Ang iyong tagapagreseta ay hindi dapat nasa Mga Listahan ng Pagbubukod o Preclusion ng Medicare.
- Dapat kang gumamit ng isang parmasyang nasa network upang kunin ang iyong reseta (Tingnan ang Seksyon 2) o maaari mong makuha ang iyong reseta sa pamamagitan ng serbisyo ng mail order ng aming plano.)
- Ang iyong gamot ay dapat na nasa Listahan ng Gamot ng aming plano (Tingnan ang Seksyon 3).
- Ang iyong gamot ay dapat ginagamit para sa isang paggamit na medikal na tinatanggap. Ang “indikasyong medikal na tinatanggap” ay ang paggamit ng gamot na aprubado ng FDA o suportado ng mga partikular na sanggunian. (Tingnan ang Seksyon 3 para sa higit pang impormasyon tungkol sa indikasyong medikal na tinatanggap.)

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

- Ang iyong gamot ay maaaring mangailangan ng pag-apruba mula sa aming plano batay sa partikular na pamantayan bago namin ito saklawin. (Tingnan ang Seksyon 4 para sa higit pang impormasyon.)

SEKSYON 2 Punan ang iyong reseta sa isang parmasyang nasa network o sa pamamagitan ng aming serbisyong mail-order ng plano

Sa kadalasang kaso, sasaklawin lang ang iyong mga reseta kung bibilhin ito sa mga parmasyang nasa network ng aming plano. (Tingnan ang Seksyon 2.5 para sa impormasyon tungkol sa kung kailan namin sasaklawin ang mga reseta ng kinuha sa mga parmasyang wala sa network.)

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

Seksyon 2.1 Mga parmasyang nasa network

Maghanap ng isang parmasyang nasa network sa iyong lugar

Upang maghanap ng parmasyang nasa network, tingnan ang iyong *Direktoryo ng Parmasya*, bisitahin ang aming website (centralhealthplan.com), at/o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427.

Maaari mong gamitin ang alinman sa aming mga parmasyang nasa network.

Kung umalis ang iyong parmasya sa network

Kung umalis sa network ng aming plano ang parmasyang ginagamit mo, kakailanganin mong humanap ng bagong parmasyang nasa network. Upang maghanap ng ibang parmasya sa iyong lugar, humingi ng tulong mula sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o gamitin ang *Direktoryo ng Parmasya*. Makakahanap ka rin ng impormasyon sa aming website sa centralhealthplan.com.

Mga espesyalisadong parmasya

Minsan dapat mapunan ang mga reseta sa isang espesyal na parmasya. Kasama sa mga espesyal na parmasya ang:

- Mga parmasya na nagsu-supply ng mga gamot para sa infusion therapy sa bahay.
- Mga parmasya na nagsusupply ng mga gamot para sa mga residente ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (LTC), tulad ng pasilidad ng pag-aalaga. Kadalasan, ang isang pasilidad ng LTC (tulad ng isang bahay pagamutan) ay may sariling parmasya. Kung nahihirapan kayong makakuha ng inyong mga gamot sa Bahagi D sa isang pasilidad ng LTC, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711).
- Mga parmasya na nagsisilbi sa Indian Health Service /Tribal/Urban Indian Health Program (hindi available sa Puerto Rico). Maliban sa mga emergency, ang mga Native American o Alaska Native lamang ang maaaring gumamit ng mga parmasya na ito.

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

- 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 provider, o ng kaalaman tungkol sa paggamit ng mga ito. Upang humanap ng espesyalisadong parmasya, tingnan ang iyong *Direktoryo ng Parmasya* o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Seksyon 2.2 Ang aming serbisyong mail-order ng plano

Para sa ilang partikular na uri ng gamot, maaari mong gamitin ang serbisyong mail-order ng plano ng network. Karaniwan, ang mga gamot na ibinibigay sa pamamagitan ng mail order ay mga gamot na regular mong iniinom para sa malubha o pangmatagalang kundisyong medikal. Ang mga gamot na *hindi* available sa pamamagitan ng serbisyo sa mail-order ng plano ay minamarkahan bilang “**NM**” para sa No Mail Order sa aming “Listahan ng Mga Gamot.”

Ang serbisyong mail-order ng aming plano ay pinapayagan kang umorder ng **hanggang sa 100 araw na supply**.

Para makakuha ng mga order form at impormasyon tungkol sa pagpuno ng iyong mga reseta sa pamamagitan ng koreo, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o bisitahin ang aming website sa centralhealthplan.com.

Karaniwan ang isang mail-order na order sa parmasya ay ihahatid sa iyo sa loob ng hindi hihigit sa 14 na araw. Kung may agarang pangangailangan o naantala ang oras na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa tulong sa pagtanggap ng pansamantalang supply ng iyong reseta.

Mga bagong reseta na direktang nakukuha ng parmasya mula sa tanggapan ng doktor mo.

Pagkatapos makuha ng parmasya ang reseta mula sa isang provider ng pangangalaga ng kalusugan, makikipag-ugnayan ito sa iyo upang makita kung gusto mong mapunan kaagad ang gamot o sa ibang pagkakataon. Mahalagang tumugon ka sa tuwing makikipag-ugnayan sa iyo ang parmasya, para ipaalam sa kanila kung ipapadala, iaantala, o ihihinto ang bagong reseta.

Mga muling pagpunan (refill) sa mga resetang mail-order. Para sa mga refill ng iyong mga gamot, mayroon kang opsyon na mag-sign up para sa isang awtomatikong programa ng pag-refill. Sa ilalim ng programang ito, sisimulan naming iproseso ang iyong susunod na refill nang awtomatiko kapag ipinakita ng aming mga rekord na malapit na kang maubusan ng iyong gamot. Makikipag-ugnayan sa iyo ang parmasya bago ipadala ang bawat refill upang makatiyak na kailangan mo ng higit pang gamot, at maaari mong kanselahin ang mga refill kung may sapat na kang gamot o kung nagbago ang iyong gamot.

Kung pipiliin mong hindi gamitin ang aming programang auto-refill ngunit gusto mo pa ring ipadala sa iyo ng mail-order na parmasya ang iyong reseta, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong parmasya 14 na araw bago maubos ang kasalukuyang reseta mo. Titiyakin nito na maipapadala sa iyo ang iyong order sa tamang oras.

Para mag-opt out sa aming programa na awtomatikong naghahanda ng mga refill ng mail-order, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o bisitahin ang aming website sa centralhealthplan.com.

Kung awtomatiko kang nakatanggap ng supply sa pamamagitan ng koreo na hindi mo gusto, maaari karapat-dapat ka para sa refund.

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

Seksyon 2.3 Paano kumuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot?

Kapag nakakakuha ka ng pangmatagalang supply ng mga gamot, maaaring mas mababa ang iyong pagbabahagi sa gastos. Nag-aalok ang aming plano ng 2 paraan ng pagkuha ng pangmatagalang supply (tinatawag ding pinalawig na supply) ng mga maintenance na gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plano. (Ang mga maintenance na gamot ay ang mga gamot na regular mong ginagamit para sa isang malubha o pangmatagalang kundisyong medikal.)

- 1. Pinapayagan ka ng ilang retail na parmacya** sa aming network na kumuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot na pang-maintenance. Isinasaad sa iyo ng *Direktoryo ng Parmacya* kung aling mga parmacya sa aming network ang makakapagbigay sa iyo ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Maaari ka ring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa higit pang impormasyon.
- 2.** Maaari ka ring makatanggap ng mga maintenance na gamot sa pamamagitan ng aming programa sa mail-order. Tingnan ang Seksyon 2.3 para sa higit pang impormasyon.

Seksyon 2.4 Paggamit ng parmacyang wala sa network ng aming plano

Sa pangkalahatan, sinasaklaw *lang* namin ang mga gamot na kinuha sa isang parmacyang wala sa network kapag hindi mo pwedeng gamitin ang isang parmacyang nasa network. Mayroon din kaming mga parmacyang nasa network na nasa labas ng aming lugar ng serbisyo kung saan maaari mong kunin ang iyong mga reseta bilang miyembro ng aming plano. **Tumawag muna sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)** upang malaman kung mayroon bang parmacyang nasa network sa malapit.

Sinasaklaw namin ang mga reseta ng kinuha sa isang parmacyang wala sa network sa ilalim lamang ng mga sitwasyong ito:

- Kapag nauugnay ang reseta sa agarang kinakailangang pangangalaga
- Kapag nauugnay ang mga reseta na ito sa pangangalaga para sa isang medikal na emergency
- Kung ang saklaw ay limitado sa isang 31 araw na supply maliban kung ang reseta ay para sa mas kaunting bilang ng araw.

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

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D**SEKSYON 3 Ang iyong mga gamot ay kailangang nasa Listahan ng Mga Gamot ng aming plano****Seksyon 3.1 Sinasabi sa Listahan ng Mga Gamot kung aling mga gamot sa Bahagi D ang saklaw**

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

Ang mga gamot sa listahang ito ay pinili ng aming plano sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Ang listahan ay nakakatugon sa mga kinakailangan ng Medicare at naaprubahan ng Medicare.

Ipinapakita sa Listahan ng mga Gamot ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Bukod pa sa mga gamot na saklaw ng Medicare, sinasaklaw rin ang ilang mga inireresetang gamot sa ilalim ng iyong mga benepisyong sa Medicaid. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagsaklaw sa gamot ng Medicaid, dapat kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o sa tanggapan ng Medicaid sa iyong Estado (nakalista ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6).

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

- Aprubado ng FDA para sa diagnosis o sa kundisyon kung saan ito inireseta, o
- Sinusuportahan ng ilang partikular na mga sanggunian, gaya ng American Hospital Formulary Service Drug Information at ang DRUGDEX Information System.

Kabilang sa Listahan ng Mga Gamot ang mga branded na gamot, generic na gamot, at biological na produkto (na maaaring kabilang ang mga biosimilar).

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

Ang generic na gamot ay isang inireresetang gamot na may parehong aktibong sangkap gaya ng branded na gamot. Ang mga biological na produkto ay may mga alternatibong tinatawag na mga biosimilar. Karaniwan, ang mga generic na gamot at biosimilar ay kasing bisa ng mga branded na gamot o orihinal na produktong biyolohikal at karaniwang mas mura ang halaga. May mga pamalit na generic na gamot na available para sa maraming branded na gamot at biosimilar na alternatibo para sa ilang orihinal na produktong biyolohikal. Ang ilang mga biosimilar ay mga maaaring palitan na biosimilar at, depende sa batas ng estado, maaaring palitan para sa orihinal na produktong biyolohikal sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta, gaya ng mga generic na gamot na maaaring palitan para sa mga branded na gamot.

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

Mga over-the-counter na gamot

Sinasaklaw ng aming plano ang ilang partikular na mga over-the-counter na gamot. Ang ilang mga over-the-counter na gamot ay mas mura kaysa sa mga inireresetang gamot at mabisa rin. Para sa higit pang

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

impormasyon, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Mga gamot na wala sa Listahan ng Gamot

Hindi sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng mga inireresetang gamot.

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

Seksyon 3.2 *Anim (6) na tier ng pagbabahagi sa gastos para sa mga gamot na nasa Listahan ng Gamot*

Ang bawat gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plano ay nasa isa sa anim (6) tier ng pagbabahagi sa gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier, mas mataas ang gastos para sa gamot:

- Tier 1 - Preferred Generic
- Tier 2 - Generic
- Tier 3 - Preferred Brand
- Tier 4 - Non-Preferred na Gamot
- Tier 5 - Specialty Tier
- Tier 6 - Select Care Drugs

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

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

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

- Suriin ang pinakabagong Listahan ng Mga Gamot na ibinigay namin sa elektronikong paraan.
- Bisitahin ang website ng aming plano (centralhealthplan.com). Ang Listahan ng Mga Gamot sa aming website ay palaging napapanahon.
- Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman kung ang ilang partikular na gamot ang nasa aming Listahan ng Mga Gamot o upang humiling ng kopya ng listahan.
- Gamitin ang “Tool para sa Real Time na Benepisyo” ng aming plano (Caremark.com) upang hanapin ang mga gamot sa aming Listahan ng Gamot upang makakuha ng tantya kung ano ang babayaran ninyo at makita kung mayroon bang mga alternatibong gamot sa Listahan ng Gamot na maaaring makagamot sa parehong kundisyon. Maaari ka ring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

SEKSYON 4 Mga gamot na may mga paghihigpit sa pagsaklaw

Seksyon 4.1 Bakit may mga paghihigpit ang ilang gamot

Para sa mga partikular na mga inireresetang gamot, nililimitahan ng mga espesyal na panuntunan kung paano at kailan sasaklawin ng aming plano ang mga ito. Isang pangkat ng mga doktor at parmasyutiko ang bumuo ng mga panuntunang ito para hikayatin ka at ang iyong provider na gumamit ng mga gamot sa pinakamabisang paraan. Upang malaman kung ang alinman sa mga paghihigpit na ito ay nalalapat sa gamot na iyong iniinom o gusto mong inumin, tingnan ang Listahan ng Mga Gamot.

Kung may ligtas, mas murang gamot na kasing-bisa ng mas mahal na gamot, idinisenyo ang mga panuntunan ng aming plano para hikayatin ka at ang iyong provider na gumamit ng mas murang opsyon.

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

Seksyon 4.2 Mga uri ng paghihigpit

Ang mga seksyon sa ibaba ay nagsasabi sa iyo ng higit pa tungkol sa mga uri ng paghihigpit na ginagamit namin para sa ilang partikular na gamot.

Kung may paghihigpit para sa iyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na ikaw o ang iyong provider ay kailangang gumawa ng mga karagdagang hakbang para saklawin namin ang gamot. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang malaman kung ano ang maaari mong gawin o ng iyong provider upang makakuha ng saklaw para sa gamot. **Kung gusto mong alisin namin ang paghihigpit para sa iyo, kailangan mong gamitin ang proseso ng desisyon sa pagsaklaw at hilingin sa amin na gumawa ng eksepsiyon.** Maaari kaming sumang-ayon o hindi na bawiin ang paghihigpit para sa iyo. (Tingnan ang Kabanata 9)

Patiunang pagkuha ng pag-apruba ng plano

Para sa mga partikular na gamot, kailangan mo at ng iyong provider na kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano bago kami sumag-ayon na saklawin ang gamot para sa iyo. Ito ay tinatawag na **paunang awtorisasyon**. Ito ay inilalagay para matiyak ang kaligtasan ng gamot at tumulong sa paggabay sa angkop na paggamit ng ilang partikular na gamot. Kung hindi mo makuha ang pag-apruba ng ito, maaaring hindi saklawin ng aming plano ang iyong gamot. Maaaring makuha ang pamantayan ng paunang awtorisasyon ng aming plano sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o sa aming website centralhealthplan.com.

Pagsubok muna ng ibang gamot

Hinihikayat ka ng pangangailangang ito na sumubok ng mga gamot na kasing-bisa pero mas mura bago saklawin ng aming plano ang isa pang gamot. Halimbawa, kung ang Gamot A at Gamot B ay nakakagamot sa parehong kundisyong medikal at mas mura ang Gamot A, maaaring hilingin sa iyo ng aming plano na subukan muna ang Gamot A. Kung hindi mabisa ang Gamot A sa iyo, sasaklawin ng aming plano ang Gamot B. Ang kinakailangang ito na sumubok muna ng ibang gamot ay tinatawag na **step therapy**. Ang pamantayan ng step

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

therapy ng aming plano ay maaaring makuha sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o sa aming website MolinaHealthcare.com/Medicare.

Mga limitasyon sa dami

Halimbawa, puwede naming limitahan kung gaano karami ng gamot ang pwedeng makuha mo sa tuwing pupunan mo ang reseta mo. Halimbawa, kung karaniwang itinuturing na ligtas na uminom lang ng isang pill kada araw para sa isang partikular na gamot, maaari naming limitahan ang pagsaklaw sa iyong reseta sa hindi hihigit sa isang pill kada araw.

SEKSYON 5 **Ano ang maaari mong gawin kung ang isa sa iyong mga gamot ay hindi sakop sa paraang gusto mo**

May mga sitwasyon kung saan ang inireresetang gamot na iniinom mo, o na sa tingin mo o ng iyong provider ay dapat mong inumin, ay wala sa aming Listahan ng Gamot o may mga paghihigpit. Halimbawa:

- Ang gamot ay maaaring hindi saklaw ng lahat. O maaaring saklawin ang generic na bersyon ng gamot pero hindi ang sasaklawin branded na bersyon na gusto mong inumin.
- Sinasaklaw ang gamot, ngunit may mga karagdagang panuntunan o paghihigpit sa pagsaklaw para sa gamot na iyon.

Kung ang iyong gamot ay nasa tier ng pagbabahagi sa gastos na mas nagpapamahala sa iyong gastos kumpara sa palagay mong halaga nito, tingnan ang Seksyon 5.1 upang malaman kung ano ang maaari mong gawin.

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

- Maaari kang makakuha ng pansamantalang supply ng gamot.
- Maaari kang magpalit ng ibang gamot.
- Maaari kang humiling ng eksepsiyon at hilingin sa aming plano na saklawin ang gamot o alisin ang mga paghihigpit sa gamot.

Maaari kang makakuha ng pansamantalang supply

Sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon, dapat magbigay ang aming plano ng pansamantalang supply ng gamot na iniinom mo na. Ang pansamantalang supply na ito ay nagbibigay sa iyo ng oras para makipag-usap sa iyong provider tungkol sa pagbabago sa saklaw at magpasya kung ano ang gagawin.

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

- **Kung ikaw ay bagong miyembro**, sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot sa unang **90 araw** ng iyong pagiging miyembro sa aming plano.
- **Kung nakatala ka sa aming plano noong nakaraang taon**, sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot sa unang 90 araw ng taon ng kalendaryo.

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

- Ang pansamantalang supply na ito ay para sa maximum na 31 araw na supply. Kung ang inireseta sa iyo ay para sa mas kaunting bilang ng araw, papayagan namin ang maraming refill upang magbigay ng hanggang sa maximum na 31 araw ng gamot. Dapat punan ang reseta sa isang parmasyang nasa network. (Tandaan na maaaring paunti-unting ibigay ng parmasya sa pangmatagalang pangangalaga ang iyong gamot para maiwasan ang pag-aaksaya.)
- **Para sa mga miyembrong ng aming plano sa loob ng mahigit sa 90 araw at naninirahan sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga at nangangailangan kaagad ng supply:** Sasaklawin namin ang isang 31 araw na emergency na supply, o mas kaunti kung ang iyong reseta ay para sa mas kaunting bilang ng araw. Bukod pa ito sa pansamantalang supply sa itaas.
- Kung ikaw ay bagong residente ng pasilidad ng LTC at nakatala sa aming plano nang higit sa 90 araw at nangangailangan ng gamot na wala sa aming pormularyo o napapailalim sa iba pang paghihigpit, gaya ng step therapy o mga limitasyon sa dami (mga limitasyon sa dosis), sasaklawin namin ang pansamantalang 31 araw na pang-emergency na supply ng gamot na iyon (maliban kung ang reseta ay para sa mas kaunting araw) habang ang miyembro ay nagpapatuloy ng isang pagbubukod sa pormularyo. Available ang mga pagbubukod sa mga sitwasyon kung saan nakakaranas ka ng pagbabago sa antas ng pangangalaga na natatanggap mo na nangangailangan din sa iyo na lumipat mula sa isang pasilidad o sentro ng paggamot patungo sa isa pa. Sa ganitong mga pagkakataon, magiging kwalipikado ka para sa pansamantalang, isang beses na pagbubukod sa pagpuno kahit na ikaw ay nasa labas ng unang 90 araw bilang miyembro ng plano. Pakitandaang nalalapat lang ang aming patakaran sa pag-transition sa mga “Bahagi D” na gamot na binili sa isang parmasyang nasa network. Hindi maaaring gamitin ang patakaran sa pag-transition upang bumili ng hindi Bahagi D na gamot o ng gamot na wala sa network, maliban na lang kung magiging kwalipikado ka para sa access sa wala sa network.

Para sa mga tanong tungkol sa pansamantalang supply, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Sa panahon na gumagamit ka ng pansamantalang supply ng gamot, dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang magpasya kung ano ang gagawin kapag naubos ang pansamantalang supply mo. Mayroon kang 2 opsyon:

Opsyon 1. Maaari mong magpalit ng ibang gamot.

Kausapin ang iyong provider tungkol sa kung may iba bang gamot na sinasaklaw ng aming plano ang posibleng mabisa rin sa iyo. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang humingi ng listahan ng mga saklaw na gamot na nakakagamot sa parehong kundisyong medikal. Matutulungan ng listahang ito ang iyong provider na maghanap ng saklaw na gamot na posibleng mabisa para sa iyo.

Opsyon 2. Maaari kang humiling ng pagbubukod

Maari ka at ang iyong provider na humiling sa aming plano na gumawa ng eksepsiyon at saklawin ang gamot sa paraang gusto mo. Kung sinabi ng iyong provider na mayroon kang mga medikal na dahilan na nagpapatibay sa paghiling mo sa amin ng eksepsiyon, maaari kang tulungan ng iyong provider na humiling ng eksepsiyon. Halimbawa, maaari mong hilingin sa aming plano na saklawin ang isang gamot kahit na wala ito sa Listahan ng Gamot ng aming plano. O maaari mong hilingin sa aming plano na gumawa ng eksepsiyon at saklawin ang gamot nang walang paghihigpit.

Kung kasalukuyan kang miyembro at aalisin sa pormularyo ang gamot na iniinom mo o pinaghihigpitan ito sa ilang paraan sa susunod na taon, ipapaalam namin ang tungkol sa anumang pagbabago bago ang susunod na taon. Puwede kang humiling ng pagbubukod bago sumapit ang susunod na taon at magbibigay kami sa

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

iyong sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang iyong kahilingan (o ang pahayag ng suporta ng iyong tagapagreseta). Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan, pahihintulutan namin ang pagsaklaw sa gamot bago ipatupad ang pagbabago.

Kung gusto mo at ng iyong provider na humiling ng pagbubukod, pumunta sa Kabanata 9, Seksyon 7.4 upang malaman kung ano ang dapat gawin. Ipinapaliwanag nito ang mga pamamaraan at takdang petsang itinakda ng Medicare para tiyaking mapapangasiwaan agad at nang patas ang iyong kahilingan.

Seksyon 5.1 Ano ang dapat gawin kung ang iyong gamot ay nasa tier ng pagbabahagi sa gastos na sa palagay mo ay masyadong mataas

Kung ang iyong gamot ay nasa tier ng pagbabahagi sa gastos na sa palagay mo ay masyadong mataas, narito ang ilang bagay na maaari mong gawin:

Maaari mong magpalit ng ibang gamot.

Kung ang iyong gamot ay nasa tier ng pagbabahagi sa gastos na sa palagay mo ay masyadong mataas, makipag-usap sa iyong provider. Maaaring may ibang gamot sa mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos na maaaring mabisa para sa iyo. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang humingi ng listahan ng mga saklaw na gamot na nakakagamot sa parehong kundisyong medikal. Matutulungan ng listahang ito ang iyong provider na maghanap ng saklaw na gamot na posibleng mabisa para sa iyo.

Maaari kang humiling ng pagbubukod

Maaari kang humiling at ang iyong provider sa aming plano na gumawa ng eksepsiyon sa tier ng pagbabahagi sa gastos para sa gamot upang mas mababa ang iyong babayaran para rito. Kung sinabi ng iyong provider na mayroon kang mga medikal na dahilan na nagpapatibay sa paghiling mo sa amin ng eksepsiyon, maaari kang tulungan ng iyong provider na humiling ng eksepsiyon sa panuntunan.

Kung gusto mo at ng iyong provider na humiling ng eksepsiyon, pumunta sa Kabanata 9, Seksyon 7.4 kung ano ang dapat gawin. Ipinapaliwanag nito ang mga pamamaraan at takdang petsang itinakda ng Medicare para tiyaking mapapangasiwaan agad at nang patas ang iyong kahilingan.

Mga Gamot sa aming Tier 5 Hindi kwalipikado ang espesyalidad para sa ganitong uri ng pagbubukod. Hindi namin binabawasan ang halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa mga gamot sa antas na ito

SEKSYON 6 Maaaring magbago ang Listahan ng Mga Gamot namin sa buong taon

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

- **Magdagdag o mag-alis ng mga gamot mula sa Listahan ng Mga Gamot.**
- **Maglipat ng gamot sa mas mataas o mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos.**
- **Magdagdag o mag-alis ng paghihigpit sa saklaw para sa isang gamot.**
- **Palitan ang isang branded na gamot ng isang generic na bersyon ng gamot.**
- **Palitan ang orihinal na produktong biyolohikal ng isang napapalitang biosimilar na bersyon ng biological na produkto.**

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

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

Impormasyon sa mga pagbabago sa pagsaklaw sa gamot

Kapag nagkaroon ng mga pagbabago sa Listahan ng Mga Gamot, pino-post namin ang impormasyon sa aming website tungkol sa mga pagbabagong iyon. Regular din naming ina-update ang aming online na Listahan ng Mga Gamot. Minsan makakatanggap ka ng direktang abiso kung may ginawang mga pagbabago sa isang gamot na iniinom mo.

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

- **Pagdaragdag ng mga bagong gamot sa Listahan ng Mga Gamot at agarang pag-aalis o paggawa ng mga pagbabago sa isang katulad na gamot sa Listahan ng Mga Gamot.**
 - Maaari naming alisin kaagad ang isang gamot mula sa Listahan ng Gamot, ilipat ang katulad na gamot sa ibang tier ng bahagian sa gastos, magdagdag ng mga bagong paghihigpit, o pareho. Ang bagong bersyon ng gamot ay nasa pareho o mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos at may pareho o mas kaunting mga paghihigpit.
 - Gagawin lang namin ang mga agarang pagbabagong ito kung magdaragdag kami ng bagong generic na bersyon ng isang brand o magdaragdag ng ilang partikular na bagong bersyon ng biosimilar ng isang orihinal na biological na produkto na nasa Listahan ng Gamot.
 - Maaaring agaran naming gawin ang mga pagbabagong ito at ipaalam namin sa inyo pagkatapos, kahit na iniinom ninyo ang gamot na inalis namin o ginawan ng mga pagbabago. Kung iniinom ninyo ang katulad na gamot sa panahong ginawa namin ang pagbabago, ipapaalam namin sa inyo ang tungkol sa anumang partikular na pagbabagong ginawa namin.
- **Pagdaragdag ng mga bagong gamot sa Listahan ng Mga Gamot at agarang pag-aalis o paggawa ng mga pagbabago sa isang katulad na gamot sa Listahan ng Mga Gamot**
 - Kapag nagdaragdag ng isa pang bersyon ng isang gamot sa Listahan ng Mga Gamot, maaari naming alisin ang isang kagayang gamot mula sa Listahan ng Mga Gamot, ilipat ito sa ibang tier ng pagbabahagi sa gastos, magdagdag ng mga bagong paghihigpit, o pareho. Ang bersyon ng gamot na idaragdag namin ay nasa pareho o mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos at may pareho o mas kaunting mga paghihigpit.
 - Gagawin lang namin ang mga pagbabagong ito kung magdaragdag kami ng bagong generic na bersyon ng isang branded na gamot o magdagdag ng ilang partikular na bagong bersyon ng biosimilar ng isang orihinal na biological na produkto na nasa Listahan ng Gamot.
 - Ipapaalam namin sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang pagbabago o ipaalam namin sa iyo ang tungkol sa pagbabago at sasaklawin namin ang 31 araw na pagkuha ng bersyon ng gamot na iniinom mo.
- **Pag-aalis ng Mga Hindi ligtas na gamot at iba pang gamot sa Listahan ng Mga Gamot na inalis na sa merkado**
 - Minsan ang isang gamot ay maaaring ituring na hindi ligtas o alisin sa merkado para sa ibang dahilan. Kung mangyari ito, maaari naming alisin kaagad ang gamot sa Listahan ng Mga Gamot. Kung iniinom mo ang gamot na iyon, ipapaalam namin sa iyo pagkatapos naming gawin ang pagbabago.
- **Paggawa ng Iba pang pagbabago sa mga gamot sa Listahan ng Mga Gamot**

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

- Maaari kaming gumawa ng iba pang pagbabago kapag nagsimula na ang taon na makakaapekto sa mga gamot na iniinom mo. Halimbawa, nagbabase kami sa mga babala sa kahon ng FDA o mga bagong klinikal na alituntunin na kinikilala ng Medicare.
- Ipapaalam namin sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang mga pagbabagong ito o ipaalam namin sa iyo ang tungkol sa pagbabago at sasaklawin ang karagdagang 31 araw na pagkuha ng gamot na iniinom mo.

Kung gagawin namin ang alinman sa mga pagbabagong ito sa anumang mga gamot na iniinom mo, makipag-usap sa inyong tagapagreseta tungkol sa mga opsyong pinakamabisa para sa iyo, kasama ang pagpapalit ng ibang gamot para gamutin ang iyong kundisyon, o paghiling ng desisyon sa pagsaklaw para matugunan ang anumang bagong paghihigpit sa gamot na ginagamit mo. Ikaw o ang iyong tagareseta ay maaaring humiling sa amin ng pagbubukod upang maipagpatuloy ang pagsaklaw sa gamot o bersyon ng gamot na iyong iniinom. Para sa higit pang impormasyon kung paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang eksepsiyon, tingnan ang Kabanata 9.

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

Maaari kaming gumawa ng ilang partikular na pagbabago sa Listahan ng Gamot na hindi inilarawan sa itaas. Sa mga kasong ito, hindi nalalapat sa iyo ang pagbabago kung iniinom mo ang gamot noong ginawa ang pagbabago; gayunpaman, maaaring makakaapekto sa iyo ang mga pagbabagong ito simula Enero 1 ng susunod na taon ng plano kung mananatili ka sa parehong plano.

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

- Inilipat namin ang iyong gamot sa mas mataas na tier sa pagbabahagi ng gastos.
- Naglagay kami ng bagong paghihigpit sa paggamit ng gamot mo.
- Inalis namin ang iyong gamot sa Listahan ng Mga Gamot.

Kung mangyayari ang alinman sa mga pagbabagong ito para sa gamot na iniinom mo (maliban sa pagbawi sa merkado, isang generic na gamot na pinapalitan ang branded na gamot, o iba pang pagbabagong nakasaad sa mga seksyon sa itaas), ang pagbabago ay hindi makakaapekto sa iyong paggamit o kung ano ang babayaran mo bilang iyong bahagi sa gastos hanggang Enero 1 ng susunod na taon. Hanggang sa petsang iyon, malamang na hindi ka makakakita ng anumang pagtaas sa mga pagbabayad mo o anumang karagdagang paghihigpit sa paggamit mo ng gamot.

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

SEKSYON 7 Mga uri ng gamot na hindi namin sinasaklaw

Hindi kasama ang ilang uri ng mga inireresetang gamot. Ibig sabihin nito, hindi babayaran ng Medicare ang mga gamot na ito.

Kung umapela ka at ang hiniling na gamot ay napag-alamang hindi kabilang sa ilalim ng Bahagi D, babayaran o sasaklawin namin ito (Para sa impormasyon tungkol sa pag-apela ng isang desisyon, tingnan ang Kabanata 9). Kung ang gamot ay hindi isinasama ikaw ang dapat magbayad nito.

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

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

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

Bilang karagdagan, ayon sa batas, ang mga sumusunod na kategorya ng mga gamot na nakalista sa ibaba ay hindi sinasaklaw ng Medicare. Gayunpaman, ang ilan sa mga gamot na ito ay maaaring saklawin para sa iyo sa ilalim ng iyong pagsaklaw sa gamot ng Medicaid.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagsaklaw sa gamot ng Medicaid, dapat kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o sa tanggapan ng Medicaid sa iyong Estado (nakalista ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6).

- Mga gamot na hindi inireseta (tinatawag ding mga walang reseta na gamot)
- Mga gamot na ginagamit para itaguyod ang pertilidad
- Mga gamot na ginagamit para mapawi ang mga sintomas ng ubo o sipon*
- Mga gamot na ginagamit para sa mga layuning kosmetiko o para itaguyod ang pagtubo ng buhok
- Mga inireresetang bitamina at mineral na produkto, maliban sa prenatal na bitamina at mga paghahanda ng fluoride
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng sekswal o erectile dysfunction
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng anorexia, pagpababa ng timbang o pagpataas ng timbang
- Mga gamot para sa mga outpatient kung saan hinihiling ng tagagawa ng gamot na bilhin lamang sa kanila ang mga nauugnay na pagsusuri o mga serbisyo ng pagsubaybay bilang kundisyon ng pagbebenta

Kung nakakatanggap ka ng Extra Help sa pagbabayad ng iyong mga reseta, hindi babayaran ng Extra Help ang mga gamot na hindi karaniwang sinasaklaw. Kung mayroon kayong pagsaklaw ng gamot sa pamamagitan ng Medicaid, maaaring saklawin ng programa ng Medicaid ng inyong estado ang ilang inireresetang gamot na hindi karaniwang sinasaklaw ng plano ng gamot ng Medicare. Makipag-ugnayan sa programa ng Medicaid ng inyong estado para matukoy kung anong pagsaklaw sa gamot ang maaaring available para sa inyo. (Humanap ng mga numero ng telepono at impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa Medicaid sa Kabanata 2, Seksyon 6.)

SEKSYON 8 Paano punan ang isang reseta

Upang kunin ang iyong reseta, ibigay ang impormasyon ng pagiging miyembro mo sa aming plano na makikita sa iyong membership card ng plano sa parmasyang nasa network na pinili mo. Awtomatikong sisingilin ng parmasyang nasa network ang aming plano para sa aming bahagi ng gastos ng iyong gamot. Kakailanganin mong bayaran sa parmasya ang *iyong* bahagi ng gastos kapag kinuha mo ang iyong reseta.

Dapat mong ipakita ang iyong California member ID card ng plano ng Medicaid para punan ang mga resetang sinasaklaw ng Medicaid

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

Kung wala sa iyo ang impormasyon ng iyong pagiging miyembro sa aming plano, maaari kang tumawag sa aming plano o ang parmasya para kunin ang kinakailangang impormasyon, o maaari mong hilingin sa parmasya na hanapin ang iyong impormasyon ng pagpapatala sa aming plano.

Kung hindi makukuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, **maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga ng reseta kapag kinuha mo ito.** Maaari mong **hilingin sa amin na ibalik ang bayad sa iyo** para sa aming bahagi. Tingnan ang Kabanata 7, Seksyon 2 para sa impormasyon tungkol sa kung paano hilingin sa aming plano na ibalik ang iyong ibinayad.

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

Seksyon 9.1 Sa isang ospital o pasilidad para sa bihasang pag-aalaga para sa isang pananatili na saklaw ng aming plano

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

Seksyon 9.2 Bilang residente sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (long-term care, LTC)

Kadalasan, may sariling parmasya o may parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa lahat ng residente ng isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga (LTC), (gaya ng nursing home). Kung ikaw ay pasyente ng pasilidad ng LTC, maaari mong makuha ang iyong mga inireresetang gamot sa parmasya ng pasilidad o sa isang ginagamit nito, basta't ito ay bahagi ng aming network.

Tingnan ang iyong *Direktoryo ng Parmasya* para malaman kung bahagi ng aming network ang parmasya ng pasilidad ng LTC mo o ang parmasyang ginagamit nito. Kung hindi, o kung kailangan mo ng higit pang impormasyon o tulong, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Kung ikaw ay nasa pasilidad ng LTC, dapat naming tiyaking nakasanayan mong tinatanggap ang iyong mga benepisyo sa Bahagi D sa pamamagitan ng aming network ng mga parmasya ng LTC.

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

Seksyon 9.3 Kung nakakakuha ka rin ng pagsaklaw sa gamot mula sa isang plano ng employer o grupo ng mga retirado

Kung mayroon kang ibang pagsaklaw sa gamot mula sa employer mo (o ng iyong asawa o kinakasama) o sa grupo ng mga retirado, makipag-ugnayan sa **tagapangasiwa ng mga benepisyo ng grupong iyon.** Matutulunga ka nilang maunawaan kung paano makakatulong sa aming plano ang iyong kasalukuyang pagsaklaw sa gamot.

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

Sa pangkalahatan, kung ikaw ay may saklaw mula sa isang grupo ng mga empleyado o retirado, ang pagsaklaw sa gamot na makukuha mo mula sa amin ay magiging *pangalawa* sa iyong panggrupong saklaw. Ibig sabihin nito, ang iyong panggrupong saklaw ang unang magbabayad.

Espesyal na paalala ukol sa maaasahang saklaw:

Kada taon, dapat kang padalhan ng iyong employer o pangkat ng retirado ng abiso na nagsasabi sa iyo kung kinikilala ang iyong pagsaklaw sa gamot para sa susunod na taon ng kalendaryo.

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

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

Seksyon 9.4 Kung ikaw ay nasa hospisyo na sertipikado ng Medicare

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

Kung sakaling bawiin mo ang paghahalal sa iyo sa hospisyo o mapalabas ka mula sa hospisyo, dapat saklawin ng aming plano ang mga gamot mo gaya ng ipinaliwanag sa dokumentong ito. Upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa isang parmasya sa oras na matapos ang iyong benepisyo sa hospisyo ng Medicare, magdala ng dokumentasyon sa parmasya upang mapatunayang wala ka na sa hospisyo.

SEKSYON 10 Mga programa para sa kaligtasan sa droga at pamamahala ng mga gamot

Nagsasagawa kami ng mga pagsusuri sa paggamit ng droga para sa aming mga miyembro para makatulong na matiyak na nakakakuha sila ng ligtas at naaangkop na pangangalaga.

Magbabayad ka ng copay sa tuwing kukuha ka ng inireresetang gamot. Regular din naming sinusuri ang aming mga rekord. Sa panahon ng mga pagsusuring ito, naghahanap kami ng mga potensyal na problema gaya ng:

- Posibleng mga error sa gamot
- Mga gamot na maaaring hindi kailangan dahil umiinom ka ng isa pang kagayang gamot upang gamutin ang parehong kundisyon
- Mga gamot na maaaring hindi ligtas o angkop dahil sa edad o kasarian mo
- Ang ilang partikular na kumbinasyon ng mga gamot na maaaring makapinsala sa iyo kung iniinom nang sabay
- Mga reseta para sa mga gamot na may mga sangkap na allergic ka

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

- Mga posibleng pagkakamali sa dami (dosis) ng gamot na iniinom mo
- Hindi ligtas na dami ng mga gamot sa pananakit ng opioid

Kung may makita kaming posibleng problema sa paggamit mo ng mga inireresetang gamot, makikipagtulungan kami sa iyong provider upang itama ang problema.

Seksyon 10.1 Programa sa Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program, DMP) upang tulungan ang mga miyembro na ligtas na gamitin ang mga opioid na gamot

Isang programa na tumutulong na tiyaking ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang madalas na inaabusong mga gamot. Tinatawag ang programang ito na Drug Management Program (DMP). Kung gumagamit ka ng mga gamot na opioid na nakukuha mo mula sa ilang tagareseta o parmasya, o kung nagkaroon ka kamakailan ng labis na dosis ng opioid, maaari naming kausapin ang iyong tagareseta upang matiyak na naaangkop ang paggamit mo ng mga gamot na opioid at medikal itong kinakailangan. Sa pakikipagtulungan sa iyong tagareseta, kung magpapasya kami na hindi ligtas ang paggamit mo ng mga resetang opioid o benzodiazepine na gamot, maaari naming limitahan ang iyong pagkuha ng mga gamot na iyon. Kung ilalagay ka namin sa aming DMP, ang mga limitasyon ay maaaring:

- Nangangailangan sa iyo na kunin ang lahat ng reseta mo para sa mga gamot na opioid o benzodiazepine mula sa partikular na (mga) parmasya
- Kailangang kunin mo ang lahat ng iyong reseta para sa mga opioid o benzodiazepine na gamot mula sa partikular na (mga) tagareseta
- Paglilimita sa dami ng mga opioid o benzodiazepine na gamot na sasaklawin namin para sa iyo

Kung pinaplano naming limitahan kung paano mo makukuha ang mga gamot na ito o kung gaano karami ang puwede mong kunin, papadalhan ka namin ng sulat nang maaga. Sasabihin sa iyo ng sulat kung lilimitahan namin ang saklaw ng mga gamot na ito para sa iyo, o kung kakailanganin mong kumuha ng mga reseta para sa mga gamot na ito mula lamang sa isang partikular na tagareseta o parmasya. Magkakaroon ka ng pagkakataon para sabihin sa amin kung sinong mga tagapagreseta o parmasya ang gusto mong gamitin, at ang tungkol sa anumang iba pang impormasyon na sa tingin mo ay mahalagang malaman namin. Pagkatapos kang bigyan ng pagkakataong tumugon, kung magpapasya kaming limitahan ang saklaw sa iyo para sa mga medikasyong ito, magpapadala kami sa iyo ng isa pang sulat na nagkukumpirma sa limitasyon. Kung sa tingin mo ay nagkamali kami o hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon o sa limitasyon, ikaw at ang iyong tagareseta ay may karapatang umapela. Kung maghahain ka ng apela, susuriin namin ang iyong kaso at bibigyan ka ng bagong desisyon. Kung patuloy naming tatanggihan ang anumang bahagi ng kahilingan mo na nauugnay sa mga limitasyon na nalalapat sa iyong access sa mga gamot, awtomatiko naming ipapadala ang kaso mo sa isang hiwalay na tagasuri sa labas ng aming plano. Pumunta sa Kabanata 9 para sa impormasyon tungkol sa kung paano humiling ng apela.

Hindi ka ilalagay sa aming DMP kung mayroon kang ilang partikular na kundisyong medikal, tulad ng aktibong sakit na nauugnay sa kanser o sakit sa sickle cell, tumatanggap ka ng hospisyo, palliative, o katapusan ng buhay na pangangalaga, o nakatira sa isang pangmatagalang pangangalaga pasilidad.

Kabanata 5: Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D

Seksyon 10.2 Pamamahala ng Therapy ng Gamot (Medication Therapy Management, MTM) na programa upang tulungan ang mga miyembro na pamahalaan ang mga gamot

Mayroon kaming programa na makakatulong sa aming mga miyembro na may mga kumplikadong pangangailangan sa kalusugan. Ang aming programa ay tinatawag na Medication Therapy Management (MTM) o Pamamahala ng Therapy ng Gamot. Boluntaryo at libre ang programang ito. Binuo ng isang pangkat ng mga pharmacist at doktor ang programa para sa amin upang makatulong na tiyaking pinakamalaking mga benepisyo ang nakukuha ng aming mga miyembro sa mga gamot na iniinom nila.

Ang ilang mga miyembrong may partikular na malubhang sakit at umiinom ng mga gamot na lampas sa isang partikular na mga gastos sa gamot o nasa DMP, para tulungan silang gamitin ang kanilang mga opioid sa ligtas na paraan, ay maaaring makakuha ng mga serbisyo sa pamamagitan ng programa ng MTM. Kung kwalipikado ka para sa programa, bibigyan ka ng parmasyutiko o iba pang propesyonal sa kalusugan ng kumprehensibong pagsusuri sa lahat ng gamot mo. Sa panahon ng pagsusuri, maaari mong pag-usapan ang mga gamot mo, ang iyong mga gastos, at anumang mga problema o tanong mo tungkol sa mga reseta mo at walang reseta na gamot. Makakakuha ka ng nakasulat na buod na may inirerekumendang listahan ng dapat gawin na kinabibilangan ng mga hakbang na dapat mong gawin para makuha ang pinakamahasag na mga resulta mula sa mga gamot mo. Isang listahan ng personal na gamot na kinabibilangan ng lahat ng gamot na ginagamit mo, kung gaano karami ang ginagamit mo, at kailan, at bakit mo ginagamit ang mga ito. Bilang karagdagan, makakatanggap ang mga miyembrong nasa programa ng MTM ng impormasyon tungkol sa ligtas na pagtatapon ng mga inireresetang gamot na mga kontroladong sangkap.

Magandang ideya na makipag-usap sa doktor mo tungkol sa plano sa pagkilos at listahan ng gamot mo. Dalhin ang iyong plano ng pagkilos at listahan ng gamot sa iyong pagbisita o anumang oras na makikipag-usap ka sa iyong mga doktor, parmasisita, at iba pang mga provider ng pangangalaga ng kalusugan. Panatilihin mo ding napapanahon ang iyong listahan ng gamot at palaging dalhin (halimbawa, kasama ng iyong ID) kung pupunta ka sa ospital o emergency room.

Kung mayroon kaming programang naaangkop sa iyong mga pangangailangan, awtomatiko ka naming itatala sa programa at padadalhan ka namin ng impormasyon. Kung magpasya kang huwag makilahok, abisuhan kami at aalisin namin ka. Para sa mga tanong tungkol sa programang ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D**KABANATA 6:****Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D****SEKSYON 1 Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D**

Ginagamit namin ang salitang “gamot” sa kabanatang ito upang tukuyin ang inireresetang gamot sa Part D. Hindi lahat ng gamot ay mga gamot ng Part D. Ibinukod ng batas ang ilang gamot sa pagsaklaw sa Part D. Ang ilan sa mga gamot na hindi kasama sa saklaw ng Bahagi D ay saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Part B.

Upang maunawaan ang impormasyon sa pagbabayad, kailangan mong malaman kung anong mga gamot ang saklaw, kung saan mo puwedeng kumpletuhin ang iyong mga reseta, at kung anong mga tuntunin ang dapat sundin kapag kinukuha mo ang iyong mga saklaw na gamot. Ipinaliliwanag ng Kabanata 5 ang mga alituntuning ito. Kapag ginamit mo ang “Tool para sa Real-Time na Benepisyo” ng aming plano para maghanap ng pagsaklaw sa gamot (centralhealthplan.com), ang halagang makikita mo ay isang pagtatantya sa mga gastos mula sa sariling bulsa na inaasahang babayaran mo. Maaari ka ring makakuha ng impormasyong ibinigay sa “Tool para sa Real-Time na Benepisyo” sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Paano ka makakakuha ng impormasyon tungkol sa iyong mga gastos sa gamot kung nakakakuha ka ng Extra Help sa iyong mga gastos sa inireresetang gamot sa Bahagi D?

Dahil kwalipikado ka para sa Medicaid, kwalipikado ka para sa at nakakakuha ng Extra Help mula sa Medicare upang bayaran ang iyong mga sa plano sa inireresetang gamot. Dahil mayroon kang Extra Help, **maaaring hindi naaangkop sa iyo ang ilang impormasyon sa Ebidensya ng Saklaw na ito tungkol sa mga gastos para sa inireresetang gamot sa Bahagi D.** Nagpadala kami sa iyo ng hiwalay na kalakip, na tinatawag na *Rider ng Ebidensya ng Saklaw para sa mga Taong Nakakatanggap ng Karagdagang Tulong sa Pagbabayad ng mga Resetang Gamot* (na kilala din bilang *Low-Income Subsidy Rider* o ang *LIS Rider*), na nagsasabi sa iyo tungkol sa iyong pagsaklaw sa gamot. Kung hindi mo natanggap ang kalakip na ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humiling ng *LIS Rider*.

Seksyon 1.1 Gamitin ang kabanatang ito kasama ng iba pang mga materyales na nagpapaliwanag ng iyong pagsaklaw sa gamot.**Seksyon 1.2 Mga uri ng sariling gastos na maaari mong bayaran para sa mga saklaw na gamot**

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

- Ang **deductible** ay ang halagang babayaran mo para sa mga gamot bago simulang bayaran ng aming plano ang aming bahagi para dito.

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

- Ang **Copayment** ay ang fixed na halaga na babayaran mo sa tuwing kukuha ka ng reseta.
- Ang **Coinsurance** ay ang porsyento ng kabuuang halaga na babayaran mo sa tuwing kukuha ka ng reseta.

Seksyon 1.3 Paano kinakalkula ng Medicare ang iyong sariling mga gastos

May mga panuntunan ang Medicare tungkol sa kung ano ang maituturing at hindi maituturing na bahagi ng iyong gastos mula sa sariling bulsa.

Narito ang mga patakaran na kailangan nating sundin upang subaybayan ang iyong sariling mga gastos.

Ang mga pagbabayad na ito ay kabilang sa iyong sariling mga gastos

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

- Ang halaga na binabayaran mo para sa mga gamot kapag ikaw ay nasa alinman sa mga sumusunod na yugto sa pagbabayad ng gamot:
 - Ang Yugto ng Deductible
 - Ang Yugto ng Panimulang Pagsaklaw
- Anumang pagbabayad na ginawa mo sa loob ng taon ng kalendaryong ito bilang miyembro ng ibang plano sa gamot ng Medicare bago kayo sumali sa aming plano
- Anumang pagbabayad para sa mga gamot na ginawa ng kapamilya o mga kaibigan
- Anumang pagbabayad para sa inyong mga gamot ng Extra Help mula sa Medicare, mga planong pangkalusugan ng employer o union, Indian Health Service, mga AIDS drug assistance programs, State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) at mga kawanggawa

Paglipat tungo sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw:

Kapag nakagastos ka na (o ang nagbabayad sa ngalan mo) ng kabuuang \$2,100 sa mga gastos na mula sa sariling bulsa sa loob ng taon ng kalendaryo, lilipat ka mula sa Yugto ng Panimulang Pagsaklaw papunta sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw.

Ang mga bayad na ito ay hindi kasama sa iyong mga gastos mula sa sariling bulsa

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

- Mga gamot na binibili mo sa labas ng United States at mga teritoryo nito.
- Mga gamot na hindi sinasaklaw ng aming plano.
- Mga gamot na nakuha mo mula sa isang parmasyang wala sa network na hindi nakakatugon sa mga kinakailangan ng aming plano para sa pagsaklaw na wala sa network
- Mga gamot na hindi Bahagi D, kabilang ang mga inireresetang gamot na sinasaklaw ng Bahagi A o Bahagi B at iba pang gamot na hindi kasama sa saklaw ng Medicare.
- Mga pagbabayad na ginagawa mo para sa mga inireresetang gamot na hindi karaniwang sinasaklaw sa isang Plano sa Gamot ng Medicare.

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

- Mga bayad para sa iyong mga gamot na ginawa ng mga partikular na plano ng insurance at mga programang pangkalusugan na pinondohan ng pamahalaan tulad ng TRICARE at ng Administrasyon ng Kalusugan ng mga Beterano (Veterans Health Administration o VA)
- Mga pagbabayad para sa iyong mga gamot na ginawa ng isang third-party na may legal na obligasyong magbayad para sa mga gastos sa reseta (halimbawa, kabayaran sa manggagawa).
- Mga binayaran ng mga tagagawa ng gamot sa ilalim ng Manufacturer Discount Program

Paalala: Kung binayaran ng anumang iba pang organisasyon katulad ng mga nakalista sa itaas ang bahagi o lahat ng iyong mga gastos mula sa sariling bulsa para sa mga gamot, kailangan mo itong ipaalam sa aming plano sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Pagsubaybay sa iyong mga gastos mula sa sariling bulsa

- Kabilang sa *Paliwanag ng mga Benepisyo sa Bahagi D* (Explanation of Benefits o EOB) na matatanggap mo ay ang kasalukuyang total ng iyong mga gastos mula sa sariling bulsa. Kapag umabot na ang halagang ito sa \$2,100, ipapaalam sa iyo ng *EOB ng Bahagi D* na wala ka na sa Yugto ng Paunang Saklaw at lumipat ka na sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw.
- **Tiyaking taglay namin ang impormasyon na kailangan namin.** Tingnan ang Seksyon 3.1 upang malaman kung ano ang maaari mong gawin upang makatulong na matiyak na kumpleto at napapanahon ang aming mga ulat tungkol sa iyong mga nagastos.

SEKSYON 2 Mga yugto ng pagbabayad sa gamot para sa mga miyembro ng Central Health Dual Access Plan(HMO D-SNP)

May **3 yugto ng pagbabayad sa gamot** para sa iyong pagsaklaw sa gamot sa ilalim ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP). Kung magkano ang iyong babayaran para sa bawat reseta ay depende kung nasaang yugto ka kapag kinukuha o nagre-refill ka ng reseta. Ipinapaliwanag ang mga detalye ng bawat yugto sa kabanatang ito. Ang mga Yugto ay:

Yugto 1: Yearly Yugto ng Deductible

Yugto 2: Yugto ng Panimulang Pagsaklaw

Yugto 3: Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw

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

Sinusubaybayan ng aming plano ang iyong mga gastos sa inireresetang gamot at ang mga pagbabayad na ginawa mo sa tuwing kumukuha ka ng reseta sa parmasya. Sa ganitong paraan, masasabi namin sa iyo kapag lilipat ka na sa kasunod na yugto ng pagbabayad ng gamot. Sinusubaybayan namin ang 2 uri ng gastos

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

- **Mga Gastos Mula sa Sariling Bulsa:** ito ang kabuuang halaga na iyong binayaran. Kabilang dito ang kung ano ang binayaran mo noong kumuha ka ng sinasaklaw na gamot sa Bahagi D, anumang pagbabayad para sa iyong mga gamot na ginawa ng kapamilya o mga kaibigan, at anumang pagbabayad na ginawa para sa iyong mga gamot ng Extra Help 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 (State Pharmaceutical Assistance Program o SPAP).
- **Kabuuang Mga Gastos sa Gamot:** ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad na ginawa para sa iyong mga saklaw na gamot sa Bahagi D. Kasama rito kung ano ang binayaran ng aming plano, kung ano ang binayaran mo, at kung ano ang binayaran ng iba pang programa o organisasyon para sa iyong mga saklaw na gamot sa Bahagi D.

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

- **Impormasyon para sa buwan na iyon.** Nagbibigay ang ulat na ito ng mga detalye ng pagbabayad tungkol sa mga reseta na kinuha mo noong nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot, kung ano ang binayaran ng aming plano, at kung ano ang binayaran mo at ng iba pang nagbayad para sa iyo.
- **Mga kabuuan para sa taon mula noong Enero 1.** Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot at kabuuang pagbabayad para sa iyong mga gamot simula sa pagsisimula ng taon.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot.** Ipapakita nito ang kabuuang presyo ng gamot, at impormasyon tungkol sa mga pagbabago ng presyo mula sa una mong pagkuha para sa bawat reseta sa parehong dami.
- **Available na mga alternatibong reseta na mas mura.** Ipinapakita nito ang impormasyon tungkol sa iba pang available na gamot na may mas mababang pagbabahagi sa gastos para sa bawat kukuning reseta, kung naaangkop

Seksyon 3.1 Padadalhan kami sa iyo ng buwanang buod na tinatawag na Paliwanag ng Mga Benepisyo sa Bahagi D (ang Part D Explanation of Benefits, EOB)

Sinusubaybayan ng aming plano ang iyong mga gastos sa inireresetang gamot at ang mga pagbabayad na ginawa mo sa tuwing kumuha ka ng reseta sa parmasya. Sa ganitong paraan, masasabi namin sa iyo kapag lilipat ka na sa kasunod na yugto ng pagbabayad ng gamot. Sinusubaybayan namin ang 2 uri ng gastos

- **Mga Gastos Mula sa Sariling Bulsa:** ito ang kabuuang halaga na iyong binayaran. Kabilang dito ang kung ano ang binayaran mo noong kumuha ka ng sinasaklaw na gamot sa Bahagi D, anumang pagbabayad para sa iyong mga gamot na ginawa ng kapamilya o mga kaibigan, at anumang pagbabayad na ginawa para sa iyong mga gamot ng Extra Help 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 (State Pharmaceutical Assistance Program o SPAP).
- **Kabuuang Mga Gastos sa Gamot:** ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad na ginawa para sa iyong mga saklaw na gamot sa Bahagi D. Kasama rito kung ano ang binayaran ng aming plano, kung ano ang binayaran mo, at kung ano ang binayaran ng iba pang programa o organisasyon para sa iyong mga saklaw na gamot sa Bahagi D.

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

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

- **Impormasyon para sa buwan na iyon.** Nagbibigay ang ulat na ito ng mga detalye ng pagbabayad tungkol sa mga reseta na kinuha mo noong nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot, kung ano ang binayaran ng aming plano, at kung ano ang binayaran mo at ng iba pang nagbayad para sa iyo.
- **Mga kabuuan para sa taon mula noong Enero 1.** Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot at kabuuang pagbabayad para sa iyong mga gamot simula sa pagsisimula ng taon.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot.** Ipinapakita nito ang kabuuang presyo ng gamot, at impormasyon tungkol sa mga pagbabago ng presyo mula sa una mong pagkuha para sa bawat reseta sa parehong dami.
- **Available na mga alternatibong reseta na mas mura.** Ipinapakita nito ang impormasyon tungkol sa iba pang available na gamot na may mas mababang pagbabahagi sa gastos para sa bawat kukuning reseta, kung naaangkop

Seksyon 3.2 Tulungan kaming panatilihin ang aming impormasyon tungkol sa mga pagbabayad mo sa gamot

Upang subaybayan ang iyong mga gastos sa gamot at ang mga binayaran mo para sa mga gamot, gumagamit kami ng mga rekord mula sa mga parmasya. Narito kung paano mo kami matutulungan na panatilihin tama at napapanahon ang impormasyon mo:

- **Ipakita ang iyong kard ng pagiging miyembro sa tuwing kukuha ka ng reseta.** Makakatulong ito sa amin na matiyak na alam namin ang tungkol sa mga reseta ng kinuha mo at kung ano ang binayaran mo.
- **Tiyaking taglay namin ang impormasyon na kailangan namin.** May mga pagkakataon na maaari mong bayaran ang buong halaga ng isang inireresetang gamot. Sa ganitong kaso, hindi namin awtomatikong kukunin ang impormasyong kailangan namin para masubaybayan ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa. Upang matulungan kaming subaybayan ang iyong sariling mga gastos, bigyan kami ng mga kopya ng iyong mga resibo. **Mga halimbawa kung kailan dapat mo kaming bigyan ng mga kopya ng iyong mga resibo:**
 - Kapag bumili ka ng saklaw na gamot sa isang parmasyang nasa network sa espesyal na presyo o gumamit ng card ng dikwento na hindi bahagi ng benepisyo ng plano namin
 - Kapag nagbayad ka ng copayment para sa mga gamot na ibinigay sa ilalim ng programa sa tulong sa pasyente ng manufacturer ng gamot.
 - Anumang oras na bumili ka ng mga saklaw na gamot sa mga parmasyang wala sa network o nagbayad ka nang buong presyo ng isang saklaw na gamot sa ilalim ng mga espesyal na pagkakataon.
 - Kung sinisingil ka para sa saklaw na gamot, maaari mong hilingin sa aming plano na bayaran ang aming bahagi sa gastos. Para sa mga tagubilin kung paano ito gagawin, pumunta sa Kabanata 7, Seksyon 2.
- **Ipadala sa aming ang impormasyon tungkol sa mga binayaran ng ibang tao para sa iyo.** Ang mga pagbabayad na ginawa ng iba pang tao at mga organisasyon ay binibilang din sa iyong mga gastos mula sa sariling bulsa. Halimbawa, ang mga pagbabayad na ginawa ng isang AIDS drug assistance program (ADAP), ng Indian Health Service, at karamihan ng mga kawanggawa ay napapabilang sa iyong mga gastos na mula sa sariling bulsa. Panatilihin ang isang talaan ng mga pagbabayad na ito at ipadala ang mga ito sa amin para masubaybayan namin ang mga gastos mo.

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

- **Tingnan ang nakasulat na ulat na ipinadala namin sa iyo.** Kapag natanggap mo ang *EOB ng Bahagi D*, suriin ito upang matiyak na kumpleto at wasto ang impormasyon. Kung sa tingin mo ay may kulang o kung may mga tanong kayo, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Maaaring ma-access ng mga miyembro ng plan ang kanilang mga EOB online sa Caremark.com. Tiyaking panatilihin ang mga ulat na ito.

SEKSYON 4 Ang Yugto ng Deductible

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

Tingnan ang hiwalay na kalakip (ang LIS Rider) para sa impormasyon tungkol sa halaga ng iyong deductible.

Kung hindi ka nakakatanggap ng Extra Help, ang Yugto ng Deductible ang unang yugto ng pagbabayad para sa iyong pagsaklaw sa gamot. Magsisimula ang yugtong ito kapag pinunan mo ang iyong unang reseta ng taon. Kapag nasa yugtong ito ka sa pagbabayad, **dapat mong bayaran ang buong gastos ng iyong mga gamot** hanggang sa maabot mo ang halaga ng deductible ng aming plano, na \$550 para sa 2026. Ang deductible ay hindi nalalapat sa mga saklaw na produkto ng insulin at karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D na pang-adulto, kabilang ang mga shingle, tetanus, at mga bakuna sa paglalakbay. Magbabayad ka ng taunang deductible ng \$550 sa mga Tier 3-5 na gamot. **Dapat mong bayaran ang buong gastos ng iyong mga Tier 3-5 na gamot** hanggang sa maabot mo ang halaga ng deductible ng aming plano. Para sa lahat ng iba pang mga gamot, hindi mo kinakailangang magbayad ng anumang deductible. Kadalasang mas mababa ang **kabuuang gastos** kaysa sa karaniwang buong presyo ng gamot, dahil naipagkasundo ng aming plano ang mga mas mababang gastos para sa halos lahat ng gamot sa mga parmasyang nasa network. Ang kabuuang halaga ay hindi dapat lumampas sa maximum na patas na presyo at ang bayad sa pagpapalabas ng gamot na itinakda para sa mga gamot na may naipagkasundong presyo sa ilalim ng Medicare Drug Price Negotiation Program.

Kapag nakapagbayad ka na ng \$550 para sa iyong mga Tier 3-5 na gamot, aalis ka sa Yugto ng Deductible at lilipat sa Yugto ng Panimulang Pagsaklaw.

SEKSYON 5 Ang Yugto ng Panimulang Pagsaklaw

Seksyon 5.1 Ang ibinabayad mo para sa isang gamot ay depende sa gamot at kung saan mo kinukuha ang iyong reseta

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

Ang aming plano ay mayroong anim (6) tier ng pagbabahagi sa gastos

Ang bawat gamot na nasa Listahan ng Gamot ng aming plano ay nasa isa sa anim (6) tier ng pagbabahagi sa gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang bilang ng tier ng pagbabahagi sa gastos, mas mataas ang gastos mo para sa gamot:

- Tier 1 - Preferred Generic

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

- Tier 2 - Generic
- Tier 3 - Preferred Brand
- Tier 4 - Non-Preferred na Gamot
- Tier 5 - Specialty
- Tier 6 - Select Care Drugs

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

Ang mga pili mong parmasya

Ang halagang babayaran mo para sa isang gamot ay nakadepende kung saan mo kukunin ang gamot:

- Retail pharmacy sa network
- Isang parmasyang wala sa network ng aming plano. Sinasaklaw namin ang mga reseta na kinumpleto sa mga parmasyang wala sa network sa mga limitadong sitwasyon lamang. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 upang malaman kung kailan namin sasaklawin ang mga reseta ng kinuha sa mga parmasyang wala sa network.
- Mail-order na parmasya ng aming plano.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pagpipiliang parmasyang ito at sa pagkuha ng inyong mga reseta, pumunta sa Kabanata 5 o sa *Direktoryo ng Provider/Parmasya* ng aming plano.

Seksyon 5.2 Ang iyong mga gastos para sa isang buwan na supply ng saklaw na gamot

Sa panahon ng Yugto ng Panimulang Pagsaklaw, ang iyong bahagi sa gastos ng saklaw na gamot ay magiging copayment o coinsurance.

Ang iyong mga gastos para sa isang buwan na supply ng saklaw na gamot sa Bahagi D

Dahil kwalipikado ka para sa Medicaid, kwalipikado ka para sa at nakakakuha ng Extra Help mula sa Medicare upang bayaran ang iyong mga sa plano sa inireresetang gamot. Dahil nasa programa ka ng Extra Help, ang ilang impormasyon sa Ebidensya ng Saklaw na ito tungkol sa mga gastos para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi D ay maaaring hindi nalalapat sa iyo. Pinadalhan ka namin ng hiwalay na insert, na tinatawag na Rider ng Ebidensya ng Saklaw para sa Mga Taong Nakakakuha ng Extra Help sa Pagbabayad ng Mga Inireresetang Gamot (kilala rin bilang Low Income Subsidy Rider o LIS Rider), na nagsasabi sa iyo tungkol sa iyong pagsaklaw

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

sa gamot. Kung wala sa iyo ang kalakip na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro at hilingin ang LIS Rider.

Tier	Karaniwang pagbabahagi sa gastos sa retail na nasa network (hanggang 31-araw na suplay)	Paghahati sa gastos sa mail-order (hanggang 31-araw na suplay)	Pagbabahagi sa gastos para sa pangmatagalang pangangalaga (Long-term care, LTC) (hanggang 31-araw na suplay)	Pagbabahagi sa gastos sa labas ng network (Limitado ang saklaw sa ilang partikular na mga sitwasyon; tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.) (hanggang 31-araw na suplay)
Tier 1 ng Pagbabahagi sa Gastos (Piniling Generic)	\$0	\$0	\$0	\$0
Tier 2 ng Pagbabahagi sa Gastos (Generic)	\$0, \$1.60, o \$2 na copay para sa para sa lahat ng gamot bawat reseta	\$0, \$1.60, o \$2 na copay para sa para sa lahat ng gamot bawat reseta	\$0, \$1.60, o \$2 na copay para sa para sa lahat ng gamot bawat reseta	\$0, \$1.60, o \$2 na copay para sa para sa lahat ng gamot bawat reseta
Tier 3 ng Pagbabahagi sa Gastos (Piniling Brand)	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.
Tier 4 ng Pagbabahagi sa Gastos (Piniling Gamot)	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

Tier	Karaniwang pagbabahagi sa gastos sa retail na nasa network (hanggang 31-araw na suplay)	Paghahati sa gastos sa mail-order (hanggang 31-araw na suplay)	Pagbabahagi sa gastos para sa pangmatagalang pangangalaga (Long-term care, LTC) (hanggang 31-araw na suplay)	Pagbabahagi sa gastos sa labas ng network (Limitado ang saklaw sa ilang partikular na mga sitwasyon; tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.) (hanggang 31-araw na suplay)
Tier 5 ng Pagbabahagi sa Gastos (Specialty Tier)	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.
Tier 6 ng Pagbabahagi sa Gastos (Piliin ang Mga Gamot sa Pangangalaga)	\$0	\$0	\$0	\$0

Tingnan ang Seksyon 8 para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagbabahagi sa gastos para sa mga bakuna sa Bahagi D.

Seksyon 5.3 Kung nagreseta ang iyong doktor ng mas mababa sa buong buwan na supply, maaaring hindi mo kailangang bayaran ang halaga ng buong buwan na supply.

Karaniwang sinasaklaw ng halagang binabayaran mo para sa isang gamot ang isang buwang supply. Maaaring may mga pagkakataon na gusto mo o ng iyong doktor na magkaroon ka ng mas mababa sa isang buwan na supply ng gamot (halimbawa, kapag sumusubok ka ng gamot sa unang pagkakataon) Maaari mo ring hilingin sa iyong doktor na magreseta, at ang iyong pharmacist na magbigay, mas mababa sa buong buwan na supply kung makakatulong ito sa iyo na mas mahusay na magplano ng mga petsa ng pag-refill.

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

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

- Kung ikaw ang mananagot para sa coinsurance, magbabayad ka ng *porsyento* ng kabuuang halaga ng gamot. Dahil ang coinsurance ay nakabatay sa kabuuang halaga ng gamot, ang iyong gastos ay magiging mas mababa dahil ang kabuuang halaga para sa gamot ay magiging mas mababa.
- Kung may pananagutan ka sa copayment ng gamot, babayaran mo lamang ang para sa bilang ng mga araw ng mga gamot na natanggap mo sa halip na ang buong buwan. Kakalkulahin namin ang halagang babayaran mo bawat araw para sa iyong gamot (ang “pang-araw-araw na halaga ng pagbabahagi sa gastos”) at i-multiply ito sa bilang ng mga araw ng gamot na nakukuha mo.

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

Para sa ilang mga gamot, makakakuha ka ng pangmatagalang supply (tinatawag ding pinahabang supply). Ang pangmatagalang supply ay hanggang 100araw na supply.

Ang iyong mga gastos para sa pangmatagalang supply ng saklaw na gamot sa Bahagi D

Tier	Karaniwang paghahati sa gastos sa retail (sa loob ng network) (100araw na supply)	Paghahati sa gastos sa mail-order (100araw na supply)
Tier 1 ng Pagbabahagi sa Gastos (Piniling Generic)	\$0	\$0
Tier 2 ng Pagbabahagi sa Gastos (Generic)	\$0, \$1.60, o \$4 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta	\$0, \$1.60, o \$4 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta
Tier 3 ng Pagbabahagi sa Gastos (Piniling Brand)	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.
Tier 4 ng Pagbabahagi sa Gastos (Piniling Gamot)	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.
Tier 5 ng Pagbabahagi sa Gastos (Specialty Tier)	Hindi available ang pangmatagalang supply para sa mga gamot sa tier five (5).	Hindi available ang mail-order para sa pangmatagalang supply ng mga gamot sa tier five (5).

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

Tier	Karaniwang paghahati sa gastos sa retail (sa loob ng network) (100araw na supply)	Paghahati sa gastos sa mail-order (100araw na supply)
Tier 6 ng Pagbabahagi sa Gastos (Piliin ang Mga Gamot sa Pangangalaga)	\$0	\$0

Seksyon 5.5 Mananatili ka sa Yugto ng Panimulang Pagsaklaw hanggang sa umabot ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa para sa taon sa \$2,100

Mananatili ka sa Yugto ng Panimulang Pagsaklaw hanggang sa umabot ang iyong kabuuang gastos mula sa sariling bulsa ng \$2,100. Pagkatapos ay lilipat ka na sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw.

Ang EOB ng *Bahagi D* na matatanggap mo ay makakatulong na masubaybayan mo kung magkano na ang iyong nagastos, ng aming plano, at ng anumang ikatlong partido sa ngalan mo sa buong taon. Hindi maaabot ng lahat ng miyembro ang \$2,100 na limitasyon ng gastos mula sa sariling bulsa sa loob ng isang taon.

Ipapaalam namin sa iyo kung naabot mo na ang halagang ito. Tingnan ang Seksyon 1.3 para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano kinakalkula ng Medicare ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa.

SEKSYON 6 Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw

Sa Yugto ng Catastrophic na *Pagsaklaw*, wala kang babayaran para sa saklaw mong mga gamot sa Bahagi D. Mapupunta ka sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw kapag umabot na ang iyong gastos na mula sa sariling bulsa sa \$2,100 na limitasyon para sa taon ng kalendaryo. Kapag ikaw ay nasa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw, mananatili ka sa yugtong ito ng pagbabayad hanggang matapos ang taon ng kalendaryo.

Sa yugto ng pagbabayad na ito, wala kang babayaran para sa iyong mga saklaw na gamot sa Bahagi D.

SEKSYON 7 Ang babayaran mo para sa mga bakuna sa Part D

Mahalagang mensahe tungkol sa kung ano ang binabayaran mo para sa mga bakuna – Ang ilang bakuna ay itinuturing na mga benepisyong medikal at sinasaklaw sa ilalim sa Bahagi B. Ang ilang bakuna naman ay itinuturing na mga gamot sa Bahagi D. Maaari mong mahanap ang mga bakunang ito na nakalista sa Listahan ng Gamot ng aming plano. Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna ng nasa hustong gulang sa Bahagi D nang wala kang babayaran. Tingnan ang Listahan ng Gamot ng aming plano o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa mga detalye tungkol sa pagsaklaw at pagbabahagi sa gastos sa mga partikular na bakuna.

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

- Ang unang bahagi ay ang bayad **ng bakuna mismo**.
- Ang ikalawang bahagi ay para sa bayad ng **pagtuturok sa iyo ng bakuna**. (Kung minsan, tinatawag itong “pangangasiwa” ng bakuna.)

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

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

1. Kung inirerekomenda ng isang organisasyon na tinatawag na Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) ang bakuna para sa mga matatanda.

- Ang karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto ay inirerekomenda ng ACIP at wala kang babayaran dito.

2. Saan mo makukuha ang bakuna?

- Ang mismong bakuna ay maaaring ibigay ng parmasya o ibigay ng tanggapan ng doktor.

3. Sino ang magbibigay sa iyo ng bakuna?

- Isang parmasyutiko o ibang provider ang maaaring magbigay ng bakuna sa parmasya. O, maaari itong ibigay ng isang provider sa tanggapan ng doktor.

Ang babayaran mo sa panahong makuha mo ang bakuna sa Bahagi D ay maaaring magkakaiba depende sa mga sitwasyon at kung nasa aling **yugto ng pagbabayad ng gamot** ka.

- Kapag nagpabakuna ka, maaaring kailangan mong bayaran ang buong gastos para sa bakuna mismo at sa gastos para sa provider na nagbakuna sa iyo. Maaari mong hingin sa aming plano na bayaran ka para sa aming bahagi sa gastos. Para sa karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, nangangahulugan itong ibabalik sa iyo ang kabuuang gastos na iyong binayaran.
- Sa ibang pagkakataon, kapag nakakuha ka ng bakuna, babayaran mo lang ang iyong bahagi sa gastossa ilalim ng iyong benepisyong sa Bahagi D. Para sa karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, wala kang babayaran.

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

Sitwasyon 1: Kinuha mo ang bakuna sa Bahagi D sa parmasyang nasa network. (Kung mayroon ka ng pagpipilian na ito ay depende sa kung saan ka nakatira. Hindi pinapayagan ng ilang estado ang mga parmasya na magbigay ng ilang partikular na bakuna.)

- Para sa karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, wala kang babayaran.
- Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, babayaran mo sa parmasya ang iyong coinsurance O copayment para sa mismong bakuna na kinabibilangan ng gastos ng pagbibigay sa iyo ng bakuna.
- Babayaran ng aming plan ang natitira sa mga gastos.

Sitwasyon 2: Kinuha mo ang iyong bakuna sa Bahagi D sa tanggapan ng iyong doktor.

- Kapag nagpabakuna ka, maaaring kailangan mong bayaran ang buong gastos para sa bakuna mismo at ang gastos para sa provider na nagbakuna sa iyo.
- Pagkatapos ay maaari mong hilingin sa aming plano na bayaran ang aming bahagi sa gastos sa pamamagitan ng paggamit ng mga pamamaraang inilarawan sa Kabanata 7.
- Para sa karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, ibabalik sa iyo ang kabuuang gastos na iyong binayaran. Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, ire-reimburse sa iyo ang halagang binayaran mo at ibabawas ang anumang coinsurance O copayment para sa bakuna (kabilang ang pangangasiwa), at ibabawas ang anumang pagkakaiba sa pagitan ng halaga ng mga singil ng doktor at ng kung ano ang karaniwan naming binabayaran. (Kung nakakuha ka ng Extra Help, ibabalik namin sa iyo ang diperensya.)

Sitwasyon 3: Binili mo mismo ang bakuna sa Bahagi D sa parmasyang nasa network, at dinala mo ito sa tanggapan ng iyong doktor kung saan ituturok sa iyo ang bakuna.

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

Kabanata 6: Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D

- Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, babayaran mo ang parmasya para sa iyong coinsurance O copayment para sa bakuna mismo.
- Kapag binigay sa iyo ng iyong doktor ang bakuna, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga para sa serbisyong ito.
- Pagkatapos ay maaari mong hilingin sa aming plano na bayaran ang aming bahagi ng gastos, sa pamamagitan ng mga paggamit sa pamamaraan sa Kabanata 7.
- Para sa karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, ibabalik sa iyo ang kabuuang gastos na iyong binayaran. Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, ire-reimburse sa iyo ang halagang binayaran mo at ibabawas ang anumang pagkakaiba sa pagitan ng halaga na sinisingil ng doktor at kung ano ang karaniwang binabayaran namin. (Kung nakakuha ka ng Extra Help, ibabalik namin sa iyo ang diperensya.)

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal o gamot

KABANATA 7:

Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal o gamot

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

Sinisingil ng aming mga provider na nasa network ang aming plano nang direkta para sa iyong mga saklaw na serbisyo at gamot. Kung makatanggap ka ng bill para sa buong halaga ng pangangalagang medikal na nakuha mo, ipadala sa amin ang bill na ito para mabayaran namin ito. Kapag ipinadala mo sa amin ang bill, titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo at gamot. Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang mga ito, direkta naming babayaran ang provider.

Kung nabayaran mo na ang serbisyo o item ng Medicare na saklaw ng aming plano, maaari mong hilingin sa aming plano na ibalik ang ibinayad mo (ang pagbabayad sa iyo ay kadalasang tinatawag na **pag-reimburse** sa iyo). May karapatan ka na mabayaran ng aming plano sa tuwing nagbabayad ka ng para sa mga serbisyong medikal o gamot na sinasaklaw ng aming plano. Maaaring may mga deadline na dapat mong matugunan upang mabayaran. Tingnan ang Seksyon 2 ng kabanatang ito. Kapag nagpadala ka sa amin ng bill na binayaran mo na, titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo o gamot. Kung magdesisyon kami na dapat saklawin ang mga ito, babayaran ka namin para sa mga serbisyo o gamot.

Posibleng mayroon ding mga pagkakataon na makatanggap ka ng bill mula sa isang provider para sa buong halaga ng pangangalagang medikalng natanggap mo o mas mataas kaysa sa iyong pagbabahagi sa gastos. Una, subukang lutasin ang bill sa provider. Kung hindi nito maayos ang lahat, ipadala sa amin ang bill sa halip na bayaran ito. Titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo. Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang mga ito, direkta naming babayaran ang provider. Kung magpasya kaming huwag itong bayaran, aabisuhan namin ang provider. Hindi ka dapat magbayad nang higit pa sa pinahihintulutang pagbabahagi sa gastos. Kung ang provider na ito ay kinontrata, mayroon ka pa ring karapatan sa paggamot.

Narito ang mga halimbawa ng mga sitwasyon kung saan kailangan mong hilingin sa amin plano na ibalik ang iyong ibinayad o bayaran ang bill na natanggap mo:

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

- Maaari kang makatanggap ng mga serbisyong pang-emergency o agarang kinakailangan mula sa alinmang provider, bahagi man o hindi ng aming network ang provider. Sa ganitong mga sitwasyon, hilingin sa provider na singilin ang aming plano.
- Kung babayaran mo ang buong halaga kapag natanggap mo ang pangangalaga, hilingin sa amin na bayaran ka pabalik para sa bahagi namin sa gastos. Ipadala sa amin ang bill, kasama ng mga dokumentasyon ng anumang ibinayad mo.

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal o gamot

- Maaari kang makatanggap ng bill mula sa provider na humihingi ng bayad na sa tingin mo ay hindi mo dapat bayaran. Ipadala sa amin ang bill na ito, kasama ng mga dokumentasyon ng anumang ibinayad mo.
 - Kung may dapat bayaran sa provider, direkta namin silang babayaran.
 - Kung nakapagbayad ka na ng higit sa iyong bahagi ng gastos para sa serbisyo, tutukuyin namin kung magkano ang iyong nautang at babayaran ka namin para sa aming bahagi ng gastos.

2. Kapag nagpadala ng bill ang provider na nasa network na sa palagay mo ay hindi mo dapat bayaran

Palaging dapat direktang singilin ng mga provider na nasa network ng aming plano. Pero kung minsan ay nagkakamali sila at ikaw ang siningil nila para sa iyong mga serbisyo.

- Sa tuwing makatanggap ka ng bayarin mula sa provider na nasa network na sa palagay mo ay higit sa dapat mong bayaran, ipadala sa amin ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aayusin ang problema sa pagsingil.
- Kung nabayaran mo na ang bill sa isang provider na nasa network, ngunit pakiramdam mo ay sobra ang iyong binayaran, ipadala sa amin ang bayarin kasama ang dokumentasyon ng anumang binayaran mo. Hilingin sa amin na bayaran ka para sa pagkakaiba sa pagitan ng halagang binayaran mo at ng halagang nautang mo sa ilalim ng plan.

3. Kung retroaktibo kang nakatala sa aming plano

Kung minsan, ang pagkakatala ng isang tao sa aming plano ay retroaktibo. (Ibig sabihin, lumipas na ang unang araw ng pagpapatala mo. Ang petsa ng pagpapatala ay maaaring nangyari noong nakaraang taon.)

Kung retroactive kang nakatala sa aming plano at nagbayad ka mula sa sarili mong bulsa para sa alinman sa iyong mga sinasaklaw na serbisyo o gamot pagkatapos ng petsa ng iyong pagpapatala, maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa mga gastos. Kailangan mong magsumite ng mga papeles gaya ng mga resibo at bill para mapangasiwaan namin ang pagbabalik ng nagastos.

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

Kung pumunta ka sa isang parmasyang wala sa network, maaaring hindi maisumite ng parmasya ang claim nang direkta sa amin. Kapag nangyari ito, kakailanganin mong bayaran ang kabuuang halaga ng iyong reseta.

I-save ang iyong resibo at magpadala sa amin ng kopya kapag hiniling mo sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa gastos. Tandaan na sinasaklaw lang namin ang mga parmasyang wala sa network sa mga limitadong pagkakataon. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 upang malaman ang higit pa tungkol sa mga sitwasyong ito. Maaaring hindi namin maibalik sa iyo ang iyong ibinayad sa diperensya sa pagitan ng halagang binayaran mo para sa gamot sa parmasyang wala sa network at ng halaga na binabayaran namin sa parmasyang nasa network.

5. Kapag nagbayad ka ng kabuuang halaga para sa isang reseta dahil hindi mo dala ang iyong membership card ng aming plano

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

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal o gamot

I-save ang iyong resibo at magpadala sa amin ng kopya kapag hiniling mo sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa gastos. Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang buong halaga na iyong binayaran kung ang presyo na iyong binayaran ay mas mataas kaysa sa aming napagkasunduang presyo para sa reseta.

6. Kapag binayaran mo ang buong halaga para sa isang reseta sa ibang mga sitwasyon

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

- Halimbawa, ang gamot ay maaaring wala sa *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot (Pormularyo)* ng aming plano; o maaaring mayroon itong kinakailangan o paghihigpit na hindi mo alam o sa palagay mo ay hindi nalalapat sa iyo. Kung magdesisyon kang kunin ang gamot, maaaring kailangan mong bayaran ang buong halaga nito.
- I-save ang resibo mo at magpadala ng kopya sa amin kapag hiniling mo sa amin na bayaran ka. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailanganin naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa iyong doktor upang maibalik sa iyo ang iyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos para sa gamot. Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang buong halaga na iyong binayaran kung ang presyo na iyong binayaran ay mas mataas kaysa sa aming napagkasunduang presyo para sa reseta.

7. Kapag mayroong isang error sa pagsingil sa Pharmacy na tumutukoy sa isang formulary na gamot.

Kapag nagpadala ka sa amin ng kahilingan para sa bayad, susuriin namin ang iyong kahilingan at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang serbisyo o gamot. Ito ay tinatawag na paggawa ng **desisyon sa pagsaklaw**. Kung magpasya kami na dapat itong saklawin, babayaran namin ang para sa aming bahagi sa gastos para sa serbisyo at gamot. Kung tatanggihan namin ang kahilingan mo para sa pagbabayad, puwede mong iapela ang desisyon namin. May impormasyon ang Kabanata 9 tungkol sa kung paano maghain ng apela.

SEKSYON 2 Paano hihilingin sa amin na bayaran ka o bayaran ang singilin na iyong natanggap

Maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka sa pamamagitan ng pagpapadala sa amin ng nakasulat na kahilingan. Kung magpapadala ka ng nakasulat na kahilingan, ipadala ang iyong bill at dokumentasyon ng anumang pagbabayad na ginawa mo. Isang magandang ideya na gumawa ng kopya ng iyong bill at mga resibo para sa iyong mga talaan.

Para matiyak na ibinibigay mo sa amin ang lahat ng impormasyong kailangan namin para makapagpasya, maaari mong punan ang aming form ng claim upang gawin ang kahilingan mo para sa pagbabayad. **Dapat mong isumite ang iyong claim sa amin sa loob ng isang (1) taon ng kalendaryo** mula sa petsa kung kailan mo nakuha ang serbisyo at/o item, o sa loob ng 36 buwan mula sa petsa kung kailan mo nakuha ang gamot.

- Hindi mo kailangang gamitin ang form, ngunit mas mapapadali nito ang aming pagproseso ng impormasyon.
- I-download ang kopya ng form mula sa aming website centralhealthplan.com o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humingi ng form.

Ipadala sa amin sa pamamagitan ng koreo ang iyong kahilingan para sa bayad kasama ang anumang mga bill o resibo sa address na ito:

Mga pagbabayad sa nagastos sa Serbisyong Medikal:

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal o gamot

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

Attn: Medicare Member Services

200 Oceangate, Suite 100

Long Beach, CA 90802

O mag-fax sa (310) 507-6186

Mga pagbabayad sa nagastos sa Inireresetang Gamot:

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

Attn: Medicare Pharmacy Department

7050 Union Park Center, Suite 600

Midvale, UT 84047

SEKSYON 3 Isasaalang-alang namin ang hiling mo para sa pagbabayad at sabihing oo o hindi

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

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

Seksyon 3.1 Kung sasabihin namin sa iyo na hindi namin babayaran ang lahat o bahagi ng pangangalagang medikal o gamot, maaari kang umapela

Kung sa palagay mo ay nagkamali kami sa pagtanggap sa iyong kahilingan para sa bayad o sa halagang babayaran namin, maaari kang umapela. Kung maghahain ka ng apela, nangangahulugan ito na hinihiling mo sa amin na baguhin ang desisyon na ginawa namin noong tinanggihan namin ang kahilingan mo para sa pagbabayad. Ang proseso ng pag-apela ay isang pormal na proseso na may mga detalyadong pamamaraan at mahahalagang deadline. Para sa mga detalye sa kung paano ihain ang apelang ito, tingnan ang Kabanata 9 .

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

KABANATA 8:**Ang iyong mga karapatan at responsibilidad****SEKSYON 1 Dapat igalang ng aming plano ang iyong mga karapatan at pagkasensitibo sa kultura**

Seksyon 1.1 Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang naaangkop para sa iyo at ayon sa iyong mga kultural na pagsasaalang-alang (sa mga wika maliban sa Ingles, braille, malalaking letra, o sa iba pang alternatibong format, atbp.)

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

Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Maaari ka rin naming bigyan ng mga materyal sa Braille, sa malaking print, o iba pang alternatibong format nang walang bayad kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan ka ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa iyo, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Ang aming plano ay kinakailangan na bigyan ang mga babaeng nakatala ng opsyon ng direktang pag-access sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan sa loob ng network para sa mga regular na serbisyo ng kababaihan at pang-iwas na pangangalaga ng kalusugan.

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

Kung nagkakaroon ka ng anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na naa-access at naaangkop para sa iyo, pagpapatingin sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan o paghahanap ng espesyalista sa network, tumawag upang maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa, (866) 314-2427, Ang mga oras ay Oktubre 1 - Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 - Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 711. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Seksyon 1.2 Dapat naming tiyakin na makakakuha ka ng napapanahong access sa mga saklaw na serbisyo at gamot

May karapatan kang pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) sa network ng plano na magbibigay at mag-aayos ng iyong mga saklaw na serbisyo. May karapatan ka sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang hindi kumukuha ng referral.

May karapatan kang kumuha ng mga nakatakdang pagpapatingin at mga saklaw na serbisyo mula sa mga provider na nasa network ng plano *sa loob ng makatwirang haba ng panahon*. Kabilang dito ang karapatang makakuha ng mga napapanahong serbisyo mula sa mga espesyalista kapag kailangan mo ang pangangalagang iyon. May karapatan kang makuha ang iyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network nang walang matagal na pagkaantala.

Kung sa palagay mo ay hindi mo natatanggap ang iyong pangangalagang medikal o mga gamot sa Bahagi D sa loob ng makatuwirang tagal ng panahon, isinasaad ng Kabanata 9 kung ano ang puwede mong gawin.

Seksyon 1.3 Dapat naming protektahan ang privacy ng personal na impormasyon mo sa kalusugan

Pinoprotektahan ng mga batas ng pederal at estado ang privacy ng mga medikal na rekord at personal na impormasyon sa kalusugan mo. Pinoprotektahan namin ang personal na impormasyon sa kalusugan mo gaya ng iniaatas ng mga batas na ito.

- Kasama sa personal na impormasyon sa kalusugan mo ang **personal na impormasyon** na ibinigay mo sa amin noong nagpatala ka sa planong ito gayundin ang mga medikal na rekord mo at iba pang impormasyong medikal at kalusugan.
- May mga karapatan ka kaugnay sa impormasyon mo at pagkontrol kung paano nagagamit ang impormasyon sa kalusugan mo. Bibigyan ka namin ng nakasulat na abiso, na tinatawag na *Abiso ng Pagsasanay sa Privacy*, na nagsasabi tungkol sa mga karapatang ito at nagpapaliwanag kung paano namin pinoprotektahan ang privacy ng impormasyon sa kalusugan mo.

Paano namin pinoprotektahan ang privacy ng impormasyon sa kalusugan mo?

- Sinisigurado namin na hindi makikita o mapapalitan ng mga hindi awtorisadong tao ang mga rekord mo.
- Maliban sa mga pangyayaring nakasaad sa ibaba, kung nilalayon naming ibigay ang iyong impormasyon sa kalusugan sa sinumang hindi nagbibigay ng iyong pangangalaga o nagbabayad para sa pangangalaga mo, *kinakailangan naming kumuha ng nakasulat na pahintulot mula sa iyo o sa isang taong binigyan mo ng legal na kapangyarihan upang gumawa muna ng mga desisyon para sa iyo*.
- May mga partikular na eksepsiyon na hindi nag-aatas sa aming kunin muna ang iyong nakasulat na pahintulot. Pinapayagan o inaatas ng batas ang mga pagbubukod na ito.
 - Inaatasan kaming maglabas ng impormasyon sa kalusugan sa mga ahensiya ng gobyerno na nagsusuri sa kalidad ng pangangalaga.

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

- Dahil miyembro ka ng aming plano sa pamamagitan ng Medicare, kailangan naming ibigay sa Medicare ang iyong impormasyon sa kalusugan kabilang ang impormasyon tungkol sa iyong mga inireresetang gamot sa Bahagi D. Kung ilalabas ng Medicare ang iyong impormasyon para sa pananaliksik o para sa iba pang paggamit, gagawin ito nang naaayon sa mga batas at regulasyon ng pederal na pamahalaan; sa karaniwan, inaatas nito na huwag ibahagi ang impormasyong partikular na makakapagtukoy sa iyo.

Makikita mo ang impormasyon sa iyong mga tala at malalaman mo kung paano ito ibinahagi sa ibang tao

May karapatan kang tingnan ang iyong mga medikal na rekord na nasa aming plano, at kumuha ng kopya ng iyong mga tala. May pahintulot kaming singilin ka ng bayarin para sa paggawa ng mga kopya. May karapatan ka rin na hilingin sa amin na gumawa ng mga pagdaragdag o pagwawasto sa mga medikal na rekord mo. Kung hihilingin mo na gawin namin ito, makikipagtulungan kami sa iyong provider ng pangangalaga ng kalusugan para magdesisyon kung dapat bang gawin ang mga pagbabago.

May karapatan kang malaman kung paano ibinahagi ang iyong impormasyon sa kalusugan sa ibang tao para sa anumang layunin na hindi karaniwan.

Kung mayroon kang mga tanong o alalahanin tungkol sa privacy ng iyong personal na impormasyon sa kalusugan, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Iyong Privacy

Central Health Plan of California, Inc. (“Molina Healthcare”, “kami” o “amin”) gumagamit at nagbabahagi ng pinoprotektahang impormasyon sa kalusugan tungkol sa iyo upang maibigay ang iyong mga benepisyo sa kalusugan. Ginagamit at ibinabahagi namin ang iyong impormasyon upang maisagawa ang paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan. Ginagamit at ibinabahagi rin namin ang iyong impormasyon para sa iba pang mga kadahilanan na pinapayagan at iniaatas ng batas. May tungkulin kami na panatilihin pribado ang iyong impormasyon sa kalusugan at sundin ang mga tuntunin ng Abisong ito. Epektibo ang Petsa ng Abiso na ito sa .

Nangangahulugan ang **PHI** na protektadong impormasyon sa kalusugan. Ang PHI ay impormasyon sa kalusugan na kinabibilangan ng iyong pangalan, numero bilang Miyembro o iba pang pantukoy, at ginagamit o ibinabahagi ng Molina Healthcare.

Bakit ginagamit o ibinabahagi ng Molina Healthcare ang iyong PHI?

Ginagamit o ibinabahagi namin ang iyong PHI upang mabigyan ka ng mga benepisyo sa pangangalaga ng kalusugan. Ang iyong PHI ay ginagamit o ibinabahagi para sa paggamot, pagbabayad, at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan.

Para sa Paggamot

Maaaring gamitin o ibahagi ng Molina Healthcare ang iyong PHI para mabigyan ka, o maisaayos para sa iyo, ang iyong pangangalagang medikal. Kasama rin sa paggamot na ito ang mga referral sa pagitan ng iyong mga doktor o iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan. Halimbawa, maaari kaming magbahagi ng impormasyon tungkol sa kundisyon ng iyong kalusugan sa isang espesyalista. Tinutulungan nito ang espesyalista na makipag-usap tungkol sa iyong paggamot sa iyong doktor.

Para sa Pagbabayad

Maaaring gamitin o ibahagi ng Molina Healthcare ang PHI para makagawa ng mga desisyon sa pagbabayad. Maaaring kabilang dito ang mga paghahabol, mga pag-apruba para sa paggamot, at mga desisyon tungkol sa

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

medikal na pangangailangan. Ang iyong pangalan, iyong kundisyon, iyong paggamot, at mga panustos na ibinigay ay maaaring nakasulat sa singil. Halimbawa, maaari naming ipaalam sa isang doktor na taglay mo ang mga benepisyo namin. Sasabihin din namin sa doktor ang halaga ng bayarin na babayaran namin.

Para sa Mga Operasyon sa Pangangalaga ng Kalusugan

Maaaring gamitin o ibahagi ng Molina Healthcare ang PHI tungkol sa iyo upang mapatakbo ang aming planong pangkalusugan. Halimbawa, maaari kaming gumamit ng impormasyon mula sa iyong paghahabol upang maipalam sa iyo ang tungkol sa isang programang pangkalusugan na maaaring makatulong sa iyo. Maaari din naming gamitin o ibahagi ang iyong PHI upang malutas ang mga alalahanin ng Miyembro. Ang iyong PHI ay maaari ding gamitin upang makita kung nababayaran nang tama ang mga paghahabol.

Ang mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan ay kinabibilangan ng maraming pang-araw-araw na pangangailangan sa negosyo. Kabilang dito ang ngunit hindi limitado sa mga sumusunod:

- Pagpapabuti ng kalidad;
- Mga aksyon sa mga programang pangkalusugan upang matulungan ang mga Miyembro sa ilang partikular na kundisyon (tulad ng hika);
- Pagsasagawa o pag-aayos para sa medikal na pagsusuri;
- Mga serbisyong legal, kabilang ang mga programa sa pagtuklas ng panloloko at pang-aabuso at paglilitis;
- Mga aksyon para matulungan tayong sumunod sa mga batas;
- Tugunan ang mga pangangailangan ng Miyembro, kabilang ang paglutas sa mga reklamo at karaingan.

Ibahagi namin ang PHI mo sa ibang mga kumpanya (“**mga kasosyo sa negosyo**”) na nagsasagawa ng iba't ibang uri ng mga aktibidad para sa planong pangkalusugan namin. Maaari din naming gamitin ang PHI mo para mabigyan ka ng mga paalala tungkol sa mga appointment mo. Maaari naming gamitin ang PHI mo para mabigyan ka ng impormasyon tungkol sa ibang paggamot, o iba pang mga benepisyo at serbisyong nauugnay sa kalusugan.

Kailan maaaring gamitin o ibahagi ng Molina Healthcare ang iyong PHI nang hindi nakakakuha ng nakasulat na pahintulot (pag-apruba) mula sa iyo?

Bukod pa sa paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan, pinapayagan o iniaatas ng batas ang paggamit at pagbabahagi ng Molina Healthcare sa iyong PHI para sa ilan pang ibang layunin kabilang ang mga sumusunod:

Iniaatas ng batas

Gagamitin o ibabahagi namin ang impormasyon tungkol sa iyo ayon sa iniaatas ng batas. Ibahagi namin ang iyong PHI kapag kinakailangan ng Kalihim ng Department of Health and Human Services (HHS). Maaaring para ito sa isang kaso sa korte, iba pang legal na pagsusuri, o kapag kinakailangan para sa mga layuning pagpapatupad ng batas.

Pampublikong Kalusugan

Maaaring gamitin o ibahagi ang iyong PHI para sa mga aktibidad sa pampublikong kalusugan. Maaaring kabilang dito ang pagtulong sa mga ahensya ng pampublikong kalusugan upang maiwasan o makontrol ang sakit.

Pangangasiwa sa Pangangalaga ng Kalusugan

Maaaring gamitin o ibahagi ang iyong PHI sa mga ahensya ng gobyerno. Maaaring kailanganin nila ang iyong PHI para sa mga pag-audit.

Pananaliksik

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

Maaaring gamitin o ibahagi ang iyong PHI para sa pananaliksik sa ilang partikular na kaso, gaya ng kapag inaprubahan ng pribado o lupon ng institusyonal na pagsusuri.

Mga Legal o Administratibong Paglilitis

Maaaring gamitin o ibahagi ang iyong PHI para sa mga legal na paglilitis, gaya ng pagtugon sa utos ng hukuman.

Pagpapatupad ng Batas

Maaaring gamitin o ibahagi ang iyong PHI sa pulisya para sa mga layunin ng pagpapatupad ng batas, gaya ng pagtulung sa paghahanap ng suspek, saksi o nawawalang tao.

Kalusugan at kaligtasan

Maaaring ibahagi ang iyong PHI upang maiwasan ang malubhang banta sa kalusugan o kaligtasan ng publiko.

Mga Tungkulin ng Gobyerno

Maaaring ibahagi ang iyong PHI sa gobyerno para sa mga espesyal na tungkulin. Isang halimbawa ang para protektahan ang Pangulo.

Mga Biktima ng Pang-aabuso, Pagpapabaya o Karahasan sa Tahanan

Maaaring ibahagi ang iyong PHI sa mga legal na awtoridad kung naniniwala kami na biktima ng pang-aabuso o pagpapabaya ang isang tao.

Kabayaran sa Mga Manggagawa

Maaaring gamitin o ibahagi ang iyong PHI upang masunod ang mga batas sa Kabayaran ng mga Manggagawa.

Iba Pang Pagbubunyag

Maaaring ibahagi ang iyong PHI sa mga direktor ng punerarya o tagapagsiyasat ng bangkay upang tulungan silang gawin ang kanilang mga trabaho.

Kailan kailangan ng Molina Healthcare ang iyong nakasulat na pahintulot (pag-apruba) para gamitin o ibahagi ang iyong PHI?

Kailangan ng Molina Healthcare ang iyong nakasulat na pag-apruba para magamit o maibahagi ang iyong PHI para sa layunin maliban sa mga nakalista sa Abisong ito. Kailangan ng Molina Healthcare ang iyong pahintulot bago namin ibunyag ang iyong PHI para sa mga sumusunod: (1) karamihan sa mga gamit at pagsisiwalat ng mga tala ng psychotherapy; (2) mga paggamit at pagsisiwalat para sa mga layunin ng marketing; at (3) mga paggamit at pagsisiwalat na may kinalaman sa pagbebenta ng PHI. Maaari mong kanselahin ang isang nakasulat na pag-apruba na ibinigay mo sa amin. Ang iyong pagkansela ay hindi mailalapat sa mga aksyon na nagawa na namin dahil sa pag-apruba na naibigay mo na sa amin.

Ano ang mga karapatan mo sa impormasyon sa kalusugan?

May karapatan kang:

- **Humiling ng mga Paghihigpit sa mga Paggamit o Pagbubunyag ng PHI (Pagbabahagi sa Iyong PHI)**

Maaari mong hilingin sa amin na huwag ibahagi ang iyong PHI upang maisagawa ang paggamot, pagbabayad o mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan. Maaari mo ring hilingin sa amin na huwag ibahagi ang iyong PHI sa kapamilya, mga kaibigan o iba pang mga taong pinangalanan mo na kasangkot sa iyong pangangalaga ng kalusugan. Gayunpaman, hindi kami kinakailangang sumang-ayon sa iyong kahilingan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina Healthcare para gawin ang iyong kahilingan.

- **Humiling ng Kumpidensyal na mga Komunikasyon ng PHI**

Maaari mong hilingin sa Molina Healthcare na ibigay sa iyo ang iyong PHI sa partikular na paraan o sa partikular na lugar upang mapanatiling pribado ang iyong PHI. Susundin namin ang mga makatwirang

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

kahilingan, kung sasabihin mo sa amin kung paano magsasapanganib sa buhay mo ang pagbabahagi ng lahat o bahagi ng PHI na iyon. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina Healthcare para gawin ang iyong kahilingan.

- **Pagsusuri at Kopya ng Iyong PHI**

May karapatan kang suriin at makakuha ng kopya ng iyong PHI na hawak namin. Posibleng kasama rito ang mga rekord na ginamit sa paggawa ng saklaw, mga claim, at iba pang desisyon bilang Miyembro ng Molina Healthcare. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina Healthcare para gawin ang iyong kahilingan. Maaari ka naming singilin ng makatwirang bayad para sa pagkopya at pagpapadala ng mga talaan sa koreo. Sa ilang mga kaso, maaari naming tanggihan ang kahilingan. Mahalagang Paalala: Wala kaming kumpletong mga kopya ng iyong mga medikal na rekord. Kung gusto mong tingnan, kumuha ng kopya ng, o baguhin ang iyong mga medikal na rekord, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong doktor o klinika.

- **Baguhin ang Iyong PHI**

Maaari mong hilingin na amyendahan namin (baguhin) ang iyong PHI. Kinabibilangan lamang ito ng mga rekord na itinago namin tungkol sa iyo bilang isang Miyembro. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina Healthcare para gawin ang iyong kahilingan. Maaari kang maghain ng liham ng hindi pagsang-ayon sa amin kung tatanggihan namin ang kahilingan.

- **Makatanggap ng Accounting ng Mga Pagbubunyag ng PHI (Pagbabahagi ng Iyong PHI)**

Maaari mong hilingin na bigyan ka namin ng isang listahan ng ilang partikular na mga partido na pinagbahaginan namin ng iyong PHI sa loob ng anim na taon bago ang petsa ng iyong kahilingan. Hindi isasama sa listahan ang PHI na ibinahagi ayon sa sumusunod:

- para sa paggamot, pagbabayad o mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan;
- sa mga tao tungkol sa kanilang sariling PHI;
- pagbabahagi na ginawa nang may pahintulot mo;
- insidente sa paggamit o pagsisiwalat na hindi pinahihintulutan o kinakailangan sa ilalim ng naaangkop na batas;
- PHI na inilabas para sa kapakanan ng pambansang seguridad o para sa intelihensiya; o
- bilang bahagi ng isang limitadong ng data na naitakda alinsunod sa nalalapat na batas.

Sisingil kami ng makatwirang bayad para sa bawat listahan kung hihilingin mo ang listahang ito nang higit sa isang beses sa 12-buwan na panahunan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina Healthcare para gawin ang iyong kahilingan.

Maaari kang gumawa ng alinman sa mga kahilingang nakalista sa itaas, o maaari kang makakuha ng papel na kopya ng Abisong ito. Pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Molina Healthcare sa toll-free na numero ng telepono sa iyong ID card ng Molina Healthcare, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY /TDD, mangyaring tumawag sa 711.

Ano ang maaari mong gawin kung hindi naprotektahan ang iyong mga karapatan?

Maaari kang magreklamo sa Molina Healthcare at sa Department of Health and Human Services kung naniniwala kang nalabag ang iyong mga karapatan sa privacy. Hindi kami gagawa ng anumang bagay laban sa iyo para sa paghahain ng reklamo. Ang iyong pangangalaga at mga benepisyo ay hindi magbabago sa anumang paraan.

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

Maaari kang maghain ng reklamo sa amin sa:

Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Molina Healthcare sa toll-free na numero ng telepono sa likod ng iyong ID card ng Molina Healthcare, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY/TDD, mangyaring tumawag sa 711.

Sa Pamamagitan ng Pagsulat:

Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)
Attention: Mga Apela at Karaingan sa Medicare
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

Maaari kang maghain ng reklamo sa Kalihim ng Department of Health and Human Services ng U.S. sa:

Ano ang mga tungkulin ng Molina Healthcare?

Inaatasan ang Molina Healthcare na:

- Panatilihin ang iyong PHI na pribado;
- Bigyan ka ng nakasulat na impormasyon, tulad nito sa aming mga tungkulin at mga kasanayan sa privacy tungkol sa iyong PHI;
- Magbigay sa iyo ng abiso kung sakaling magkaroon ng anumang paglabag sa hindi secure na PHI mo;
- Huwag gamitin o ibunyag ang genetic na impormasyon mo para sa mga layunin ng pag-underwrite;
- Sundin ang mga tuntunin ng Abiso na ito.

Napapailalim ang Abisong ito sa Pagbabago

Inilalaan ng

Molina Healthcare ang karapatang baguhin ang mga kasanayan nito sa impormasyon at ang mga tuntunin ng Abisong ito anumang oras. Kung gagawin namin, malalapat ang mga bagong tuntunin at kasanayan sa lahat ng PHI na pinapanatili namin. Kung gagawa kami ng anumang pagbabago sa materyal, ipo-post ng Molina Healthcare ang binagong Abiso sa aming web site at ipapadala ang binagong Abiso, o impormasyon tungkol sa materyal na pagbabago at kung paano makakakuha ng binagong Abiso, sa aming susunod na taunang pag-koreo sa aming mga miyembro na sinasaklaw pa rin ng Molina Healthcare.

Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Kung mayroon kang anumang tanong, makipag-ugnayan sa sumusunod na tanggapan:

Sa Pamamagitan ng Telepono:

Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng **Molina Healthcare** sa toll-free na numero ng telepono sa iyong ID card ng **Molina Healthcare**, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY/TDD, mangyaring tumawag sa 711.

Puwede mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, gaya ng malaking print, braille, o audio. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng **Molina Healthcare** sa toll-free na numero ng telepono sa iyong ID card ng **Molina Healthcare**, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY/TDD, mangyaring tumawag sa 711. Libre ang tawag.

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

Seksyon 1.4 Dapat ka naming bigyan ng impormasyon tungkol sa plano namin, sa network ng mga provider namin, at sa mga saklaw na serbisyo sa iyo

Bilang miyembro ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), may karapatan kang makakuha ng ilang uri ng impormasyon mula sa amin.

Kung gusto mong makatanggap ng anuman sa mga sumusunod na uri ng impormasyon, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711):

- **Impormasyon tungkol sa aming plano.** Kasama rito ang, halimbawa, impormasyon tungkol sa pinansyal na kundisyon ng aming plano.
- **Impormasyon tungkol sa aming mga provider na nasa network at parmasya.** May karapatan kang makakuha ng impormasyon tungkol sa mga kwalipikasyon ng mga provider at parmasya sa aming network at kung paano namin binabayaran ang mga provider sa aming network.
- **Impormasyon tungkol sa iyong saklaw at ang mga panuntunang dapat mong sundin kapag ginagamit ang iyong saklaw.** Ang Kabanata 3 at 4 ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa mga serbisyong medikal. Ang Kabanata 5 at 6 ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa pagsaklaw sa gamot sa Bahagi D.
- **Impormasyon tungkol sa kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay at ano ang puwede mong gawin tungkol dito.** Ang Kabanata 9 ay nagbibigay ng impormasyon sa paghiling ng nakasulat na paliwanag kung bakit hindi saklaw ang isang serbisyong medikal o gamot sa Bahagi D o kung pinaghihigpitan ang iyong saklaw. Nagbibigay din ang Kabanata 9 ng impormasyon sa paghiling sa amin na baguhin ang isang desisyon, na tinatawag rin na apela.

Seksyon 1.5 May karapatan kang malaman ang mga opsyon mo sa paggamot at lumahok sa mga desisyon tungkol sa iyong pangangalaga**May karapatan kang malaman ang mga opsyon mo sa paggamot at lumahok sa mga desisyon tungkol sa iyong pangangalaga ng kalusugan**

Karapatan mo na makuha ang buong impormasyon mula sa mga doktor mo at iba pang mga provider ng pangangalaga ng kalusugan. Dapat ipaliwanag ng iyong mga provider ang iyong kundisyong medikal at ang mga pagpipilian mong paggamot *sa paraang nauunawaan mo*.

May karapatan ka rin na ganap na lumahok sa mga desisyon tungkol sa pangangalaga ng kalusugan mo. Para matulungan kang gumawa ng mga desisyon sa iyong mga doktor tungkol sa kung anong paggamot ang pinakamainam para sa iyo, kasama sa mga karapatan mo ang sumusunod:

- **Upang malaman ang tungkol sa lahat ng iyong pagpipilian.** May karapatan kang masabihan tungkol sa lahat ng opsyon ng paggamot na inirerekomenda para sa iyong kundisyon, magkano man ang gastos o kung sinasaklaw ba ang mga ito ng aming plano. Kasama rin dito ang pagsasabihan tungkol sa mga programang inaalok ng aming plano para tulungan ang mga miyembro na pamahalaan ang kanilang mga gamot at gumamit ng mga gamot nang ligtas.
- **Para malaman ang tungkol sa mga panganib.** May karapatan kang masabihan tungkol sa anumang mga panganib na kasangkot. Dapat masabihan ka nang maaga kung ang anumang iminumungkahing pangangalagang medikal o paggamot ay bahagi ng isang eksperimento sa pananaliksik. May karapatan kang tanggihan ang mga iniekperimentong paggamot.

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

- **Ang karapatang magsabi ng “hindi.”** May karapatan kang tanggihan ang kahit anong paggamot. Kabilang dito ang karapatang umalis sa ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit na pinapayuhan ka ng doktor mo na huwag umalis. May karapatan ka ring huminto sa pag-inom ng gamot mo. Kung tatanggihan mo ang paggamot o hihinto ka sa pag-inom ng gamot, tinatanggap mo ang buong pananagutan sa mangyayari sa iyong katawan.

May karapatan kang magbigay ng mga tagubilin tungkol sa kung ano ang dapat gawin kung hindi ka makakagawa ng mga medikal na desisyon para sa iyong sarili

Minsan ang mga tao ay hindi makapagpasya sa pangangalaga ng kalusugan para sa kanilang sarili dahil sa mga aksidente o malubhang karamdaman. May karapatan kang sabihin ang gusto mong mangyari kung nasa ganitong sitwasyon ka. Ibig sabihin nito, *kung gusto mo*, magagawa mong:

- Punan ang nakasulat na form upang bigyan ang **isang tao ng legal na awtoridad upang gumawa ng mga medikal na desisyon para sa iyo** kung sakaling hindi mo na kayang gumawa ng desisyon para sa sarili mo.
- **Bigyan ang iyong mga doktor ng nakasulat na mga tagubilin** tungkol sa kung paano mo gustong pangasiwaan nila ang iyong pangangalagang medikal kung hindi mo kayang gumawa ng mga desisyon para sa iyong sarili.

Ang mga legal na dokumentong maaari mong gamitin para ibigay ang iyong mga tagubilin nang maaga sa mga sitwasyong ito ay tinatawag na **mga paunang direktiba**. Ang mga dokumentong tinatawag na **living will** at **power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan** ang mga halimbawa ng mga paunang direktiba.

Paano magtakda ng paunang direktiba upang magbigay ng mga tagubilin:

- **Kumuha ng form.** Maaari kang kumuha ng form ng paunang direktiba mula sa iyong abogado, sa isang social worker, o sa ilang tindahan ng supply sa opisina. Kung minsan ay makakakuha ka ng mga form ng paunang direktiba mula sa mga organisasyon na nagbibigay sa mga tao ng impormasyon tungkol sa Medicare. Maaari ka ring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para humingi ng mga form.
- Available din ang mga form sa pamamagitan ng isang link sa Caring Connections sa aming website, at sa <http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/>
- **Punan ang form at pirmahan ito.** Saan mo man nakuha ang form na ito, isa itong legal na dokumento. Dapat mong isaalang-alang na magpatulong sa abogado sa paghahanda nito.
- **Bigyan ng kopya ng form ang mga tamang tao.** Dapat kang magbigay ng kopya ng form sa iyong doktor at sa taong itinalaga mo sa form na gagawa ng mga desisyon para sa iyo kung hindi mo kaya. Maaari mo ring gustuhin na magbigay ng mga kopya sa iyong mga kaibigan o miyembro ng pamilya. Magtago ng kopya sa bahay.

Kung alam mo na ikaw ay maoospital, at pumirma ka ng paunang direktiba, **magdala ng kopya nito sa ospital.**

- Tatanungin sa iyo ng ospital kung pumirma ka ba ng isang form ng paunang direktiba at kung dala mo ba ito.
- Kung hindi ka pa pumirma ng form ng paunang direktiba, may mga form na available sa ospital at tatanungin ka nila kung gusto mong pumirma ng isa.

Nasa iyong pagpapasya kung pipirma ka ng paunang direktiba (kabilang kung gusto mo bang pumirma ng isa kung nasa ospital ka). Ayon sa batas, walang makakatanggig bigyan ka ng pangangalaga o walang makapagdiskrimina sa iyo batay sa kung pumirma ka o hindi ng paunang direktiba.

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

Kung hindi nasunod ang iyong mga tagubilin

Kung lumagda ka ng paunang direktiba, at naniniwala kang hindi sinunod ng doktor o ospital ang mga tagubilin dito, maaari kang maghain ng reklamo sa:

Para sa mga reklamo tungkol sa mga propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan:

Para sa mga reklamo tungkol sa mga pasilidad ng pangangalaga ng kalusugan at ospital:

Seksyon 1.6 May karapatan kang magreklamo at hilingin sa amin na muling ikonsidera ang mga desisyon na ginawa namin

Kung mayroon kang anumang problema, alalahanin, o reklamo at kailangan mong humiling ng pagsaklaw, o maghain ng apela, isinasaad sa iyo ng Kabanata 9 ng dokumentong ito kung ano ang maaari mong gawin. Anuman ang iyong gagawin— humingi ng desisyon sa pagsaklaw, maghain ng apela, o maghain ng reklamo— **kailangan ka naming tratuhin nang patas.**

Seksyon 1.7 Kung naniniwala kang hindi patas ang pagtrato sa iyo o hindi iginagalang ang mga karapatan mo

Kung naniniwala kang hindi ka tinrato nang patas o hindi iginalang ang iyong mga karapatan dahil sa iyong lahi, kapansanan, relihiyon, kasarian, kalusugan, etnisidad, pananampalataya (mga paniniwala), edad, o bansang pinagmulan, tumawag sa **Office for Civil Rights** ng Department of Health and Human Services sa 1-800-368-1019 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697), o tumawag sa iyong lokal na Office for Civil Rights.

Kung naniniwala kang hindi ka tinrato nang patas o hindi iginalang ang iyong mga karapatan, *at ito ay hindi* tungkol sa diskriminasyon, makakakuha ka ng tulong sa pag-aayos ng iyong problema mula sa mga lugar na ito:

- **Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng aming plano sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).**

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

- **Tumawag sa iyong lokal na SHIP sa Alameda County:**
(510) 839-0393
- **Contra Costa County:**
(925) 655-1393
- **Fresno and Madera Counties:**
(559) 224-9117
- **Imperial County:**
(760) 353-0223
- **Kern County:**
(661) 868-1000
- **Kings and Tulare Counties:**
(559) 713-2875
- **Orange County:**
(714) 560-0424
- **Placer and Yolo Counties:**
(916) 376-8915
- **San Francisco County:**
(415) 677-7520
- **San Joaquin County:**
(209) 470-7812
- **San Mateo County:**
(650) 627-9350
- **Santa Clara County:**
(408) 350-3239
- **Solano County:**
(707) 526-4108
- **Stanislaus County:**
(209) 558-4540
- **Tawagan ang Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048)

Seksyon 1.8 Paano makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo

Kumuha ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan mula sa mga lugar na ito:

- **Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)**

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

- **Tumawag sa iyong lokal na SHIP sa Alameda County:**
(510) 839-0393
- Contra Costa County:**
(925) 655-1393
- Fresno and Madera Counties:**
(559) 224-9117
- Imperial County:**
(760) 353-0223
- Kern County:**
(661) 868-1000
- Kings and Tulare Counties:**
(559) 713-2875
- Orange County:**
(714) 560-0424
- Placer and Yolo Counties:**
(916) 376-8915
- San Francisco County:**
(415) 677-7520
- San Joaquin County:**
(209) 470-7812
- San Mateo County:**
(650) 627-9350
- Santa Clara County:**
(408) 350-3239
- Solano County:**
(707) 526-4108
- Stanislaus County:**
(209) 558-4540
- **Makipag-ugnayan sa Medicare**
 - Bisitahin ang www.Medicare.gov upang basahin ang publikasyon na *Mga Karapatan at Pagprotektang Medicare* (na available sa: Mga Karapatan at Pagprotekta ng Medicare)
 - Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048)

SEKSYON 2 Ang iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano

Nakalista sa ibaba ang mga bagay na kailangan mong gawin bilang miyembro ng aming plano. Para sa mga tanong, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

- **Maging pamilyar sa iyong mga saklaw na serbisyo at sa mga tuntunin na dapat mong sundin upang makuha ang mga saklaw na serbisyong ito.** Gamitin ang Ebidensya ng Saklaw na ito upang matutunan kung ano ang sinasaklaw at ang mga panuntunang kailangan mong sundin para makuha mo ang iyong mga saklaw na serbisyo.
 - Ang Kabanata 3 at 4 ay nagbibigay ng detalye tungkol sa mga serbisyong medikal.

Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

- Ibinibigay ng Kabanata 5 at 6 ang mg detalye tungkol sa iyong pagsaklaw sa gamot sa Bahagi D.
- **Kung mayroon kang anumang saklaw sa kalusugan at pagsaklaw sa gamot bukod pa sa aming plano, kailangan mong ipaalam sa amin.** Sinasabi sa iyo ng Kabanata 1 ang tungkol sa pagsasaayos ng mga benepisyong ito.
- **Sabihin sa iyong doktor at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na miyembro ka ng aming plano.** Ipakita ang membership card ng aming plano at ang iyong Medicaid card sa tuwing kukuha ka ng pangangalagang medikal o mga gamot sa Bahagi D.
- **Tulungan ang mga doktor mo at iba pang provider na tulungan ka sa pamamagitan ng pagbibigay sa kanila ng impormasyon, pagtatanong, at pagsunod sa pangangalaga sa iyo.**
 - Para makatulong na makuha ang pinakamahusay na pangangalaga, sabihin sa mga doktor mo at iba pang provider ng kalusugan ang tungkol sa mga problema mo sa kalusugan. Sundin ang mga plano at tagubilin sa paggamot na pinagkasunduan mo at ng iyong mga doktor.
 - Tiyaking alam ng iyong mga doktor ang lahat ng gamot na iniinom mo, kabilang ang mga gamot na nabibili nang walang reseta, bitamina, at mga supplement.
 - Kung mayroon kang mga tanong, tiyaking magtanong at makakuha ng sagot na nauunawaan mo.
- **Maging mapagkonsidera.** Inaasahan namin na igagalang ng lahat ng aming miyembro ang mga karapatan ng ibang pasyente. Inaasahan din namin na kikilos ka sa paraang makakatulong sa maayos na pagpapatakbo ng tanggapan ng iyong doktor, mga ospital, at iba pang mga tanggapan.
- **Bayaran ang iyong utang.** Bilang miyembro ng plano, tungkulin mong bayaran ang mga sumusunod:
 - Dapat mong bayaran ang mga premium ng aming plano.
 - Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong mga premium sa Medicare para manatiling miyembro ng aming plano.
 - Para sa karamihan ng iyong mga serbisyong medikal o mga gamot na saklaw ng aming plano, dapat mong bayaran ang iyong bahagi sa gastos kapag natanggap mo ang serbisyo o gamot.
- **Kung lilipat ka sa loob ng aming lugar ng serbisyo ng plan, kailangan naming malaman** upang mapanatiling napapanahon ang rekord ng pagiging miyembro mo at malaman kung paano makikipag-ugnayan sa iyo.
- **Kung lilipat ka sa labasng lugar ng serbisyo ng aming plano, hindi ka maaaring manatiling miyembro ng aming plano.**
- **Kung lilipat ka, ipaalam ito sa Seguridad Panlipunan (o sa Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles).**

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

KABANATA 9:**Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)****SEKSYON 1 Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o alalahanin**

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga proseso sa pangangasiwa ng mga problema at alalahanin. Ang prosesong gagamitin mo para pangasiwaan ang iyong problema ay nakabatay sa 2 bagay:

1. Kung ang iyong problema ay tungkol sa mga benepisyong saklaw ng **Medicare** o **Medicaid**. Kung gusto mo ng tulong sa pagpapasya kung gagamitin ang proseso ng **Medicare** o ang proseso ng **Medicaid**, o pareho, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa at (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).
2. Ang uri ng problemang mayroon ka:
 - Para sa ilang problema, kailangan mong gamitin ang **proseso para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela**.
 - Para sa iba pang problema, kailangan mong gamitin ang **proseso para sa pagrereklamo**; (tinatawag ding mga karaingan).

Ang dalawang prosesong ito ay aprubado ng Medicare. Ang bawat proseso ay may hanay ng mga panuntunan, pamamaraan, at mga deadline na dapat sundin namin at sundin mo.

Ang impormasyon sa kabanatang ito ang tutulong sa iyong tukuyin ang tamang prosesong gagamitin at kung ano ang dapat gawin.

Seksyon 1.1 Mga legal na termino

May mga legal na termino para sa ilan sa mga panuntunan, pamamaraan, at uri ng mga deadline na ipinaliwanag sa kabanatang ito. Marami sa mga terminong ito ay hindi pamilyar sa karamihan ng mga tao at maaaring mahirap maunawaan. Para gawing mas madali ang mga bagay, ang kabanatang ito:

Gayunpaman, minsan ay mahalaga ring malaman ang wastong mga legal na termino. Upang matulungan kayong malaman kung aling mga termino ang dapat gamitin upang makatanggap ng wastong tulong o impormasyon, isinama namin ang mga legal na termino kapag nagbibigay ng mga detalye para sa pangangasiwa ng mga partikular na sitwasyon.

SEKSYON 2 Saan makakakuha ng higit pang impormasyon at pinasadyang tulong

Available kami palagi para tulungan ka. Kahit na mayroon kang reklamo tungkol sa paggamot namin sa iyo, obligado kaming igalang ang iyong karapatang magreklamo. Dapat ay palagi kang tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa tulong. Sa ilang sitwasyon, maaaring gustuhin mo din ng tulong o gabay mula sa isang taong hindi nauugnay sa amin. Ang dalawang organisasyong makakatulong ay ang:

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**Programang sa Tulong sa Insurance sa Kalusugan ng Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**

Ang bawat estado ay may programa ng gobyerno na may mga sinanay na tagapayo. Hindi konektado ang programang ito sa amin o sa alinmang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Matutulungan ka ng mga tagapayo sa programang ito na maunawaan kung aling proseso ang dapat mong gamitin para pangasiwaan ang isang problema na nararanasan mo. Maaari din nilang sagutin ang iyong mga tanong, bigyan ka ng higit pang impormasyon, at mag-alok ng patnubay sa gagawin.

Ang mga serbisyo ng mga tagapayo ng SHIP ay libre kung ipapakita iyon.

Medicare

Maaari ka ring makipag-ugnayan sa Medicare para sa tulong.

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin mo ang www.Medicare.gov.

Makakakuha ka ng tulong at impormasyon mula sa Medicaid

Pamamaraan		California Department of Health Care Services (Ang Programa ng Medicaid ng California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(916) 449-5000 N/A	
TTY	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.	
SUMULAT	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413 Physical Address: 1501 Capitol Ave., MS 4400 Sacramento, CA 95814	
WEBSITE	https://www.dhcs.ca.gov/	
Pamamaraan		Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman (Ombudsman Program ng California) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(888) 452-8609 Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. PT; hindi kasama ang mga holiday	
TTY	N/A Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.	
SUMULAT	N/A	
WEBSITE	https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx	

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Pamamaraan	California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(800) 231-4024 Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. PST; hindi kasama ang mga holiday
SUMULAT	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
WEBSITE	http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/
Pamamaraan	Livanta – (Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ng California) - Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(877) 588-1123 9 a.m. hanggang 5 p.m. Lunes - Biyernes at 10 a.m. hanggang 4 p.m. sa weekend at holiday
TTY	Dial 711 (855) 887-6668 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.
SUMULAT	Livanta LLC-BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
WEBSITE	https://www.livantaqio.com/

SEKSYON 3 Anong proseso ang dapat gamitin para sa iyong problema

Dahil mayroon kang Medicare at nakakakuha ng tulong mula sa Medicaid, mayroon kang magagamit na iba't ibang upang pangasiwaan ang iyong problema o reklamo. Ang proseso na iyong gagamitin ay depende sa kung ang problema ay tungkol sa mga benepisyo ng Medicare o mga benepisyo ng Medicaid. Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang benepisyo na sinasaklaw ng Medicare, gamitin ang proseso ng Medicare. Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang benepisyo na sinasaklaw ng Medicaid, gamitin ang proseso ng Medicaid. Kung gusto mo ng tulong sa pagpapasya kung gagamitin ang proseso ng Medicare o ang proseso ng Medicaid, mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa at (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Ang proseso ng Medicare at proseso ng Medicaid ay inilarawan sa iba't ibang bahagi ng kabanatang ito. Upang malaman kung aling bahagi ang dapat mong basahin, gamitin ang talaan sa ibaba.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Ang iyong problema ba ay tungkol sa mga benepisyo ng Medicare o mga benepisyo ng Medicaid?

Ang problema ko ay tungkol sa mga benepisyo ng **Medicare**.

Tingnan ang **Seksyon 4, Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa iyong mga benepisyo ng Medicare**.

Ang problema ko ay tungkol sa saklaw ng **Medicaid**.

Tingnan ang **Seksyon 12, Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa iyong mga benepisyo ng Medicaid**.

SEKSYON 4 Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa iyong mga benepisyo ng Medicare

Ang problema o alalahanin ba mo ay tungkol sa mga benepisyo o saklaw mo?

Kasama rito ang mga problema tungkol sa kung sasaklawin ba o hindi ang pangangalagang medikal (mga medikal na item, mga serbisyo, at/o mga gamot sa Bahagi B), ang paraan ng pagsaklaw sa mga ito, at ang mga problemang may kaugnayan sa pagbabayad para sa pangangalagang medikal.

Oo.

Tingnan ang **Seksyon 5, Isang gabay para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela**.

Hindi.

Tingnan ang **Seksyon 11, Paano maghain ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, serbisyo sa customer o iba pang alalahanin**.

Mga desisyon sa pagsaklaw at apela

SEKSYON 5 Isang gabay sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela

Mga desisyon sa pagsaklaw at apela na may kinalaman sa mga problemang nauugnay sa iyong mga benepisyo at pagsaklaw para sa iyong pangangalagang medikal (mga serbisyo, item, at gamot sa Bahagi B, kabilang ang pagbabayad). Para panatilihin simple ang mga bagay-bagay, karaniwan naming tinutukoy ang mga medikal na item, serbisyo, at gamot sa Medicare Part B bilang **pangangalagang medikal**. Gagamitin mo ang proseso ng desisyon sa pagsaklaw at mga apela para sa mga isyu gaya ng kung saklaw o hindi ang isang bagay at kung paano sasaklawin ang isang bagay.

Paghingi ng mga desisyon sa pagsaklaw bago ka makakuha ng mga serbisyo

Kung gusto mong malaman kung sasaklawin namin ang isang pangangalagang medikal bago mo ito makuha, maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw para sa iyo. Ang desisyon sa pagsaklaw ay isang desisyon na ginagawa namin tungkol sa iyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa iyong pangangalagang medikal. Halimbawa, kung ni-refer ka ng doktor na nasa network ng aming plano sa isang medikal na espesyalistang wala sa network, itinuturing na makakabuting

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

desisyon sa pagsaklaw ang referral na ito maliban na lang kung maipapakita ng iyong doktor na nasa network na nakatanggap ka ng karaniwang abiso ng pagtanggihan para sa medikal na espesyalistang ito, o nilinaw ng Ebidensya ng Saklaw na hindi kailanman sasaklawin ang naturang ni-refer na serbisyo sa ilalim ng anumang kundisyon. Maaari ka o ang iyong doktor na makipag-ugnayan sa amin at humiling ng desisyon sa pagsaklaw kung hindi sigurado ang iyong doktor kung sasaklawin namin o hindi ang isang partikular na medikal na serbisyo o tatanggihan namin ang pagbibigay ng pangangalagang medikal na sa tingin mo ay kailangan mo. Sa mga limitadong pagkakataon, ang isang kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw ay babalewalain, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa kung kailan binabalewala ang isang kahilingan ay kung ang kahilingan ay hindi kumpleto, kung may humiling sa ngalan mo ngunit hindi siya legal na awtorisadong gawin ito o kung hihilingin mong bawiin ang kahilingan mo. Kung tanggihan namin ang kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw, magpapadala kami ng abisong nagpapaliwanag kung bakit tinanggihan ang kahilingan at kung paano hihiling na suriin ang pagtanggihan.

Gumagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw kapag nagdedesisyon kami kung ano ang sasaklawin para sa iyo at kung magkano ang babayaran namin. Sa ilang kaso, maaari kaming magpasya na hindi saklawin o hindi na saklawin ng Medicare ang pangangalagang medikal mo. Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon sa pagsaklaw na ito, maaari kang gumawa ng apela.

Pag-apela

Kung gagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw, bago man o pagkatapos mong makatanggap ng benepisyo, at hindi ka nasiyahan, maaari mong **iapela** ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin namin ang aming ginawang desisyon sa pagsaklaw. Sa ilalim ng ilang sitwasyon, maaari kang humiling ng pinabilis o **mabilis na apela** ng isang desisyon sa pagsaklaw. Ang iyong apela ay pinangangasiwaan ng ibang mga tagasuri kaysa sa mga gumawa ng orihinal na desisyon.

Kapag nag-apela ka sa isang desisyon sa unang pagkakataon, ito ay tinatawag na Antas 1 na Apela. Sa apelang ito, sinusuri namin ang desisyon sa pagsaklaw na ginawa namin upang tingnan kung sinunod namin nang tama ang mga panuntunan. Kapag nakumpleto na namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon.

Sa mga limitadong pagkakataon, ang isang kahilingan para sa isang Antas 1 na apela ay babalewalain, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa kung kailan binabalewala ang isang kahilingan ay kung ang kahilingan ay hindi kumpleto, kung may ibang gumawa ng kahilingan sa ngalan mo ngunit hindi siya legal na pinapahintulutan na gawin ito, o kung hihilingin mong bawiin ang iyong kahilingan. Kung tanggihan namin ang kahilingan para sa Antas 1 na apela, magpapadala kami ng abisong nagpapaliwanag kung bakit tinanggihan ang kahilingan at kung paano hihiling na suriin ang pagtanggihan.

Kung tatanggihan namin ang lahat o isang bahagi ng iyong Antas 1 na apela para sa pangangalagang medikal, awtomatikong mapupunta ang iyong apela sa Antas 2 na apela na isasagawa ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na hindi konektado sa amin.

- Wala kang kailangang gawin para magsimula ng Antas 2 na apela. Kinakailangan sa mga panuntunan ng Medicare na awtomatiko naming ipadala ang iyong apela para sa pangangalagang medikal sa Antas 2 kung hindi kami ganap na sumasang-ayon sa iyong Antas 1 na apela.
- Tingnan ang **Seksyon 6.4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga Antas 2 na apela para sa pangangalagang medikal.
- Tinatalakay ang mga apela sa Bahagi D sa Seksyon 7.

Kung hindi ka nasisiyahan sa desisyon sa Antas 2 na , maaari kang magpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela (ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga proseso ng Antas 3, 4, at 5 na apela).

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**Seksyon 5.1 Humingi ng tulong para sa desisyon sa pagsaklaw o pag-apela**

Narito ang mga sanggunian kung magpapasya kang humiling ng anumang uri ng desisyon sa pagsaklaw o umapela sa isang desisyon:

- **Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro** sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)
- **Kumuha ng libreng tulong** mula sa iyong Programa sa Tulong ng Estado sa Insurance sa Kalusugan (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)
- **Maaaring gumawa ng kahilingan para sa iyo ang doktor mo.** Kung tumutulong ang iyong doktor sa isang apela na lampas sa Antas 2, kakailanganin nilang maitalaga bilang iyong kinatawan. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro at humingi ng form ng *Pagtatalaga ng Kinatawan*. (Available din ang form sa www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa MolinaHealthcare.com/Medicare.)
 - Para sa pangangalagang medikal, maaaring humiling ang iyong doktor ng desisyon sa pagsaklaw o ng isang Antas 1 na apela sa inyong ngalan, awtomatiko itong ipagpapatuloy sa Antas 2.
 - Para sa mga gamot sa Bahagi D, maaaring humiling ang iyong doktor o tagapagreseta ng desisyon sa pagsaklaw o ng isang Antas 1 na apela sa iyong ngalan. Kung tinanggihan ang iyong Antas 1 na apela, maaaring humiling ang iyong doktor o tagapagreseta ng Antas 2 na apela.
- **Maaari mong hilingin sa isang tao na kumilos para sa iyo.** Maaari mong pangalanan ang isa pang tao para kumilos para sa iyo bilang kinatawan mo upang humiling ng isang desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela.
 - Kung gusto mong gawing kinatawan ang isang kaibigan, kamag-anak, o iba pang tao, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humingi ng form para sa *Pagtatalaga ng Kinatawan*. (Available din ang form sa www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa MolinaHealthcare.com/Medicare.) Nagbibigay ang form na ito ng pahintulot sa taong iyon na kumilos sa ngalan mo. Dapat mo itong lagdaan at pati na rin ng taong gusto mong kumilos sa iyong ngalan. Dapat mo kaming bigyan ng kopya ng nilagdaang form.
 - Maaari kaming tumanggap ng kahilingan sa apela mula sa isang kinatawan nang wala ang form, ngunit hindi namin makukompleto ang aming pagsusuri hanggang sa matanggap namin ito. Kung hindi namin makukuha ang form bago ang deadline namin sa paggawa ng desisyon tungkol sa iyong apela, tatanggihan na ang iyong kahilingan sa apela. Kung mangyayari ito, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng iyong karapatang humiling sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri upang suriin ang desisyon naming tanggihan ang iyong apela.
- **May karapatan ka ring kumuha ng abogado.** Maaari kang makipag-ugnayan sa sarili mong abogado o kumuha ng pangalan ng abogado sa iyong lokal na samahan ng mga abogado o sa iba pang serbisyo ng referral. May mga pangkat na makapagbibigay sa iyo ng mga libreng legal na serbisyo kung kwalipikado ka. Gayunpaman, **hindi mo kailangang kumuha ng abogado** para humiling ng anumang uri ng desisyon sa pagsaklaw o iapela ang isang desisyon.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Seksyon 5.2 Mga alituntunin at deadline para sa iba't ibang sitwasyon

Mayroong 4 na magkakaibang sitwasyon na kinasasangkutan ng mga desisyon sa pagsaklaw at apela. May iba't ibang panuntunan at huling araw na nakatakda para sa bawat sitwasyon, Ibinibigay namin ang mga detalye para sa bawat isa sa mga sitwasyong ito:

- **Seksyon 6** Pangangalagang medikal: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o mag-apela
- **Seksyon 7:** Ang iyong mga gamot sa Bahagi D: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o mag-apela
- **Seksyon 8:** Paano hihilingin sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital para sa inpatient kung sa tingin mo ay masyadong maaga kang pinalabas
- **Seksyon 9:** Paano hihilingin sa amin na patuloy na saklawin ang ilang partikular na serbisyong medikal kung sa tingin mo ay masyadong maagang magtatapos ang iyong saklaw (*Nalalapat lang sa mga serbisyong ito:* mga serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, at Kumprehensibong Pasilidad para sa Pag-rehabilitate sa Outpatient [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility o CORF])

Kung hindi ka sigurado kung aling impormasyon ang nalalapat sa iyo, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Puwede ka ring makakuha ng tulong o impormasyon mula sa iyong SHIP.

SEKSYON 6 Pangangalagang medikal: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o mag-apela

Seksyon 6.1 Ano ang dapat gawin kung mayroon kang mga problema sa pagkuha ng saklaw para sa pangangalagang medikal o kung gusto mong bayaran ka namin para sa aming bahagi sa gastos ng iyong pangangalaga

Ang iyong mga benepisyo para sa pangangalagang medikal ay inilalarawan sa Kabanata 4 ng Chart ng Mga Benepisyong Medikal. Sa ilang kaso, iba't ibang panuntunan ang nalalapat sa isang kahilingan para sa isang Bahagi B na gamot. Sa mga sitwasyong iyon, ipapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga gamot sa Bahagi B mula sa mga panuntunan para sa mga medikal na item at serbisyo.

Isinasaad ng seksiyon na ito ang maaari mong gawin kung ikaw ay nasa alinman sa 5 sumusunod na sitwasyon:

1. Hindi mo nakukuha ang ilang partikular na pangangalagang medikal na gusto mo, at naniniwala kang sinasaklaw ng aming plano ang pangangalagang ito. **Humiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 6.2.**
2. Hindi inaaprubahan ng aming plano ang pangangalagang medikal na gustong ibigay sa iyo ng iyong doktor o iba pang provider ng medikal na serbisyo, at naniniwala kang sinasaklaw ng aming plano ang pangangalagang ito. **Humiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 6.2.**
3. Nakatanggap ka ng pangangalagang medikal na sa tingin mo ay dapat saklawin ng aming plano, pero sinabi naming hindi kami magbabayad para sa pangangalagang ito. **Gumawa ng apela. Seksyon 6.3.**
4. Nakatanggap at nagbayad ka ng pangangalagang medikal na sa tingin mo ay dapat saklawin ng aming plano, at gusto mong hilingin sa aming plano na bayaran ka sa nagastos mo para sa pangangalagang ito. **Ipadala sa amin ang bayarin. Seksyon 6.5.**

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

5. Sinabihan kang babawasan o ititigil na ang pagsaklaw para sa partikular na pangangalagang medikal na natatanggap mo na dati na naming naaprubahan, at naniniwala kang maaaring makasama sa iyong kalusugan ang pagbawas o paghinto ng pangangalagang ito. **Gumawa ng apela. Seksyon 6.3.**

Tandaan: Kung ang ititigil na pagsaklaw ay para sa mga serbisyo sa pangangalaga sa ospital, pangangalaga sa kalusugan sa bahay, pangangalaga mula sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, o Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF), tingnan ang Seksyon 8 at 9. Nalalapat ang mga espesyal na tuntunin sa mga ganitong uri ng pangangalaga.

Seksyon 6.2 Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw**Mga Legal na Termino**

Ang desisyon sa pagsaklaw na kinasasangkot ng iyong pangangalagang medikal ay tinatawag na **pagpapasya ng organisasyon.**

Ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw ay tinatawag na **pinabilis na pagpapasya.**

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan mo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilis na desisyon sa pagsaklaw.

Ang karaniwang desisyon sa pagsaklaw ay karaniwang naibibigay sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo kapag ang medikal na gamit o serbisyo ay sumasailalim sa aming mga panuntunan ng paunang awtorisasyon, 14 na mga araw ng kalendaryo para sa lahat ng iba pang gamit at serbisyo, o 72 oras para sa mga gamot sa Bahagi B. Ang isang mabilis na desisyon sa pagsaklaw ay karaniwang ginagawa sa loob ng 72 oras, para sa mga serbisyong medikal, 24 na oras para sa mga gamot sa Bahagi B. Maaari ka lang makatanggap ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw kung lubhang makakapinsala sa iyong kalusugan o makakasama sa kakayahan mong gumalaw ang pagsunod sa mga karaniwang deadline.

- **Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor na kinakailangan ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw dahil sa kundisyon ng iyong kalusugan, awtomatiko kaming sasang-ayon sa pagbibigay sa iyo ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw.**
- **Kung ikaw lang mismo ang hihingi ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw, nang walang suporta ng iyong doktor, magdedesisyon kami kung kinakailangan ba ng iyong kundisyon sa kalusugan na mabigyan ka ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw.** Kung hindi namin aaprubahan ang isang mabilis na desisyon sa pagsaklaw, padadalhan ka namin ng sulat na:
 - Nagpapaliwanag na gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.
 - Nagpapaliwanag na kung hihilingin ng iyong doktor ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw, awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw
 - Nagpapaliwanag na maaari kang makapaghain ng mabilis na reklamo tungkol sa desisyon naming bigyan ka ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw na hiniling mo.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Hakbang 2: Hilingin sa aming plano na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw o mabilis na desisyon sa pagsaklaw.

- Magsimula sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o pag-fax sa aming plano upang gawin ang kahilingan mo na pahintulutan namin o magbigay kami ng saklaw para sa pangangalagang medikal na gusto mo. Ikaw, ang iyong doktor, o ang kinatawan mo ang maaaring gumawa nito. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

Hakbang 3: Pag-iisipan namin ang kahilingan mo para sa pagsaklaw ng pangangalagang medikal at ibibigay namin sa iyo ang aming sagot.

Para sa mga karaniwang desisyon sa pagsaklaw, ginagamit namin ang mga karaniwang deadline.

Ibig sabihin nito ay bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong kahilingan para sa isang medikal na gamit o serbisyo na sumasailalim sa aming mga panuntunan ng paunang awtorisasyon. Kung ang iyong hiniling na medikal na gamit o serbisyo ay hindi sumasailalim sa aming mga panuntunan ng paunang awtorisasyon, bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong kahilingan. Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B, bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

- **Gayunpaman**, kung hihiling ka ng karagdagang oras, o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon na maaaring makatulong sa iyo, **maaari kaming tumagal ng hanggang 14 pang mga araw ng kalendaryo** kung ang kahilingan mo ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.
- Kung naniniwala kang *hindi* dapat kami maglaan ng karagdagang araw, maaari kang maghain ng mabilis na reklamo. Bibigyan ka namin ng sagot sa iyong reklamo sa sandaling makagawa kami ng desisyon. (Ang proseso para sa paggawa ng reklamo ay iba sa proseso para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela. Tingnan ang Seksyon 11 ng kabanatang ito para sa impormasyon tungkol sa mga reklamo.)

Para sa mabilis na mga desisyon sa pagsaklaw, gumagamit kami ng pinabilis na takdang panahon

Ang ibig sabihin ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw ay sasagot kami sa loob ng 72 oras kung ang iyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B, sasagot kami sa loob ng 24 na oras.

- **Gayunpaman**, kung hihiling ka ng karagdagang oras, o kung kakailanganin naming mangalap ng higit pang impormasyong makakatulong sa iyo, **maaari kaming tumagal ng hanggang 14 pang mga araw ng kalendaryo**. Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.
- Kung naniniwala kang *hindi* dapat kami maglaan ng karagdagang araw, maaari kang maghain ng *mabilis na reklamo*. (Tingnan ang Seksyon 11 para sa impormasyon tungkol sa mga reklamo.) Tatawagan ka namin sa sandaling makagawa kami ng desisyon.
- Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**Hakbang 4: Kung tatanggihan namin ang kahilingan mo para sa pagsaklaw para sa pangangalagang medikal, maaari kang umapela.**

Kung sasabihin naming hindi, may karapatan kang hilingin sa amin na muling ikonsidera ang desisyong ito sa pamamagitan ng pag-apela. Nangangahulugan ito ng paghiling muli para makuha ang pagsaklaw ng pangangalagang medikal na gusto mo. Kung maghahain ka ng apela, nangangahulugan itong magpapatuloy ka sa Antas 1 ng proseso ng pag-apela.

Seksyon 6.3 Paano gumawa ng Antas 1 na apela**Mga Legal na Termino**

Ang isang apela sa aming plano tungkol sa isang desisyon sa pagsaklaw ng pangangalagang medikal ay tinatawag na **muling pagsasaalang-alang** ng plano.

Ang mabilis na apela ay tinatawag rin na **pinabilis na muling pagpapasya**.

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan mo ng karaniwang apela o mabilis na apela.

Karaniwang ginagawa ang karaniwang apela sa loob ng 30 araw ng kalendaryo o 7 araw ng kalendaryo para sa mga gamot sa Bahagi B. Ang mabilis na apela ay karaniwang ginagawa sa loob ng 72 oras.

- Kung umaapela ka sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa pagsaklaw sa pangangalaga, kakailanganin mo at ng iyong doktor na magpasya kung kailangan mo ng mabilis na apela. Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor na kinakailangan ang mabilis na apela dahil sa kundisyon ng iyong kalusugan, bibigyan ka namin ng mabilis na apela.
- Ang mga kinakailangan para sa pagkuha ng mabilis na apela ay kapareho ng pagkuha ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw sa Seksyon 6.2 ng kabanatang ito.

Hakbang 2: Tanungin ang aming plano para sa isang apela o isang mabilis na apela

- **Kung humihiling ka ng karaniwang apela, isumite ang karaniwan mong apela nang nakasulat.** Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- **Kung humihiling ka ng mabilis na apela, gawin ang iyong apela sa pamamagitan ng pagsulat o pagtawag sa amin.** Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- **Dapat mong gawin ang iyong kahilingan sa pag-apela sa loob ng 65 araw ng kalendaryo** mula sa petsang nakalagay sa nakasulat na abisong ipinadala namin upang sabihin sa iyo ang aming sagot sa desisyon sa pagsaklaw. Kung napalampas mo ang deadline na ito at may magandang dahilan ka para makaligtaan ito, ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang iyong apela kapag ginawa mo ang iyong apela. Maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras upang gawin ang iyong apela. Kabilang sa mga halimbawa ng magandang dahilan kaya hindi mo nagawang makipag-ugnayan sa amin ay nagkaroon ka ng malubhang karamdaman o kung hindi tama o hindi kumpleto ang impormasyong naibigay namin sa iyo tungkol sa deadline sa paghiling ng apela.
- **Maaari kang humiling ng kopya ng impormasyon hinggil sa medikal na desisyon sa iyo. Ikaw at ang iyong doktor ay maaaring magbigay ng higit pang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.**

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Hakbang 3: Pag-iisipan namin ang iyong apela at bibigyan ka namin ng aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang iyong apela, tinitingnan namin nang mabuti ang lahat ng impormasyon. Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng panuntunan noong tumanggi kami sa iyong kahilingan.
- Mangangalap kami ng higit pang impormasyon kung kinakailangan at maaaring makipag-ugnayan sa iyo o sa doktor mo.

Mga deadline para sa mabilis na apela

- Para sa mga mabilis na apela, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang iyong apela**. Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
 - Kung humiling ka ng karagdagang oras, o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon na maaari mong pakinabangan, maaari **kaming tumagal ng hanggang 14 pang araw ng kalendaryo** kung ang iyong kahilingan ay para sa isang medikal na bagay o serbisyo. Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.
 - Kung hindi ka namin mabigyan ng sagot sa loob ng 72 oras (o sa katapusan ng pinalawig na yugto ng oras kung naglaan kami ng karagdagang araw), kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipinapaliwanag ng Seksyon 6.4 ang proseso ng Antas 2 na apela.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, ipapadala namin sa iyo ang aming desisyon sa sulat at awtomatiko naming ipapadala ang iyong apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa Antas 2 na apela. Aabisuhan ka ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa sulat kapag natanggap na nila ang iyong apela.

Mga deadline ng karaniwang apela

- Para sa mga karaniwang apela, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela. Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B na hindi mo pa natanggap, bibigyan ka namin ng sagot **sa loob ng 7 mga araw sa kalendaryo** matapos naming matanggap ang iyong apela. Ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kundisyon sa kalusugan.
 - Gayunpaman, kung hihiling ka ng karagdagang oras, o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon na maaaring makatulong sa iyo, **maaari kaming tumagal ng hanggang 14 pang mga araw ng kalendaryo** kung ang kahilingan mo ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.
 - Kung naniniwala kang *hindi* dapat kami maglaan ng karagdagang araw, maaari kang maghain ng mabilis na reklamo. Kapag maghahain ka ng mabilis na reklamo, magbibigay kami ng sagot sa iyong reklamo sa loob ng 24 na oras. (Tingnan ang Seksyon 11 para sa impormasyon tungkol sa mga reklamo.)

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Kung hindi ka namin mabigyan ng sagot hanggang sa deadline (o hanggang sa katapusan ng pinalawig na yugto ng panahon), ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 na apela kung saan susuriin ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang apela. Ipinapaliwanag ng Seksyon 6.4 ang proseso ng Antas 2 na apela.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo kung ang iyong kahilingan ay para sa medikal na item o serbisyo, o **sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo** kung ang iyong kahilingan ay para sa gamot sa Bahagi B.

Kung hindi ang sagot ng aming plano sa isang bahagi o sa lahat ng iyong apela, awtomatiko naming ipapadala ang iyong apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa isang Antas 2 na apela.

Seksyon 6.4 Antas 2 na proseso ng pag-apela:

Legal na Termino

Ang pormal na pangalan para sa “hiwalay na organisasyon ng pagsusuri” ay **Hiwalay na Entity ng Pagsusuri (Independent Review Entity)**. Tinatawag ito minsang **Independent Review Entity o IRE**.

Ang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ay isang hiwalay na organisasyon na inemployo ng Medicare. Wala itong koneksyon sa amin at ito ay hindi isang ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang nagpapasya kung ang desisyon na ginawa namin ay tama o kung dapat itong baguhin. Ang Medicare ang nangangasiwa sa gawain nito.

Hakbang 1: Susuriin ng hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ang iyong apela.

- Ipapadala namin ang impormasyon tungkol sa iyong apela sa organisasyong ito. Tinatawag ang impormasyong ito na iyong dokumento ng kaso. **May karapatan ka para sa isang libreng kopya ng iyong file ng kaso.**
- May karapatan kang magbigay ng karagdagang impormasyon sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri upang suportahan ang iyong apela.
- Susuriing mabuti ng mga tagasuri sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong apela.

Kung nagkaroon ka ng mabilis na apela sa Antas 1, mayroon ka ring mabilis na apela sa Antas 2.

- Para sa mabilis na apela, dapat bigyan ka ng organisasyon ng pagsusuri ng sagot sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos nitong makuha ang iyong apela.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo at kailangan ng hiwalay na organisasyon ng pagsusuri na mangalap ng higit pang impormasyon na maaari mong mapakinabangan, **maaari itong tumagal ng hanggang 14 pang araw ng kalendaryo.** Ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay hindi maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.

Kung nagkaroon ka ng karaniwang apela sa Antas 1, magkakaroon ka rin ng karaniwang apela sa Antas 2.

- Para sa karaniwang apela, kung ang iyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat na magbigay ng sagot sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo** kung kailan nito natanggap ang inyong apela.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Kung ang iyong kahilingan ay para sa gamot sa Bahagi B, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat na magbigay ng sagot sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo** kung kailan nito natanggap ang iyong apela.

Hakbang 2: Ibibigay sa iyo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang kanilang sagot.

Sabihin sa iyo ng independent review organization ang tungkol sa kanilang desisyon sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag ang mga dahilan nito.

- **Kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling para sa isang medikal na item o serbisyo**, dapat naming pahintulutan ang pagsaklaw sa pangangalagang medikal **sa loob ng 72 oras** o ibigay ang serbisyo sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa **mga karaniwang kahilingan**. Para sa mga **pinabilis na kahilingan**, mayroon kaming **72 oras** mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa bahagi o lahat ng iyong hiniling para sa isang gamot sa Bahagi B**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang gamot sa Bahagi B sa loob ng **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa mga **karaniwang kahilingan**. Para sa mga **pinabilis na kahilingan** mayroon kaming **24 oras** mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o lahat ng iyong apela**, ibig sabihin nito ay sumasang-ayon sila sa aming plano na hindi dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o ang bahagi ng iyong kahilingan) para sa pagsaklaw sa pangangalagang medikal. (Tinatawag itong **pagpapanatili ng desisyon** o **pagtanggì sa iyong apela**.) Sa kasong ito, magpapadala sa iyo ng sulat ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na:
 - nagpapaliwanag sa naging desisyon.
 - Nagpapaalam sa iyo tungkol sa iyong karapatan para sa Antas 3 na apela kung natutugunan ng halaga ng dolyar ng pagsaklaw sa pangangalagang medikal na hinihiling mo ang isang partikular na minimum. Ang nakasulat na abiso na matatanggap mo mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang magsasabi sa iyo ng halaga ng dolyar na dapat mong matugunan upang maipagpatuloy ang proseso ng pag-apela.
 - Nagsasabi sa iyo kung paano maghain ng Antas 3 na apela.

Hakbang 3: Kung natutugunan ng iyong kaso ang mga kinakailangan, pipiliin mo kung gusto mong ipagpatuloy pa ang iyong apela.

- May 3 karagdagang antas sa proseso ng pag-apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang 5 antas ng apela). Kung gusto mong pumunta sa Antas 3 na apela, ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na abiso na matatanggap mo pagkatapos ng iyong Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Administrative Law Judge o abogadong tagahatol. Ipinapaliwanag sa Seksyon 10 ang proseso ng Antas 3, 4, at 5 na mga apela.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**Seksyon 6.5 Kung hinihiling mo sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa bayarin na natanggap mo para sa pangangalagang medikal?****Ang paghingi ng pagbabayad ng nagastos ay paghingi ng desisyon sa pagsaklaw mula sa amin.**

Kung ipapadala mo sa amin ang mga papeles na humihingi ng pagbabayad ng nagastos, humihingi ka ng desisyon sa pagsaklaw. Upang gawin ang desisyong ito, susuriin namin kung sinasaklaw ang pangangalagang medikal na binayaran mo. Titingnan din namin kung sinunod mo ang mga panuntunan sa paggamit ng iyong saklaw para sa pangangalagang medikal.

- Kung sinasaklaw ang pangangalagang medikal at sinunod mo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa iyo ang bayad para sa aming bahagi ng gastos karaniwan sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo, ngunit hindi lalampas ng 60 mga araw ng kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan. Kung hindi mo pa nababayaran ang pangangalagang medikal, direkta naming ipapadala ang bayad sa provider.
- **Kung hindi ang sagot namin sa kahilingan mo:** Kung *hindi* saklaw ang pangangalagang medikal, o hindi mo sinunod ang lahat ng patakaran, hindi kami magpapadala ng bayad. Sa halip, magpapadala kami sa iyo ng sulat na nagsasabing hindi namin babayaran ang pangangalagang medikal at ang mga dahilan kung bakit.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyong tanggihan ka, **maaari kang maghain ng apela.** Kung maghahain ka ng apela, ibig sabihin nito ay hinihiling mo sa amin na baguhin namin ang aming ginawang desisyon sa pagsaklaw na tanggihan ang iyong kahilingan para sa pagbabayad.

Upang ihain ang apelang ito, sundin ang proseso para sa mga apela sa Seksyon 6.3. Para sa mga apelang nauugnay sa pagbabalik ng bayad, tandaan:

- Dapat naming maibigay ang aming sagot sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong apela. Kung hinihiling mo sa aming ibalik ang ibinayad mo para sa pangangalagang medikal natanggap at binayaran na mo, hindi ka pinapayagang maghain ng mabilis na apela.
- Kung magpapasya ang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri na dapat kaming magbayad, dapat naming ipadala sa iyo o sa provider ang bayad sa loob ng 30 araw ng kalendaryo. Kung oo ang sagot sa iyong apela sa anumang yugto ng proseso ng pag-apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala sa iyo o sa provider ang bayad na hiningi mo sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo.

SEKSYON 7 Mga gamot sa Part D: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o mag-apela**Seksyon 7.1 Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung ano ang gagawin kung mayroon kang mga problema sa pagkuha ng gamot sa Bahagi D o kung gusto mong bayaran ka namin para sa isang gamot sa Bahagi D**

Kasama sa iyong mga benepisyo ang pagsaklaw para sa maraming inireresetang gamot. Upang maging saklaw, ang gamot ay dapat gamitin para sa medikal na tinatanggap na indikasyon. (Tingnan ang Kabanata 5 para sa higit pang impormasyon tungkol sa indikasyong medikal na tinatanggap.) Para sa mga detalye tungkol sa mga gamot sa Bahagi D, mga panuntunan, paghihigpit, at gastusin, tingnan ang Kabanata 5 at 6. **Ang seksyong ito ay tungkol lamang sa iyong mga gamot sa Bahagi D.** Para panatilihin simple ang mga bagay, karaniwan naming sinasabing *gamot* sa natitirang bahagi ng seksyong ito, sa halip na ulitin ang *saklaw na inireresetang*

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

gamot para sa outpatient o Bahagi D na gamot sa bawat oras. Ginagamit din namin ang terminong Listahan ng Mga Gamot sa halip na *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* o Pormularyo.

- Kung hindi mo alam kung sinasaklaw ang isang gamot o kung natutugunan mo ang mga panuntunan, maaari kang magtanong sa amin. May ilang gamot na kinakailangan mong kumuha ng pag-apruba mula sa amin bago namin ito saklawin.
- Kung sasabihin sa iyo ng parmasya mo na hindi maaaring ibigay ang nakasulat sa iyong reseta, bibigyan ka ng parmasya ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano makikipag-ugnayan sa amin para humingi ng desisyon sa pagsaklaw.

Mga desisyon sa pagsaklaw at apela sa Bahagi D**Mga Legal na Termino**

Ang desisyon sa panimulang pagsaklaw tungkol sa iyong mga gamot sa Bahagi D ay tinatawag na **pagpapasya sa pagsaklaw**.

Ang desisyon sa pagsaklaw ay isang desisyong ginagawa namin tungkol sa iyong mga benepisyo saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa iyong mga gamot. Isinasaad ng seksiyon na ito ang maaari mong gawin kung ikaw ay nasa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Paghiling sa amin na saklawin ang isang gamot sa Bahagi D na wala sa Listahan ng Gamot ng aming plano. **Humiling ng isang pagbubukod. Seksyon 7.2.**
- Paghiling na alisin ang paghihigpit ng aming plano sa pagsaklaw sa isang gamot (gaya ng mga limitasyon sa dami ng gamot na makukuha mo) **Humiling ng eksepsiyon. Seksyon 7.2.**
- Paghiling na magbayad ng mas mababang halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa isang saklaw ng gamot sa isang mas mataas na tier ng pagbabahagi sa gastos **Humiling ng eksepsiyon. Seksyon 7.2.**
- Paghiling na makakuha ng paunang pag-apruba para sa isang gamot. **Humiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 7.4**
- Magbayad para sa isang inireresetang gamot na nabili mo na. **Hilingin sa amin na bayaran ka. Seksyon 7.4**

Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon sa saklaw na ginawa namin, maaari mong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa iyo ng seksiyon na ito kung paano humiling ng mga desisyon sa pagsaklaw at kung paano humiling ng apela.

Seksyon 7.2 Paghiling ng isang pagbubukod**Mga Legal na Termino:**

Ang paghiling para sa pagsaklaw ng gamot na wala sa Listahan ng Gamot ay isang **eksepsiyon sa pormularyo**.

Ang paghiling na alisin ang paghihigpit sa pagsaklaw para sa isang gamot ay isang **eksepsiyon sa pormularyo**.

Ang paghiling na magbayad ng mas mababang halaga para sa sinasaklaw na hindi preferred na gamot ay isang **eksepsiyon sa tier**.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Kung hindi sinasaklaw ang isang gamot sa paraang gusto ninyo, maaari kayong humiling sa amin na gumawa ng **eksepsiyon**. Ang pagbubukod ay isang uri ng desisyon sa pagsaklaw.

Upang isaalang-alang namin ang iyong kahilingan para sa isang pagbubukod, kakailanganing ipaliwanag ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan mo ng pagbubukod. Narito ang 3 halimbawa ng mga pagbubukod na maaaring hingin mo o ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta sa amin na gawin:

- 1. Pagsaklaw sa isang gamot sa Bahagi D na wala sa aming Listahan ng Gamot.** Kung sumang-ayon kaming saklawin ang isang gamot na wala sa Listahan ng Gamot, kakailanganin mong bayaran ang halaga ng pagbabahagi sa gastos na nalalapat sa mga gamot na nasa Tier 4 Non-Preferred Drug. Hindi ka maaaring humiling ng eksepsiyon para sa halaga ng pagbabahagi sa gastos na hinihingi namin na bayaran mo para sa gamot.
- 2. Pag-alis ng paghihigpit para sa isang saklaw na gamot.** Inilalarawan ng Kabanata 5 ang mga karagdagang panuntunan o paghihigpit na nalalapat sa ilang partikular na gamot sa aming Listahan ng Mga Gamot. Kung sumang-ayon kaming magbigay eksepsiyon at alisin namin ang paghihigpit para sa iyo, maaari ka pa ring humiling ng eksepsiyon sa halaga ng pagbabahagi sa gastos na hinihiling naming bayaran mo para sa gamot.
- 3. Pagbabago sa pagsaklaw ng gamot sa mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos.** Ang bawat gamot sa aming Listahan ng Mga Gamot ay nasa isa sa anim (6) na tier ng pagbabahagi sa gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mababa ang antas ng tier ng pagbabahagi sa gastos, mas mababa rin ang babayaran mong bahagi ng gastos sa gamot.
 - Kung mayroong (mga) alternatibong gamot sa aming Listahan ng Mga Gamot para sa paggamot sa iyong kundisyong medikal na nasa mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos kaysa sa iyong gamot, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ang iyong gamot sa halaga ng pagbabahagi sa gastos na nalalapat sa (mga) alternatibong gamot.
 - Kung ang gamot na ginagamit mo ay isang branded na gamot, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ang iyong gamot sa halaga ng pagbabahagi sa gastos na nalalapat sa pinakamababang tier na may mga branded na alternatibo para sa paggamot ng iyong kundisyon.
 - Kung ang gamot na ginagamit mo ay isang generic na gamot, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ang iyong gamot sa halaga ng pagbabahagi sa gastos na nalalapat sa pinakamababang tier na may mga branded o generic na alternatibo para sa paggamot ng iyong kundisyon.
 - Hindi mo maaaring hilingin sa amin na baguhin ang tier ng pagbabahagi sa gastos para sa anumang gamot sa Tier 5 Specialty Tier.
 - Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan para sa eksepsiyon sa tier at may mahigit sa isang tier na may mas mababang pagbabahagi sa gastos na may alternatibong gamot na hindi mo maaaring inumin, kadalasan na ang pinakamababang halaga ang babayaran mo.

Seksyon 7.3 Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghingi ng mga pagbubukod

Dapat sabihin sa amin ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan

Dapat magbigay sa amin ang iyong doktor o iba pang tagapagreseta ng pahayag na nagpapaliwanag ng mga medikal na dahilan kung bakit ka humihiling ng eksepsiyon. Para sa mas mabilis na desisyon, isama ang medikal na impormasyong ito mula sa iyong doktor o iba pang tagapagreseta kapag humiling ka ng pagbubukod.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Ang aming Listahan ng Gamot ay kadalasang may kasamang higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kundisyon. Ang iba't ibang posibilidad na ito ay tinatawag na **mga alternatibong gamot**. Kung ang isang alternatibong gamot ay magiging kasing bisa ng gamot na hinihiling mo at hindi magdudulot ng higit pang side effect o iba pang problema sa kalusugan, hindi namin aaprubahan sa pangkalahatan ang iyong kahilingan para sa eksepsiyon. Kung hihiling ka sa amin ng eksepsiyon sa tier, karaniwan na hindi namin aaprubahan ang iyong kahilingan para sa eksepsiyon maliban na lang kung hindi rin magiging mabisa para sa iyo o kung posibleng magdulot sa iyo ng masama o iba pang panganib ang lahat ng alternatibong gamot na nasa (mga) tier na may mas mababang pagbabahagi sa gastos.

Maaari naming sabihin ang Oo o Hindi sa iyong kahilingan

- Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan para sa isang eksepsiyon, karaniwang may-bisa ang pag-apruba namin hanggang sa katapusan ng taon ng aming plano. Totoo ito hangga't ipagpapatuloy ng doktor mo ang pagreseta sa gamot para sa iyo at nagapapatuloy na ligtas at mabisa ang gamot na iyon sa paggamot sa kundisyon mo.
- Kung tatanggihan namin ang kahilingan mo, maaari kang humiling ng isa pang pagsusuri sa pamamagitan ng pag-apela.

Seksyon 7.4 Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang isang pagbubukod

Mga Legal na Termino

Ang isang mabilis na desisyon sa pagsaklaw ay tinatawag na **pinabilis na pagpapasya sa saklaw**.

Hakbang 1: Magpasya kung kailangan mo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilis na desisyon sa pagsaklaw.

Ang mga karaniwang desisyon sa pagsaklaw ay nagagawa sa loob ng **72 oras** matapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor. **Ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw** ay nagagawa sa loob ng **24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor.

Kung kinakailangan ito ng kalusugan mo, hilingin sa amin na bigyan ka ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw. Upang makakuha ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw, dapat mong matugunan ang 2 kinakailangan:

- Dapat kang humiling para sa isang gamot na hindi mo pa nakuha. (Hindi ka maaaring humiling ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw upang maibalik namin ang nagastos mo para sa isang gamot na nabili mo na.)
- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay maaaring magdulot ng malubhang pinsala sa iyong kalusugan o makapinsala sa iyong kakayahang kumilos.
- **Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta na kinakailangan ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw dahil sa kundisyon ng iyong kalusugan, awtomatiko naming sasang-ayunan ang pagbibigay sa iyo ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw.**
- **Kung hihiling ka ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw ng ikaw mismo, nang walang suporta ng iyong doktor o tagareseta, magpapasya kami kung kailangan ng kalusugan mo na bigyan ka namin ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw.** Kung hindi namin aaprubahan ang isang mabilis na desisyon sa pagsaklaw, padadalhan ka namin ng sulat na:
 - Nagpapaliwanag na gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Nagpapaliwanag na kung hihiling ang iyong doktor o iba pang tagapagreseta ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw, awtomatiko naming ibibigay ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw.
- Ipapaalam sa iyo kung paano ka makakapaghain ng mabilis na reklamo tungkol sa desisyon naming bigyan ka ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw na hiniling mo. Sasagutin namin ang iyong reklamo sa loob ng 24 na oras mula nang matanggap namin ito.

Hakbang 2: Humiling ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilis na desisyon sa pagsaklaw.

- Simulan sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o pag-fax sa aming plano upang hilingin sa amin na pahintulutan o ipagkaloob ang pagsaklaw para sa pangangalagang medikal na gusto mo. Maaari mo ring i-access ang proseso ng pagpapasya sa saklaw sa pamamagitan ng aming website. Dapat naming tanggapin ang anumang nakasulat na kahilingan, kabilang ang isang kahilingang isinumite sa *Form ng CMS Model Coverage Determination Request*, na available sa aming website centralhealthplan.com. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan. Upang tulungan kaming iproseso ang iyong kahilingan, isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyong nagpapakita kung anong tinanggihang claim ang inaapela.

Ikaw, ang iyong doktor, (o iba pang tagareseta) o ang kinatawan mo ay maaaring gawin ito. Maaari ka ring magkaroon ng isang abogado na kikilos para sa iyo. Sinasabi ng seksyon 4 ng kabanatang ito kung paano ka makapagbibigay ng nakasulat na pahintulot sa ibang tao na kumilos bilang kinatawan mo.

- **Kung humihiling ka ng isang eksepsiyon, ibigay ang pansuportang pahayag**, na siyang mga medikal na dahilan para sa eksepsiyon. Maaaring i-fax o ipadala sa amin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta ang sumusuportang pahayag. O maaaring sabihin sa amin ng iyong doktor o ibang tagareseta sa telepono at mag-follow up sa pamamagitan ng pag-fax o pagpapadala ng nakasulat na pahayag kung kailangan.

Hakbang 3: Isinasaalang alang namin ang iyong kahilingan at binibigyan ka ng aming sagot.

Mga deadline para sa mabilis na desisyon sa pagsaklaw

- Sa karaniwan ay dapat naming maibigay ang aming sagot **sa loob ng 24 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
 - Para sa mga eksepsiyon, magbibigay kami sa iyo ng aming sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng iyong doktor. Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
 - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang pahayag ng doktor mo na sumusuporta sa iyong kahilingan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka aapela.

Mga deadline para sa isang karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa isang gamot na hindi mo pa nakuha

- Sa karaniwan ay dapat naming maibigay ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Para sa mga pagbubukod, magbibigay kami sa iyo ng aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng iyong doktor. Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming **ibigay ang pagsaklaw** na sinang-ayunan naming ibigay **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang pahayag ng doktor mo na sumusuporta sa iyong kahilingan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka aapela.

Mga deadline para sa karaniwang desisyon sa pagsaklaw para sa pagbabayad para sa isang gamot na nabili mo na

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
 - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, kinakailangan ka rin naming bayaran sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka aapela.

Hakbang 4: Kung ang aming sagot sa iyong kahilingan para sa pagbubukod ay Hindi, maaari kang gumawa ng apela.

- Kung sasabihin naming hindi, may karapatan kang hilingin sa amin na muling ikonsidera ang desisyong ito sa pamamagitan ng pag-apela. Nangangahulugan ito ng pagtatanong muli upang makuha ang pagsaklaw sa gamot na gusto mo. Kung maghahain ka ng apela, nangangahulugan itong magpapatuloy ka sa Antas 1 ng proseso ng pag-apela.

Seksyon 7.5 Paano gumawa ng Antas 1 na apela**Mga Legal na Termino**

Ang apela sa plano tungkol sa desisyon sa pagsaklaw sa gamot sa Bahagi D ay tinatawag na muling pagpapasya ng plano.

Ang mabilis na apela ay tinatawag din na **pinabilis na muling pagpapasya**.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**Hakbang 1: Magpasya kung kailangan mo ng karaniwang apela o mabilis na apela.**

Ang karaniwang apela ay karaniwang ginagawa sa loob ng 7 araw ng kalendaryo. Ang mabilis na apela ay karaniwang ginagawa sa loob ng 72 oras. Kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela.

- Kung umaapela ka sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa isang gamot na hindi mo nakuha, kakailanganin mo at ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta na magpasya kung kailangan mo ng mabilis na apela.
- Ang mga kinakailangan para sa pagkuha ng mabilis na apela ay kapareho ng pagkuha ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw sa Seksyon 7.4 ng kabanatang ito.

Hakbang 2: Ikaw, ang iyong kinatawan, doktor o iba pang tagapagreseta ay dapat makipag-ugnayan sa amin at gawin ang iyong Antas 1 na apela. Kung kinakailangan ng iyong kalusugan ang mabilis na pagtugon, dapat kang humingi ng mabilis na apela.

- **Para sa mga karaniwang apela, magsumite ng nakasulat na kahilingan.** Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- **Para sa mabilis na apela, maaari mong isumite ang iyong apela sa pamamagitan ng sulat o tawagan kami sa (866) 314-2427.** Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- **Dapat naming tanggapin ang anumang nakasulat na kahilingan,** kabilang ang isang kahilingang isinumite sa *CMS Model Redetermination Request Form*, na available sa aming website na MolinaHealthcare.com/Medicare. Isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa iyong claim para tulungan kaming iproseso ang iyong kahilingan.
- **Dapat mong gawin ang iyong kahilingan sa pag-apela sa loob ng 65 araw ng kalendaryo** mula sa petsang nakalagay sa nakasulat na abisong ipinadala namin upang sabihin sa iyo ang aming sagot sa desisyon sa pagsaklaw. Kung napalampas mo ang deadline na ito at may magandang dahilan ka para makaligtaan ito, ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang iyong apela kapag ginawa mo ang iyong apela. Maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras upang gawin ang iyong apela. Kabilang sa mga halimbawa ng magandang dahilan kaya hindi mo nagawang makipag-ugnayan sa amin ay nagkaroon ka ng malubhang karamdaman o kung hindi tama o hindi kumpleto ang impormasyong naibigay namin sa iyo tungkol sa deadline sa paghiling ng apela.
- **Maaari kang humingi ng kopya ng impormasyon sa iyong apela at magdagdag ng higit pang impormasyon.** Ikaw at ang iyong doktor ay maaaring magbigay ng higit pang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.

Hakbang 3: Pag-iisipan namin ang iyong apela at bibigyan ka namin ng aming sagot.

- Kapag sinuri namin ang iyong apela, tinitingnan namin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan para sa pagsaklaw. Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng panuntunan noong tumanggi kami sa iyong kahilingan.
- Maaari kaming makipag-ugnayan sa iyo o sa iyong doktor o iba pang tagapagreseta upang makakuha ng higit pang impormasyon.

Mga deadline para sa mabilis na apela

- Para sa mga mabilis na apela, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang iyong apela.** Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Kung hindi ka namin mabigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipinapaliwanag ng Seksyon 7.6 ang proseso ng pag-apela sa Antas 2.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin at kung paano mo iaapela ang aming desisyon.

Mga deadline para sa isang karaniwang apela para sa isang gamot na hindi mo pa nakuha

- Para sa mga karaniwang apela, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela. Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming desisyon kung hindi mo pa natanggap ang gamot at kung kinakailangan ito dahil sa kundisyon ng iyong kalusugan.
 - Kung hindi ka namin mabigyan ng desisyon sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipinapaliwanag ng Seksyon 7.6 ang proseso ng Antas 2 na apela.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming ibigay ang pagsaklaw sa pinakamabilis na paraan ayon sa kinakailangan ng iyong kalusugan, ngunit hindi dapat tumagal ng **7 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin at kung paano mo iaapela ang aming desisyon.
- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
 - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, kinakailangan ka rin naming bayaran sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka aapela.

Hakbang 4: Kung tatanggihan namin ang iyong apela, magpapasya ka kung gusto mong magpatuloy sa proseso ng pag-apela at gumawa ng isa pang apela.

- Kung magpapasya kang gumawa ng isa pang apela, nangangahulugan ito na ang iyong apela ay mapupunta sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**Seksyon 7.6 Paano gumawa ng Antas 2 na apela****Mga Legal na Termino**

Ang pormal na pangalan para sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ay **Hiwalay na Entity ng Pagsusuri (Independent Review Entity)**. Minsan ito ay tinatawag na **IRE**.

Ang **hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ay isang hiwalay na organisasyon na inempleyo ng Medicare**. Wala itong koneksyon sa amin at ito ay hindi isang ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang nagpapasya kung ang desisyon na ginawa namin ay tama o kung dapat itong baguhin. Ang Medicare ang nangangasiwa sa gawain nito.

Hakbang 1: Ikaw (o ang kinatawan mo o ang iyong doktor o iba pang tagareseta) ay dapat makipag-ugnayan sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri at humingi ng pagsusuri sa iyong kaso.

- Kung hindi ang isinagot namin sa iyong Antas 1 na apela, kasama sa nakasulat na abiso na ipapadala namin sa iyo ang **mga tagubilin kung paano maghain ng Antas 2 na apela** sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Nakasaad sa mga tagubiling ito kung sino ang puwedeng maghain ng Antas 2 na apela, ano ang mga deadline na dapat mong sundin, at paano makikipag-ugnayan sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Dapat kang maghain ng apela sa loob ng 65 mga araw ng kalendaryo** mula sa petsa ng nakasulat na abiso.
- Kung hindi namin kukumpletuhin ang aming pagsusuri sa naaangkop na timeframe o hindi pabor sa iyo ang desisyon namin kaugnay ng pagtukoy sa **nanganganib** na pagpapasya sa ilalim ng aming programa ng pamamahala sa gamot, awtomatiko naming ipapasa ang iyong kahilingan sa hiwalay na entidad sa pagsusuri.
- Ipapadala namin ang impormasyon tungkol sa iyong apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Tinatawag ang impormasyong ito na iyong **dokumento ng kaso. May karapatan ka para sa isang libreng kopya ng iyong file ng kaso.**
- May karapatan kang magbigay ng karagdagang impormasyon sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri upang suportahan ang iyong apela.

Hakbang 2: Susuriin ng hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ang iyong apela.

Susuriin mabuti ng mga tagasuri sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong apela.

Mga deadline para sa isang mabilis na apela

- Kung kinakailangan ng iyong kalusugan, humiling sa independent review organization ng mabilis na apela.
- Kung sasang-ayon ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na bigyan ka ng mabilis na apela, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat magbigay sa iyo ng sagot sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 72 oras** matapos nitong matanggap ang iyong kahilingan para sa apela.

Mga deadline para sa karaniwang apela

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Para sa mga karaniwang apela, dapat magbigay sa iyo ng sagot ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo** matapos nitong matanggap ang iyong apela kung para ito sa gamot na hindi mo pa nakuha. Kung hinihiling mo sa amin na ibalik ibinayad mo para sa isang gamot na nabili mo na, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat magbigay sa iyo ng sagot sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo** pagkatapos nitong matanggap ang iyong kahilingan.

Hakbang 3: Ibibigay sa iyo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang kanilang sagot.

Para sa mga mabilis na apela:

- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming **ibigay ang pagsaklaw sa gamot** na inaprubahan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

Para sa mga karaniwang apela:

- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling na pagsaklaw**, dapat naming **ibigay ang pagsaklaw sa gamot** na inaprubahan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling na ibalik ang iyong ibinayad** para sa isang gamot na nabili mo na, kinakailangan naming **ipadala ang bayad sa iyo sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

Paano kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa iyong apela?

Kung hindi ang naging sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa bahagi o lahat ng iyong apela, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa aming desisyong huwag aprubahan ang iyong kahilingan (o bahagi ng iyong kahilingan). (Tinatawag itong **pagsuporta sa desisyon**. Tinatawag din itong **pagtanggap sa iyong apela**.) Sa kasong ito, papadalhan ka ng sulat ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na:

- Nagpapaliwanag sa naging desisyon.
- Nagpapaalam sa iyo tungkol sa iyong karapatan para sa Antas 3 na apela kung natutugunan ng halaga sa dolyar ng pagsaklaw sa gamot na hinihiling mo ang isang partikular na minimum. Kung masyadong mababa ang dolyar na halaga ng pagsaklaw sa gamot na hinihiling mo, hindi ka makakapaghain ng panibagong apela at magiging pinal na ang desisyon sa Antas 2.
- Nagsasabi sa iyo tungkol sa halaga ng dolyar na dapat ay nasa di-pagkakasundo para makapagpatuloy sa proseso ng pag-apela.

Hakbang 4: Kung natutugunan ng iyong kaso ang mga kinakailangan, pipiliin mo kung gusto mong ipagpatuloy pa ang iyong apela.

- May 3 karagdagang antas sa proseso ng pag-apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang 5 antas ng apela).
- Kung gusto mong magpatuloy sa Antas 3 na apela, ang mga detalye tungkol sa kung paano ito gagawin ay makikita sa nakasulat na abiso na makukuha mo pagkatapos ng iyong desisyon sa Antas 2 na apela.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Administrative Law Judge o abogadong tagahatol. Ipinapaliwanag sa Seksyon 10 ang Antas 3, 4, at 5 na mga proseso ng pag-apela.

SEKSYON 8 Paano hihilingin sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital bilang inpatient kung sa tingin mo ay masyadong maaga kang pinalabas

Kapag na-admit ka sa ospital, may karapatan kang makuha ang lahat ng iyong saklaw na serbisyo sa ospital na kinakailangan upang masuri at magamot ang iyong karamdaman o injury.

Sa panahon ng saklaw mong pananatili sa ospital, makikipagtulungan sa iyo ang iyong doktor at tauhan ng ospital upang maghanda para sa araw ng iyong paglabas sa ospital. Tutulong din silang ayusin ang pangangalagang maaaring kailanganin mo pagkalabas mo.

- Ang araw na lalabas ka sa ospital ay tinatawag na iyong **petsa ng pag-discharge**.
- Kapag napagpasyahan na ang petsa ng pag-discharge mo, sasabihin ito sa iyo ng iyong doktor o ng kawani ng ospital.
- Kung sa palagay mo ay masyadong maaga ang pagpapalabas sa iyo ng ospital, puwede kang humiling ng mas matagal na pamamalagi sa ospital at ang iyong kahilingan ay isasaalang-alang.

Seksyon 8.1 Sa panahon ng pananatili mo sa ospital bilang inpatient, makakatanggap ka ng nakasulat na abiso mula sa Medicare na nagsasabi tungkol sa mga karapatan mo

Sa loob ng 2 mga araw ng kalendaryo ng pagkaka-admit sa ospital, bibigyan ka ng nakasulat na abiso na tinatawag na *Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Iyong Mga Karapatan*. Lahat ng may Medicare ay makakakuha ng kopya ng abisong ito. Kung hindi mo matanggap ang abiso mula sa sinuman sa ospital (halimbawa, isang caseworker o nurse), hingin ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan mo ng tulong, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048).

1. Basahin ang abisong ito nang maigi at magtanong kung hindi mo ito naiintindihan. Ipinapaalam nito sa iyo:

- Karapatan mong makatanggap ng mga saklaw na serbisyo ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng iyong pananatili sa ospital, ayon sa utos ng iyong doktor. Kabilang dito ang karapatang malaman kung ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito, at kung saan mo makukuha ang mga ito.
- Ang iyong karapatan na masangkot sa anumang desisyon tungkol sa iyong pananatili sa ospital.
- Kung saan iuulat ang anumang alalahanin na mayroon ka tungkol sa kalidad ng iyong pangangalaga sa ospital.
- Karapatan nmong **humiling ng agarang pagsusuri** sa desisyong palabasin ka kung sa palagay mo ay masyadong maaga kang pinalabas sa ospital. Isa itong pormal na legal na paraan para humiling na ipagpaliban ang petsa ng pag-discharge, nang sa gayon ay mas mahabang panahon ng iyong pangangalaga sa ospital ang saklawin namin.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

2. Hihilingin sa iyong lagdaan ang nakasulat na abiso upang ipahayag na natanggap mo ito at nauunawaan mo ang iyong mga karapatan.

- Hihilingin sa iyo o sa isang taong kumikilos sa ngalan mo na lagdaan ang abiso.
- Ang paglagda sa abiso ay nagpapakita *lang* na natanggap mo ang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. Hindi nakalagay sa abiso ang iyong petsa ng pag-discharge. Ang paglagda sa abiso ay **hindi nangangahulugan** na sumasang-ayon ka sa petsa ng pag-discharge.

3. Itago ang iyong kopya ng abiso para madali mong malaman ang impormasyon tungkol sa paghahain ng apela (o pag-uulat ng alalahanin tungkol sa kalidad ng pangangalaga) kung kakailanganin mo ito.

- Kung lalagdaan mo ang abiso nang mahigit sa 2 mga araw ng kalendaryo bago ang iyong petsa ng pag-discharge, makakatanggap ka ng panibagong kopya bago ang nakaiskedyul na petsa ng paglabas mo.
- Upang tumingin sa isang kopya ng abisong ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari mo ring makuha ang abiso online sa www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Seksyon 8.2 Paano maghain ng Antas 1 na apela upang baguhin ang petsa ng iyong pag-discharge mula sa ospital

Upang hilingin sa amin an saklawin ang iyong mga serbisyo ng ospital para sa inpatient nang mas matagal, gamitin ang proseso ng pag-apela upang gawin ang kahilingang ito. Bago ka magsimula, unawain kung ano ang kailangan mong gawin at kung ano ang mga deadline.

- **Sundin ang proseso**
- **Sumunod sa mga deadline**

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito.** Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). O tumawag sa iyong Programa sa Tulong ng Estado sa Insurance sa Kalusugan (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para sa personalisadong tulong. SHIP Alameda County: (510) 839-0393
Contra Costa County: (925) 655-1393
Fresno and Madera Counties: (559) 224-9117
Imperial County: (760) 353-0223
Kern County: (661) 868-1000
Kings and Tulare Counties: (559) 713-2875
Orange County: (714) 560-0424
Placer and Yolo Counties: (916) 376-8915
San Francisco County: (415) 677-7520
San Joaquin County: (209) 470-7812
San Mateo County: (650) 627-9350
Santa Clara County: (408) 350-3239
Solano County: (707) 526-4108
Stanislaus County: (209) 558-4540. Available ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng SHIP sa Kabanata 2, Seksyon 3.

Sa panahon ng Antas 1 na apela, sinusuri ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang iyong apela. Tinitingnan nito kung medikal na angkop sa iyo ang nakaplanong petsa ng pag-discharge mo. Ang **Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad** ay isang pangkat ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan para suriin at pahusayin ang kalidad ng pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. Kabilang dito ang pagsusuri sa mga petsa ng pag-discharge sa ospital para sa mga taong may Medicare. Ang mga dalubhasang ito ay hindi bahagi ng aming plano.

Hakbang 1: Makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad para sa iyong estado at humingi ng agarang pagsusuri sa paglabas mo sa ospital. Kailangan mong kumilos nang mabilis.

Paano ka makikipag-ugnayan sa organisasyong ito?

- Makikita sa nakasulat na abisong natanggap mo (*Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare Tungkol sa Iyong Mga Karapatan*) kung paano makikipag-ugnayan sa organisasyong ito. O hanapin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad para sa iyong estado sa Kabanata 2.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Kumilos nang mabilis:

- Upang maghain ng apela, dapat kang makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad *bago* ka umalis sa ospital ng **hindi lalampas sa hatingabi ng araw ng iyong paglabas**.
 - Kung matutugunan mo ang deadline na ito, maaari kang manatili sa ospital *pagkatapos ng* iyong petsa ng pag-discharge *ng hindi ito binabayaran* habang hinihintay mo ang desisyon mula sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad.
 - **Kung hindi mo matutugunan ang deadline na ito, makipag-ugnayan sa amin.** Kung magpasya kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng pag-discharge, *maaaring kailanganin mong bayaran ang lahat ng gastos* para sa pangangalaga sa ospital na natanggap mo pagkalipas ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital.
- Kapag humiling ka ng agarang pagsusuri sa iyong paglabas sa ospital, makikipag-ugnayan sa amin ang Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad. Pagdating ng tanghali pagkatapos makipag-ugnayan sa amin, bibigyan namin kayo ng **Detalyadong Abiso ng Paglabas sa ospital**. Ibinibigay ng abisong ito ang nakaplanong petsa ng pag-discharge mo at ipinapaliwanag nang detalyado ang mga dahilan kung bakit naniniwala ang iyong doktor, ang ospital, at kami na angkop na (medikal na naaangkop) para sa iyo na mapalabas sa petsang iyon.
- Makakakuha ka ng sample ng **Detalyadong Abiso ng Paglabas sa Ospital** sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.) O maaari kang kumuha ng sample online sa www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Hakbang 2: Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay nagsasagawa ng hiwalay na pagsusuri ng iyong kaso.

- Tatanungin ka (o ang iyong kinatawan) ng mga propesyonal sa kalusugan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (ang mga tagasuri) kung bakit naniniwala kang dapat magpatuloy ang pagsaklaw para sa mga serbisyo. Hindi mo kailangang maghanda ng anumang sulat, ngunit maaari mo itong gawin kung gusto mo.
- Titingnan din ng mga tagasuri ang iyong medikal na impormasyon, kakausapin ang iyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay namin at ng ospital sa kanila.
- Sa tanghali pagkatapos sabihin sa amin ng mga tagasuri ang tungkol sa iyong apela, makakatanggap ka ng nakasulat na abiso mula sa amin na nagsasaad ng iyong nakatakdang petsa ng pag-discharge. Detalyado ring ipinapaliwanag ng abisong ito ang mga dahilan kung bakit sa tingin ng iyong doktor, ng ospital, at namin ay tama (medikal na naaangkop) para sa iyo na mapalabas sa petsang iyon.

Hakbang 3: Sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nito, ibibigay sa iyo ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang kanilang sagot sa iyong apela.

Ano ang mangyayari kung ang sagot ay oo?

- Kung *oo* ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri, **dapat naming patuloy na ibigay ang iyong mga saklaw na serbisyo ng ospital para sa inpatient hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyong ito.**
- Kakailanganin mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi ng mga gastos (gaya ng mga deductible o copayment, kung naaangkop ang mga ito). Bilang karagdagan, maaaring may mga limitasyon sa iyong saklaw na mga serbisyo ng ospital.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Ano ang mangyayari kung ang sagot ay hindi?

- Kung *hindi* ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri, sinasabi nito na medikal na nararapat ang iyong nakaplanong petsa ng pag-discharge. Kung mangyari ito, **ang aming saklaw para sa iyong mga serbisyo ng ospital para sa inpatient ay magtatapos** sa tanghali sa araw *pagkatapos* na ibigay sa iyo ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang sagot nito sa iyong apela.
- Kung *hindi* ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa iyong apela at magpasya kang manatili sa ospital, **posibleng ikaw ang kinakailangang magbayad ng buong gastos** sa pangangalaga sa ospital na matatanggap mo sa tanghali ng araw na iyon pagkatapos ibigay sa iyo ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang kanilang sagot sa iyong apela.

Hakbang 4: Kung ang sagot sa iyong Antas 1 na apela ay hindi, magpapasya ka kung gusto mong gumawa ng isa pang apela.

- Kung *hindi* ang sagot ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad sa iyong apela, *at* nanatili ka sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng pag-discharge, maaari kang maghain ng panibagong apela. Ang paghahain ng panibagong apela ay nangangahulugang magpapatuloy ka sa **Antas 2** ng proseso ng pag-apela.

Seksyon 8.3 Paano maghain ng Antas 2 na apela upang baguhin ang petsa ng iyong pag-discharge mula sa ospital

Sa panahon ng Antas 2 na apela, hinihiling mo sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad na suriin ulit ang naging desisyon nito sa iyong unang apela. Kung tinanggihan ng Quality Improvement Organization ang iyong Antas 2 na apela, maaaring kailangan mong bayaran ang buong halaga ng iyong pananatili pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng pag-discharge.

Hakbang 1: Makipag-ugnayan muli sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad at humingi ng isa pang pagsusuri.

- Dapat mong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na sinagot ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ng *hindi* ang iyong Antas 1 na Apela. Maaari mo lang hilingin ang pagsusuring ito kung mananatili ka sa ospital pagkatapos ng petsa na natapos ang iyong pagsaklaw para sa pangangalaga.

Hakbang 2: Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay gagawa ng pangalawang pagsusuri sa iyong sitwasyon.

- Susuriin muli ng mabuti ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.

Hakbang 3: Sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang kahilingan mo para sa Antas 2 na apela, ang mga tagasuri ay magpapasya sa iyong apela at sasabihin sa iyo ang desisyon nito.

Kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri:

- **Dapat naming ibalik ang iyong ibinayad** para sa aming bahagi ng gastos sa pangangalaga sa ospital na natanggap mo simula tanghali pagkatapos ng petsa kung kailan tinanggihan ang iyong unang apela ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad. **Dapat naming ipagpatuloy ang pagbibigay ng saklaw para sa iyong pangangalaga sa ospital para sa inpatient hangga't ito ay medikal na kinakailangan.**

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi sa mga gastos at maaaring malapat ang mga limitasyon sa saklaw.

Kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri:

- Nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyong ginawa nila sa iyong Antas 1 na apela.
- Ipapaalam sa iyo ng abisong matatanggap mo sa pamamagitan ng sulat kung ano ang maaari mong gawin kung nais mong magpatuloy sa proseso ng pagsusuri.

Hakbang 4: Kung hindi ang sagot, kailangan mong magdesisyon kung gusto mong ipagpatuloy pa ang iyong apela sa pamamagitan ng pagpunta sa Antas 3.

- May 3 karagdang antas sa proseso ng pag-apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang 5 antas ng apela). Kung gusto mong pumunta sa isang Antas 3 na apela, ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na abiso na makukuha mo pagkatapos ng iyong desisyon sa Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Administrative Law Judge o abogadong tagahatol. Nagsasabi ng higit pa ang Seksyon 10 ng kabanatang ito tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na proseso ng pag-apela.

SEKSYON 9 Paano hihilingin sa amin na patuloy na saklawin ang ilang partikular na serbisyong medikal kung sa tingin mo ay masyadong maagang magtatapos ang iyong saklaw

Kapag nakakakuha ka ng **saklaw na mga serbisyong pangkalusugan sa bahay, bihasang pag-aalaga, o pangangalagang pag-rehabilitate (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)**, may karapatan kang patuloy na makuha ang iyong mga serbisyo para sa ganoong uri ng pangangalaga hangga't kailangan ang pangangalaga upang masuri at magamot ang iyong sakit o pinsala.

Kapag magpasya kami na panahon nang itigil ang pagsaklaw sa alinman sa 3 uri ng pangangalagang ito para sa iyo, kinakailangan naming sabihin ito sa iyo nang maaga. Kapag nagtapos na ang iyong saklaw para sa pangangalagang iyon, titigil na kami sa pagbabayad ng aming bahagi ng gastos para sa iyong pangangalaga.

Kung sa tingin mo ay masyadong maaga naming tinatapos ang pagsaklaw para sa iyong pangangalaga, **maaari mong iapela ang aming desisyon**. Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung paano humingi ng apela.

Seksyon 9.1 Sasabihin namin sa iyo nang maaga kung kailan matatapos ang saklaw mo

Legal na Termino:

Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare. Sasabihin nito sa iyo kung paano ka maaaring humiling ng **mabilis na apela**. Ang paghiling ng mabilis na apela ay isang pormal, legal na paraan upang humiling ng pagbabago sa aming desisyon sa pagsaklaw tungkol sa kung kailan ihihinto ang pangangalaga sa iyo.

1. Nakatanggap ka ng nakasulat na abiso nang mas maaga nang hindi bababa sa mga araw ng kalendaryo bago ihinto ng aming plano sa pagsaklaw sa inyong pangangalaga. Sasabihin sa iyo ng abiso:

- Ang petsa kung kailan kami titigil sa pagsaklaw sa pangangalaga para sa iyo.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Paano humiling ng mabilis na apela upang hilingin na ipagpatuloy ang aming saklaw sa iyong pangangalaga sa mas mahabang panahon.
- 2. Ikaw, o ang taong kumikilos sa ngalan mo, ay hihilinging lagdaan ang nakasulat na abiso upang ipakitang natanggap mo ito.** Ang paglagda sa abiso ay nagpapakita *lang* na natanggap mo ang impormasyon tungkol sa kung kailan ihihinto ang pagsaklaw sa iyo. **Ang paglagda rito ay hindi nangangahulugang sumasang-ayon ka** sa desisyon ng aming plano na ihinto ang pangangalaga.

Seksyon 9.2 Paano maghain ng Antas 1 na apela upang saklawin ng aming plan ang pangangalaga sa iyo sa mas mahabang panahon

Kung gusto mong hilingin sa aming saklawin nang mas matagal ang iyong pangangalaga, kakailanganin mong gamitin ang proseso ng pag-apela upang gawin ang kahilingang ito. Bago ka magsimula, unawain kung ano ang kailangan mong gawin at kung ano ang mga deadline.

- **Sundin ang proseso**
- **Sumunod sa mga deadline**

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito.** Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). O tumawag sa iyong Programa sa Tulong ng Estado sa Insurance sa Kalusugan (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para sa personalisadong tulong. SHIP Alameda County: (510) 839-0393
Contra Costa County: (925) 655-1393
Fresno and Madera Counties: (559) 224-9117
Imperial County: (760) 353-0223
Kern County: (661) 868-1000
Kings and Tulare Counties: (559) 713-2875
Orange County: (714) 560-0424
Placer and Yolo Counties: (916) 376-8915
San Francisco County: (415) 677-7520
San Joaquin County: (209) 470-7812
San Mateo County: (650) 627-9350
Santa Clara County: (408) 350-3239
Solano County: (707) 526-4108
Stanislaus County: (209) 558-4540. Available ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng SHIP sa Kabanata 2, Seksyon 3.

Sa panahon ng Antas 1 na apela, sinusuri ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang iyong apela. Nagpapasya ito kung ang petsa ng pagtatapos para sa pangangalaga sa iyo ay medikal na naaangkop. Ang **Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad** ay isang pangkat ng mga doktor at iba pang dalubhasa sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan para suriin at pahasayin ang kalidad ng pangangalagang ibinigay sa mga pasyenteng may Medicare. Kabilang dito ang pagsusuri sa mga desisyon ng plano tungkol sa kung kailan oras na upang ihinto ang pagsaklaw sa ilang partikular na uri ng pangangalagang medikal. Ang mga dalubhasang ito ay hindi bahagi ng aming plano.

Hakbang 1:Gawin ang iyong Antas 1 na apela: makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad at humingi ng mabilis na sinusubaybayang apela. Kailangan mong kumilos nang mabilis.

Paano ka makikipag-ugnayan sa organisasyong ito?

- Isinasaad sa iyo ng nakasulat na abiso na natanggap mo (*Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare*) kung paano makikipag-ugnayan sa organisasyong ito. (O hanapin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad para sa iyong estado sa Kabanata 2.)

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)***Kumilos nang mabilis:***

- Dapat kang makipag-ugnayan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad upang simulan ang iyong apela **sa tanghali ng araw bago ang petsa ng bisa** sa *Abiso ng Hindi Pagiging Saklaw ng Medicare* na ipinadala namin sa iyo.
- Kung hindi ka nakaabot sa deadline, at gusto mong maghain ng apela, mayroon ka pa ring karapatang umapela. Makipag-ugnayan sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad gamit ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa *Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare*. Makikita rin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad para sa inyong estado sa Kabanata 2.

Hakbang 2: Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay nagsasagawa ng hiwalay na pagsusuri ng iyong kaso.**Legal na Termino:**

Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw. Abisong nagbibigay ng mga detalye sa mga dahilan para sa pagwawakas ng pagsaklaw.

Ano ang nangyayari sa panahon ng pagsusuring ito?

- Itatanong sa iyo, o sa kinatawan mo, ng mga propesyonal sa kalusugan sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (ang mga tagasuri) kung bakit naniniwala kang dapat magpatuloy ang saklaw para sa mga serbisyo. Hindi mo kailangang maghanda ng anumang sulat, ngunit maaari mo itong gawin kung gusto mo.
- Titingnan din ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang iyong medikal na impormasyon, kakausapin ang iyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.
- Sa pagtatapos ng araw, sasabihin sa amin ng mga tagasuri ang iyong apela, makukuha mo ang *Detalyadong Paliwanag ng Hindi Saklaw* mula sa amin na detalyadong nagpapaliwanag sa aming mga dahilan sa pagtatapos ng aming saklaw para sa iyong mga serbisyo.

Hakbang 3: Sa loob ng isang buong araw pagkatapos nilang makuha ang lahat ng impormasyon na kailangan nila, sasabihin sa iyo ng mga tagasuri ang kanilang desisyon.***Ano ang mangyayari kung sasagot ng oo ang mga tagasuri?***

- Kung oo ang sagot ng mga tagasuri sa iyong apela, **dapat naming patuloy na ipagkaloob ang iyong saklaw na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.**
- Kakailanganin mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi ng mga gastos (gaya ng mga deductible o copayment, kung naaangkop ang mga ito). Maaaring may mga limitasyon sa iyong mga saklaw na serbisyo.

Ano ang mangyayari kung sasagot ng hindi ang mga tagasuri?

- Kung *hindi* ang sagot ng mga tagasuri, **matatapos ang iyong pagsaklaw sa petsang sinabi namin sa iyo.**
- Kung magpasya kang patuloy na tumanggap ng pangangalaga sa kalusugan sa bahay, o pangangalaga mula sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, o mga serbisyo ng Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF) pagkatapos ng petsang ito kung kailan magwawakas ang iyong pagsaklaw, **kakailanganin mong bayaran mismo ang kabuuang gastos** para sa pangangalagang ito.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Hakbang 4: Kung ang sagot sa iyong Antas 1 na apela ay hindi, magpapasya ka kung gusto mong gumawa ng isa pang apela.

- Kung sinabi ng tagasuri na *hindi* sa iyong Antas 1 na apela – at pinili mong ipagpatuloy ang pagkuha ng pangangalaga pagkatapos matapos ang iyong saklaw para sa pangangalaga – maaari kang gumawa ng Antas 2 na apela.

Seksyon 9.3 Paano maghain ng Antas 2 na apela upang saklawin ng aming plan ang pangangalaga sa iyo sa mas mahabang panahon

Para sa Antas 2 na apela, hihilingin mo sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad na suriin nilang muli ang desisyon na ginawa sa iyong unang apela. Kung tatanggihan ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ang iyong Antas 2 na apela, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga para sa iyong pangangalaga ng kalusugan sa bahay, o pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, o mga serbisyo ng Pasilidad ng Kumprehensibong Pag-rehabilitate sa Outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *pagkatapos* ng petsa kung kailan sinabi namin na ang iyong saklaw ay tapos na.

Hakbang 1: Makipag-ugnayan muli sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad at humingi ng isa pang pagsusuri.

- Dapat mong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na kung saan sinagot ng Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ng *hindi* ang iyong Antas 1 na Apela. Maaari mo lang hilingin ang pagsusuring ito kung ipinagpatuloy mo ang pagkuha ng pangangalaga makalipas ang petsa na natapos ang iyong pagsaklaw para sa pangangalaga.

Hakbang 2: Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay gagawa ng pangalawang pagsusuri sa iyong sitwasyon.

- Susuriin muli ng mabuti ng Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.

Hakbang 3: Sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang kahilingan mo sa apela, magpapasya ang mga tagasuri sa iyong apela at sasabihin sa iyo ang desisyon nito.

Ano ang mangyayari kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri?

- **Dapat naming ibalik ang iyong ibinayad** para sa aming bahagi sa mga gastos ng pangangalagang natanggap mo pagkatapos ng petsang sinabi naming matatapos ang iyong pagsaklaw. **Dapat naming patuloy na ibigay ang pagsaklaw** para sa pangangalaga hangga't medikal na kinakailangan ito.
- Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi sa mga gastos, at maaaring may mga limitasyon sa saklaw na nalalapat.

Ano ang mangyayari kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri?

- Nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyong ginawa sa iyong Antas 1 na apela.
- Sasabihin sa iyo sa abisong matatanggap mo kung ano ang maaari mong gawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng pagsusuri. Magbibigay ito sa iyo ng mga detalye tungkol sa kung paano kayo makakapagpatuloy sa sunod na antas ng apela, na pinangangasiwaan ng Hukom ng Administratibong Batas o abogadong tagahatol.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Hakbang 4: Kung hindi ang sagot, kakailanganin mong magdesisyon kung gusto mong ipagpatuloy pa ang iyong apela.

- May 3 karagdagang antas ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuang 5 antas ng apela. Kung gusto mong magpatuloy sa Antas 3 na apela, ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na abiso na makukuha mo pagkatapos ng desisyon mo sa Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Administrative Law Judge o abogadong tagahatol. Nagsasabi ng higit pa ang Seksyon 10 ng kabanatang ito tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na proseso ng pag-apela.

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

Seksyon 10.1 Mga Antas 3, 4 at 5 na apela para sa Mga Kahilingan sa serbisyong medikal

Maaaring naaangkop para sa iyo ang seksyong ito kung naghain ka ng Antas 1 na apela at Antas 2 na apela, at parehong tinanggihan ang mga apelang ito.

Kung nakatutugon sa partikular na dolyar na halaga ang halaga ng item o serbisyong medikal na inapela mo, maaari kang makapagpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela. Kung hindi umabot sa kinakailangang pinakamababang antas ang dolyar na halaga, hindi ka makakapaghain pa ng apela. Ipapaliwanag ng nakasulat na tugon na natanggap mo sa iyong Antas 2 na apela kung paano maghain ng Antas 3 na apela.

Para sa karamihan ng mga sitwasyon na may kinalaman sa mga apela, halos pareho ang pagsasagawa sa huling 3 antas ng apela gaya ng naunang 2 antas. Narito kung sino ang nangangasiwa sa pagsusuri ng iyong apela sa bawat isa sa mga antas na ito.

Antas 3 na apela Susuriin ng Hukom ng Administratibong Batas o isang abogadong tagahatol na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan ang iyong apela at magbibigay sa iyo ng sagot.

- **Kung oo ang isasagot ng Hukom ng Administratibong Batas o abogadong tagahatol sa iyong apela, ang proseso ng pag-apela ay maaaring tapos na o maaaring hindi pa.** Hindi katulad ng desisyon sa Antas 2 na apela, may karapatan kaming iapela ang isang desisyon sa Antas 3 na pabor sa iyo. Kung magpapasya kaming mag-apela, mapupunta ito sa Antas 4 na apela.
 - Kung magpasya kaming *hindiumapela*, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa iyo ang pangangalagang medikal sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Hukom ng Administratibong Batas o abogadong tagahatol.
 - Kung magpasya kaming iapela ang desisyon, magpapadala kami sa iyo ng kopya ng kahilingan sa Antas 4 na apela kalakip ang anumang kasamang dokumento. Maaari naming hintayin ang desisyon sa Antas 4 na apela bago pahintulutan o ibigay ang pangangalagang medikal na pinagtatalunan.
- **Kung hindi ang isasagot ng Hukom ng Administratibong Batas o abogadong tagahatol sa iyong apela, ang proseso ng pag-apela ay maaaring tapos na o maaaring hindi pa.**
 - Kung magpasya kang tanggapin ang desisyong tumatanggi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng pag-apela.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Kung hindi mo gustong tanggapin ang desisyon, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abiso na matatanggap mo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na apela.

Antas 4 na apela Ang **Medicare Appeals Council** (Council) ang susuri sa iyong apela at magbibigay sa iyo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

- **Kung oo ang sagot, o kung tatanggihan ng Konseho ang iyong kahilingan na suriin ang isang paborableng Antas 3 na desisyon sa apela, ang proseso ng pag-apela ay maaaring tapos na o maaaring hindi pa.** Hindi katulad ng desisyon sa Antas 2 na apela, may karapatan kaming iapela ang isang desisyon sa Antas 4 na pabor sa iyo. Magpapasya kami kung iaapela ba ang desisyong ito sa Antas 5.
 - Kung magpasya kaming *hindi* iapela ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa iyo ang pangangalagang medikal sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Konseho.
 - Kung magpasya kaming iapela ang desisyon, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat.
- **Kung hindi ang sagot o kung tatanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, ang proseso ng pag-apela ay maaaring tapos na o maaaring hindi pa.**
 - Kung magpapasya kang tanggapin ang desisyong ito na tumatangi sa iyong apela, ang proseso ng pag-apela ay tapos na.
 - Kung hindi mo gustong tanggapin ang desisyon, maaari mong ipagpatuloy sa susunod na antas ang proseso ng pagsusuri. Kung hindi ang isasagot ng Konseho sa iyong apela, sasabihin sa iyo ng matatanggap mong abiso kung pinapayagan ka ng mga panuntunan na magpatuloy sa Antas 5 na apela at kung paano magpatuloy sa Antas 5 na apela.

Antas 5 na apela Susuriin ng hukom ng **Federal District Court** ang iyong apela.

- Susuriin ng isang hukom ang lahat ng impormasyon at magpapasya siya kung *oo* o *hindi* ang isasagot sa iyong kahilingan. Ito ang magiging pangwakas na sagot. Wala nang ibang antas ng apela pagkatapos ng Pederal na Hukuman ng Distrito.

Seksyon 10.2 Mga Apela ng Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Bahagi D

Maaaring naaangkop para sa iyo ang seksyong ito kung naghain ka 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 mo, maaari kang magpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela. Kung mas mababa ang halaga ng dolyar, hindi ka na makakapaghain pa ng apela. Ipapaliwanag ng nakasulat na tugon na natanggap mo sa iyong Antas 2 na apela kung kanino makikipag-ugnayan at kung ano ang gagawin upang humiling para sa isang Antas 3 na apela.

Para sa karamihan ng mga sitwasyon na may kinalaman sa mga apela, halos pareho ang pagsasagawa sa huling 3 antas ng apela gaya ng naunang 2 antas. Narito kung sino ang nangangasiwa sa pagsusuri ng iyong apela sa bawat isa sa mga antas na ito.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Antas 3 na apela Susuriin ng Hukom ng Administratibong Batas o isang abogadong tagahatol na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan ang iyong apela at magbibigay sa iyo ng sagot.

- **Kung oo ang sagot, tapos na ang proseso ng pag-apela.** Dapat naming **pahintulutan o ipagkaloob ang pagsaklaw sa gamot** na inaprubahan ng Administrative Law Judge o abogadong tagahatol sa loob ng **72 oras (24 na oras para sa mga pinabilis na apela) o dapat kaming magbayad sa loob nang hindi lalampas sa 30 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon.
- **Kung hindi ang isasagot ng Hukom ng Administratibong Batas o abogadong tagahatol sa iyong apela, ang proseso ng pag-apela ay maaaring tapos na o maaaring hindi pa.**
 - Kung magpapasya kang tanggapin ang desisyong ito na tumatanggi sa iyong apela, ang proseso ng pag-apela ay tapos na.
 - Kung hindi mo gustong tanggapin ang desisyon, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abiso na matatanggap mo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na apela.

Antas 4 na apela Ang **Medicare Appeals Council** (Council) ang susuri sa iyong apela at magbibigay sa iyo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

- **Kung oo ang sagot, tapos na ang proseso ng pag-apela.** Dapat naming **pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw sa gamot** na inaprubahan ng Konseho **sa loob ng 72 oras (o 24 oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang desisyon.
- **Kung hindi ang sagot o kung tatanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, ang proseso ng pag-apela ay maaaring tapos na o maaaring hindi pa.**
 - Kung magpapasya kang tanggapin ang desisyong ito na tumatanggi sa iyong apela, ang proseso ng pag-apela ay tapos na.
 - Kung hindi mo gustong tanggapin ang desisyon, maaari mong ipagpatuloy sa susunod na antas ang proseso ng pagsusuri. Kung hindi ang isasagot ng Konseho sa iyong apela, sasabihin sa iyo ng matatanggap mong abiso kung pinapayagan ka ng mga panuntunan na magpatuloy sa Antas 5 na apela at kung paano magpatuloy sa Antas 5 na apela.

Antas 5 na apela Susuriin ng hukom ng **Federal District Court** ang iyong apela.

- Susuriin ng isang hukom ang lahat ng impormasyon at magpapasya ng *oo* o *hindi* sa iyong kahilingan. Ito ang magiging pangwakas na sagot. Wala nang ibang antas ng apela pagkatapos ng Pederal na Hukuman ng Distrito.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**Paghahain ng mga reklamo****SEKSYON 11 Paano magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga oras ng paghihintay, serbisyo sa customer, o iba pang alalahanin****Seksyon 11.1 Anong mga uri ng problema ang hinahawakan ng proseso ng reklamo?**

Ang proseso ng reklamo ay ginagamit *lamang* para sa ilang uri ng mga problema. Kasama rito ang mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng mga problemang pinangangasiwaan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng iyong pangangalagang medikal	<ul style="list-style-type: none"> Hindi ka ba nasisiyahan sa kalidad ng pangangalagang natanggap mo (kabilang ang pangangalaga sa loob ng ospital)?
Paggalang sa iyong privacy	<ul style="list-style-type: none"> Hindi ba iginalang ng isang tao ang karapatan mo sa privacy o nagbahagi ng kumpidensyal na impormasyon?
Kawalang-galang, hindi magandang serbisyo sa customer, o iba pang negatibong pag-uugali	<ul style="list-style-type: none"> May naging bastos o walang galang ba sa iyo? Hindi ka ba nasisiyahan sa aming Mga Serbisyo para sa Miyembro? Pakiramdam mo ba ay hinihikayat kang umalis sa aming plano?
Mga oras ng paghihintay	<ul style="list-style-type: none"> Nahihirapan ka bang kumuha ng appointment, o naghihintay ka ba nang masyadong matagal upang makuha ito? Pinaghintay ka ba nang napakatagal ng mga doktor, parmasyutiko, o iba pang propesyonal sa kalusugan? O ng aming mga kawani sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa plano? <ul style="list-style-type: none"> Kasama sa mga halimbawa ang paghihintay nang masyadong matagal sa telepono, sa waiting o exam room, o pagkuha ng reseta.
Kalinisan	<ul style="list-style-type: none"> Hindi ka ba nasisiyahan sa kalinisan o kalagayan ng isang klinika, ospital, o tanggapan ng doktor?
Impormasyong nakukuha mo mula sa amin	<ul style="list-style-type: none"> Nabigo ba kaming bigyan ka ng kinakailangang abiso? Mahirap bang maunawaan ang aming nakasulat na impormasyon?
Pagiging tama sa oras (Ang mga ganitong uri ng reklamo ay nauugnay lahat sa <i>pagiging tama sa oras</i> ng aming mga pagkilos na may kinalaman sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela)	<p>Kung humiling ka na sa amin ng desisyon sa pagsaklaw o naghain na ka ng apela, at sa palagay mo ay mabagal ang pagtugon namin, maaari ka ring maghain ng reklamo tungkol sa pagiging mabagal namin. Narito ang mga halimbawa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Humiling ka sa amin ng isang mabilis na desisyon sa pagsaklaw o ng isang mabilis na apela, at hindi ang naging sagot namin; maaari kang maghain ng reklamo.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Reklamo	Halimbawa
	<ul style="list-style-type: none"> • Naniniwala kang hindi namin natutugunan ang mga deadline para sa mga desisyon sa pagsaklaw o mga apela; maaari kang magreklamo. • Naniniwala ka na hindi namin natutugunan ang mga deadline para sa pagsaklaw o pagbabayad sa iyo para sa ilang partikular na medikal na item o serbisyo o gamot na naaprubahan na; maaari kang magreklamo. • Naniniwala kang hindi namin natugunan ang mga kinakailangang deadline para sa pagpapasa ng iyong kaso sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri; maaari kang magreklamo.

Seksyon 11.2 Paano gumawa ng reklamo**Legal na Termino:**

- Ang **reklamo** ay tinatawag din na **hinaing**.
- **Ang paghahain ng reklamo** ay tinatawag na **paghahain ng karaingan**.
- **Ang paggamit ng proseso para sa mga reklamo** ay tinatawag na **paggamit ng proseso para sa paghahain ng karaingan**.
- Ang **mabilis na apela** ay tinatawag na **pinabilis na hinaing**.

Hakbang 1: Makipag-ugnayan sa amin kaagad – sa pamamagitan man ng pagtawag o sulat.

- **Ang pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427(ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) ang karaniwang unang hakbang.** Kung mayroon pa kang ibang kailangang gawin, sasabihin sa iyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- **Kung ayaw mong tumawag (o tumawag ka at hindi ka nasiyahan), maaari mong isulat ang iyong reklamo at ipadala ito sa amin.** Kung isusulat mo ang iyong reklamo, tutugon kami sa iyong reklamo sa pamamagitan ng sulat.
- Susubukan naming lutasin ang reklamo mo sa tawag. Kung hindi namin malutas ang iyong reklamo sa pamamagitan ng telepono, mayroon kaming pormal na pamamaraan upang suriin ang iyong reklamo. Tinatawag namin itong aming Proseso ng Karaingan ng Miyembro. Sinasagot namin ang karamihan sa mga karaingan sa loob ng 30 araw ng kalendaryo. Maaari kaming magtagal kung hihilingin mo sa amin o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon at ang pagkaantala ay para sa iyong ikabubuti. Kung hihiling ka ng nakasulat na sagot, maghain ng nakasulat na reklamo, o gumawa ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga, sasagutin ka namin nang nakasulat. Bibigyan ka namin ng pinabilis na karaingan kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa mabilis na desisyon sa pagsaklaw o mabilis na apela o kung maglalaan kami ng karagdagang oras sa paggawa ng desisyon sa pagsaklaw o apela at hindi ka sumasang-ayon na dapat kaming maglaan ng mas maraming oras. Sinasagot namin ang mga pinabilis na karaingan sa 24 oras.
- Ang **deadline** para sa pagrereklamo ay 60 araw ng kalendaryo mula sa panahong naranasan mo ang problema na gusto mong ireklamo.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**Hakbang 2: Isinasaalang alang namin ang iyong apela at binibigyan ka ng aming sagot.**

- **Kung maaari, sasagutin ka namin kaagad.** Kung tatawagan mo kami para magreklamo, puwede ka naming bigyan ng sagot sa parehong tawag sa telepono.
- **Karamihan sa mga reklamo ay sinasagot sa loob ng 30 araw ng kalendaryo.** Kung kailangan namin ng higit pang impormasyon at ang pagkaantala ay para sa pinakamahusay na interes mo o kung humingi ka ng karagdagang oras, maaari kaming tumagal ng hanggang 14 pang araw ng kalendaryo (44 na araw ng kalendaryo sa kabuuan) para masagot ang reklamo mo. Kung mapagpapasyahan naming iapela ang desisyon, sasabihin namin ito sa iyo sa pamamagitan ng pagsulat.
- **Kung nagrereklamo ka dahil tinanggihan namin ang iyong kahilingan para sa mabilis na desisyon sa pagsaklaw o mabilis na apela, awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilis na reklamo.** Kung mayroon kang mabilis na reklamo, nangangahulugan ito na bibigyan ka namin **ng sagot sa loob ng 24 na oras.**
- **Kung hindi kami sumasang-ayon** sa ilan o lahat ng iyong reklamo o hindi inaako ang responsibilidad para sa problema na iyong inirereklamo, isasama namin ang aming mga dahilan sa aming tugon sa iyo.

Seksyon 11.3 Sunod-sunod na hakbang: Paggawa ng reklamo**Seksyon 11.4 Maaari kang magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad**

Kapag ang iyong reklamo ay tungkol sa *kalidad ng pangangalaga*, mayroon ka ring 2 karagdagang pagpipilian:

- **Maaari kang magreklamo nang direkta sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad.** Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay isang grupo ng mga nagsasanay na doktor at iba pang mga eksperto sa pangangalaga ng kalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at pagbutihin ang pangangalaga na ibinibigay sa mga pasyente ng Medicare. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

0

- **Maaari kang magreklamo sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad at sa amin nang sabay.**

Seksyon 11.5 Maaari mo ring sabihin sa Medicare tungkol sa reklamo mo

Maaari kang magsumite ng reklamo tungkol sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) nang direkta sa Medicare. Upang magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY/TDD.

Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

Mga problema tungkol sa iyong mga benepisiyo sa Medicaid

SEKSYON 12 Pangangasiwa ng mga problema tungkol sa iyong mga benepisiyo sa Medicaid

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga benepisiyo na saklaw ng Medicaid at/o mga proseso, dapat kang makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Miyembro (ang mga numero ng telepono ay nakasulat sa likod na pabalat ng bokleta na ito) o sa iyong Tanggapan ng Medicaid ng Estado (ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ay nakalista sa Kabanata 2, Seksyon 6).

Ang problema o alalahanin ba mo ay tungkol sa mga benepisiyo o saklaw mo?

Kasama rito ang mga problema tungkol sa kung sasaklawin ba o hindi ang pangangalagang medikal (mga medikal na item, mga serbisyo, at/o mga gamot sa Bahagi B), ang paraan ng pagsaklaw sa mga ito, at ang mga problemang may kaugnayan sa pagbabayad para sa pangangalagang medikal.

Oo.

Tingnan ang **Seksyon 5, Isang gabay para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela.**

Hindi.

Tingnan ang **Seksyon 11, Paano maghain ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, serbisyo sa customer o iba pang alalahanin.**

Kabanata 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano

KABANATA 10:**Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano****SEKSYON 1 Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano**

Ang pagwawakas ng iyong pagiging miyembro sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ay maaaring **boluntaryo** (sarili mong pasya) o **hindi boluntaryo** (hindi mo sariling pasya):

- Maaaring umalis ka sa aming plano dahil napagpasyahan mo na *gusto* mo nang umalis. Nagbibigay ang Seksyon 2 at 3 ng impormasyon tungkol sa boluntaryong pagwawakas ng iyong pagiging miyembro.
- Mayroon ding mga limitadong sitwasyon kung saan kinakailangan naming wakasan ang iyong pagiging miyembro. Sinasabi sa iyo ng Seksyon 5 ang tungkol sa mga sitwasyon kung kailan dapat naming tapusin ang pagiging miyembro mo.

Kung aalis ka na sa aming plano, dapat patuloy na ibigay ng aming plano ang iyong pangangalagang medikal at mga inireresetang gamot, at patuloy mong babayaran ang iyong bahagi ng gastos hanggang sa magwakas ang iyong pagiging miyembro.

SEKSYON 2 Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo sa aming plano?

Seksyon 2.1 Maaari mong wakasan ang pagiging miyembro mo (membership) dahil mayroon kang Medicare at Medicaid

Tinatapos ng karamihan sa mga taong may Medicare ang kanilang pagiging miyembro (membership) sa ilang partikular na panahon ng taon. Dahil mayroon kang Medicaid, maaari mong tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan sa pamamagitan ng pagpili mula sa isa sa mga opsyon ng Medicare sa anumang buwan ng taon:

- Original Medicare na *may* hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare,
- Original Medicare na *walang* hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare (kung pipiliin mo ang opsyong ito at tumanggap ng Extra Help, maaari kang itala ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung hindi ka lalahok sa awtomatikong pagpapatala.), o
- Kung karapat-dapat, isang integrated na D-SNP na nagbibigay ng iyong Medicare at karamihan o lahat ng iyong benepisyong Medicaid at serbisyo sa isang plan.

Tandaan: Kung umalis ka sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Extra Help, at magpatuloy ka nang walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa loob ng magkakasunod na 63 araw o higit pa, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali ka sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

- Tawagan ang Tanggapan ng Medicaid sa iyong Estado sa upang malaman ang tungkol sa iyong mga pagpipilian para sa plano ng Medicaid.

Kabanata 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano

- Iba pang mga opsyon sa planong pangkalusugan ng Medicare na available sa panahon ng **Panahon ng Bukas na Pagpapatala**. Isinasaad ng Seksyon 2.2 ang higit pa tungkol sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala.
- Kadalasang magwawakas ang iyong pagiging miyembro sa unang araw ng buwan matapos naming matanggap ang iyong kahilingan na palitan ang iyong mga plano. Ang iyong pagpapatala sa iyong bagong plano ay magsisimula din sa araw na ito.

Seksyon 2.2 Maaari mong wakasan ang pagiging miyembro mo sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala

Maaari mong wakasan ang iyong pagiging miyembro sa panahon ng Panahon ng Bukas na Pagpapatala kada taon. Sa panahong ito, suriin ang iyong saklaw sa kalusugan at pagsaklaw sa gamot at magpasya tungkol sa saklaw para sa paparating na taon.

- **Ang Panahon ng Bukas na Pagpapatala** ay mula **Oktubre 15 hanggang Disyembre 7**.
- **Piliin na panatilihin ang iyong kasalukuyang saklaw o gumawa ng mga pagbabago sa iyong saklaw para sa paparating na taon.** Kung magpasya kang lumipat sa isang bagong plano, maaari mong piliin ang alinman sa mga sumusunod na uri ng mga plano:
 - Iba pang planong pangkalusugan ng Medicare, na mayroon o walang pagsaklaw sa gamot.
 - Original Medicare na *may* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare
 - Original Medicare na *walang* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare
 - Kung karapat-dapat, isang integrated na D-SNP na nagbibigay ng iyong Medicare at karamihan o lahat ng iyong benepisyong ng Medicaid at serbisyo sa isang plan.

Makatatanggap ka ng Extra Help mula sa Medicare para bayaran ang iyong mga inireresetang gamot:

Kung lilipat ka sa Original Medicare at hindi nagpatala sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, puwedeng magpatala ka ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung sasabihin mo sa Medicare na ayaw mong sumali.

Tandaan: Kung umalis ka sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Extra Help, at magpatuloy ka nang walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa loob ng 63 araw na magkakasunod o higit pa, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali ka sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

- **Magwawakas ang iyong pagiging miyembro sa aming plano** kapag nagsimula ang iyong pagsaklaw sa bagong plano sa Enero 1.

Seksyon 2.3 Maaari mong wakasan ang pagiging miyembro mo sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medicare Advantage

Isang pagbabago lang ang maaari mong gawin sa iyong saklaw sa kalusugan sa panahon ng **Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** bawat taon.

- **Ang Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** ay tumatagal mula Enero 1 hanggang Marso 31 at para rin sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na nakatala sa isang MA na plano, mula sa buwan ng entitlement sa Bahagi A at Bahagi B hanggang sa huling araw ng ika-3 buwan ng entitlement.
- **Sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** maaari kang:

Kabanata 10: Pagtatapos ng pagiging miyembro sa aming plano

- Lumipat sa ibang Plano ng Medicare Advantage nang mayroon o walang pagsaklaw sa gamot.
- Umalis sa pagkakatala sa aming plano at kumuha ng pagsaklaw sa pamamagitan ng Original Medicare. Kung lilipat ka sa Original Medicare sa loob ng panahong ito, maaari ka ring sumali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare sa panahong iyon.
- **Magtatapos ang iyong pagiging miyembro** sa unang araw ng buwan pagkatapos mong magpatala sa ibang plano ng Medicare Advantage o makuha namin ang iyong kahilingang lumipat sa Original Medicare. Kung pipiliin mo ring magpatala sa isang plano sa gamot ng Medicare, magsisimula ang iyong pagiging miyembro sa plano sa gamot sa unang araw ng buwan pagkatapos makuha ng plano sa gamot ang iyong kahilingan sa pagpapatala.

Seksyon 2.4 Sa ilang partikular na sitwasyon, maaari mong wakasan ang iyong pagiging miyembro sa panahon ng Espesyal na Panahon ng Pagpapatala

Sa ilang partikular na sitwasyon, maaari kang maging kwalipikadong tapusin ang iyong pagiging miyembro sa iba pang mga oras ng taon. Kilala ito bilang isang **Espesyal na Panahon ng Pagpapatala**.

Maaari kang maging kwalipikado na wakasan ang iyong pagiging miyembro sa panahon ng a Espesyal na Panahon ng Pagpapatala kung alinman sa mga sumusunod na sitwasyon ang angkop sa iyo. Mga halimbawa lamang ang mga ito. Para sa kumpletong listahan, maaari kang makipag-ugnayan sa aming plano, tumawag sa Medicare, o bisitahin ang website ng Medicare www.Medicare.gov.

- Karaniwan, kapag lilipat ka
- Kung mayroon kang California Medicaid
- Kung kwalipikado ka para sa Extra Help na nagbabayad sa iyong pagsaklaw sa gamot ng Medicare
- Kung lalabagin namin ang aming kontrata sa iyo
- Kung kumukuha ka ng pangangalaga sa isang institusyon, gaya ng nursing home o ospital sa pangmatagalang pangangalaga (long-term care o LTC).
- Kung magpapatala ka sa Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).
- **Tandaan:** Kung ikaw ay nasa isang programa ng pamamahala sa gamot, maaari ka lamang maging kwalipikado para sa partikular na mga Espesyal na Panahon ng Pagpapatala. Ang Kabanata 5, Seksyon 10 ay nagsasabi sa iyo ng higit pa tungkol sa mga programa sa pamamahala ng gamot.
- **Tandaan:** Sasabihin sa iyo ng Seksyon 2.1 ang higit pa tungkol sa espesyal na panahon ng pagpapatala para sa mga taong may Medicaid.

Iba-iba ang mga panahon ng pagpapatala depende sa iyong sitwasyon.

Upang malaman kung kwalipikado ka para sa Natatanging Panahon ng Pagpapatala, tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kwalipikado kang wakasan ang iyong pagiging miyembro dahil sa natatanging sitwasyon, maaari kang magpasyang palitan ang pareho mong pagsaklaw sa kalusugan at pagsaklaw sa gamot ng Medicare. Maaari kang pumili:

- Iba pang planong pangkalusugan ng Medicare na mayroon o walang pagsaklaw sa gamot,
- Original Medicare na *may* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare,
- Original Medicare na *walang* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare.

Tandaan: Kung umalis ka sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Extra Help, at magpatuloy ka nang walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa loob ng 63

Kabanata 10: Pagtatapos ng pagiging miyembro sa aming plano

araw na magkakasunod o higit pa, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali ka sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Kung nakakakuha ka ng Extra Help mula sa Medicare para bayaran ang pagsaklaw sa gamot mo: Kung lilipat ka sa Original Medicare at hindi nagpatala sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, puwede kang magpatala sa Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung sasabihin mo sa Medicare na ayaw mong sumali.

Karaniwang magwawakas ang iyong pagiging miyembro sa unang araw ng buwan matapos mong humiling na palitan ang aming plano.

Tandaan: Ipinapaalam sa iyo ng Seksyon 2.1 at 2.2 ang higit pa tungkol sa espesyal na panahon ng pagpapatala para sa mga taong may Medicaid at Extra Help.

Seksyon 2.5 Kumuha ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano mo wawakasan ang pagiging miyembro mo?

Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa pagtatapos ng pagiging miyembro mo, maaari mong:

- **Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.**
- Hanapin ang impormasyon sa **Medicare at Ikaw 2026** na handbook.
- Makipag-ugnayan sa **Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. (TTY 1-877-486-2048)

SEKSYON 3 Paano tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano

Ipinapaliwanag sa talahanayan sa ibaba kung paano mo maaaring wakasan ang iyong pagiging miyembro sa aming plano.

Kung gusto mong lumipat mula sa aming plano patungo sa:	Ito ang dapat mong gawin:
Iba pang planong pangkalusugan ng Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Magpatala sa bagong Medicare na plano. • Awtomatiko kang aalisin sa pagkakatala sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) kapag nagsimula na ang iyong pagsaklaw sa bagong plano.
Original Medicare na <i>may</i> hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Magpatala sa bagong plano sa gamot ng Medicare. • Awtomatiko kang aalisin sa pagkakatala sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) kapag nagsimula na ang pagsaklaw sa iyong bagong plano sa gamot.
Original Medicare na <i>walang</i> hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • Magpadala sa amin ang nakasulat na kahilingan upang matanggal sa pagkakatala. Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung kailangan mo ng higit pang impormasyon kung paano ito gawin.

Kabanata 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano

Kung gusto mong lumipat mula sa aming plano patungo sa:	Ito ang dapat mong gawin:
	<ul style="list-style-type: none"> • Maaari ka ring tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) at humiling na alisin ka sa pagkakatala. Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. • Aalisin ka sa pagkakatala sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) kapag nagsimula na ang iyong pagsaklaw sa Original Medicare.

Tandaan: Kung umalis ka sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Extra Help, at magpatuloy ka nang walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa loob ng 63 araw na magkakasunod o higit pa, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali ka sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Para sa mga tanong tungkol sa iyong mga benepisyo sa Medicaid, tumawag sa California Department of Health Care Services, (916) 449-5000, TTY: 711, N/A. Tanungin kung paano naapektuhan ang iyong saklaw sa Medicaid kapag sumali sa ibang plan o bumalik sa Original Medicare.

SEKSYON 4 Hanggang sa matapos ang pagiging miyembro mo, dapat mong patuloy na kunin ang iyong mga medikal na item, serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano

Hanggang sa matapos ang iyong pagiging miyembro sa Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) at magsimula na ang iyong bagong pagsaklaw sa Medicare at Medicaid, dapat mong patuloy na kunin ang iyong pangangalagang medikal at mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano.

- **Patuloy na gamitin ang aming mga provider na nasa network upang makakuha ng pangangalagang medikal.**
- **Patuloy na gamitin ang aming mga parmasyang nasa network o mail order upang mapunan ang iyong mga reseta.**
- **Kung ikaw ay naospital sa araw na natapos ang iyong pagiging miyembro, ang iyong pananatili sa ospital ay sasaklawin ng aming plano hanggang sa ikaw ay mapalabas** (kahit na pinalabas ka pagkatapos magsimula ang iyong bagong saklaw sa kalusugan).

SEKSYON 5 Dapat wakasan ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang pagiging miyembro ng plano namin sa ilang sitwasyon

Dapat wakasan ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) ang iyong pagiging miyembro sa aming plano kung mangyayari ang alinman sa sumusunod:

- Kung wala ka nang Medicare Part A at Part B
- Kung llipat ka sa labas ng aming lugar ng serbisyo.
- Kung malayo ka sa aming lugar ng serbisyo sa loob ng mahigit sa 6 buwan

Kabanata 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano

- Kung lilipat ka o magbibiyaha nang matagal, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang malaman kung ang lugar na lilipatan o pupuntahan mo ay nasa lugar ng serbisyo ng aming plano.
- Kung ikaw ay makulong (mapunta sa bilangguan)
- Kung hindi ka na isang mamamayan ng Estados Unidos o hindi na legal ang pananatili mo sa Estados Unidos
- Kung nagsisinungaling ka o nagtatago ka ng impormasyon tungkol sa iba pang insurance na mayroon ka na nagbibigay ng pagsaklaw sa inireresetang gamot
- Kung sinadya mong bigyan kami ng maling impormasyon noong nagpapatala ka sa plano namin at nakakaapekto ang impormasyong iyon sa pagiging karapat-dapat mo para sa plano namin. (Hindi ka namin mapapaalis sa aming plano para sa ganitong dahilan maliban na lang kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
- Kung patuloy kang kumikilos sa paraang nakakagambala at nagpapahirap sa amin na maghatid ng pangangalagang medikal para sa iyo at sa iba pang miyembro ng plano namin. (Hindi ka namin mapapaalis sa aming plano para sa ganitong dahilan maliban na lang kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
- Kung hahayaan mo ang ibang tao na gamitin ang iyong kard ng pagiging miyembro upang makakuha ng pangangalagang medikal. (Hindi ka namin mapapaalis sa aming plano para sa ganitong dahilan maliban na lang kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
 - Kung wawakasan namin ang iyong pagiging miyembro dahil dito, posibleng ipaimbestiga ng Medicare ang iyong kaso sa Inspector General

Kung mayroon kayong mga tanong o gusto ng higit pang impormasyon kung kailan namin maaaring wakasan ang inyong pagiging miyembro, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

Seksyon 5.1 Hindi namin maaaring hilingin sa iyo na umalis ka sa aming plano para sa anumang kadahilanang nauugnay sa kalusugan

Hindi pinapayagan ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP) na hilingin sa iyong umalis sa aming plano para sa anumang dahilan na nauugnay sa kalusugan.

Ano ang dapat mong gawin kung mangyari ito?

Kung sa palagay mo ay pinapaalis ka sa aming plano para sa dahilang nauugnay sa kalusugan, tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.

Seksyon 5.2 Ang iyong karapatang magreklamo kung tatapusin namin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung tatapusin namin ang iyong membership sa aming plano, dapat naming sabihin sa iyo ang aming mga dahilan para sa pagtatapos ng iyong pagiging miyembro sa pamamagitan ng sulat. Dapat din naming ipaliwanag kung paano ka makakapaghain ng karaingan o gumawa ng reklamo tungkol sa aming desisyon na wakasan ang pagiging miyembro mo.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

KABANATA 11:

Mga legal na abiso

SEKSYON 1 Abiso tungkol sa namamahalang batas

Ang pangunahing batas na ipinapatupad sa dokumentong ito ng *Ebidensya ng Saklaw* ay Title XVIII ng Social Security Act at ang mga regulasyon na nilikha sa ilalim ng Social Security Act ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Bilang karagdagan, maaaring may malapat na iba pang pederal na batas at, sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon ay may malapat na mga batas ng estado kung saan ka nakatira. Maaari nitong maapektuhan ang iyong mga karapatan at responsibilidad kahit na hindi isinama o ipinaliwanag ang mga batas sa dokumentong ito.

SEKSYON 2 Abiso 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 lugar ng serbisyo. 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 Title VI ng Civil Rights Act of 1964, ang Rehabilitation Act of 1973, ang Age Discrimination Act of 1975, ang Americans with Disabilities Act, Section 1557 of the Affordable Care Act, 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 anumang iba pang dahilan.

Kung gusto mo ng higit pang impormasyon o kung may mga alalahanin ka tungkol sa pandidiskrimina o hindi patas na pagtrato, tumawag sa Office for Civil Rights ng Department of Health and Human Services sa 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o sa iyong lokal na Office for Civil Rights. Maaari mo ding suriin ang impormasyon mula sa Office for Civil Rights ng Department of Health and Human Services sa www.HHS.gov/ocr/index.html.

Kung mayroon kang kapansanan at kailangan mo ng tulong sa pag-access sa pangangalaga, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (866) 314-2427 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa (866) 314-2427). Kung mayroon kang reklamo, tulad ng problema sa access ng wheelchair, makakatulong ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

SEKSYON 3 Abiso tungkol sa mga karapatan sa paghalili ng Pangalawang Nagbabayad ng Medicare

May mga karapatan at responsibilidad kaming mangolekta para sa mga saklaw naming serbisyo sa Medicare kung saan hindi ang Medicare ang pangunahing nagbabayad. Ayon sa regulasyon ng CMS sa 42 CFR seksyon 422.108 at 423.462, ang Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP), bilang Organisasyon ng Medicare

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Advantage, ay gagamit ng parehong mga karapatan sa pagbawi na ginagamit ng Kalihim sa ilalim ng mga regulasyon ng CMS sa subpart B hanggang D ng bahagi 411 ng 42 CFR at ang mga panuntunang itinatag sa seksyong ito ay mangingibabaw sa anumang batas ng estado.

Kabanata 12: Mga Kahulugan

KABANATA 12:

Mga Kahulugan

Ambulatory Surgical Center – Ang Ambulatory Surgical Center ay isang entity na eksklusibong nagpapatakbo para sa layunin ng pagbibigay ng mga serbisyo sa operasyon ng outpatient sa mga pasyenteng hindi nangangailangan ng pagpapaospital at na ang inaasahang pananatili sa center ay hindi lalampas sa 24 na oras.

Apela – Ang apela ay isang bagay na gagawin mo kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon na tanggihan ang kahilingan para sa saklaw ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan o mga inireresetang gamot o pagbabayad para sa mga serbisyo o gamot na natanggap mo na. Maaari ka ring maghain ng apela kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyong ihinto ang mga serbisyong natatanggap mo.

Pagsingil ng Balanse – Kapag ang isang provider ng serbisyo (gaya ng doktor o ospital) ay naniningil sa pasyente ng higit pa sa pinapahintulutang halaga ng bahagi sa gastos ng plano. Bilang miyembro ng Central Health Dual Access Plan, kailangan mo lang bayaran ang mga halaga ng pagbabahagi sa gastos ng aming plano kapag kumuha ka ng mga saklaw na serbisyo ng aming plano. Hindi namin pinapayagan ang mga provider na **maningil ng balanse** o maningil sa iyo ng mahigit sa halaga ng pagbabahagi sa gastos na sinasabi ng plano mo na dapat mong bayaran.

Panahon ng Benepisyo – Ang paraan ng pagsukat ng aming plano at ng Original Medicare iyong paggamit ng mga serbisyo ng ospital at pasilidad para sa bihasang pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF). Magsisimula ang panahon ng benepisyo sa araw na pumunta ka sa isang ospital o pasilidad para sa bihasang pag-aalaga. Ang panahon ng benepisyo ay magtatapos kapag hindi ka nakatanggap ng anumang pangangalaga sa ospital para sa inpatient (o bihasang pag-aalaga sa SNF) sa loob ng magkakasunod na 60 araw. Kung pupunta ka sa isang ospital o isang pasilidad para sa bihasang pag-aalaga pagkatapos ng isang panahon ng benepisyo, magsisimula ang bagong panahon ng benepisyo. Walang limitasyon sa bilang ng mga panahon ng benepisyo.

Biological na Produkto – Isang inireresetang gamot na ginawa mula sa natural at buhay na pinagmumulan tulad ng mga selula ng hayop, mga selula ng halaman, bakteryang, o lebadura. Mas komplikado 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. Ang mga biosimilar ay karaniwang gumagana nang maayos, at kasing ligtas, gaya ng mga orihinal na biological na produkto. (tingnan ang “**Orihinal na Produktong Biyolohikal**” at “**Biosimilar**”).

Biosimilar – Isang inireresetang gamot na itinuturing na halos kapareho, ngunit hindi eksaktong kapareho ng orihinal na produktong biyolohikal. Ang mga biosimilar ay kasing ligtas at epektibo ng orihinal na produktong biyolohikal. May ilang biosimilar na maaaring ipamalit sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta (tingnan ang “**interchangeable na biosimilar**”).

Branded na Gamot – Isang inireresetang gamot na ginawa at ibinebenta ng parmasyutikal na kumpanyang orihinal na nagsaliksik at bumuo ng gamot. May parehong mga sangkap ang mga branded na gamot tulad ng mga generic na bersyon ng mga gamot. Gayunpaman, ang mga generic na gamot ay ginawa at ibinebenta ng ibang mga manufacturer ng gamot at sa pangkalahatan ay hindi magagamit hanggang matapos ang patent sa branded na gamot ay nag-expire.

Kabanata 12: Mga Kahulugan

Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw – Ang yugto sa Benepisyo sa Gamot sa Bahagi D na nagsisimula kapag ikaw (o ang iba pang kwalipikadong partido sa ngalan mo) ay nakagastos na ng \$2,100 para sa mga saklaw na gamot sa Bahagi D sa panahon ng sinasaklaw na taon. Sa yugto ng pagbabayad na ito, babayaran ng plano ang buong halaga para sa iyong mga saklaw na gamot sa Bahagi D. Wala kang babayaran.

Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS) – Ang pederal na ahensyang namamahala sa Medicare.

Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP) – Ang mga C-SNP ay mga SNP na nagbabawal sa pagpapatala sa mga taong kwalipikado sa MA na may partikular na malubha at grabeng mga sakit.

Coinsurance – Ang halaga na maaaring kailangan mong bayaran, na ipinapahayag bilang porsyento (halimbawa, 20%) bilang bahagi sa gastos para sa mga serbisyo o inireresetang gamot pagkatapos mong bayaran ang anumang deductible.

Reklamo – Ang pormal na pangalan para sa paggawa ng reklamo ay paghahain ng karaingan. Ang proseso ng reklamo ay ginagamit *lamang* para sa ilang uri ng mga problema. Kasama rito ang mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, at ang serbisyo sa customer na natanggap mo. Kabilang din dito ang mga reklamo kung hindi sinunod ng aming plano ang mga yugto ng panahon sa pagproseso ng apela.

Pasilidad ng Kumprehensibong Pag-rehabilitate sa Outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) – Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo sa pag-rehabilitate pagkatapos ng isang karamdaman o pinsala, kabilang ang pisikal na therapy, mga serbisyong panlipunan o sikolohikal, therapy sa paghinga, therapy sa trabaho at mga serbisyo ng pathology sa pagsasalita-wika, at mga serbisyo sa pagsusuri sa kapaligiran ng tahanan.

Copayment (o copay) – Isang halaga na maaaring kailanganin mong bayaran bilang iyong parte sa gastos para sa isang serbisyong medikal o supply, tulad ng pagbisita sa isang doktor, pagbisita sa outpatient sa ospital, o isang inireresetang gamot. Ang copayment ay isang nakatakdang halaga (halimbawa \$10), sa halip na isang porsyento.

Pagbabahagi sa gastos – Ang pagbabahagi sa gastos ay tumutukoy sa mga halagang kailangang bayaran ng isang miyembro kapag natanggap ang mga serbisyo o gamot. (Ito ay bilang karagdagan sa buwanang Plano premium ng aming plano.) Kabilang sa pagbabahagi sa gastos ang anumang kumbinasyon ng sumusunod na 3 uri ng mga pagbabayad: (1) anumang halaga ng deductible na maaaring ipataw ng plan bago saklawin ang mga serbisyo o gamot; (2) anumang tiyak na halaga ng “copayment” na kinakailangan ng plan kapag tumanggap ng partikular na serbisyo o gamot; o (3) anumang halaga ng “coinsurance,” ang porsyento ng kabuuang halaga na binayaran para sa isang serbisyo o gamot na kinakailangan ng plan kapag tumanggap ng partikular na serbisyo o gamot

Tier ng Pagbabahagi sa Gastos – Ang bawat gamot sa listahan ng mga saklaw na gamot ay nasa isa sa anim (6) na tier ng pagbabahagi sa gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier ng pagbabahagi sa gastos, mas mataas ang gastos mo para sa gamot.

Pagpapasya sa Pagsaklaw – Isang pagpapasya kung sasaklawin ba ng aming plano ang gamot na inirereseta para sa iyo at kung magkano ang halaga, kung mayroon man, na kailangan mong bayaran para sa reseta. Sa pangkalahatan, kung dadalhin mo ang iyong reseta sa parmasya at sasabihin ng parmasya na hindi sinasaklaw ang reseta sa ilalim ng aming plano, hindi iyon desisyon sa pagsaklaw. Kailangan mong tumawag o sumulat sa aming plano upang humingi ng pormal na desisyon tungkol sa pagsaklaw. Ang mga pagpapasya sa pagsaklaw ay tinatawag na **mga desisyon sa pagsaklaw** sa dokumentong ito.

Kabanata 12: Mga Kahulugan

Mga Saklaw na Gamot – Ang terminong ginagamit namin upang tukuyin ang lahat ng mga gamot na sinasaklaw ng aming plano.

Mga Saklaw na Serbisyo – Ang terminong ginagamit namin na nangangahulugan ng lahat ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan na saklaw ng aming plano.

Kinikilalang Pagsaklaw sa Inireresetang Gamot – Pagsaklaw sa inireresetang gamot (halimbawa, mula sa isang employer o unyon) na inaasahang magbabayad, sa karaniwan, ng hindi bababa sa karaniwang pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare. Ang mga taong may ganitong uri ng saklaw nang sila ay maging kwalipikado para sa Medicare ay karaniwang nakakapagpanatili ng saklaw na iyon nang walang binabayarang multa kung magpapasya silang magpatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Pantulong na Pangangalaga – Ang pantulong na pangangalaga ay personal na pangangalagang ibinibigay sa isang nursing home, hospisyo o iba pang pasilidad kapag hindi ka nangangailangan ng sanay na pangangalagang medikal o dalubhasang pangangalaga. Ang pantulong na pangangalaga, maaaring ibigay ng mga taong walang propesyonal na kasanayan o pagsasanay, gaya ng tulong sa mga pang-araw-araw na gawaing tulad ng pagligo, pagbibihis, pagkain, paghiga o pagbangon sa kama o pag-upo o pagtayo mula sa upuan, paggalaw-galaw at paggamit ng banyo. Maaaring kabilang din dito ang uri ng pangangalagang nauugnay sa kalusugan na ginagawa ng karamihan sa mga tao, tulad ng paggamit ng mga pamatak sa mata. Hindi nagbabayad ang Medicare para sa kustodial na pangangalaga.

Halaga ng pang-araw-araw na pagbabahagi sa gastos – Maaaring mailapat ang pang-araw-araw na halaga ng pagbabahagi sa gastos kapag niresetahan ka ng iyong doktor ng mas mababa sa isang buwang supply at kinakailangan mong magbayad ng copayment. Ang pang-araw-araw na rate ng pagbabahagi sa gastos ay ang copayment na hinati sa bilang ng mga araw sa isang buwang supply. Narito ang halimbawa: Kung ang iyong copayment para sa isang buwang supply ng gamot ay \$30, at ang isang buwang supply sa iyong plano ay 30 araw, ang iyong “halaga ng pang-araw-araw na pagbabahagi sa gastos” ay \$1 bawat araw.

Deductible – Ang halaga na kailangan mong bayaran para sa pangangalaga ng kalusugan o mga reseta bago magbayad ang aming plan.

Pag-alis sa pagkakatala – Ang proseso ng pagtatapos ng iyong pagiging miyembro sa aming plano.

(Dispensing Fee) Bayad sa Paghanda ng Gamot – ang bayad na sinisingil tuwing ang saklaw na gamot ay inihahanda upang bayaran ang gastos sa pagproseso ng reseta, gaya ng oras ng pharmacist para ihanda at ipack ang reseta.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) – Ang mga D-SNP ay nagpapatala ng mga indibidwal na may karapatan sa parehong Medicare (titulo XVIII ng Social Security Act) at tulong medikal mula sa isang plano ng estado sa ilalim ng Medicaid (titulo XIX). Sinasaklaw ng mga estado ang ilang gastos sa Medicare, depende sa estado at pagiging kwalipikado ng isang tao.

Dually Eligible Individuals – Isang tao na kwalipikado para sa pagsaklaw ng Medicare at Medicaid.

Matibay na Kagamitang Medikal (Durable Medical Equipment, DME) – Ilang kagamitang medikal na ibinilin ng iyong doktor para sa mga medikal na dahilan. Kasama sa mga halimbawa ang mga panlakad, wheelchair, saklay, powered mattress system, supply pang-diabetes, IV infusion pump, speech generating device, kagamitang pang-oxygen, nebulizer, o kama ng ospital na iniutos ng provider para magamit sa bahay.

Emergency – Ang medikal na emergency ay kapag ikaw, o sinumang iba pang maingat na tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kang mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon para maiwasan ang panganib sa buhay (at kung ikaw ay isang buntis, nawalan ng isang hindi pa isinisilang na sanggol), pagkawala ng isang paa, o kawalan ng paggana

Kabanata 12: Mga Kahulugan

ng isang paa, o may malubhang kapansanan sa isang paggana ng katawan. Ang mga medikal na sintomas ay posibleng karamdaman, injury, matinding pananakit, o isang kundisyong medikal na mabilis ang paglala.

Pang-emergency na Pangangalaga – Mga saklaw na serbisyo na: 1) ibinibigay ng isang provider na kwalipikadong magbigay ng mga pang-emergency na serbisyo; at 2) kinakailangan upang magamot, masuri, o mapagaling ang isang pang-emergency na kundisyong medikal.

Ebidensya ng Saklaw (Evidence of Coverage, EOC) at Impormasyon sa Paghahayag – Ang dokumentong ito, kasama ng iyong form ng pagpapatala at anupamang attachment, rider, o iba pang opsyonal na piniling pagsaklaw, na nagpapaliwanag sa iyong saklaw, kung ano ang dapat naming gawin, ang iyong mga karapatan, at kung ano ang dapat mong gawin bilang isang miyembro ng aming plano.

Pagbubukod – Isang uri ng desisyon sa pagsaklaw na, kung naaprubahan, ay papayagan kang makakuha ng gamot na wala sa aming pormularyo (isang pagbubukod sa pormularyo), o kumuha ng hindi preferred na gamot sa mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos (isang pagbubukod sa tier). Maaari ka ring humiling ng isang eksepsiyon kung iaatas sa iyo ng aming plano na sumubok ng ibang gamot bago mo matanggap ang gamot na hinihiling mo, kung kinakailangan ng aming plano ng paunang awtorisasyon para sa isang gamot at gusto mong alisin namin ang paghihigpit sa mga pamantayan, o kung nililimitahan ng aming plano ang dami o dosis ng gamot na hinihiling mo (eksepsiyon sa pormularyo).

Extra Help – Isang programa ng Medicare o Estado upang tulungan ang mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan na magbayad ng mga gastos sa programa ng Medicare sa inireresetang gamot, gaya ng mga premium, deductible, at coinsurance.

Generic na Gamot – Inireresetang gamot na aprubado ng FDA na may (mga) aktibong sangkap na katulad ng sa branded na gamot. Karaniwan, ang generic na gamot ay mabisa kagaya ng branded na gamot at karaniwang mas mura.

Karaingan – Isang uri ng reklamo na ginawa mo tungkol sa aming plano, mga provider, o mga parmasya, kabilang ang isang reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa iyo. Hindi kasama dito ang mga problema sa pagsaklaw o pagbabayad.

Katulong sa Kalusugan sa Bahay – Isang taong nagbibigay ng mga serbisyong hindi nangangailangan ng mga kasanayan ng isang lisensyadong nars o therapist, tulad ng tulong sa personal na pangangalaga (tulad ng pagligo, paggamit ng palikuran, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga iniresetang ehersisyo).

Hospisyo – Isang benepisyo na nagbibigay ng espesyal na paggamot para sa isang miyembro na medikal na nasertipikahan bilang may karamdamang nakamamatay, ibig sabihin ay may taning sa buhay na 6 na buwan o mas maikli. Dapat ibigay sa iyo ang isang listahan ng mga hospisyo sa iyong heograpikong lugar. Kung pipili ka ng hospisyo at patuloy na magbabayad ng mga premium, mananatili kang miyembro ng aming plano. Makukuha mo pa rin ang lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo gayundin ang mga inaalok naming karagdagang mga benepisyo.

Pananatili ng Inpatient sa Ospital – Isang pananatili sa ospital kapag ikaw ay pormal na ipinasok sa ospital para sa mga bihasang serbisyong medikal. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kang ituring na isang outpatient.

Halaga ng Kaugnay na Pagsasaayos ng Buwanang Kita (IRMAA) – Kung ang iyong binagong inaayos na kabuuang kita gaya ng iniulat sa iyong IRS tax return mula 2 taon na ang nakalipas ay mas mataas sa isang partikular na halaga, babayaran mo ang karaniwang halaga ng premium at isang Halaga ng Kaugnay na Pagsasaayos ng Buwanang Kita, na kilala rin bilang IRMAA. Ang IRMAA ay isang karagdagang bayad na idinagdag

Kabanata 12: Mga Kahulugan

sa iyong premium. Mas mababa sa 5% ng mga taong may Medicare ang apektado, kaya karamihan sa mga tao ay hindi magbabayad ng mas mataas na premium.

Limitasyon sa Panimulang Pagsaklaw – Ang maximum na limitasyon ng saklaw sa ilalim ng Yugto ng Panimulang Pagsaklaw.

Panahon ng Paunang Pagpapatala – Kapag ikaw ay unang kwalipikado para sa Medicare, ang yugto ng panahon kung kailan ka makakapag-sign up para sa Medicare Part A at Part B. Kung ikaw ay kwalipikado para sa Medicare kapag ikaw ay 65 taong gulang, ang iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala ay ang 7-buwan na panahon na magsisimula 3 buwan bago ang buwan na ikaw ay naging 65, kasama ang buwan na ikaw ay naging 65, at nagtatapos 3 buwan pagkatapos ng buwan na ikaw ay naging 65.

Integrated D-SNP – Isang D-SNP na sumasaklaw sa Medicare at karamihan sa o lahat ng serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng isang planong pangkalusugan para sa mga partikular na grupo ng mga tao na kwalipikado para sa parehong Medicare at Medicaid. Ang mga taong ito ay kilala rin bilang mga taong may kumpletong benepisyo na dobleng kwalipikado.

Institutional Special Needs Plan (I-SNP) – Pinaghihigpitan ng mga I-SNP ang pagpapatala sa mga taong kwalipikado sa MA na naninirahan sa komunidad ngunit nangangailangan ng antas ng pangangalaga na iniaalok sa pasilidad, o naninirahan (o inaasahang tumira) sa loob ng hindi bababa sa 90 araw na magkakasunod-sunod sa partikular na mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga. Kabilang sa mga I-SNP ang mga sumusunod na uri ng plano: Mga Institutional-equivalent SNP (IE-SNP) Hybrid Institutional SNP (HI-SNP), at Facility-based Institutional SNP (FI-SNP).

Institutional-Equivalent Special Needs Plan (IE-SNP) – Isang IE-SNP na naghihigpit sa pagpapatala sa mga taong kwalipikado sa MA na naninirahan sa komunidad ngunit nangangailangan ng antas ng pangangalaga na iniaalok ng pasilidad.

Mapapalitang Biosimilar – Biosimilar na maaaring gamitin bilang pamalit para sa orihinal na biosimilar na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta dahil natutugunan nito ang mga karagdagang kinakailangan na nauugnay sa potensyal para sa awtomatikong pagpapalit. Ang awtomatikong pagpapalit sa parmasya ay napapailalim sa batas ng estado.

Listahan ng mga Saklaw na Gamot (pormularyo o Listahan ng Gamot) – Isang listahan ng mga inireresetang gamot na sinasaklaw ng aming plano.

Subsidy para sa Mababa ang Kita (Low Income Subsidy o LIS) – Tingnan ang Extra Help.

Programang Diskwento ng Manufacturer – Isang programa kung saan mga manufacturer ng gamot ang magbabayad sa isang bahagi ng buong gastos ng aming plano para sa mga sinasaklaw na mga branded na gamot at biologics sa Bahagi D. Nakabatay ang mga diskwento sa mga kasunduan sa pagitan ng pederal na pamahalaan at mga manufacturer ng gamot.

Maximum na Patas na Presyo – Ang presyong ipinagkasundo ng Medicare para sa piling gamot.

(Maximum Out-of-Pocket Amount) Halaga ng Maximum Out-of-Pocket – Ang pinakamataas na sarili mong babayaran sa loob ng isang taon ng kalendaryo para sa mga saklaw na serbisyo. Ang mga halagang binabayaran mo para sa mga premium ng aming plano, mga premium ng Medicare Part A at Part B, at mga inireresetang gamot ay hindi binibilang sa maximum na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa. Kung kwalipikado ka para sa tulong sa pagbabahagi sa gastos ng Medicare sa ilalim ng Medicaid, hindi ka responsable sa pagbabayad ng anumang mga gastos na mula sa bulsa tungo sa pinakamataas na halaga ng gastos mula sa bulsa para mga saklaw na serbisyo ng Bahagi A at Bahagi B. (Tandaan: Dahil ang aming mga miyembro ay nakakakuha din ng

Kabanata 12: Mga Kahulugan

tulong mula sa Medicaid, napakakaunting mga miyembro ang nakakaabot ng maximum na gastos mula sa sariling bulsa na ito.)

Medicaid (o Tulong Medikal) – Isang magkasanib na programang Pederal at estado na tumutulong sa mga gastusing medikal para sa ilang taong may mababang kita at limitadong mapagkukunan. Ang mga programang Medicaid ay nag-iiba-iba sa bawat estado, ngunit karamihan sa mga gastos sa pangangalaga ng kalusugan ay sinasaklaw kung kwalipikado ka para sa parehong Medicare at Medicaid.

Indikasyong Medikal na Tinatanggap – Paggamit ng gamot na aprubado ng FDA o suportado ng ilang partikular na sanggunian, gaya ng American Hospital Formulary Service Drug Information at ng Micromedex DRUGDEX Information System.

Medikal na Kinakailangan – Mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan para sa pag-iwas, pagsusuri, o paggamot sa iyong kundisyong medikal at nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan.

Medicare – Ang pederal na programa sa insurance sa kalusugan para sa mga taong 65 taong gulang o mas matanda, ilang taong wala pang 65 taong gulang na may ilang partikular na kapansanan, at mga taong may Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (karaniwan ay ang mga may permanenteng kidney failure na nangangailangan ng dialysis o isang kidney transplant).

Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage – Ang nakatakdang panahon mula Enero 1 hanggang Marso 31 kung kailan magagawa ng mga miyembro ng plano ng Medicare Advantage na kanselahin ang kanilang pagpapatala sa plano at lumipat sa ibang plano ng Medicare Advantage, o makakuha ng saklaw sa pamamagitan ng Original Medicare. Kung pipiliin mong lumipat sa Original Medicare sa panahong ito, maaari ka ring sumali sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare sa panahong iyon. Available din ang Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage sa loob ng 3 buwang panahon pagkatapos unang maging kwalipikado ang isang indibidwal sa Medicare.

Medicare Advantage (MA) Plan – Kung minsan ay tinatawag na Medicare Part C. Isang plano na inaalok ng isang pribadong kumpanya na nakikipagkontrata sa Medicare para ibigay sa iyo ang lahat ng iyong mga benepisyo ng Medicare Part A at Part B. Ang isang Medicare Advantage Plan ay maaaring i) isang HMO, ii) isang PPO, iii) isang Private Fee-for-Service (PFFS) plan, o isang iv) Medicare Medical Savings Account (MSA) plan. Bukod sa pagpili sa mga ganitong uri ng mga plano, ang isang Medicare Advantage HMO o PPO plan ay maaari ding maging Special Needs Plan (SNP). Sa karamihan ng kaso, nag-aalok din ang Medicare Advantage Plans ng Medicare Part D (pagsaklaw sa inireresetang gamot). Ang mga planong ito ay tinatawag na **Mga Plano ng Medicare Advantage na may kasamang Pagsaklaw sa Inireresetang Gamot.**

Mga Saklaw na Serbisyo ng Medicare – Mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part A at Part B. Ang lahat ng plano sa kalusugan ng Medicare ay dapat sumaklaw sa lahat ng mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part A at B. Ang terminong Mga Saklaw na Serbisyo ng Medicare ay hindi kasama ang mga karagdagang benepisyo, gaya ng paningin, ngipin, o pagdinig, na maaaring inaalok ng Medicare Advantage Plan.

Planong Pangkalusugan ng Medicare – Ang isang planong pangkalusugan ng Medicare ay inaalok ng isang pribadong kumpanya na nakikipagkontrata sa Medicare para magbigay ng mga benepisyo ng Bahagi A at Bahagi B sa mga taong may Medicare na nagpapatala sa plano. Kasama sa terminong ito ang lahat ng Medicare Advantage Plans, Medicare Cost Plan, Special Needs Plans, Demonstration/Pilot Programs, at Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

Pagsaklaw sa Gamot ng Medicare (Medicare Part D) – Insurance para tumulong sa pagbabayad para sa mga inireresetang gamot ng outpatient, bakuna, biyolohikal, at ilang supply na hindi saklaw ng Medicare Part A o Part B.

Kabanata 12: Mga Kahulugan

Programa ng Pamamahala sa Medication Therapy (Medication Therapy Management o 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 provider ng pangangalaga ng kalusugan upang suriin ang mga gamot.

Medigap (Medicare Supplement Insurance) Policy – Pandagdag na insurance ng Medicare na ibinebenta ng mga pribadong kumpanya ng insurance upang mapunan ang *mga gap* sa Original Medicare. Gumagana lang ang mga patakaran ng Medigap sa Original Medicare. (Ang plano ng Medicare Advantage ay hindi isang patakaran ng Medigap.)

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano) – Isang taong may Medicare na kwalipikadong makakuha ng mga saklaw na serbisyo, na nagpatala sa aming plano, at na ang pagpapatala ay nakumpirma ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) at ng estado.

Mga Serbisyo para sa Miyembro – Isang departamento sa aming plano na responsable sa pagsagot sa iyong mga tanong tungkol sa iyong pagiging miyembro, mga benepisyo, mga karaingan, at mga apela.

Parmasyang Nasa Network – Isang parmasya na nakikipagkontrata sa aming plano kung saan ang mga miyembro ng aming plano ay makakakuha ng kanilang mga benepisyo sa inireresetang gamot. Sa ilang mga kaso, sinasaklaw lamang ang mga reseta mo kung kukunin ang mga ito sa isa sa mga parmasyang nasa network namin.

Provider na Nasa Network Ang provider ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para sa mga doktor, iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, mga ospital, at iba pang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan na lisensyado o sertipikado ng Medicare at ng Estado para magbigay ng mga serbisyo ng pangangalaga ng kalusugan. **Ang mga provider na nasa network** ay mayroong kasunduan sa aming plano na tanggapin ang aming bayad bilang bayad nang buo, at sa ilang kaso upang makipag-ugnayan at magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ang mga provider na nasa network ay tinatawag ding **mga provider ng plano**.

Panahon ng Bukas na Pagpapatala – Ang yugto ng panahon sa pagitan ng Oktubre 15 hanggang Disyembre 7 ng bawat taon kung kailan maaaring palitan ng mga miyembro ang kanilang planong pangkalusugan o plano sa gamot o lumipat sa Original Medicare.

Pagpapasiya ng Organisasyon – Isang desisyon na ginagawa ng aming plano tungkol sa kung ang mga bagay o serbisyo ay saklaw o kung magkano ang kailangan mong bayaran para sa mga saklaw na gamit o serbisyo. Ang mga pagpapasiya ng organisasyon ay tinatawag na mga desisyon sa pagsaklaw sa dokumentong ito.

Orihinal na Biological na Produkto: Isang biological na produkto na aprubado ng FDA at inihahatid bilang paghahambing para sa mga manufacturer na gumagawa ng biosimilar na bersyon. Ito ay tinatawag din na sanggunian na produkto.

Original Medicare (Tradisyunal na Medicare o Bayad para sa Serbisyo ng Medicare) – Ang Original Medicare ay iniaalok ng pamahalaan, at hindi ito isang pribadong planong pangkalusugan gaya ng mga Medicare Advantage Plan at mga plano sa inireresetang gamot Sa ilalim ng Original Medicare, ang mga serbisyo ay saklaw sa pamamagitan ng pagbabayad sa mga doktor, ospital, at mga iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan ng mga halagang itinakda ng Kongreso. Maaari kang magpakonsulta sa alinmang doktor, ospital, o iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan na tumatanggap ng Medicare. Dapat mong bayaran ang deductible. Binabayaran ng Medicare ang parte nito sa halagang inaprubahan ng Medicare, at babayaran mo ang iyong parte. Ang Original Medicare ay may 2 bahagi: Bahagi A (Insurance sa Ospital) at Bahagi B (Medikal na Insurance) at available kahit saan sa United States.

Kabanata 12: Mga Kahulugan

Parmasyang Wala sa Network – Isang parmasya na walang kontrata sa aming plano para mangasiwa o magbigay ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Karamihan sa mga gamot na nakukuha mo sa mga parmasyang wala sa network ay hindi sinasaklaw ng aming plano maliban kung nalalapat ang ilang kundisyon.

Provider na Wala sa Network o Pasilidad na Wala sa Network – Isang provider o pasilidad na hindi namin kinontratang mangasiwa o magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ang mga provider na wala sa network ay mga provider na hindi nagtatrabaho para sa, pagmamay-ari ng, o pinapatakbo ng aming plano.

Mga Gastos Mula sa Sariling Bulsa – Tingnan ang kahulugan ng “pagbabahagi sa gastos” sa itaas. Kinakailangan sa miyembro na magbahagi sa gastos para bayaran ang bahagi ng mga serbisyong natanggap o gamot ay tinatawag din bilang “out-of-pocket” na kinakailangan sa miyembro.

(Out-of-Pocket Threshold) Hangganan ng Sariling Gastos – Ang pinakmataas na halaga ng sarili mong babayaran mula para sa mga gamot sa Bahagi D.

Bahagi C – Tingnan ang Medicare Advantage (MA) Plan.

Bahagi D – Ang boluntaryong Programa ng Benepisyo sa Inireresetang Gamot ng Medicare (Medicare Prescription Drug Benefit Program).

Mga Gamot sa Bahagi D – Mga gamot na maaaring saklawin sa ilalim ng Bahagi D. Maaari o hindi namin iaalok ang lahat ng gamot sa Bahagi D. Ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot ay hindi kasama sa Bahagi D na saklaw ng Kongreso. Ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot sa Bahagi D ay dapat na saklaw ng bawat plano.

Multa sa Nahuling Pagpapatala sa Bahagi D – Ang halagang idinagdag sa iyong buwanang premium para sa pagsaklaw sa gamot ng Medicare kung magpapatuloy ka nang walang kinikilalang pagsaklaw (pagsaklaw na inaasahang magbabayad, sa average, ng kahit katumbas lamang ng pamantayang pagsaklaw sa gamot ng Medicare) sa loob ng tuloy-tuloy na 63 araw o higit pa pagkatapos mong unang maging kwalipikado na sumali sa isang Bahagi D na plano. Kung mawawalan ka ng Extra Help, maaari kang sumailalim sa multa sa nahuling pagpapatala kung 63 araw o higit pang magkakasunod na wala kang Bahagi D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa gamot.

Preferred Provider Organization (PPO) Plan – Ang Preferred Provider Organization Plan ay isang Medicare Advantage Plan na may network ng mga nakakontratang provider ng serbisyo na sumang-ayon na gamutin ang mga miyembro ng plano para sa partikular na halaga ng bayad. Dapat saklawin ng PPO na plano ang lahat ng mga benepisyo ng plano, ito man ay tinanggap mula sa mga rovider na nasa network o wala sa network. Sa pangkalahatan, mas mataas ang bahagi sa gastos ng miyembro kapag natanggap ang mga benepisyo ng plan mula sa mga provider na wala sa network. Ang mga PPO plan ay may taunang limitasyon sa iyong sariling mga gastos para sa mga serbisyong natanggap mula sa network (ginusto) provider at mas mataas na limitasyon sa iyong pinagsamang kabuuan na sariling gastos para sa mga serbisyo mula sa network (ginusto) at wala sa network (hindi ginustong) na provider.

Premium – Ang pana-panahong pagbabayad sa Medicare, isang kumpanya ng insurance, o isang plano sa pangangalaga ng kalusugan para sa saklaw ng kalusugan o pagsaklaw sa inireresetang gamot.

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).

Kabanata 12: Mga Kahulugan

(Primary Care Provider o PCP) Provider ng Pangunahing Pangangalaga – Ang doktor o ibang provider ng serbisyo na una mong lalapitan para sa karamihan ng mga problema sa kalusugan. Sa maraming planong pangkalusugan sa Medicare, dapat ka munang magpakonsulta sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga bago ka magpatingin sa iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan.

Paunang Awtorisasyon – Paunang pag-apruba upang makakuha ng mga serbisyo o ilang gamot batay sa partikular na pamantayan. Ang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng paunang awtorisasyon ay minarkahan sa Talaan ng Mga Benepisyong Medikal sa Kabanata 4. Ang mga saklaw na gamot na nangangailangan ng paunang awtorisasyon ay may marka sa pormularyo at ang aming mga pamantayan ay naka-post sa aming website.

Mga Prosthetic at Orthotic – Mga medikal na device kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga brace sa braso, likod, at leeg; artipisyal na paa; artipisyal na mata; at device na kinakailangan upang mapalitan ang isang internal na bahagi o paggana ng katawan, kasama ang mga supply para sa ostomy at enteral at parenteral nutrition therapy.

Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) – Isang grupo ng mga praktikal na doktor at iba pang eksperto sa pangangalaga ng kalusugan na binayaran ng Pederal na pamahalaan upang suriin at pagbutihin ang pangangalaga na ibinibigay sa mga pasyente ng Medicare.

Mga Limitasyon sa Dami – Isang kasangkapan sa pamamahala na ginawa para limitahan ang paggamit sa isang gamot para sa mga kadahilangang may kinalaman sa kalidad, kaligtasan, o paggamit. Ang mga limitasyon ay maaaring nasa halaga ng gamot na sinasaklaw namin sa bawat reseta o para sa isang tinukoy na yugto ng panahon.

“Real Time Benefit Tool” – Isang portal o application ng computer kung saan maaaring maghanap ang mga nakatala ng kumpleto, tumpak, napapanahon, naaangkop sa klinika, pormularyo na partikular sa nakatala at impormasyon sa benepisyo. Kabilang dito ang mga halaga ng bahagi sa gastos, mga pormularyong alternatibong gamot na maaaring gamitin para sa parehong kundisyon ng kalusugan bilang ibinibigay na gamot, at mga paghihigpit sa saklaw (Paunang Awtorisasyon, Step Therapy, mga Limitasyon sa Dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

Referral – Isang nakasulat na utos mula sa iyong doktor ng pangunahing pangangalaga upang magpatingin kayo sa isang espesyalista o kumuha ng partikular na mga serbisyong medikal. Kung walang referral, maaaring hindi saklawin ng aming plano ang mga serbisyo mula sa isang espesyalista.

Mga Serbisyo ng Rehabilitasyon – Kasama sa mga serbisyong ito ang physical therapy (outpatient), speech at language therapy, at occupational therapy.

Piling Gamot – Isang gamot na sinasaklaw sa ilalim sa Bahagi D kung saan nakipagkasundo ang Medicare ng isang Maximum na Patas na Presyo.

Lugar ng Serbisyo – Isang heyograpikong lugar kung saan ka dapat manirahan para makasali sa isang partikular na planong pangkalusugan. Para sa mga planong naglilimita kung aling mga doktor at ospital ang maaari mong gamitin, ito rin sa pangkalahatan ang lugar kung saan mo kukunin ang mga regular (hindi emergency) na serbisyo. Dapat kang alisin sa pagkakatala sa aming plano kung tuluyan ka nang aalis sa lugar ng serbisyo ng aming plano.

Pangangalaga sa Pasilidad para sa Bihasang Pag-aalaga (Skilled Nursing Facility, SNF) – Mga serbisyo sa pangangalaga para sa bihasang pag-aalaga at pag-rehabilitate na ibinibigay nang tuluy-tuloy, araw-araw, sa isang pasilidad para sa bihasang pag-aalaga. Kasama sa mga halimbawa ng pangangalaga ang pisikal na therapy o intravenous injection na maaari lamang ibigay ng isang rehistradong nars o doktor.

Kabanata 12: Mga Kahulugan

Special Needs Plan – Isang espesyal na uri ng Medicare Advantage Plan na nagbibigay ng mas nakatutok na pangangalaga sa kalusugan para sa mga partikular na grupo ng mga tao, tulad ng mga may Medicare at Medicaid, na naninirahan sa isang bahay pagamutan, o may ilang malalang kundisyong medikal.

Step Therapy – Isang paraan ng paggamit na nag-aatas sa iyong subukan muna ang ibang gamot para gamutin ang iyong kundisyong medikal bago namin saklawin ang gamot na maaaring unang inireseta ng iyong doktor.

Karagdagang Kita sa Seguridad (Supplemental Security Income, SSI) – Isang buwanang benepisyo ang binabayaran ng Social Security sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na may kapansanan, bulag, o edad 65 at mas matanda. Ang mga benepisyo sa SSI ay hindi pareho sa mga benepisyo sa Seguridad Panlipunan.

Mga Serbisyong Agarang Kinakailangan – Ang sang serbisyong sinasaklaw ng plano na hindi isang emergency ay isang agarang kinakailangang serbisyo kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano, o kung hindi makatuwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon na kunin mo ang serbisyong ito mula sa mga provider na nasa network. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay ang mga hindi inaasahang kundisyong medikal at pinsala o hindi inaasahang biglaang paglala ng mga umiiral na kundisyon. Ang mga regular na pagpapatingin sa provider na medikal na kinakailangan (tulad ng taunang pagsusuri) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.

Karagdagang Mahalagang Impormasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan at Mapagkukunan ng Miyembro

- Abiso ng Walang Diskriminasyon (Non-Discrimination Notice o NDN) - Seksyon 1557
- Abiso ng Pagiging Available (Notice of Availability o NOA) - Mga Serbisyo sa Tulong sa Wika
- Abiso sa Mga Kasanayan sa Privacy (Notice of Privacy Practices o NPP)

Abiso ng Walang Diskriminasyon

Seksyon 1557

Central Health Plan



Labag sa batas ang diskriminasyon. Ang Central Health Plan ay sumusunod sa mga batas ng mga karapatang sibil ng Estado at Pederal. Ang Central Health Plan ay hindi labag sa batas na nagdidiskrimina, nagbubukod ng mga tao, o iba ang pagtrato sa kanila dahil sa sekso, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, pinagmulang bansa, pagkakakilanlang grupong etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanan sa katawan, kondisyong medikal, impormasyon ng genes, katayuan ng pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlang kasarian, o sekswal na oryentasyon.

Ang Central Health Plan ay nagbibigay ng:

- Ang mga libreng tulong at serbisyo sa napapanahong paraan sa mga taong may kapansanan upang matulungan silang makipag-usap nang mas mahusay, tulad ng:
 - Mga kwalipikadong interpreter ng sign language
 - Nakasulat na impormasyon sa ibang mga format (malalaking titik, audio, may kakayahang ma-access na mga format, ibang mga format)
- Libreng mga serbisyo sa wika sa napapanahong paraan sa mga taong hindi Ingles ang pangunahing naging wika, tulad ng:
 - Mga kwalipikadong interpreter
 - Nakasulat na impormasyon sa ibang mga wika

Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito, makipag-ugnayan sa Central Health Plan sa pagitan ng 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-866-314-2427. Kung hindi ka makarinig o makapagsalita nang maayos, mangyaring tumawag sa 711. Sa kahilingan, ang dokumentong ito ay maaaring maging available sa iyo sa braille, malaking print, audiocassette, o electronic form. Upang makakuha ng kopya sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa:

Central Health Plan
Coordinator ng Karapatang Sibil
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802.

Sa pamamagitan ng telepono: 1-866-606-3889. Kung hindi ka makarinig o makapagsalita nang maayos, mangyaring tumawag sa 711.

PAANO MAGHAIN NG KARAINGAN

Kung naniniwala kayo na ang Central Health Plan ay nabigo na magbigay ng mga serbisyong ito o labag sa batas na nandiskrimina sa ibang paraan batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, pinagmulang bansa, pagkakakilanlang grupong etniko, edad, kapansanang pangkaisipan, kapansan sa pisikal, kondisyong medikal, impormasyon ng genes, katayuan ng pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlang kasarian, o sekswal na oryentasyon, maaari kayong maghain ng karaingan sa Coordinator ng Mga Karapatang Sibil ng Central Health Plan. Makapaghahain ka ng karaingan sa pamamagitan ng telepono, sa pagsulat, sa personal, o sa elektronikong paraan:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Makipag-ugnayan sa Coordinator ng Karapatang Sibil ng Central Health Plan sa pagitan ng 8:30 a.m. hanggang 5:30 p.m. sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-866-606-3889. O, kung hindi ka makarinig o makapagsalita nang maayos, mangyaring tumawag sa 711.

- **Sa pagsusulat:** Punan ang form ng reklamo o sumulat ng sulat at ipadala ito sa:
Central Health Plan
Coordinator ng Karapatang Sibil
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802.
- **Sa personal:** Bisitahin ang opisina ng iyong doktor o Central Health Plan at sabihin na gusto mong maghain ng karaingan.
- **Sa elektronikong paraan:** Magpadala ng email sa CivilRights@MolinaHealthcare.com. Maaari mo ring bisitahin ang website ng Central Health Plan sa MolinaHealthcare.Alertline.com.

OPISINA NG MGA KARAPATANG SIBIL – KAGAWARAN NG MGA SERBISYO NG PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN NG CALIFORNIA

Makapaghahain ka rin ng reklamo sa karapatang sibil sa Tanggapan ng Mga Karapatang Sibil ng Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga ng Kalusugan ng California sa pamamagitan ng telepono, sa pagliham, o sa elektronikong paraan:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi ka makapagsalita o makarinig nang maayos, mangyaring tumawag sa 711 (Telecommunications Relay Service).
- **Sa pagsusulat:** Punan ang form ng reklamo o magpadala ng sulat sa:
Deputy Director, Tanggapan ng Mga Karapatang Sibil
Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga sa Kalusugan
Tanggapan ng Mga Karapatang Sibil
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

Makukuha ang mga form ng reklamo sa DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- **Sa elektronikong paraan:** Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

OPISINA NG MGA KARAPATANG SIBIL – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Kung naniniwala kang nadiskrimina ka batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian, maaari kang maghain ng reklamo sa karapatang sibil (karaingan) sa U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, sa pamamagitan ng telepono, sa pamamagitan ng pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- **Sa pamamagitan ng telepono:** Tumawag sa 1-800-368-1019. Kung hindi ka makapagsalita o makarinig nang maayos, mangyaring tumawag sa TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- **Sa pagsusulat:** Punan ang form ng reklamo o magpadala ng sulat sa:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Makukuha ang mga form ng reklamo sa HHS.gov/ocr/office/file/index.html.

- **Sa elektronikong paraan:** Bisitahin ang Office for Civil Rights Complaint Portal sa OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf.

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

English

ATTENTION: If you need help in your language call (866) 314-2427 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (866) 314-2427 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية(Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل ب (866) 314-2427 ، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير، اتصل ب (866) 314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY : يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

Ուժեղ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, գանգահարե՛ք (866) 314-2427 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոսքը արտասու սպագրված նյութեր: Ձանգահարե՛ք (866) 314-2427 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ (866) 314-2427 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

繁體中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 (866) 314-2427 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，，例如盲文文件和大字体文件。请致电 (866) 314-2427 (TTY: 711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه : اگر م یخواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با (866) 314-2427 (TTY: 711) ، بگیری د . کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخههایی ب ا خط بریل و چاپ درشت، نی ز موجود است . با (866) 314-2427 (TTY: 711) تماس بگیری د . این خدمات رایگان ارائه م یشون د

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो (866) 314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। (866) 314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau (866) 314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau (866) 314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は (866) 314-2427 (TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。(866) 314-2427 (TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 (866) 314-2427 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. (866) 314-2427 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ (866) 314-2427 (711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux (866) 314-2427 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx (866) 314-2427 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ (866) 314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। (866) 314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру (866) 314-2427 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру (866) 314-2427 (TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al (866) 314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (866) 314-2427 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa (866) 314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข (866) 314-2427 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер (866) 314-2427 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер (866) 314-2427 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số (866) 314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số (866) 314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

ABISO NG MGA KASANAYAN SA PRIVACY

INILALARAWAN NG ABISONG ITO KUNG PAANO MAAARING GAMITIN AT IBUNYAG ANG MEDIKAL NA IMPORMASYON TUNGKOL SA IYO AT KUNG PAANO KA MAKAKAKUHA NG ACCESS SA IMPORMASYONG ITO. PAKISURI ITONG MABUTI.

Inilalarawan ng Paunawang ito ang mga kasanayan sa privacy ng mga kaakibat na plano sa kalusugan ng Molina Healthcare (tinutukoy dito bilang “**Molina**”, “**kami**” o “**namin**”). Gumagamit at nagbabahagi kami ng protektadong impormasyon sa kalusugan (“**PHI**”) tungkol sa iyo para maibigay ang iyong mga benepisyo sa kalusugan bilang isang miyembro ng Molina. Ginagamit at ibinabahagi namin ang iyong PHI upang maisagawa ang paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan. Ginagamit at ibinabahagi rin namin ang iyong PHI para sa iba pang mga kadahilanan na pinapayagan at iniaatas ng batas. May tungkulin kami na panatilihin pribado ang iyong impormasyon sa kalusugan at sundin ang mga tuntunin ng Abisong ito. Ang petsa ng pagkakaroon ng bisa ng Abisong ito ay Enero 1, 2026.

Impormasyon sa kalusugan ang PHI na kinabibilangan ng pangalan mo, numero bilang miyembro o iba pang mga pantukoy, at ginagamit o ibinabahagi namin. Kasama sa PHI ang impormasyon sa kalusugan tungkol sa mga karamdaman sa paggamit ng substansiya at impormasyon sa biometric (tulad ng isang voiceprint).

Bakit namin ginagamit o ibinabahagi ang PHI mo?

Ginagamit o ibinabahagi namin ang iyong PHI upang mabigyan ka ng mga benepisyo sa pangangalaga ng kalusugan. Ang iyong PHI ay ginagamit din o ibinabahagi para sa paggamot, pagbabayad, at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan.

Para sa Paggamot

Maaari naming gamitin o ibahagi ang iyong PHI para ibigay ang, o isaayos ang, iyong pangangalagang medikal. Kasama rin sa paggamot na ito ang mga referral sa pagitan ng iyong mga doktor o iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan. Halimbawa, maaari kaming magbahagi ng impormasyon tungkol sa kondisyon ng iyong kalusugan sa isang espesyalista. Tinutulungan nito ang espesyalista na makipag-usap tungkol sa iyong paggamot sa doktor mo.

Para sa Pagbabayad

Maaari naming gamitin o ibahagi ang PHI para makagawa ng mga desisyon sa pagbabayad. Maaaring kabilang dito ang mga paghahabol, mga pag-apruba para sa paggamot, at mga desisyon tungkol sa medikal na pangangailangan. Ang iyong pangalan, iyong kondisyon, iyong paggamot, at mga supply na ibinigay ay maaaring nakasulat sa bill. Halimbawa, maaari naming ipaalam sa isang doktor na taglay mo ang mga benepisyo namin. Sasabihin din namin sa doktor ang halaga ng bayarin na babayaran namin.

Para sa Mga Operasyon sa Pangangalaga ng Kalusugan

Maaari naming gamitin o ibahagi ang PHI tungkol sa iyo para mapatakbo ang (mga) planong pangkalusugan namin. Halimbawa, maaari kaming gumamit ng impormasyon mula sa iyong paghahabol upang maipalam sa iyo ang tungkol sa isang programang pangkalusugan na maaaring makatulong sa iyo. Maaari din naming gamitin o ibahagi ang iyong PHI upang malutas ang iyong mga alalahanin. Ang iyong PHI ay maaari ding gamitin upang makita kung nababayaran nang tama ang mga paghahabol.

Ang mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan ay kinabibilangan ng maraming pang-araw-araw na pangangailangan sa negosyo. Kabilang dito ang, ngunit hindi limitado sa, mga sumusunod:

- Pagpapabuti ng kalidad;
- Mga aksyon sa mga programang pangkalusugan upang matulungan ang mga miyembro sa ilang partikular na kondisyon (tulad ng hika);
- Pagsasagawa o pag-aayos para sa medikal na pagsusuri;
- Mga serbisyong legal, kabilang ang mga programa sa pagtuklas ng panloloko at pang-aabuso at paglilitis;
- Mga aksyon para matulungan tayong sumunod sa mga batas;
- Pagtugon sa mga pangangailangan ng miyembro, kabilang ang paglutas sa mga reklamo at karaingan.

Ibabahagi namin ang PHI mo sa ibang mga kompanya (“**mgakasosyo sa negosyo**”) na nagsasagawa ng iba't ibang uri ng mga aktibidad para sa (mga) planong pangkalusugan namin. Maaari din naming gamitin ang PHI mo para mabigyan ka ng mga paalala tungkol sa mga appointment mo. Maaari naming gamitin ang PHI mo para mabigyan ka ng impormasyon tungkol sa iba pang (mga) paggamot, o iba pang benepisyo at serbisyong nauugnay sa kalusugan.

Kailan namin maaaring gamitin o ibahagi ang iyong PHI nang hindi nakakakuha ng nakasulat na pahintulot (pag-apruba) mula sa iyo?

Bukod sa paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan, pinapayagan o inaatasan ng batas ang Molina na gamitin at ibahagi ang iyong PHI para sa ilang iba pang mga layunin kabilang ang mga sumusunod:

Iniaatas ng batas

Gagamitin o ibabahagi namin ang impormasyon tungkol sa iyo ayon sa iniaatas ng batas. Ibabahagi namin ang iyong PHI kapag iniaatas ng Kalihim ng Department of Health and Human Services (HHS). Maaaring para ito sa isang kaso sa korte, iba pang legal na pagsusuri, o kapag kinakailangan para sa mga layuning pagpapatupad ng batas.

Pampublikong Kalusugan

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa mga aktibidad sa pampublikong kalusugan. Maaaring kabilang dito ang pagtulong sa mga ahensya ng pampublikong kalusugan upang maiwasan o makontrol ang sakit.

Pagsubaybay sa Pangangalaga ng Kalusugan

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi sa mga ahensya ng gobyerno. Maaaring kailanganin nila ang iyong PHI para sa mga pag-audit.

Pananaliksik

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa pananaliksik sa ilang partikular na kaso, tulad ng kapag naaprubahan ng isang lupon ng privacy o pagsusuri ng institusyon.

Mga Legal o Administratibong Paglilitis

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa mga legal na paglilitis, gaya ng pagtugon sa isang utos ng hukuman.

Pagpapatupad ng Batas

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi sa pulisya para sa mga layunin ng pagpapatupad ng batas, tulad ng pagtulong sa paghahanap ng suspek, saksi o nawawalang tao.

Kalusugan at Kaligtasan

Ang iyong PHI ay maaaring ibahagi upang maiwasan ang malubhang at napipintong banta sa kalusugan o kaligtasan ng isang tao o ng publiko.

Mga Tungkulin ng Pamahalaan

Maaaring ibahagi ang PHI mo sa gobyerno para sa mga espesyal na function. Isang halimbawa nito ang pagprotekta sa Pangulo.

Mga Biktima ng Pang-aabuso, Pagpapabaya o Karahasan sa Tahanan

Ang iyong PHI ay maaaring ibahagi sa mga legal na awtoridad kung naniniwala kami na biktima ng pang-aabuso o pagpapabaya ang isang tao.

Kabayaran sa mga Manggagawa

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi upang masunod ang mga batas sa Kabayaran ng mga Manggagawa.

Iba pang Pagbubunyag

Maaaring ibahagi ang PHI mo sa mga funeral director o coroner para makatulong sa paggawa nila ng kanilang trabaho.

Karagdagang mga Paghihigpit sa Paggamit at Pagbubunyag.

Maaaring mangailangan ang ilang mga pederal at pang-estadong batas ng mga espesyal na proteksyon sa privacy na naghihigpit sa paggamit at pagsisiwalat ng ilang uri ng impormasyon sa kalusugan. Maaaring protektahan ng naturang mga batas ang mga sumusunod na uri ng impormasyon: mga karamdaman sa paggamit ng alkohol at substansiya, impormasyon ng biometric, pang-aabuso o kapabayaang ng bata o may sapat na gulang kabilang ang sekswal na pag-atake, nakakahawang sakit, genetic na impormasyon, HIV/AIDS, kalusugan ng isip, impormasyon ng mga menor de edad, reseta, kalusugang reproduktibo, at mga sakit na nakukuha sa pakikipagtalik. Susundin natin ang mas mahigpit na batas, kung saan ito ay nalalapat sa atin.

Impormasyon ng Disorder sa Paggamit ng Substance (SUD).

Kahit na hindi kami isang programa sa paggamot sa karamdaman sa paggamit ng substansiya sa ilalim ng pederal na batas (isang “Programa ng SUD”), maaari kaming makatanggap ng impormasyon mula sa isang Programa ng SUD tungkol sa iyo. Hindi namin maaaring ibunyag ang impormasyon ng SUD para magamit sa isang sibil, kriminal, administratibo, o pambatasan na paglilitis laban sa iyo maliban kung mayroon kaming (i) iyong nakasulat na pahintulot, o (ii) isang utos ng hukuman na sinamahan ng isang subpoena o iba pang legal na kinakailangan na nakakahimok na pagbubunyag na inisyu pagkatapos naming bigyan ng abiso at isang pagkakataon na marinig.

Kailan namin kailangan ang nakasulat na pahintulot (pag-apruba) mo para gamitin o ibahagi ang PHI mo?

Kailangan namin ang iyong nakasulat na pag-apruba upang gamitin o ibahagi ang iyong PHI para sa isang layunin maliban sa mga nakalista sa Abisong ito. Kailangan namin ang iyong pahintulot bago namin ibunyag ang iyong PHI para sa mga sumusunod: (1) karamihan sa mga paggamit at pagsisiwalat ng mga tala ng psychotherapy; (2) mga paggamit at pagsisiwalat para sa mga layunin ng marketing; at (3) mga paggamit at pagsisiwalat na may kinalaman sa pagbebenta ng PHI. Maaari mong kanselahin ang isang nakasulat na pag-apruba na ibinigay mo sa amin. Ang iyong pagkansela ay hindi mailalapat sa mga aksyon na nagawa na namin dahil sa pag-apruba na naibigay mo na sa amin.

Ano ang iyong mga karapatan sa impormasyon sa kalusugan?

May karapatan ka na:

- **Humiling ng mga Paghihigpit sa mga Paggamit o Pagbubunyag ng PHI (Pagbabahagi sa Iyong PHI)**
Maaari mong hilingin sa amin na huwag ibahagi ang iyong PHI upang maisagawa ang paggamot, pagbabayad o mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan. Maaari mo ring hilingin sa amin na huwag ibahagi ang iyong PHI sa kapamilya, mga kaibigan o iba pang mga taong pinangalanan mo na may kinalaman sa iyong pangangalaga ng kalusugan. Gayunpaman, hindi namin kinakailangang sumang-ayon sa iyong kahilingan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form sa paggawa ng iyong kahilingan.
- **Humiling ng Kumpidensyal na mga Komunikasyon ng PHI**
Maaari mong hilingin sa Molina na ibigay sa iyo ang iyong PHI sa isang partikular na paraan o sa isang partikular na lugar upang makatulong na mapanatiling pribado ang iyong PHI. Susundin namin ang mga makatwirang kahilingan, kung sasabihin mo sa amin kung paano magsasapanganib sa buhay mo ang pagbabahagi ng lahat o bahagi ng PHI na iyon. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form sa paggawa ng iyong kahilingan.
- **Suriin at Kopyahin ang Iyong PHI**
May karapatan kang suriin at makakuha ng kopya ng iyong PHI na hawak namin. Maaaring kabilang dito ang mga rekord na ginamit sa paggawa ng pagsaklaw, mga paghahabol at iba pang mga desisyon tungkol sa iyo bilang aming miyembro. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form sa paggawa ng iyong kahilingan. Maaari ka naming singilin ng makatwirang bayad para sa pagkopya at pagpapadala ng mga talaan sa pamamagitan ng koreo. Sa ilang mga kaso, maaari naming tanggihan ang kahilingan. *Mahalagang Paalala: Wala kaming kumpletong mga kopya ng iyong mga medikal na rekord. Kung gusto mong tingnan, kumuha ng kopya ng, o baguhin ang iyong mga medikal na rekord, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong doktor o klinika.*
- **Amyendahan ang Iyong PHI**
Maaari mong hilingin na amyendahan namin (baguhin) ang iyong PHI. Kinabibilangan lamang ito ng mga rekord na itinago namin tungkol sa iyo bilang isang miyembro. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form sa paggawa ng iyong kahilingan. Maaari kang maghain ng liham ng hindi pagsang-ayon sa amin kung tatanggihan namin ang kahilingan.
- **Tumanggap ng Accounting ng mga Pagsisiwalat ng PHI (Pagbabahagi ng Iyong PHI)**
Maaari mong hilingin na bigyan ka namin ng isang listahan ng ilang mga partido na pinagbahagian namin ng PHI mo sa loob ng anim na taon bago ang petsa ng kahilingan mo. Hindiisasama ang PHI na ibinahagi ayon sa sumusunod:
 - para sa paggamot, pagbabayad o mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan;
 - sa mga tao tungkol sa kanilang sariling PHI;
 - pagbabahagi na ginawa nang may pahintulot mo;
 - insidente sa paggamit o pagsisiwalat na hindi pinahihintulutan o kinakailangan sa ilalim ng naaangkop na batas;
 - PHI na inilabas para sa kapakanan ng pambansang seguridad o para sa intelihensiya ; o
 - bilang bahagi ng isang limitadong ng data na naitakda alinsunod sa nalalapat na batas.

Maniningil kami ng makatwirang bayad para sa bawat listahan kung hihilingin mo ang listahang ito nang higit sa isang beses sa loob ng 12 buwan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form sa paggawa ng iyong kahilingan.

Maaari kang gumawa ng alinman sa mga kahilingang nakalista sa itaas, o maaari kang makakuha ng papel na kopya ng Abisong ito. Mangyaring tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa toll-free na numero sa likod ng iyong kard ng pagkakakilanlan, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY/ TDD, mangyaring tumawag sa 711.

Ano ang maaari mong gawin kung hindi naprotektahan ang iyong mga karapatan?

Maaari kang magreklamo sa amin at sa Department of Health and Human Services kung naniniwala ka na nalabag ang mga karapatan mo sa privacy. Hindi kami gagawa ng anumang bagay laban sa iyo para sa paghahain ng reklamo. Ang iyong pangangalaga at mga benepisyong ay hindi magbabago sa anumang paraan.

Maaari kang maghain ng reklamo sa amin sa:

Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa toll-free na numero sa likod ng kard ng pagkakakilanlan mo, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY/TDD, mangyaring tumawag sa 711. O sumulat sa amin sa:

Molina Healthcare
Attn: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977.

Maaari kang maghain ng reklamo sa Kalihim ng Department of Health and Human Services ng U.S. sa:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

Ano ang mga tungkulin natin?

Inaatasan kaming:

- Panatilihin ang iyong PHI na pribado;
- Bigyan ka ng nakasulat na impormasyon, tulad nito, tungkol sa aming mga tungkulin at mga kasanayan sa privacy tungkol sa iyong PHI;
- Magbigay sa iyo ng abiso kung sakaling magkaroon ng anumang breach ng hindi secure na PHI mo;
- Huwag gamitin o ibunyag ang genetic na impormasyon mo para sa mga layunin ng pag-underwrite;
- Sundin ang mga tuntunin ng Abiso na ito.

Maaaring Magbago ang Abisong Ito

Nakalaan sa amin ang karapatang baguhin ang mga kasanayan sa impormasyon nito at mga tuntunin ng Abisong ito anumang oras. Kung gagawin namin ito, malalapat ang mga bagong tuntunin at kasanayan sa lahat ng PHI na pinapanatili namin. Kung gagawa kami ng anumang mahahalagang pagbabago, ipo-post namin ang narebisang Abiso sa aming website at ipapadala namin ang narebisang Abiso, o

impormasyon tungkol sa mahalagang pagbabago at kung paano makuha ang narebisang Abiso, sa aming susunod na taunang pagpapadala sa pamamagitan ng koreo sa aming mga miyembro na saklaw namin. Available ang Paunawa na ito sa website namin na www.molinahealthcare.com.

Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa Paunawa na ito, mangyaring makipag-ugnayan sa amin.

Tumawag sa aming departamento ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa toll-free na numero sa likod ng kard ng pagkakakilanlan mo; 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY/TDD, mangyaring tumawag sa 711. O sumulat sa Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puwede mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, gaya ng malaking print, braille, o audio. Tumawag sa (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Libre ang tawag.



Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Central Health Dual Access Plan (HMO D-SNP)

Pamamaraan	Mga Serbisyo para sa Miyembro – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
TUMAWAG SA	(866) 314-2427 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Bukas ang linya ng Mga Serbisyo para sa Miyembro 24/7, kung tumawag ka pagkatapos ng oras ng trabaho, may opsyon na mag-iwan ng voice message. Kung kailangan mo ng agarang tulong o nasa krisis ka, ididirekta ka ng IVR sa Nurse Advice Line para sa karagdagang, live na suporta. Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ay mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter ng wika na available para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available ang National Relay 24 oras bawat araw, 7 araw sa isang linggo.
FAX	(310) 507-6186
SUMULAT	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
WEBSITE	centralhealthplan.com

Ang SHIP ng SHIP (California) ay isang programa ng estado na kumukuha ng pera mula sa Pederal na pamahalaan upang makapagbigay ng libreng lokal na pagpapayo sa insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare.

Pamamaraan**Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan****TUMAWAG SA**

Alameda County:
(510) 839-0393
Contra Costa County:
(925) 655-1393
Fresno and Madera Counties:
(559) 224-9117
Imperial County:
(760) 353-0223
Kern County:
(661) 868-1000
Kings and Tulare Counties:
(559) 713-2875
Orange County:
(714) 560-0424
Placer and Yolo Counties:
(916) 376-8915
San Francisco County:
(415) 677-7520
San Joaquin County:
(209) 470-7812
San Mateo County:
(650) 627-9350
Santa Clara County:
(408) 350-3239
Solano County:
(707) 526-4108
Stanislaus County:
(209) 558-4540
Alameda County:

TTY

711

Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.

SUMULAT

Alameda County:

Legal Assistance for Seniors
333 Hegenberger Road, Suite 850
Oakland, CA 94621
(510) 839-0393

Contra Costa County:

Contra Costa County Aging & Adult Services
400 Ellinwood Way, 3rd Floor
Pleasant Hill, CA 94523
(925) 655-1393

Fresno County:

Valley Caregiver Resource Center
5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710
(559) 224-9117

Imperial County:

Elder Law & Advocacy
939 W. Main Street, Box #19 Basement
El Centro, CA 92243
(760) 353-0223

Kern County:

Kern County Aging and Adult Services
5357 Truxtun Ave.
Bakersfield, CA 93309
(661) 868-1000

Kings County:

Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office
3350 W Mineral King
Visalia, CA 93291
(559) 713-2875

Madera County:

Valley Caregiver Resource Center
5363 N. Fresno Street
Fresno, CA 93710

Orange County:

Council on Aging – Southern California, Inc.
2 Executive Circle, Suite 175
Irvine, CA 92614-6773
(714) 560-0424

Placer County:

Legal Services of Northern California
505 12th Street
Sacramento, CA 95814
(916) 376-8915

San Francisco County:

Self-Help for the Elderly (San Francisco County)
601 Jackson Street
San Francisco, CA 94133
(415) 677-7520

San Joaquin County:

Legal Services of Northern California
505 12th Street
Sacramento, CA 95814

Pamamaraan**Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

(209) 470-7812
San Mateo County:
Self Help For The Elderly (San Mateo County)
1710 S Amphlett Boulevard, Suite 100
San Mateo, CA 94402
(650) 627-9350
Santa Clara County:
Sourcewise
3100 De La Cruz Boulevard, Suite 310
Santa Clara, CA 95054
(408) 350-3239
Solano County:
Senior Advocacy Services-HICAP
1129 Industrial Avenue, Suite 201
Petaluma, CA 94954
(707) 526-4108
Stanislaus County:
Stanislaus County Department of Aging and Veterans Services
3500 Coffee Road, Suite 19
Modesto, CA 95355
(209) 558-4540
Tulare County:
Kings/Tulare Area Agency on Aging HICAP Office
3350 W Mineral King
Visalia, CA 93291
(559) 713-2875
Yolo County:
Legal Services of Northern California
505 12th Street
Sacramento, CA 95814
(916) 376-8915

WEBSITE

<https://www.aging.ca.gov/hicap>

Pahayag ng Pagbubunyag ng PRA Ayon sa Paperwork Reduction Act ng 1995, walang sinuman ang kinakailangang tumugon sa isang koleksyon ng impormasyon maliban kung ito ay nagpapakita ng wastong OMB control number. Ang wastong OMB control number para sa koleksyon ng impormasyong ito ay 0938-1051. Kung mayroon kang mga komento o mungkahi para sa pagpapabuti ng form na ito, mangyaring sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.