blue california

Ebidensya ng Saklaw

Ang inyong mga benepisyo sa kalusugan at serbisyo sa ilalim ng medicare at coverage sa iniresetang gamot bilang isang miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Mga County ng Los Angeles at San Diego

Enero 1, 2025 - Disyembre 31, 2025

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association
MA001-EOC-TD-TA-1024

Handbook ng Miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), isang Medicare Medi-Cal Plan

H2819_24_378A_001_C_TA Approved 08202024

OMB Approval 0938-1444 (Mawawalan ng bisa sa: Hunyo 30, 2026)

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, bisitahin ang blueshieldca.com/medicare.

Enero 1, 2025 – Disyembre 31, 2025

Ang Inyong Saklaw sa Kalusugan at Gamot sa ilalim ng Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP), isang Medicare Medi-Cal Plan

Introduksyon ng Handbook ng Miyembro

Ipinapaalam sa inyo ng *Handbook ng Miyembro* na ito*,* na kilala rin bilang *Ebidensiya ng Saklaw,* ang tungkol sa inyong saklaw sa ilalim ng aming plano hanggang Disyembre 31, 2025*.* Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (karamdaman sa kalusugan ng isip at mga problema sa paggamit ng bawal na gamot), coverage sa iniresetang gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Makikita ang mahahalagang termino at ang kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa **Kabanata 12** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

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

Kapag sinasabi sa *Handbook ng Miyembro* na ito *na* “kami,” “tayo,” “amin,” o “aming plano,” nangangahulugan itong Blue Shield TotalDual Plan.

Available ang dokumentong ito nang libre sa Arabic, Armenian, Cambodian, Pinasimpleng Chinese, Tradisyonal na Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, at Vietnamese.

Maaari ninyong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, gaya ng malaking titik, braille, at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

- Maaari kayong gumawa ng pangmatagalang kahilingan para makuha ang dokumentong ito sa isang wikang bukod sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap. Para makagawa ng kahilingan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan. Itatabi nila ang inyong gustong wika at format sa file para sa mga rekomendasyon sa hinaharap. Para makagawa ng anumang mga update sa inyong kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Blue Shield TotalDual Plan.

Mga iba pang wika

Maaari ninyong makuha ang *Handbook ng Miyembro* na ito at ang iba pang mga materyales ng plano sa iba pang wika na wala kayong kailangang bayaran. Nagbibigay ang Blue Shield TotalDual Plan ng mga

nakasulat na pagsasaling-wika mula sa mga kwalipikadong tagasalin. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang tawag. Tingnan ang *Handbook ng Miyembro* upang malaman ang higit pa tungkol sa mga serbisyo ng tulong sa wika para sa pangangalagang pangkalusugan, tulad ng interpreter at mga serbisyo ng pagsasalin.

Mga iba pang format

Makukuha ninyo ang impormasyong ito sa mga iba pang format, tulad ng braille, malaking titik na may 20-point na font, audio, at mga naa-access na electronic na format nang walang gastos sa inyo. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang tawag.

Mga serbisyo ng interpreter

Nagbibigay ang Blue Shield TotalDual Plan ng mga serbisyo ng pasalitang pagsasalin, kabilang ang sign language, mula sa isang kwalipikadong interpreter, sa loob ng 24 na oras, nang walang gastos sa inyo. Hindi ninyo kailangang gawing interpreter ang isang miyembro ng pamilya o kaibigan. Hindi namin hinihikayat ang paggamit ng mga menor de edad bilang mga interpreter, maliban na lang kung isa itong emergency. Available ang mga serbisyo ng interpreter, wika, at kultura nang libre. Available ang tulong 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Para sa tulong sa inyong wika, o upang makuha ang *Handbook ng Miyembro* na ito sa ibang

wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang tawag.

ATENSIYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Available rin ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille at malaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

LANGUAGE ASSISTANCE NOTICE

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic) يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ (TTY: 711) 1-800-452-4413. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ (TTY: 711) 1-800-452-4413. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian) ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ភ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រ៊ែល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese) 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电1-800-452-4413 (TTY: 711) 。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi) توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با(TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

हिन्दी टैगलाइन (Hindi) ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong) CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese) 注意日本語での対応が必要な場合は1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。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用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean) 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແຈກໄລພາສາລາວ (Laotian) ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mienh Tagline (Mien) LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (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 hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih

gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711) । ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711) । ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en Español (Spanish) ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai) โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian) УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (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 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

Mga Disclaimer

- Maaaring magbago ang mga benepisyo, premium, nababawas, at/o mga copayment/coinsurance pagsapit ng Enero 1, 2026
- Maaaring magbago anumang oras ang formulary, network ng pharmacy, at/o network ng provider. Makakatanggap kayo ng abiso kung kinakailangan. Aabisuhan namin ang mga apektadong enrollee tungkol sa mga pagbabago nang hindi bababa sa 30 araw nang maaga.
- Responsibilidad ng aming plano na makipag-ugnayan ukol sa mga benepisyo para sa inyo ng Medi-Cal (Medicaid).
- Ang Blue Shield of California ay isang HMO D-SNP plan na may kontrata sa Medicare at kontrata sa California State Medi-Cal (Medicaid) Program. Nakadepende ang enrollment sa Blue Shield of California sa pag-renew ng kontrata.
- Ang saklaw sa ilalim ng Blue Shield TotalDual Plan ay kwalipikadong saklaw sa kalusugan na tinatawag na “minimum na mahalagang saklaw.” Tinutugunan nito ang indibidwal na ibinabahaging kinakailangan na responsibilidad ng Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Bisitahin ang website ng Internal Revenue Service (IRS) sa www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para sa higit pang impormasyon tungkol sa kahilingang ibinahaging responsibilidad sa indibiduwal.
- Inaprubahan ng Medicare ang Blue Shield TotalDual Plan upang maibigay ang mga benepisyong ito at mas mababang copayment bilang bahagi ng programa ng Value-Based Insurance Design. Pinapayagan ng programang ito ang Medicare na subukan ang mga bagong paraan upang mapabuti ang mga plano ng Medicare Advantage.
- Ang Amazon Pharmacy ay hindi kaanib sa Blue Shield of California at kinontrata ng Blue Shield upang magbigay ng paghahatid sa bahay ng mga inireresetang gamot sa mga miyembro ng Blue Shield.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa Blue Shield TotalDual Plan, isang planong pangkalusugan na sumasaklaw sa lahat ng inyong mga serbisyo ng Medicare at nagsasaayos ng lahat ng inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, at ng inyong membership dito. Sinasabi rin nito sa inyo kung ano ang maaasahan at anong iba pang impormasyon ang makukuha ninyo mula sa amin. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Welcome sa aming plano 13

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal 13

B1. Medicare 13

B2. Medi-Cal 13

C. Mga pakinabang ng aming plano 14

D. Ang lugar ng serbisyo ng aming plano 15

E. Paano kayo magiging karapat-dapat na maging miyembro ng plano 15

F. Ano ang dapat asahan kapag unang beses kayong sumali sa isang planong pangkalusugan 16

G. Ang iyong pangkat ng pangangalaga at plano ng pangangalaga 17

G1. Team ng pangangalaga 17

G2. Plano ng pangangalaga 18

H. Ang inyong mga buwanang gastusin para sa Blue Shield TotalDual Plan 18

H1. Premium ng plano 18

I. Ang Inyong *Handbook ng Miyembro* 18

J. Iba pang mahalagang impormasyong makukuha ninyo mula sa amin 19

J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro 19

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya* 20

J3. *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* 22

J4. Ang Paliwanag ng Mga Benepisyo (Explanation of Benefits, EOB) 22

K. Panatiling napapanahon ang inyong talaan ng membership 22

K1. Pagkapribado ng protektadong impormasyong pangkalusugan (protected health information, PHI) 23

A. Welcome sa aming plano

Naglalaan ang aming plano ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa mga taong karapat-dapat para sa dalawang programa. Kasama sa aming plano ang mga doktor, mga ospital, mga parmasya, mga provider ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga provider para sa kalusugan ng pag-uugali, at iba pang provider. Mayroon din kaming mga coordinator ng pangangalaga at mga team ng pangangalaga upang tulungan kayong pamahalaan ang inyong mga provider at serbisyo. Nagtutulungan silang lahat upang ibigay ang pangangalagang kailangan ninyo.

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal

B1. Medicare

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

- mga taong 65 taong gulang o higit pa,
- ilang tao na wala pang 65 taong gulang na may partikular na mga kapansanan, **at**
- mga taong may end-stage renal disease (sakit sa bato).

B2. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ay ang pangalan ng programa ng Medicaid ng California. Pinapatakbo ng estado ang Medi-Cal at binabayaran ng estado at ng pederal na pamahalaan. Tumutulong ang Medi-Cal sa mga taong may limitadong mga kinikita at mapagkukunan na bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS) at mga gastusing medikal. Sinasaklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare.

Nagpapasya ang bawat estado:

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

Makakapagpasya ang mga estado kung paano patakbuhin ang kanilang mga programa, hangga't sinusunod nila ang mga tuntunin ng pederal.

Inaprubahan ng Medicare at ng estado ng California ang aming plano. Maaari ninyong makuha ang mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa pamamagitan ng aming plano kung:

- pinipili naming ialok ang plano, **at**
- Pinahihintulutan kami ng Medicare at ng estado ng California na patuloy na ialok ang planong ito.

Kahit na huminto ang aming plano sa pagpapatakbo sa hinaharap, hindi apektado ang inyong pagiging kuwalipikado para sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

C. Mga pakinabang ng aming plano

Makukuha ninyo ngayon sa aming plano ang lahat ng inyong saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, kasama ang mga inireresetang gamot. **Wala kayong babayarang dagdag upang makasali sa planong pangkalusugan na ito.**

Tumutulong kami upang ang mga benepisyo ninyo mula sa Medicare at Medi-Cal ay mas mahusay na gumanang magkasama para sa inyo. Kasama sa ilang pakinabang ang:

- Maisasagawa ninyo sa amin ang **karamihan** ng inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Mayroon kayong pangkat ng pangangalaga na binuo sa tulong ninyo. Maaaring kasama sa inyong pangkat ng pangangalaga ang inyong sarili, inyong caregiver, mga doktor, nurse, tagapayo o iba pang mga propesyonal sa kalusugan.
- May access kayo sa isang coordinator ng pangangalaga. Makikipagtulungan ang taong ito sa inyo, sa aming plano, at sa inyong pangkat ng pangangalaga para tumulong sa paggawa ng isang plano ng pangangalaga.
- Magagawa ninyong pangasiwaan ang sarili ninyong pangangalaga na may tulong mula sa inyong pangkat ng pangangalaga at coordinator ng pangangalaga.
- Makikipagtulungan sa inyo ang iyong pangkat ng pangangalaga at coordinator ng pangangalaga para makagawa ng plano ng pangangalaga na dinisenyo upang matugunan ang **inyong** mga pangangailangan sa kalusugan. Tumutulong ang pangkat ng pangangalaga na ayusin ang mga serbisyong kailangan ninyo. Halimbawa, nangangahulugan ito na tinitiyak ng inyong team ng pangangalaga na:
    - Alam ng inyong mga doktor ang tungkol sa lahat ng gamot na iniinom ninyo upang matiyak nilang iniinom ninyo ang mga tamang gamot at upang

mabawasan ang anumang mga side effect na maaari ninyong makuha mula sa mga gamot.

- Ibinabahagi ang mga resulta ng inyong pagsusuri sa lahat ng inyong doktor at iba pang provider, kung nararapat.

Mga bagong miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan: Kadalasang mai-enroll kayo sa Blue Shield TotalDual Plan para sa inyong mga benepisyo ng Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging mag-enroll sa Blue Shield TotalDual Plan. Maaari pa rin kayong makatanggap ng mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa dati ninyong planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap ninyo ang mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield TotalDual Plan. Walang magiging patlang sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo kung mayroon kayong anumang tanong.

D. Ang lugar ng serbisyo ng aming plano

Kasama sa aming mga lugar ng serbisyo ang mga county na ito sa California: Mga County ng Los Angeles at San Diego.

Ang mga tao lamang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ang maaaring sumali sa aming plano.

Hindi kayo maaaring manatili sa aming plano kung lumipat kayo sa labas ng aming lugar ng serbisyo. Sumangguni sa **Kabanata 8** ng inyong Handbook ng Miyembro para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga epekto ng paglipat sa labas ng aming lugar ng serbisyo.

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

Karapat-dapat kayo para sa aming plano hangga't kayo ay:

- naninirahan sa aming lugar ng serbisyo (ang mga taong nakakulong ay hindi itinuturing na naninirahan sa lugar ng serbisyo kahit na sila ay pisikal na naroon), **at**
- 21 taong gulang at mas matanda pa sa oras ng enrollment, **at**
- may parehong Medicare Part A at Medicare Part B, **at**
- isang mamamayan ng Estados Unidos o legal na naninirahan sa Estados Unidos, **at**
- kasalukuyang karapat-dapat para sa Medi-Cal.

Kung mawala ang inyong pagiging kuwalipikado para sa Medi-Cal ngunit maaasahang maibabalik ito sa loob ng anim na buwan, karapat-dapat pa rin kayo para sa aming plano.

Tumawag sa Customer Service para sa higit pang impormasyon.

F. Ano ang dapat asahan kapag unang beses kayong sumali sa isang planong pangkalusugan

Kapag unang beses kayong sumali sa aming plano, makakatanggap kayo ng pagtatasa sa panganib sa kalusugan (health risk assessment, HRA) sa loob ng 90 araw bago o pagkatapos ng petsa ng pagka-epektibo ng inyong enrollment.

Dapat naming kumpletuhin ang isang HRA para sa inyo. Ang HRA na ito ang batayan para sa pagbuo ng inyong plano ng pangangalaga. Kasama sa HRA ang mga tanong upang tukuyin ang inyong mga pangangailangan sa medikal, kalusugan ng pag-uugali, at mga functional na pangangailangan.

Makikipag-ugnayan kami sa inyo upang makumpleto ang HRA. Maaari naming kumpletuhin ang HRA sa pamamagitan ng isang personal na pagbisita, tawag sa telepono, o koreo.

Magpapadala kami sa inyo ng higit pang impormasyon patungkol sa HRA na ito.

Kung bago para sa inyo ang aming plano, maaari ninyong ipagpatuloy ang pagpapatingin sa mga doktor na pinupuntahan ninyo ngayon sa loob ng partikular na haba ng panahon, kaht pa wala sila sa aming network. Tinatawag namin itong pagpapatuloy ng pangangalaga. Kung wala sila sa aming network, maaari ninyong panatilihin ang inyong mga kasalukuyang provider at mga pahintulot sa serbisyo mula sa oras na nag-enroll kayo hanggang 12 buwan kung natutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Hinihiling ninyo, ng inyong kinatawan, o ng inyong provider na hayaan kayong patuloy na gamitin ang inyong kasalukuyang provider.
- Napapatunayan naming nagkaroon kayo ng umiiral na ugnayan sa isang pangunahing provider o provider ng espesyalidad na pangangalaga, na may ilang pagbubukod. Kapag sinasabi naming "umiiral na ugnayan," nangangahulugan itong nagpatingin kayo sa isang provider na wala sa network kahit isang beses man lang para sa pagbisitang hindi emergency sa loob ng 12 buwan bago ang petsa ng inyong paunang enrollment sa aming plano.
    - Tinutukoy namin ang umiiral na ugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa inyong available na impormasyong pangkalusugan o sa impormasyong ibinibigay ninyo sa amin.

- Mayroon kaming 30 araw upang tumugon sa inyong kahilingan. Maaari ninyong hilingin sa amin na magpasya nang mas mabilis, at dapat kaming tumugon sa loob ng 15 araw. Maaari ninyong gawin ang kahilingang ito sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Kung kayo ay nanganganib na mapahamak, dapat kaming tumugon sa loob ng 3 araw.
- Kayo o ang inyong provider ay dapat magpakita ng dokumentasyon ng isang umiiral na ugnayan at sumasang-ayon sa mga partikular na tuntunin kapag gumagawa kayo ng kahilingan.

Tandaan: Maaari ninyong gawin ang kahilingang ito para sa mga provider ng Durable Medical Equipment (DME) sa loob ng hindi bababa sa 90 araw hanggang magpahintulot kami ng bagong pag-aarkila at magkaroon ng provider na nasa network na maghahatid ng pag-aarkila. Bagaman hindi ninyo maaaring gawin ang kahilingang ito para sa mga provider ng transportasyon o iba pang mga tagapagbigay ng suporta, maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng transportasyon o mga pansuportang serbisyo na hindi kasama sa aming plano.

Pagkatapos ng panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga, kakailanganin ninyong magpatingin sa mga doktor at iba pang mga provider na nasa sa network ng Blue Shield TotalDual Plan na konektado sa grupong medikal ng inyong provider ng pangunahing pangangalaga, maliban kung gumawa kami ng kasunduan sa inyong doktor na wala sa network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Ang grupong medikal o Independent Physician Association (IPA) ay isang organisasyong binuo sa ilalim ng batas ng California na kumokontrata sa mga planong pangkalusugan upang magbigay o magsaayos para sa mga probisyon ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga naka-enroll sa planong pangkalusugan. Ang isang grupong medikal o IPA ay isang asosasyon ng mga doktor ng pangunahing pangangalaga at mga espesyalista na ginawa upang makakapaglaan sa inyo ng naisaayos na mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga.

G. Ang iyong pangkat ng pangangalaga at plano ng pangangalaga

G1. Team ng pangangalaga

Makakatulong ang isang team ng pangangalaga na patuloy kayong makakakuha ng pangangalagang kailangan ninyo. Maaaring kasama sa isang team ng pangangalaga ang inyong doktor, isang coordinator ng pangangalaga, o iba pang kawani ng kalusugan na inyong pinipili.

Ang isang coordinator ng pangangalaga ay taong sinanay upang tulungan kayong pamahalaan ang pangangalagang kailangan ninyo. Makakakuha kayo ng isang coordinator ng pangangalaga kapag nag-enroll kayo sa aming plano. Ire-refer din kayo ng taong ito sa iba pang mga mapagkukunan sa komunidad na maaaring hindi ipinagkaloob ng aming plano at

makikipagtulungan sa inyong team ng pangangalaga sa pakikipag-coordinate ng inyong pangangalaga. Tawagan kami sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong coordinator ng pangangalaga at team ng pangangalaga.

G2. Plano ng pangangalaga

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

Kalakip sa inyong plano ng pangangalaga ang:

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

Makikipagkita sa inyo ang inyong team ng pangangalaga pagkatapos ng inyong HRA. Itatanong nila sa inyo ang tungkol sa mga serbisyong kailangan ninyo. Ipapaalam din nila sa inyo ang tungkol sa mga serbisyong baka nais ninyong pag-isipang kunin. Nilikha ang inyong plano ng pangangalaga batay sa inyong mga pangangailangan at mga layunin. Makikipagtulungan sa inyo ang inyong team ng pangangalaga upang i-update ang inyong plano ng pangangalaga kahit kada taon man lang.

H. Ang inyong mga buwanang gastusin para sa Blue Shield TotalDual Plan

Maaaring kasama sa inyong mga gastusin ang sumusunod:

- Premium ng plano **(Seksyon H1)**

Sa ilang mga sitwasyon, maaaring mas mura ang inyong premium ng plano.

H1. Premium ng plano

Bilang isang miyembro ng inyong plano, magbabayad kayo ng buwanang premium ng plano. Para sa 2025, ang buwanang premium para sa Blue Shield TotalDual Plan ay $28.30. Gayunpaman, magbabayad kayo ng $0 kada buwan hangga't mayroon kayong Part D na Tulong sa Maliit ang Kita, na kilala rin bilang “Karagdagang Tulong,” at kumpletong saklaw ng Medi-Cal.

I. Ang Inyong *Handbook ng Miyembro*

Ang inyong *Handbook ng Miyembro* ay bahagi ng aming kontrata sa inyo. Nangangahulugan ito na dapat nating sundin ang lahat ng panuntunan sa dokumentong ito. Kung sa tingin ninyo ay

may ginawa kami na labag sa mga panuntunang ito, maaari kayong umapela sa aming pasya. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro* o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Maaari kayong humingi ng isang *Handbook ng Miyembr*o sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina. Maaari rin kayong sumangguni sa *Handbook ng Miyembro* na makikita sa aming website sa address ng web sa ibaba ng pahina.

May bisa ang kontrata sa mga buwang naka-enroll kayo sa aming plano sa pagitan ng Enero 1, 2025 at Disyembre 31, 2025.

J. Iba pang mahalagang impormasyong makukuha ninyo mula sa amin

Kasama sa iba pang mahalagang impormasyong ibinibigay namin ay ang inyong ID Card ng Miyembro, impormasyon tungkol sa kung paano maa-access ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, at impormasyon tungkol sa kung paano maa-access ang isang *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot,* na kilala rin bilang *Formulary*.

J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro

Sa ilalim ng aming plano, mayroon kayong isang card para sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, kabilang ang LTSS, ilang mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at mga reseta. Ipakita ang card na ito kapag kukuha kayo ng anumang mga serbisyo o reseta. Narito ang isang sample ng ID Card ng Miyembro:

Kung ang inyong ID Card ng Miyembro ay nasira, nawala, o ninakaw, tawagan kaagad ang Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina. Papadalhan namin kayo ng isang bagong card.

Hangga't miyembro kayo ng aming plano, hindi ninyo kailangang gamitin ang inyong pula, puti, at asul na Medicare card o ang inyong Medi-Cal card para kumuha ng karamihan sa mga serbisyo. Itabi ang mga card na iyon sa isang ligtas na lugar, sakaling kakailanganin ninyo ang mga ito sa ibang pagkakataon. Kapag ipapakita ninyo ang inyong Medicare card sa halip ng inyong ID Card ng Miyembro, maaaring singilin ng provider ang Medicare sa halip na ang aming plano, at maaaring makatanggap kayo ng bill. Sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro* upang alamin kung ano ang dapat gawin kung makakatanggap kayo ng bill mula sa isang provider.

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

- Mga reseta na sinasaklaw lang sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx
- Mga serbisyo sa ngipin na sinasaklaw lang sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Program
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS)
- Programa ng Maraming Layuning Serbisyo sa mga Senior (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya*

Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang mga provider at parmasya sa network ng aming plano. Habang kayo ay miyembro ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga provider na nasa network upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo.

Maaari kayong humingi ng isang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* (sa elektronikong paraan o sa pisikal na kopya ng form) sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina. Ipapadala sa inyo ang mga kahilingan para sa pisikal na kopya ng Mga Direktoryo ng Provider at Parmasya sa pamamagitan ng koreo sa loob ng tatlong araw ng trabaho.

Maaari din ninyong tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* sa web address sa ibaba ng pahina.

Nakalista sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan (tulad ng mga doktor, mga nurse na practitioner, at mga psychologist), mga pasilidad (tulad ng mga ospital o klinika), at mga provider ng suporta (gaya ng Mga Provider ng Adult Day Health at Home Health) na maaari mong makita bilang isang miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan. Nakalista sa Direktoryo ang mga parmasya na magagamit ninyo upang makuha ang inyong mga inireresetang gamot. Nagbibigay din ang Direktoryo ng ilang impormasyon tungkol sa mga sumusunod:

- Kapag kailangan ng mga rekomendasyon para magpatingin sa ibang mga Provider, espesyalista o pasilidad, at
- Kung paano pumili ng isang doktor, at
- Kung paano palitan ang inyong doktor, at
- Kung paano makahanap ng mga doktor, espesyalista, parmasya, o pasilidad sa inyong lugar at/o grupong medikal/IPA, at
- Kung paano i-access ang Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS), Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS) o Programa ng Maraming Layuning Serbisyo sa mga Senior (Multipurpose Senior Services Program, MSSP), at
- Impormasyon sa kung paano tumanggap ng paghahatid sa bahay, home infusion o mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga.

Kahulugan ng mga provider na nasa network

- Kasama sa aming mga provider na nasa network ang:
  - mga doktor, mga nurse, at iba pang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na mapupuntahan ninyo bilang isang miyembro ng aming plano;
  - mga klinika, mga ospital, mga pasilidad ng pag-aalaga, at iba pang mga lugar na nagkakaloob ng mga serbisyo sa kalusugan sa aming plano; **at,**
  - LTSS, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, mga ahensya ng kalusugan sa bahay, mga supplier ng durable medical equipment (DME), at iba pa na nagkakaloob ng mga produkto at serbisyo na makukuha ninyo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

Sumasang-ayon ang mga provider na nasa network na tumanggap ng bayad mula sa aming plano para sa mga saklaw na serbisyo bilang kumpletong bayad.

Kahulugan ng mga parmasyang nasa network

- Ang mga parmasyang nasa network ay mga parmasyang sumasang-ayon na punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* upang hanapin ang parmasyang nasa network na gusto ninyong gamitin.
- Maliban sa panahon ng emergency, dapat ninyong punan ang mga reseta mula sa isang parmasyang nasa network namin kung gusto ninyong matulungan ng aming plano na bayaran ang mga ito.

Tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon. Parehong maibibigay sa inyo ng Customer Service at ng aming website ang pinakabagong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa mga parmasiya at provider na nasa network namin.

J3. *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot*

May *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* ang plano. Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot"* para maikli. Nakasaad dito kung aling mga inireresetang gamot ang sinasaklaw ng aming plano.

Sasabihin din sa inyo ng *Listahan ng Gamot* kung mayroong anumang mga panuntunan o restriksiyon sa anumang mga gamot, gaya ng limitasyon sa dami na maaari ninyong makuha. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon.

Kada taon, papadalhan namin kayo ng impormasyon tungkol sa kung paano maa-access ang *Listahan ng Gamot*, ngunit maaaring may ilang mga pagbabago sa loob ng taon. Upang makuha ang pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang saklaw, tumawag sa Customer Service o puntahan ang aming website sa address sa ibaba ng pahina.

J4. Ang Paliwanag ng Mga Benepisyo (Explanation of Benefits, EOB)

Kapag ginamit ninyo ang inyong mga benepisyo ng inireresetang gamot ng Medicare Part D, papadalhan namin kayo ng buod upang makatulong sa inyong maunawaan at masubaybayan ang mga pagbabayad para sa inyong mga inireresetang gamot ng Medicare Part D. Tinatawag ang buod na ito na *Paliwanag ng Mga Benepisyo (Explanation of Benefits*, EOB).

Nakasaad sa EOB ang kabuuang halagang nagastos ninyo, o ng ibang tao, para sa inyong mga inireresetang gamot ng Medicare Part D at ang kabuuang halagang binayaran namin para sa bawat inireresetang gamot ng Medicare Part D sa buong buwan. Hindi isang bill ang EOB na ito. Ang EOB ay may higit na impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom ninyo. Nagbibigay ng higit na impormasyon ang **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* tungkol sa EOB at kung paano ito makakatulong sa inyo na masubaybayan ang inyong saklaw ng gamot.

Maaari rin kayong humiling ng isang EOB. Upang makakuha ng isang kopya, tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.

K. Panatiling napapanahon ang inyong talaan ng membership

Mapapanatili ninyong napapanahon ang inyong talaan ng membership sa pamamagitan ng pagpapaalam sa amin kapag nagbabago ang inyong impormasyon.

Kailangan namin ang impormasyong ito para tiyaking tama ang inyong impormasyon sa aming mga talaan. Kailangan din ng aming mga provider na nasa network at mga parmasya ang tamang impormasyon tungkol sa inyo. **Ginagamit nila ang inyong record ng membership upang malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang kinukuha ninyo at kung magkano ang nababayaran ninyo para rito.**

Sabihin kaagad sa amin ang tungkol sa sumusunod:

- mga pagbabago sa inyong pangalan, inyong address, o inyong numero ng telepono;
- mga pagbabago sa anumang iba pang saklaw ng insurance sa kalusugan, gaya ng mula sa inyong employer, employer ng inyong asawa, o employer ng inyong kinakasama, o sahod ng mga manggagawa;
- anumang mga pag-claim sa pananagutan, gaya ng mga pag-claim mula sa isang aksidente sa sasakyan;
- pagka-admit sa isang pasilidad ng pag-aalaga o ospital;
- pangangalaga sa isang ospital o emergency room;
- mga pagbabago sa inyong caregiver (o sinumang responsable para sa inyo); **at,**
- kung lumahok kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral. (**Tandaan:** Hindi niyo kailangang sabihin sa amin ang tungkol sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na sinalihan ninyo o naging kalahok kayo, ngunit hinihikayat namin kayong gawin ito.)

Kapag may mga pagbabago sa anumang impormasyon, tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.

K1. Pagkapribado ng protektadong impormasyong pangkalusugan (protected health information, PHI)

Maaaring kasama sa impormasyon sa inyong record ng membership ang protektadong impormasyong pangkalusugan (protected health information, PHI). Inaatas ng mga batas ng estado at batas pederal na panatilihin naming pribado ang inyong PHI. Pinoprotektahan namin ang inyong PHI. Para sa karagdagang detalye tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI, sumangguni sa **Kabanata 8** ng *Handbook ng Miyembro*.

Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at mapagkukunan

Panimula

Ibinibigay sa inyo ng kabanatang ito ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa mahahalagang mapagkukunan na makakatulong sa inyong masagot ang inyong mga tanong tungkol sa aming plano at ang inyong mga benepisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Maaari niyo ring gamitin ang kabanatang ito upang makakuha ng impormasyon tungkol sa kung paano makontak ang inyong coordinator ng pangangalaga at ang iba para maging tagapagtaguyod sa ngalan ninyo. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Customer Service 26

B. Ang Inyong Coordinator ng Pangangalaga 30

C. Programa ng Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 33

D. Nurse Advice Call Line 34

E. Behavioral Health Crisis Line 35

F. Quality Improvement Organization (QIO) 36

G. Medicare 37

H. Medi-Cal 38

I. Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal at Tanggapan ng Ombudsman para sa Kalusugan ng Isip 39

J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County 40

K. Ahensya sa Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County 42

L. Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California 43

M. Mga Programang Tutulong sa Mga Taong Makabayad sa Kanilang Mga Inireresetang Gamot 44

M1. Karagdagang Tulong 44

M2. AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 44

N. Social Security 45

O. Railroad Retirement Board (RRB) 46

P. Iba pang mapagkukunan 47

Q. Medi-Cal Dental Program 48

A. Customer Service

TUMAWAG SA	1-800-452-4413. Libre ang tawag na ito. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo
SUMULAT	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
WEBSITE	blueshieldca.com/medicare

Kontakin ang Customer Service para humingi ng tulong sa:

- Mga tanong tungkol sa plano
- Mga tanong tungkol sa mga claim o billing
- Mga pagpapasya sa saklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
  - Ang isang pagpapasya sa saklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan ay isang pasya tungkol sa:
    - inyong mga benepisyo at mga saklaw na serbisyo, **o**
    - halagang babayaran namin para sa inyong mga serbisyo sa kalusugan.
  - Tumawag sa amin kung mayroon kayong mga tanong sa pagpapasya sa saklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan.
  - Upang matuto pa tungkol sa mga pagpapasya sa saklaw, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro.*
- Mga apela tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan

- Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang isang pagpapasyang ginawa namin tungkol sa inyong saklaw at paghiling sa amin na baguhin ito kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami o hindi kayo sumasang-ayon sa pasya.
- Upang matuto pa tungkol sa paggawa ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro* o makipag-ugnayan sa Customer Service.

- Mga reklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
  - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o sa sinumang provider (kasama ang wala sa network o provider na nasa network). Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa aming plano. Maaari rin kayong magreklamo sa amin o sa Quality Improvement Organization (QIO) tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap ninyo (tingnan ang **Seksyon F**).
  - Maaari kayong tumawag sa amin at ipaliwanag ang inyong reklamo. sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).
  - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa isang pagpapasya sa saklaw patungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan, maaari kayong umapela (sumangguni sa seksyon sa itaas).
  - Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online na form sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O maaari kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang humingi ng tulong.
  - Maaari kayong magreklamo tungkol sa aming plano sa Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077.
  - Upang matuto nang higit pa tungkol sa paggawa ng reklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

- Mga pagpapasya sa saklaw tungkol sa inyong mga gamot
  - Ang pagpapasya sa saklaw tungkol sa inyong mga gamot ay isang pasya tungkol sa:
    - inyong mga benepisyo at mga saklaw na gamot, **o**
    - halagang babayaran namin para sa inyong mga gamot.

  - Maaaring masaklaw ng Medi-Cal Rx ang mga gamot na hindi saklaw ng Medicare, tulad ng mga over-the-counter (OTC) na gamot at mga partikular na vitamin. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon. Maaari rin kayong tumawag sa Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273.
  - Para sa higit pa tungkol sa mga pagpapasya sa saklaw tungkol sa inyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

- Mga apela tungkol sa inyong mga gamot
  - Ang apela ay isang paraan upang hilingin sa amin na baguhin ang isang pagpapasya sa saklaw.
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paggawa ng apela tungkol sa inyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro.*

- Mga reklamo tungkol sa inyong mga gamot
  - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o anumang parmasya. Kasama dito ang reklamo tungkol sa inyong mga inireresetang gamot.
  - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa isang pagpapasya sa saklaw tungkol sa inyong mga inireresetang gamot, maaari kayong umapela. (Sumangguni sa seksyon sa itaas.)
  - Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online na form sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O maaari kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang humingi ng tulong.
  - Para sa higit pa tungkol sa paggawa ng reklamo tungkol sa inyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

- Bayad para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot na binayaran na ninyo
  - Para sa higit pa tungkol sa kung paano hihilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad, o na bayaran ang isang bill na natanggap niyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

- Kung hiniling ninyo sa amin na bayaran ang isang pagsingil at hindi namin ibinigay ang anumang bahagi ng inyong kahilingan, maaari ninyong i-apela ang aming pasya. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro*.

B. Ang Inyong Coordinator ng Pangangalaga

Ang coordinator ng pangangalaga ay isang indibiduwal na tanging sinanay upang matulungan kayo sa pagsasaayos ng proseso ng pangangalaga. Ang inyong Coordinator ng Pangangalaga ay magiging bahagi ng inyong Pangkat ng Pangangalaga, at magsisilbi siyang pangunahing contact para sa inyo. Pagkatapos mag-enroll, tatawagan kayo ng isang Coordinator ng Pangangalaga upang kumpletuhin ang inyong Pagtatasa sa Panganib sa Kalusugan at Plano sa Pangangalaga para sa Indibiduwal. Ito ang mga tool na gagamitin ng inyong Coordinator ng Pangangalaga na makakatulong sa pagtukoy at pag-personalize ng inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan na aangkop sa iyo. Maaari kayong makipag-ugnayan sa inyong Coordinator ng Pangangalaga sa pamamagitan ng pagtawag sa numero sa ibaba.

TUMAWAG SA	1-888-548-5765. Libre ang tawag na ito. 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Lunes hanggang Biyernes Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Lunes hanggang Biyernes
SUMULAT	Blue Shield of California ATTN: Team ng Pagtatasa sa Panganib sa Kalusugan ng DSNP 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

Kontakin ang inyong coordinator ng pangangalaga para humingi ng tulong sa:

- mga tanong tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
- mga tanong tungkol sa pagkuha ng mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali (sakit sa pag-iisip at problema sa paggamit ng bawal na gamot)
- mga tanong tungkol sa mga benepisyo sa ngipin
- mga tanong tungkol sa transportasyon patungo sa mga medikal na appointment

- mga tanong tungkol sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS), kabilang ang Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Adulto (Community-Based Adult Services, CBAS) at Mga Pasilidad ng Pag-aalaga (Nursing Facilities, NF)

Maaaring magawa ninyong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Matatanda (Community-Based Adult Services, CBAS)
- sanay na pag-aalaga
- physical therapy
- occupational therapy,
- speech therapy,
- mga medikal na serbisyong panlipunan
- pangangalaga ng kalusugan sa bahay
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS) sa pamamagitan ng ahensya ng serbisyong panlipunan ng inyong county
- may pagkakataong makakakuha kayo ng tulong sa inyong mga pang-araw-araw na pangangalagang pangkalusugan at pangangailangang sa pamumuhay.

Depende sa kung saang county kayo nakatira at sa inyong pagiging karapat-dapat, maaari rin kayong makatanggap ng karagdagang Mga Suporta ng Komunidad sa pamamagitan ng inyong Blue Shield TotalDual Plan. Maaaring i-refer kayo ng inyong provider kung sa tingin nila ay karapat-dapat kayo para sa Mga Suporta ng Komunidad o maaari kayong makipag-ugnayan sa Customer Service o sa inyong Coordinator ng Pangangalaga upang matuto nang higit pa. Maaaring magawa ninyong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga pag-aangkop ukol sa pagiging accessible ng kapaligiran (Mga pagbabago sa bahay)
- Mga serbisyo sa pag-navigate ng paglipat ng pabahay
- Mga deposito sa pabahay,
- Mga serbisyo sa pangungupahan at pagpapanatili ng pabahay
- Mga pansuportang pagkain o pagkaing angkop sa medikal na kalagayan

- Mga serbisyo ng personal na pangangalaga at maybahay
- Pangangalaga ukol sa pagpapagaling (medikal na pamamahinga)
- Pahinga para sa mga caregiver,
- Panandaliang pabahay pagkatapos ng pagpapaospital, o
- Mga sobering center

C. Programa ng Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

Nagbibigay ang State Health Insurance Assistance Program (SHIP) ng libreng pagpapayo sa insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare. Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa ng Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Maaaring sagutin ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong at matutulungan kayong maunawaan kung ano ang dapat gawin upang pangasiwaan ang inyong problema. Mayroong mga may kasanayang tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo.

Hindi konektado ang HICAP sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan.

TUMAWAG SA	(800) 434-0222 9:00 a.m. hanggang 4:00 p.m. Lunes hanggang Biyernes
TTY	711 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
WEBSITE	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Kontakin ang HICAP para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa Medicare
- Maaaring sagutin ng mga tagapayo o counselor ng HICAP ang inyong mga tanong tungkol sa pagpapalit ng plano at tulungan kayong:
  - maunawaan ang inyong mga karapatan,
  - maunawaan ang inyong mga pagpipilian sa plano,
  - magreklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan o paggamot, **at**
  - ayusin ang mga problema sa inyong mga pagsingil.

D. Nurse Advice Call Line

Nag-aalok ang Blue Shield of California Nurse Advice Call Line ng suporta mula sa mga rehistradong nurse na available para sagutin ang mga tanong nang 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Available ang nurses sa pamamagitan ng telepono para tumugon sa mga tanong tungkol sa pangkalahatang kalusugan at magbigay ng mga direksyon sa mga karagdagang mapagkukunan para sa higit pang impormasyon. Sa Nurse Advice Call Line, maaaring ipadala sa email ng mga miyembro ang buod ng pag-uusap na kinabibilangan ng lahat ng impormasyon at mga link para sa madaling sanggunian. Maaari niyong kontakin ang Nurse Advice Call Line para sa mga tanong tungkol sa inyong kalusugan o pangangalagang pangkalusugan.

TUMAWAG SA	(877) 304-0504 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

E. Behavioral Health Crisis Line

TUMAWAG SA	**Los Angeles County Access and Crisis Line** 1-800-854-7771 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles. **San Diego County Access at Crisis Line** 1-888-724-7240 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

Kontakin ang Behavioral Health Crisis Line para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali at pag-abuso sa droga o alak

Para sa mga tanong tungkol sa mga pantanging serbisyo sa kalusugan ng isip ng inyong county, sumangguni sa **Seksyon K.**

F. Quality Improvement Organization (QIO)

May samahang tinatawag na Livanta ang aming estado. Isa itong grupo ng mga doktor at iba pang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na paghusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Hindi konektado sa aming plano ang Livanta.

TUMAWAG SA	1-877-588-1123 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes, 11:00 a.m. hanggang 3:00 pm., Sabado at Linggo, at 7:00 a.m. hanggang 3:30 p.m. sa mga holiday.
TTY	1-855-887-6668 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
WEBSITE	https://livantaqio.com/en/states/california

Makipag-ugnayan sa Livanta para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa inyong mga karapatan sa pangangalagang pangkalusugan
- pagreklamo tungkol sa pangangalagang natanggap ninyo kung:
  - kayo ay may problema sa kalidad ng pangangalaga,
  - sa tingin ninyo ay masyadong maaga matatapos ang inyong pananatili sa ospital, **o**
  - sa tingin ninyo ay masyadong maaga matatapos ang inyong mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga o pasilidad ng komprehensibong rehabilitasyon ng outpatient (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF).

G. Medicare

Ang Medicare ang pederal na programa ng insurance sa kalusugan para sa mga taong 65 taong gulang o higit pa, ilang taong wala pang 65 taong gulang na may mga kapansanan, at mga taong may end-stage renal disease (permanenteng sakit sa bato na nangangailangan ng dialysis o pag-transplant ng bato).

Ang pederal na ahensyang namamahala sa Medicare ay ang Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS.

TUMAWAG SA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga pagtawag sa numerong ito, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY	1-877-486-2048. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
WEBSITE	www.medicare.gov Ito ang opisyal na website para sa Medicare. Nagbibigay ito sa inyo ng napapanahong impormasyon tungkol sa Medicare. Mayroon din itong impormasyon tungkol sa mga ospital, pasilidad ng pag-aalaga, doktor, ahensya sa kalusugan sa bahay, pasilidad ng dialysis, pasilidad ng inpatient na rehabilitasyon, at hospisyo. Kalakip dito ang nakatutulong na mga website at numero ng telepono. Mayroon din itong mga dokumentong maaari ninyong i-print mula mismo sa inyong computer. Kung wala kayong computer, maaaring matulungan kayo ng inyong lokal na aklatan o senior center na puntahan ang website na ito gamit ang computer nila. O, maaari ninyong tawagan ang Medicare sa numero sa itaas at sabihin sa kanila kung ano ang hinahanap ninyo. Hahanapin nila ang impormasyon sa website at ire-review ang impormasyon sa inyo.

H. Medi-Cal

Medi-Cal ang programa ng Medicaid ng California. Isa itong pampublikong programa sa insurance sa kalusugan na naglalaan ng mga kinakailangang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan para sa mga taong mababa ang kita, kabilang ang mga pamilyang may mga anak, mga nakatatanda, may mga kapansanan, bata at kabataan sa foster care o pangangalaga ng ibang pamilya, at buntis. Pinopondohan ang Medi-Cal ng mga pondo mula sa estado at pederal na pamahalaan.

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

Naka-enroll kayo sa Medicare at sa Medi-Cal. Kung mayroong kayong mga tanong tungkol sa inyong mga benepisyo ng Medi-Cal, tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga ng plano. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa enrollment sa Medi-Cal plan, tumawag sa Health Care Options.

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

I. Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal at Tanggapan ng Ombudsman para sa Kalusugan ng Isip

Ang Tanggapan ng Ombudsman ay nagsisilbi bilang tagapagtaguyod ninyo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kayong problema o reklamo at maaari kayong matulungang maintindihan kung ano ang gagawin. Tumutulong din sa inyo ang Tanggapan ng Ombudsman sa mga problema sa serbisyo o pagsingil. Hindi sila konektado sa aming plano o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Libre ang mga serbisyo nila.

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

J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County

Kung kailangan ninyo ng tulong para sa inyong Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services,IHSS), pag-update ng inyong impormasyon sa Medi-Cal, o pagiging kuwalipikado sa Medi-Cal at mga benepisyo sa pag-renew, makipag-ugnayan sa inyong lokal na ahensiya ng Mga Serbisyong Panlipunan ng Los Angeles o San Diego County.

Makipag-ugnayan sa inyong ahensya ng mga serbisyong panlipunan ng county upang mag-apply para sa Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay, na tutulong sa pagbayad para sa mga serbisyong ibinibigay sa inyo para manatili kayong ligtas sa sarili ninyong tahanan. Maaaring kalakip sa mga uri ng serbisyo ang tulong sa paghahanda ng pagkain, paliligo, pagbibihis, labada, pamimili o transportasyon.

Makipag-ugnayan sa inyong ahensya ng mga serbisyong panlipunan ng country para sa anumang mga tanong tungkol sa inyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal.

TUMAWAG SA	1-866-613-3777 Libre ang tawag na ito. Ang **Kagawaran ng Mga Serbisyong Panlipunan sa Publiko ng Los Angeles County** ay may isang Customer Service Center (CSC) na naglalaan ng serbisyo sa 33 Tanggapan ng Distrito. Ang mga oras na bukas ang tanggapan ay Lunes hanggang Biyernes, maliban sa mga holiday, mula 7:30 a.m. hanggang 6:30 p.m.
TTY	1-877-735-2929 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
WEBSITE	https://dpss.lacounty.gov

TUMAWAG SA	1-866-262-9881 Libre ang pagtawag na ito. Available ang mga kinatawan ng **County of San Diego Health and Human Services** sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Available ang Access Self-Service line nang 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Kailangang ipasok ng mga tumatawag ang kanilang Social Security Number (SSN) para magamit ang sistemang ito.
TTY	1-619-589-4459 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
WEBSITE	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

K. Ahensya sa Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County

Makukuha ninyo sa inyong county ang mga pantanging serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal at serbisyo kaugnay sa problema dulot ng paggamit ng nakapipinsalang substansiya kung matutugunan ninyo ang mga pamantayan sa pagkuha nito.

TUMAWAG SA	**Los Angeles County** 1-800-854-7771 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles. **San Diego County** 1-888-724-7240 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

Kontakin ang ahensiya ng Kalusugan ng Pag-uugali ng county para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa mga pantanging serbisyo sa kalusugan ng isip na ipinagkakaloob ng county
- mga tanong tungkol sa mga serbisyo na ibinibigay ng county kaugnay sa problema dulot ng paggamit ng nakapipinsalang sangkap
- mga pantanging serbisyo sa kalusugan ng isip kabilang ang ngunit hindi limitado sa:
  - mga serbisyong outpatient para sa kalusugan ng isip
  - paggamot sa araw
  - pamamagitan sa krisis at pagpapapanatag
  - naka-target na pamamahala ng kaso
  - paggamot sa tirahan ng mga nasa hustong gulang
  - paggamot sa tirahan sa panahon ng krisis

L. Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Ang Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) ay responsable sa pangangasiwa sa mga planong pangkalusugan. Matutulungan kayo ng DMHC Help Center sa mga apela at mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal.

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

M. Mga Programang Tutulong sa Mga Taong Makabayad sa Kanilang Mga Inireresetang Gamot

Ang website ng Medicare.gov na (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ay nagbibigay ng impormasyon kung paano mapapababa ang inyong gastos sa inireresetang gamot. Para sa mga taong limitado ang kita, mayroon ding iba pang mga programa na tutulong, gaya ng inilarawan sa ibaba.

M1. Karagdagang Tulong

Dahil karapat-dapat kayo para sa Medi-Cal, kwalipikado kayo para sa at makakakuha kayo ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare upang bayaran ang inyong mga gastusin ng plano sa inireresetang gamot. Wala kayong kailangang gawin para makakuha ng "Karagdagang Tulong" na ito.

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

M2. AIDS Drug Assistance Program (ADAP)

Tumutulong ang ADAP sa mga taong karapat-dapat sa ADAP na may HIV/AIDS o Acquired Immunodeficiency Syndrome na magkaroon ng access sa nakakaligtas ng buhay na mga gamot ng HIV. Ang Medicare Part D na mga inireresetang gamot na makikita rin sa formulary ng ADAP ay kuwalipikado para sa tulong sa bahaging gastos sa gamot sa pamamagitan ng California ADAP. Para sa higit pang impormasyon, kontakin ang California ADAP sa (844) 421-7050, 8 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes o bisitahin ang kanilang website sa: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx. Tandaan: Upang maging karapat-dapat para sa ADAP na pinatatakbo sa inyong estado, kailangang matugunan ng mga indibiduwal ang partikular na pamantayan, kabilang ang patunay ng pagiging residente ng estado at kalagayan ng HIV, mababang kita gaya ng tinukoy ng estado, at walang insurance/kulang sa insurance. Kung magbabago kayo ng mga plano, paki-abisuhan ang lokal na manggagawa ninyo ng pagpapa-enroll ng ADAP upang patuloy kayong makatanggap ng impormasyon tungkol sa pagiging karapat-dapat, mga saklaw na gamot, o kung paano magpa-enroll sa programa, mangyaring tumawag sa California ADAP sa (844) 421-7050, 8 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes o bisitahin ang kanilang website sa: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

N. Social Security

Ang Social Security ang tumutukoy sa pagiging karapat-dapat at nangangasiwa sa enrollment para sa Medicare. Karapat-dapat para sa Medicare ang mga mamamayan at mga legal na permanenteng residente ng Estados Unidos na 65 taong gulang at higit pa, o na may kapansanan o End-Stage Renal Disease (ESRD) at nakakatugon sa mga partikular na kondisyon. Kapag nakakatanggap na kayo ng mga tseke ng Social Security, awtomatiko ang enrollment sa Medicare. Kapag hindi kayo nakakatanggap ng mga tseke ng Social Security, kailangan ninyong mag-enroll sa Medicare. Upang mag-apply para sa Medicare, maaari kayong tumawag sa Social Security o puntahan ang inyong lokal na Social Security Office.

Kapag kayo ay lumipat o nagbago ng inyong mailing address, mahalagang makipag-ugnayan kayo sa Social Security para ipaalam sa kanila.

TUMAWAG SA	1-800-772-1213 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Available 8:00 am hanggang 7:00 pm, Lunes hanggang Biyernes. Maaari ninyong gamitin ang kanilang automated na mga serbisyo sa telepono upang makakuha ng naka-record na impormasyon at magsagawa ng ilang pakay nang 24 oras sa isang araw.
TTY	1-800-325-0778 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
WEBSITE	www.ssa.gov

O. Railroad Retirement Board (RRB)

Ang RRB ay isang independiyenteng Pederal na ahensya na nangangasiwa ng mga komprehensibong programa ng benepisyo para sa mga manggagawa ng riles ng tren (railroad) at kanilang mga pamilya. Kapag nakakatanggap kayo ng Medicare sa pamamagitan ng RRB, mahalagang ipaalam ninyo sa kanila kung kayo ay lilipat o magbabago ng inyong mailing address. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa inyong mga benepisyo mula sa RRB, makipag-ugnayan sa ahensya.

TUMAWAG SA	1-877-772-5772 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Kapag pipindutin ninyo ang “0”, maaaring makausap ninyo ang isang 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. sa Miyerkules. Kapag pipindutin ninyo ang “1”, maaaring ma-access ninyo ang automated na RRB Help Line at naka-record na impormasyon nang 24 oras sa isang araw, kabilang ang sabado at linggo at mga holiday.
TTY	1-312-751-4701 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. Hindi libre ang mga tawag sa numerong ito.
WEBSITE	www.rrb.gov

P. Iba pang mapagkukunan

Nag-aalok ang Medicare Medi-Cal Ombuds Program ng LIBRENG tulong sa mga taong nahihirapang makakuha ng o matustusan ang saklaw sa kalusugan at para lutasin ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan.

Kung mayroon kayong mga problema sa:

- Medi-Cal
- Medicare
- inyong planong pangkalusugan
- pag-access sa mga serbisyong medikal
- pag-apela sa mga tinanggihang serbisyo, gamot, durable medical equipment (DME), mga serbisyo sa kalusugan ng isip, atbp.
- pagsingil ukol sa medisina
- Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay IHSS

Tumutulong ang Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa mga reklamo, apela, at pagdinig. Ang numero ng telepono para sa Ombuds Program ay 1-855-501-3077.

Q. Medi-Cal Dental Program

Available ang partikular na mga serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Program; kasama ang ngunit hindi limitado sa, mga serbisyong tulad ng:

- mga pangunahing eksaminasyon, mga X-ray, paglilinis, at fluoride na paggamot
- mga restoration at crown
- root canal therapy
- partial at kumpletong mga pustiso, mga adjustment, repair, at reline

Available ang mga benepisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Fee-for-Service (FFS), Dental Managed Care (DMC) Programs.

TUMAWAG SA	1-800-322-6384 Libre ang tawag. Ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental FFS Program ay available na tulungan ka mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
TTY	1-800-735-2922 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
WEBSITE	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

Sa halip na Medi-Cal Dental Fee-For-Service Program, maaari kayong kumuha ng mga benepisyo sa ngipin sa pamamagitan ng pinamamahalaang plano sa pangangalaga ng ngipin (dental managed care plan). Available ang mga pinamamahalaang plano sa pangangalaga ng ngipin sa mga county ng Los Angeles. Kung nais ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga plano sa ngipin, o gustong palitan ang mga plano sa ngipin, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-800-430-4263 (sa mga user ng TTY tumawag sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Libre ang tawag. Makikita din ang mga contact sa DMC sa: *www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx*.

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

Panimula

May partikular na mga tuntunin at patakaran ang kabanatang ito na kailangan ninyong malaman para makakuha ng mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan at iba pang saklaw na serbisyo ng aming plano. Nakasaad din dito ang tungkol sa inyong coordinator ng pangangalaga, paano makakuha ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng provider at sa ilalim ng ilang espesyal na sitwasyon (kabilang ang mga provider at parmasya na wala sa network), ano ang gagawin kung direkta kayong siningil para sa mga serbisyong sinasaklaw namin, at mga patakaran para sa pagmamay-ari ng Durable Medical Equipment (DME). Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider 52

B. Mga patakaran para sa pagkuha ng mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano 52

C. Ang inyong coordinator ng pangangalaga 54

C1. Ano ang isang coordinator ng pangangalaga 54

C2. Paano kayo makipag-ugnayan sa inyong coordinator ng pangangalaga 55

C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong coordinator ng pangangalaga 55

D. Pangangalaga mula sa mga provider 55

D1. Pangangalaga mula sa isang provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) 55

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang mga provider na nasa network 58

D3. Kung aalis ang isang provider sa aming plano 60

D4. Mga provider na wala sa network 61

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term services and supports, LTSS) 62

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (sakit sa pag-iisip at pag-abuso sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot) 63

F1. Mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na ibinigay ng Medi-Cal sa labas ng aming plano 63

G. Mga serbisyo sa transportasyon 67

G1. Medikal na transportasyon ng mga hindi pang-emergency na sitwasyon 67

G2. Di-medikal na transportasyon 68

H. Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag agarang kailangan, o sa panahon ng kalamidad 69

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency 69

H2. Agarang kailangang pangangalaga 71

H3. Pangangalaga sa panahon ng isang kalamidad 72

I. Ano ang dapat gawin kung direkta kayong sinisingil para sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano 73

I1. Ano ang dapat gawin kung hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo 73

J. Saklaw ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral 74

J1. Kahulugan ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral 74

J2. Pagbabayad sa mga serbisyo kapag lumahok kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral 75

J3. Higit pa tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral 75

K. Paano sinasaklaw ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan 76

K1. Kahulugan ng panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan 76

K2. Pangangalaga mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan 76

L. Matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME) 77

L1. DME bilang isang miyembro ng aming plano 77

L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat kayo sa Original Medicare 78

L3. Mga benepisyo ng oxygen equipment bilang isang miyembro ng aming plano 78

L4. Oxygen equipment kapag lilipat kayo sa Original Medicare o ibang Medicare Advantage (MA) plan 79

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider

Ang **mga serbisyo** ay pangangalagang pangkalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports, LTSS), mga supply, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, mga reseta at over-the-counter na gamot, kagamitan at iba pang serbisyo. Ang **mga saklaw na serbisyo** ay alinman sa mga serbisyong ito na binabayaran ng aming plano. Makikita ang saklaw na pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS sa **Kabanata 4** ng Handbook ng Miyembro. Makikita ang mga saklaw na serbisyo para sa mga reseta at mga over-the-counter na gamot sa Kabanata 5 ng inyong Handbook ng Miyembro.

Ang **mga provider** ay mga doktor, nurse, at iba pang taong nagkakaloob sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa mga provider ang mga ospital, ahensya ng kalusugan sa bahay, klinika, at iba pang lugar na nagkakaloob sa inyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, medikal na kagamitan, at ilang mga pangmatagalang serbisyo at suporta LTSS.

Ang mga **provider na nasa network** ay mga provider na nagtatrabaho sa aming plano. Sumasang-ayon ang mga provider na ito na tanggapin ang aming bayad bilang kumpletong bayad. Direkta kaming sinisingil ng mga provider na nasa network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa inyo. Kapag magpapatingin kayo sa isang provider na nasa network, kadalasang wala kayong babayaran para sa mga saklaw na serbisyo.

B. Mga patakaran para sa pagkuha ng mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano

Sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng mga serbisyong saklaw ng Medicare, at karamihan sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Kabilang dito ang ilang serbisyong para sa kalusugan ng pag-uugali at mga pangmatagalang serbisyo at suporta LTSS.

Karaniwang babayaran ng aming plano ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS) na tatanggapin ninyo kung susundin ninyo ang aming mga patakaran. Upang masaklaw ng aming plano:

- Kailangang isang **benepisyo ng plano** ang pangangalagang inyong kinukuha. Nangangahulugan itong inilakip namin ito sa aming Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Dapat na **medikal na kinakailangan** ang pangangalaga. Kapag sinasabing medikal na kinakailangan, ang ibig naming sabihin ay mahahalagang serbisyo na makatwiran at pumoprotekta ng buhay. Kailangan ang medikal na kinakailangang pangangalaga upang makaiwas ang mga tao sa pagkakaroon ng

malubhang sakit o kapansanan at mabawasan ang matinding sakit sa pamamagitan ng paggamot ng sakit, karamdaman, o pinsala.

- Para sa mga serbisyong medikal, dapat ay mayroon kayong **provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP)** na nasa network na nagbibigay ng bilin ukol sa pangangalaga o nagsasabi sa inyong magpatingin sa ibang doktor. Bilang isang miyembro ng plano, dapat kayong pumili ng provider na nasa network upang maging PCP ninyo.
    - Kadalasang kailangang aprubahan ng aming plano bago kayo makagamit ng provider na hindi ninyo PCP o makagamit ng ibang mga provider sa network ng aming plano. Ito'y tinatawag na **rekomendasyon.** Kapag hindi kaayo naaprubahan, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo.
    - Ang mga PCP ng aming plano ay kaakibat sa mga grupong medikal. Kapag pinili ninyo ang inyong PCP, pinipili rin ninyo ang nauugnay na grupong medikal. Nangangahulugan itong ire-refer kayo ng inyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong kaakibat din sa kanilang grupong medikal. Isang samahan ng mga doktor ng pangunahing pangangalaga at mga espesyalista ang grupong medikal na nilikha upang makakapagkaloob sa inyo ng koordinadong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
    - Hindi ninyo kailangan ng rekomendasyon mula sa inyong PCP para sa pang-emergency na pangangalaga o agarang kailangang pangangalaga, para magpatingin sa provider ng kalusugan ng isang babae, o para sa alinman sa iba pang serbisyong nakalista sa seksyon D1 ng kabanatang ito.
- **Dapat ninyong kunin ang inyong pangangalaga mula sa mga provider na nasa network na konektado sa grupong medikal ng inyong PCP.** Kadalasan, hindi namin sasaklawin ang pangangalaga mula sa isang provider na hindi nagtatrabaho sa aming planong pangkalusugan at sa grupong medikal ng inyong PCP. Ang ibig nitong sabihin ay kailangan ninyong bayaran ang provider nang buong halaga para sa mga serbisyong ibinigay. Narito ang ilang sitwasyon kung kailan hindi nalalapat ang panuntunang ito:
    - Sinasaklaw namin ang pang-emergency na pangangalaga o agarang kailangang pangangalaga mula sa provider na wala sa network (para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Seksyon H** ng kabanatang ito).
    - Kung kailangan ninyo ng pangangalagang sinasaklaw ng aming plano at hindi ito maibibigay sa inyo ng aming mga provider na nasa network, maaari ninyong kunin ang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network. Kakailanganin ang pahintulot at dapat itong makuha mula sa plano bago

tumanggap ng pangangalaga. Sa sitwasyong ito, sasaklawin namin ang pangangalaga na parang nakuha ninyo ito sa isang provider na nasa network.

- Sinasaklaw namin ang mga serbisyo ng dialysis sa bato kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng aming plano sa loob ng maikling panahon o kapag pansamantalang hindi available o hindi accessible ang inyong provider. Maaari ninyong kunin ang mga serbisyong ito sa isang sertipikado ng Medicare na pasilidad ng dialysis.
- Kapag unang beses kayong sumali sa aming plano, maaari ninyong hilinging magpatuloy sa pagpapatingin sa inyong mga kasalukuyang provider. May ilang pagbubukod, kailangang aprubahan namin ang kahilingang ito kapag mapapatunayan naming nagkaroon kayo ng umiiral nang ugnayan sa mga provider. Sumangguni sa **Kabanata 1** ng inyong *Handbook ng Miyembro*. Kapag inaprubahan namin ang inyong kahilingan, maaari niyong ipagpatuloy ang pagpapatingin sa mga provider kung saan kayo nagpapatingin ngayon sa loob ng hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyan, makikipag-ugnayan sa inyo ang inyong coordinator ng pangangalaga upang tulungan kayong humanap ng mga provider sa aming network na konektado sa grupong medikal ng inyong PCP. Pagkalipas ng 12 buwan, hindi na namin sasaklawin ang inyong pangangalaga kung patuloy kayong magpapatingin sa mga provider na wala sa aming network at hindi konektado sa grupong medikal ng inyong PCP.

Mga bagong miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan: Kadalasang mai-enroll kayo sa Blue Shield TotalDual Plan para sa inyong mga benepisyo ng Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging mag-enroll sa Blue Shield TotalDual Plan. Maaari pa rin kayong makatanggap ng mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa dati ninyong planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap ninyo ang mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield TotalDual Plan. Walang magiging patlang sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-800-452-4413 (TTY: 711) kung mayroon kayong mga tanong.

C. Ang inyong coordinator ng pangangalaga

C1. Ano ang isang coordinator ng pangangalaga

Ang coordinator ng pangangalaga ay isang indibiduwal na tanging sinanay upang matulungan kayo sa pagsasaayos ng proseso ng pangangalaga. Ang inyong coordinator ng pangangalaga ay magiging bahagi ng inyong pangkat ng pangangalaga, at magsisilbi siyang pangunahing contact ninyo at pagkukunan ng impormasyon. Pagkatapos mag-enroll, tatawagan kayo ng

isang coordinator ng pangangalaga upang ipakilala ang kaniyang sarili at tulungan kayong kumpletuhin ang Pagtatasa sa Panganib sa Kalusugan upang tukuyin ang mga kailangan ninyong pangangalagang pangkalusugan.

C2. Paano kayo makipag-ugnayan sa inyong coordinator ng pangangalaga

Maaari ninyong kontakin ang inyong coordinator ng pangangalaga sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-548-5765, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Sa sandaling sinimulan na ninyong makipagtulungan sa isang coordinator ng pangangalaga, maaari din kayong makipag-ugnayan sa kanya sa pamamagitan ng pagtawag sa kanilang direktang linya ng telepono.

C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong coordinator ng pangangalaga

Upang hilinging palitan ang inyong coordinator ng pangangalaga, maaari kayong tumawag sa 1-888-548-5765, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.

D. Pangangalaga mula sa mga provider

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

Dapat kayong pumili ng isang PCP na magbibigay at mamahala sa inyong pangangalaga. Ang mga PCP ng aming plano ay kaakibat sa mga grupong medikal. Kapag pinili ninyo ang inyong PCP, pinipili rin ninyo ang nauugnay na grupong medikal.

Kahulugan ng isang PCP at ano ang ginagawa ng PCP para sa inyo

Ang inyong PCP ay isang doktor na nakakatugon sa mga kinakailangan ng estado at may kasanayan upang magbigay sa inyo ng pangunahing pangangalagang medikal. Ang PCP ay maaaring isang Pampamilyang Manggagamot, Pangkalahatang Manggagamot, Provider ng Internal Medicine, OB-GYN, at espesyalista kapag hiniling. Maaari kayong pumili ng isang espesyalista bilang inyong PCP kung sasang-ayon ang espesyalista na ibigay ang lahat ng serbisyo na tradisyunal na ibinibigay ng mga PCP. Upang hilingin sa inyong espesyalista na maging inyong PCP, makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan (makikita sa ibaba ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang tanggapan). Maaari ding maging PCP ninyo ang isang klinika, gaya ng Mga Pederal na Kwalipikadong Health Center (Federally Qualified Health Centers o FQHC). Kukunin ninyo ang inyong karaniwan o pangunahing pangangalaga mula sa inyong PCP. Maaari ding ayusin ng inyong PCP ang iba pang mga saklaw na serbisyong kailangan ninyo. Kasama sa mga saklaw na serbisyong ito ang:

- Mga x-ray
- Mga pagsusuri sa laboratoryo

- Mga therapy
- Pangangalaga mula sa mga doktor na mga espesyalista
- Pagpapaospital
- Follow-up na pangangalaga

Ang mga PCP ng aming plano ay nauugnay sa mga partikular na grupong medikal. Ang grupong medikal o Independent Physician Association (IPA) ay isang organisasyong binuo sa ilalim ng batas ng California na kumokontrata sa mga planong pangkalusugan upang magbigay o magsaayos para sa mga probisyon ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga naka-enroll sa planong pangkalusugan. Kapag pinili ninyo ang inyong PCP, pinipili rin ninyo ang nauugnay na grupong medikal. Nangangahulugan itong ire-refer kayo ng inyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong nauugnay rin sa kanyang grupong medikal.

Kadalasan, dapat kayong magpatingin sa inyong PCP upang makakuha ng rekomendasyon bago kayo magpatingin sa iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan o bumisita sa isang espesyalista. Sa sandaling maaprubahan ng grupong medikal ng inyong PCP ang rekomendasyong ito, maaari kayong gumawa ng appointment sa espesyalista o ibang provider upang matanggap ang paggamot na kailangan ninyo. Ipapaalam ng espesyalista sa inyong PCP kapag nakumpleto na ang paggamot o serbisyo sa inyo upang maipagpapatuloy ng inyong PCP ang pamamahala sa pangangalaga sa inyo.

Upang matanggap ninyo ang ilang partikular na serbisyo, kinakailangang paunang kumuha ang inyong PCP ng pag-apruba mula sa Plano, o, sa ilang sitwasyon, sa nauugnay na grupong medikal ng inyong PCP. Ang maagang pag-apruba na ito ay tinatawag na “paunang pahintulot.”

Ang inyong gustong PCP

Kapag naging miyembro kayo ng aming plano, dapat kayong pumili ng Provider ng plano upang maging PCP ninyo.

Upang pumili ng PCP, maaari ninyong:

- Gamitin ang inyong *Direktoryo ng Provider at Parmasya*. Tingnan ang index ng “Mga Doktor ng Pangunahing Pangangalaga” na makikita sa likod ng direktoryo upang mahanap ang doktor na gusto ninyo. (Ang index ay nakaayos ayon sa alpabeto ng mga apelyido ng mga doktor.); o
- Pumunta sa website namin sa blueshieldca.com/find-a-doctor at hanapin ang gusto ninyong PCP; o

- Tumawag sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan para sa tulong (makikita sa ibaba ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang tanggapan).

Upang malaman kung available o tumatanggap ng mga bagong pasyente ang Provider ng pangangalagang pangkalusugan na gusto ninyo, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* na available sa aming website, o tumawag sa Customer Service (makikita sa ibaba ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang tanggapan). Kung nais ninyong magpatingin sa isang partikular na espesyalista o ospital, alamin kung konektado sila sa grupong medikal ng inyong PCP. Maaari ninyong tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* o hilingin sa Customer Service na alamin kung ang PCP na gusto ninyo ay nagbibigay ng rekomendasyon sa espesyalistang iyan o gumagamit ng ospital na iyan.

Opsyon para palitan ang inyong PCP

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

Maaari ninyong sundin ang mga hakbang sa “Ang inyong gustong PCP” sa itaas upang mapalitan ang inyong PCP. Tiyaking tatawag kayo sa Customer Service upang ipaalam sa kanilang papalitan ninyo ang inyong PCP (naka-print sa ibaba ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang tanggapan).

Sa sandaling hiniling na ang inyong pagpapalit, mangyayari ang pagtatalaga sa bagong PCP at sa kanyang nauugnay na Grupong Medikal sa unang araw ng susunod na buwan kasunod ng inyong kahilingang palitan ang inyong PCP.

Naka-print ang pangalan at numero ng telepono ng tanggapan ng inyong PCP sa inyong card ng membership. Kung pinalitan ninyo ang inyong PCP, makakatanggap kayo ng bagong card ng membership.

Ang mga PCP ng aming plano ay kaakibat sa mga grupong medikal. Kung papalitan ninyo ang inyong PCP, papalitan rin ninyo ang mga grupong medikal. Kapag hiniling ninyong palitan, ipaalam sa Customer Service kung nagpapatingin kayo sa isang espesyalista o kumukuha ng ibang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng pag-aruba ng PCP. Tumutulong ang Customer Service na maipagpatuloy ang inyong espesyalidad na pangangalaga at iba pang mga serbisyo kapag pinalitan ninyo ang inyong PCP.

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

Kadalasan nang kailangan ninyo ng pag-apruba mula sa inyong PCP bago magpatingin sa iba pang mga provider. Ang pag-aprubang ito ay tinatawag na **rekomendasyon.** Maaari kayong

kumuha ng mga serbisyong tulad ng mga nakalista sa ibaba nang hindi muna humihingi ng pag-apruba mula sa inyong PCP:

- mga pang-emergency na serbisyo mula sa mga provider na nasa network o provider na wala sa network
- agarang kailangang pangangalaga mula sa mga provider na nasa network
- agarang kailangang pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network kapag hindi kayo makakakuha ng provider na nasa network (halimbawa, kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng aming plano)

  Tandaan: Dapat na kailangan kaagad at medikal na kinakailangan ang agarang-kailangang pangangalaga.
- Mga serbisyo ng dialysis sa bato na nakukuha ninyo sa isang sertipikado ng Medicare na pasilidad ng dialysis kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng aming plano. Kung tumawag kayo sa Customer Service bago kayo umalis sa lugar ng serbisyo, matutulungan namin kayong makatanggap ng dialysis habang nasa malayo kayo.
- Mga iniksyon para sa trangkaso at pagpapabakuna ng COVID-19 pati na rin ang pagpapabakuna ng hepatitis B at pulmonya hangga't kinukuha ninyo ang mga ito sa isang provider na nasa network.
- Karaniwang pangangalagang pangkalusugan ng mga babae at mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Kasama rito ang mga pagsusuri ng suso, mammogram na screening (x-ray ng suso), Pap test, at pagsusuri sa pelvis hangga’t kinukuha ninyo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.
- Karagdagan pa, kung kayo ay Miyembro na American Indian, maaari kayong makakuha ng Mga Saklaw na Serbisyo mula sa isang Indian Health Care Provider na pinili ninyo, nang hindi nangangailangan ng rekomendasyon mula sa isang PCP sa Network o ng Paunang Pahintulot.

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang mga provider na nasa network

Ang espesyalista ay isang doktor na nagkakaloob ng pangangalagang pangkalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan. May maraming uri ng mga espesyalista, gaya ng:

- Pinangangalagaan ng mga Oncologist ang mga pasyenteng may cancer.
- Pinangangalagaan ng mga Cardiologist ang mga pasyenteng may mga problema sa puso.

- Pinangangalagaan ng mga Orthopedist ang mga pasyenteng may mga problema sa buto, kasu-kasuan, o kalamnan.

Kapag kailangan ninyo ng espesyal na pangangalaga o mga karagdagang serbisyong hindi maibibigay ng inyong PCP, bibigyan niya kayo ng referral. Sa sandaling maaprubahan ng grupong medikal ng inyong PCP ang rekomendasyong ito, maaari kayong gumawa ng appointment sa espesyalista o ibang provider upang matanggap ang paggamot na kailangan ninyo. Ipapaalam ng espesyalista sa inyong PCP kapag nakumpleto na ang paggamot o serbisyo sa inyo upang maipagpapatuloy ng inyong PCP ang pamamahala sa pangangalaga sa inyo.

Kinakailangang paunang kumuha ang inyong PCP ng pag-apruba mula sa Plano upang matanggap ninyo ang ilang partikular na serbisyo. Ang maagang pag-apruba na ito ay tinatawag na “paunang pahintulot.” Halimbawa, kinakailangan ang paunang pahintulot para sa lahat ng hindi pang-emergency na inpatient na pananatili sa ospital. Sa ilang sitwasyon, ang nauugnay na grupong medikal ng inyong PCP, sa halip na ang inyong plano, ang maaaring magpahintulot sa serbisyo sa inyo.

Kung mayroon kayong anumang mga tanong tungkol sa kung sino ang may responsibilidad sa pagsusumite at pag-apruba ng mga paunang pahintulot para sa mga serbisyo, makipag-ugnayan sa nauugnay na grupong medikal ng inyong PCP. Maaari rin kayong tumawag sa Customer Service. Para sa higit pang impormasyon kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang pahintulot, sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4, Seksyon D.

Isang nakasulat na rekomendasyon ay maaaring para sa isang pagbisita o kaya naman isang pangmatagalang pagrekomenda para sa higit sa isang pagbisita kung nangangailangan kayo ng tuluyang serbisyo. Kailangan naming magbigay sa inyong ng isang pangmatagalang pagrekomenda sa kwalipikadong espesyalista para sa alinman sa mga kondisyong ito:

- isang hindi gumagaling (patuloy) na kondisyon;
- isang nakamamatay na karamdaman sa isip o pisikal na pangangatawan
- isang degenerative na sakit o kapansanan;
- anumang iba pang kondisyon o sakit na malubha o kumplikado na sapat para humiling ng paggamot ng isang espesyalista.

Kung hindi kayo nakakuha ng isang nakasulat na rekomendasyon kapag kinailangan, maaaring hindi mabayaran ang pagsingil. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina na ito.

D3. Kung aalis ang isang provider sa aming plano

Maaaring umalis sa aming plano ang isang provider na nasa network kung saan kayo nagpapatingin. Kung aalis sa aming plano ang isa sa inyong mga provider, mayroon kayong partikular na mga karapatan at proteksyon na nakabuod sa ibaba:

- Kahit na ang aming network ng mga provider ay nagbabago sa loob ng taon, kailangang mabigyan namin kayo ng tuluy-tuloy na access sa mga kuwalipikadong provider.
- Aabisuhan namin kayo na ang inyong provider ay aalis sa aming plano para may oras pa kayong pumili ng isang bagong provider.
    - Kapag ang inyong provider ng pangunahing pangangalaga o provider ng kalusugan ng pag-uugali ay aalis sa aming plano, aabisuhan namin kayo kung nagpapatingin kayo sa provider na iyan sa loob ng nakaraang tatlong taon.
    - Kapag ang sinuman sa inyong mga provider ay aalis sa aming plano, aabisuhan namin kayo kung nakatalaga kayo sa provider, kasalukuyang tumatanggap ng pangangalaga mula sa kanila, o nagpapatingin sa kanila sa loob ng nakaraang tatlong buwan.
- Tutulungan namin kayong pumili ng isang bagong kwalipikadong provider na nasa network upang patuloy na pamahalaan ang inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Kung kayo ay kasalukuyang sumasailalim sa medikal na paggamot o mga therapy sa inyong kasalukuyang provider, may karapatan kayong magtanong, at makikipagtulungan kami sa inyo upang tiyakin, na ang medikal na kinakailangang paggamot o mga therapy na inyong nakukuha ay magpapatuloy.
- Bibigyan namin kayo ng impormasyon tungkol sa iba't ibang panahon ng enrollment na available para sa inyo at inyong mga mapagpipilian para sa pagpapalit ng mga plano.
- Kung hindi kami makakahanap ng isang kwalipikadong espesyalista sa network na malapit sa inyo, kailangan naming magpaayos ng isang espesyalistang wala sa network para mabigyan kayo ng inyong pangangalaga kapag ang provider na nasa network o benepisyo ay hindi available o hindi sapat para matugunan ang inyong mga medikal na pangangailangan.
- Kung sa tingin ninyo ay hindi namin napalitan ang dati ninyong provider ng isang kuwalipikadong provider o na hindi namin pinamamahalaang mabuti ang inyong

pangangalaga, may karapatan kayong maghain ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga sa QIO, karaingan sa kalidad ng pangangalaga, o pareho. (Sumangguni sa **Kabanata 9** para sa higit pang impormasyon.)

Kapag nalaman ninyo na ang isa sa inyong mga provider ay aalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa amin. Maaari kaming tumulong sa inyo sa paghahanap ng isang bagong provider at sa pamamahala sa inyong pangangalaga. Mangyaring tumawag sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Kapag tatawag kayo, tiyaking sabihin sa Customer Service kung nagpapatingin kayo sa mga espesyalista o kumukuha ng iba pang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng pag-apruba ng inyong PCP (gaya ng mga serbisyong pangkalusugan sa bahay at matibay na kagamitang medikal). Tutulong ang Customer Service na tiyaking maipagpatuloy ninyo ang espesyalidad na pangangalaga at iba pang serbisyong nakukuha ninyo kapag pinapalitan ninyo ang inyong PCP. Susuriin din nila upang matiyak na ang gusto mong ipalit na PCP ay tumatanggap ng mga bagong pasyente. Babaguhin ng Customer Service ang inyong record ng membership upang ilagay ang pangalan ng inyong bagong PCP at sasabihin sa inyo kung kailan magkakabisa ang pagbabago sa inyong bagong PCP.

D4. Mga provider na wala sa network

Kung kailangan ninyo ng pangangalagang medikal na inaatas ng Medicare at/o Medi-Cal na saklawin ng aming plano at hindi maibibigay ng mga provider sa aming network ang pangangalagang ito, maaari ninyong kunin ang pangangalagang ito mula sa isang provider na wala sa network. Ang inyong PCP ang responsable sa pagsusumite ng request o kahilingan para sa paunang pahintulot ng mga serbisyo na wala sa network. Dapat kayong kumuha ng pahintulot mula sa plano o sa konektadong grupong medikal ng inyong PCP bago kumuha ng pangangalaga mula sa isang Provider na wala sa network maliban kung tumatanggap kayo ng mga pang-emergency o agarang kailangang pangangalaga na serbisyo. Sa sitwasyong ito, pareho ang ibabayad ninyo tulad ng sa ibabayad ninyo kung kinuha ninyo ang pangangalaga mula sa isang provider na nasa network.

Kung magpapatingin kayo sa isang provider na wala sa network, kailangang karapat-dapat ang provider na lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.

- Hindi namin mababayaran ang isang provider na hindi karapat-dapat na lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.
- Kung magpapatingin kayo sa isang provider na hindi karapat-dapat na lumahok sa Medicare, dapat ninyong bayaran ang buong halaga ng mga serbisyong nakukuha ninyo.
- Dapat sabihin sa inyo ng mga provider kung hindi sila karapat-dapat lumahok sa Medicare.

E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term services and supports, LTSS)

Makakatulong ang LTSS na manatili kayo sa bahay at iwasan ang pananatili sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga. Mayroon kayong access sa partikular na LTSS gamit ang aming plano, kabilang ang pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, Mga Serbisyong nasa Komunidad para sa mga nasa Tamang Gulang (Community Based Adult Services, CBAS), at Mga Suporta ng Komunidad. Isa pang uri ng LTSS, ang programang In Home Supportive Services ay available sa pamamagitan ng ahensiya ng serbisyong panlipunan ng inyong county. Ang LTSS ay para sa mga miyembro na nangangailangan ng tulong para maisagawa ang pang-araw-araw na aktibidad tulad ng paliligo, pagbibihis, paghahanda ng pagkain, at pagbibigay ng mga gamot. Kung kailangan ninyo ng tulong para patuloy na mamuhay nang mag-isa, pakitawagan ang inyong Coordinator ng Pangangalaga o ang Customer Service para sa rekomendasyon.

Kasama sa LTSS ang Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Nasa Tamang Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS), Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS), Programa ng Maraming Layuning Serbisyo sa mga Senior (Multipurpose Senior Services Program, MSSP), at Pangmatagalang Pangangalaga/Pangangalagang Personal at Hindi Medikal.

Minsan ay makakakuha kayo ng tulong sa inyong mga pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan at pamumuhay.

Maaaring magawa ninyong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Matatanda (Community-Based Adult Services, CBAS)
- Sanay na pag-aalaga
- Physical therapy
- Occupational therapy
- Speech therapy
- Mga medikal na serbisyong panlipunan
- Pangangalaga ng kalusugan sa bahay

Depende sa kung saang county kayo nakatira at sa inyong pagiging karapat-dapat, maaari rin kayong makatanggap ng karagdagang Mga Suporta ng Komunidad sa pamamagitan ng inyong Blue Shield Promise Medi-Cal Plan. Maaaring i-refer kayo ng inyong provider kung sa tingin nila

ay karapat-dapat kayo para sa Mga Suporta ng Komunidad o maaari kayong makipag-ugnayan sa Customer Service o sa inyong Coordinator ng Pangangalaga upang matuto nang higit pa. Maaaring magawa ninyong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga pag-aangkop ukol sa pagiging accessible ng kapaligiran (Mga pagbabago sa bahay)
- Mga serbisyo sa pag-navigate ng paglipat ng pabahay
- Mga deposito sa pabahay,
- Mga serbisyo sa pangungupahan at pagpapanatili ng pabahay
- Mga pansuportang pagkain o pagkaing angkop sa medikal na kalagayan
- Mga serbisyo ng personal na pangangalaga at maybahay
- Pangangalaga ukol sa pagpapagaling (medikal na pamamahinga)
- Pahinga para sa mga caregiver,
- Panandaliang pabahay pagkatapos ng pagpapaospital
- Mga sobering center

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (sakit sa pag-iisip at pag-abuso sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot)

Mayroon kayong access sa medikal na kinakailangang mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Hindi nagbibigay ang aming plano ng mga pantanging serbisyo ng Medi-Cal para sa kalusugan ng isip o mga serbisyo kaugnay sa sakit dulot ng pag-aabuso sa nakapipinsalang substansiya, ngunit available ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) at Departamento ng Kalusugan ng Publiko ng Los Angeles County (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH), at Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali (Behavioral Health Services) ng County ng San Diego.

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

Makukuha ninyo ang mga pantanging serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal sa pamamagitan ng plano para sa kalusugan ng isip (mental health plan, MHP) ng county kung

matutugunan ninyo ang pamantayan para ma-access ang mga pantanging serbisyo sa kalusugan ng isip. Kasama sa mga pantanging serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na ipinagkakaloob Los Angeles County Department of Mental Health (LACDMH) at Los Angeles County Department of Public Health (LACDPH), at Behavioral Health Services ng County ng San Diego ang:

- mga serbisyo sa kalusugan ng isip
- mga serbisyo ng suporta sa gamot
- intensive na paggamot sa araw
- rehabilitasyon sa araw
- pamamagitan sa krisis
- pagiging matatag sa krisis
- mga serbisyo sa paggamot sa tirahan ng mga nasa hustong gulang
- mga serbisyo sa paggamot sa tirahan sa panahon ng krisis
- mga serbisyo sa pasilidad ng psychiatric na kalusugan
- mga psychiatric na inpatient na serbisyo sa ospital
- naka-target na pamamahala ng kaso
- mga therapeutic na serbisyo sa pag-uugali
- pagsasaayos ng matinding pangangalaga o Intensive care coordination
- mga intensive na serbisyo sa bahay (intensive home-based services)

Makukuha ninyo ang mga serbisyong Drug Medi-Cal Organized Delivery System sa pamamagitan ng Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County (LACDMH) at Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County (LACDPH) at Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng San Diego kung matutugunan ninyo ang pamantayan para makatanggap ng mga serbisyong ito. Kasama sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na ipinagkakaloob ng Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County (LACDMH) at Departamento ng Kalusugan ng Publiko ng Los Angeles County (LACDPH), at Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng San Diego ang:

- mga serbisyong intensive na outpatient na paggamot
- paggamot sa sakit dulot ng paggamit ng nakakasugapang substansiya habang nagbubuntis

- serbisyo para sa outpatient na paggamot
- programa ng paggamot sa pagkalulong sa narkotiko
- mga gamot para sa paggamot ng adiksyon (na tinatawag ding Paggamot sa Tulong ng Gamot o Medication Assisted Treatment)
- suporta mula sa kasamahan (peer support services)

Kasama sa Drug Medi-Cal Organized Delivery System Services ang:

- serbisyo para sa outpatient na paggamot
- mga serbisyong intensive na outpatient na paggamot
- mga gamot para sa paggamot ng adiksyon (na tinatawag ding Paggamot sa Tulong ng Gamot o Medication Assisted Treatment)
- mga serbisyo sa paggamot sa tirahan
- serbisyo para sa withdrawal management
- programa ng paggamot sa pagkalulong sa narkotiko
- mga serbisyo ng pagpapagaling
- pagsasaayos ng pangangalaga

Bukod pa sa mga serbisyong nakalista sa itaas, maaari kayong magkaroon ng pag-access sa mga serbisyo sa boluntaryong inpatient na detoxification kung matutugunan ninyo ang pamantayan.

Pagiging available ng Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali

Mayroon kayong kumprehensibong hanay ng mga serbisyong magagamit ninyo. Maaari ninyong i-refer ang sarili sa isang kinontratang Provider, at maaari rin kayong i-refer ng inyong PCP, miyembro ng pamilya, atbp. Walang “no wrong door” sa pag-access ng mga serbisyo. Maaari kayong makipag-ugnayan sa mga sumusunod para magpatulong sa pagkuha ng mga serbisyo:

- Line para sa Krisis at Rekomendasyon ng County (pakitingnan ang Kabanata 2, Seksyon K ng handbook na ito para sa numero ng telepono at mga oras na bukas ang tanggapan)

- Departamento ng Kalusugan ng Publiko, Pag-iwas at Pagkontrol ng Pag-abuso sa Droga o Alak ng Los Angeles County (pakitawagan ang 888-742-7900 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
- Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali – Serbisyo para sa Sakit na Pag-abuso sa Bawal na Gamot o Alak ng County ng San Diego (pakitawagan ang 888-724-7240 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
- Blue Shield TotalDual Plan Behavioral Health Line (pakitingnan ang Kabanata 2, Seksyon D ng handbook na ito para sa numero ng telepono at mga oras na bukas ang tanggapan)
- Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan (naka-print ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang tanggapan sa ibaba ng pahinang ito)

Proseso upang Matukoy ang Mga Serbisyong Medikal na Kinakailangan
Tinutukoy ng isang naaangkop na lisensyadong Provider ang pagiging medikal na kinakailangan ng serbisyo. Ang pamantayan ng pagiging medikal na kinakailangan ay parehong ginamit ng Blue Shield TotalDual Plan at ng County, binuo ng mga dalubhasa sa kalusugan ng pag-uugali at iba pang stakeholder, at naaalinsunod sa mga kinakailangan sa regulasyon.

Proseso ng Rekomendasyon sa pagitan ng Blue Shield TotalDual Plan at ng County
Kung tumatanggap kayo ng mga serbisyo mula sa Blue Shield TotalDual Plan o sa County, maaari kayong irekomenda sa iba pang entity alinsunod sa kailangan ninyo. Maaari kayong irekomenda ng Blue Shield TotalDual Plan o ng County sa pamamagitan ng pagtawag sa entity kung saan gagawin ang rekomendasyon. Gayundin, sasagutan ang isang form ng rekomendasyon ng Provider na gumagawa ng rekomendasyon, at ipapadala ito sa entity kung kanino kayo inirerekomenda.

Proseso ng Resolusyon ng Problema
Kung may hindi pagkakaunawaan sa pagitan ninyo at ng County o ng Blue Shield TotalDual Plan, patuloy kayong makakatanggap ng medikal na kinakailangang pangangalagang pangkalusugan para sa pag-uugali, kasama ang mga inireresetang gamot, hanggang sa malutas ang hindi pinagkakasunduan. Nakipagtulungan ang Blue Shield TotalDual Plan sa County upang bumuo ng mga proseso ng resolusyon na napapanahon at walang negatibong epekto sa mga serbisyong kinakailangan ninyong matanggap. Maaari niyo ring gamitin ang proseso ng Mga Apela ng Blue Shield TotalDual Plan o ng County, depende sa kung aling entity kayo may hindi pagkakaunawaan. Para sa impormasyon tungkol sa proseso ng mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro.*

G. Mga serbisyo sa transportasyon

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

May karapatan kayo sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon kung mayroon kayong mga pangangailangang medikal na hindi nagpapahintulot sa inyong makagamit ng kotse, bus, o taxi papunta sa inyong mga appointment. Makakapagbibigay ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon para sa mga saklaw na serbisyo gaya ng mga appointment para sa medikal, ngipin, kalusugan ng isip, pag-abuso ng droga o alak, at parmasya. Kung kailangan ninyo ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon, maaari kayong makipag-ugnayan sa inyong provider o sa aming vendor ng transportasyon, ang Call the Car. Makakatulong sa inyong magpasya ang inyong provider at ang inyong vendor ng transportasyon, ang Call The Car, sa pinakamabuting uri ng transportasyon upang matugunan ang inyong mga pangangailangan.

Ang hindi pang-emergency na medikal na transportasyon ay isang ambulansiya, litter van, wheelchair van, o pagbiyahe sa himpapawid. Pinapahintulutan ng Blue Shield TotalDual Plan ang pinakamurang saklaw na transportasyon at ang pinakaangkop na hindi pang-emergency na medikal na transportasyon para sa inyong mga pangangailangang medikal kapag kailangan ninyo ng masasakyan papunta sa inyong appointment. Halimbawa, kung pisikal o medikal na maihahatid kayo gamit ang wheelchair van, hindi magbabayad ang Blue Shield TotalDual Plan para sa ambulansiya. Mayroon lang kayong karapatan sa transportasyon sa himpapawid kung hindi posible ang anumang uri ng transportasyon sa lupa dahil sa inyong kondisyong medikal.

Dapat gamitin ang hindi pang-emergency na medikal na transportasyon kapag:

- Pisikal o medikal ninyo itong kinakailangan ayon sa tinukoy sa nakasulat na pahintulot mula sa inyong ibang provider dahil hindi ninyo magagawang sumakay ng bus, taxi, kotse, o van upang pumunta sa inyong appointment.
- Kailangan ninyo ng tulong mula sa driver papunta at mula sa inyong tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa kapansanan sa katawan o isip.

Upang humiling ng medikal na transportasyon na iniutos ng inyong doktor para sa mga hindi agarang **karaniwang appointment**, tumawag sa Call The Car sa 1-877-433-2178 (TTY: 711), 24 oras at 7 araw sa isang linggo. Maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para magpa-schedule, i-edit, subaybayan, at kanselahin ang mga reservation ng wheelchair. Hindi maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para sa transportasyon ng gurney at kailangan ninyong tumawag para gumawa ng ganoong reservation. Ang reservation para sa hindi agarang karaniwang appointment ay dapat na gawin 24 oras bago ang inyong appointment. Para sa mga **agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang inyong ID Card ng Miyembro kapag kayo ay tatawag. Mangyari rin kayong tumawag kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon.

Mga limitasyon sa medikal na transportasyon

Sinasaklaw ng Blue Shield TotalDual Plan ang pinakamurang transportasyong para sa inyong mga pangangailangang medikal mula sa inyong tirahan papunta sa pinakamalapit na provider kung saan available ang appointment. Hindi ipagkakaloob ang medikal na transportasyon kung hindi sinasaklaw ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo. Kung sinasaklaw ng Medi-Cal ang uri ng appointment ngunit hindi sa pamamagitan ng planong pangkalusugan, tutulungan kayo ng Blue Shield TotalDual Plan na mag-schedule ng inyong transportasyon. May isang listahan ng mga saklaw na serbisyo sa Kabanata 4 ng handbook na ito. Hindi sinasaklaw ang transportasyon kung nasa labas ng network ng Blue Shield TotalDual Plan o lugar ng serbisyo maliban kung ito ay naunang binigyan ng pahintulot.

G2. Di-medikal na transportasyon

Kasama sa mga benepisyo ng di-medikal na transportasyon ang pagbiyahe papunta at pauwi mula sa inyong mga appointment para sa isang serbisyong pinahintulutan ng inyong provider. Makakakuha kayo ng masasakyan, nang wala kayong kailangang bayaran, kapag kayo ay:

- Bibiyahe papunta at pauwi mula sa isang appointment para sa serbisyong pinahintulutan ng inyong provider; o
- Pagkuha ng mga reseta at medikal na supply.

Pinapahintulutan kayo ng Blue Shield TotalDual Plan na gumamit ng kotse, taxi, bus, o iba pang pampublikong/pribadong paraan ng pagpunta sa inyong mga di-medikal na appointment. Gumagamit ang Blue Shield TotalDual Plan ng Call The Car para magsaayos ng di-medikal na transportasyon. Sinasaklaw namin ang pinakamurang uri ng di-medikal na transportasyong na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan.

Kung minsan, maaari kayong ma-reimburse para sa mga biyaheng sakay ng pribadong sasakyan na isinasaayos ninyo. Kailangang aprubahan muna ito ng Blue Shield TotalDual Plan **bago** kayo kumuha ng masasakyan, at dapat ninyong sabihin sa amin kung bakit hindi kayo makakuha ng masasakyan sa iba pang paraan, gaya ng pagsakay ng bus. Maaari ninyo itong sabihin sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. **Hindi kayo mare-reimburse kung kayo mismo ang nagmamaneho.**

Para sa pag-reimburse sa mileage, kinakailangan ang lahat ng sumusunod:

- Ang lisensya sa pagmamaneho ng driver.
- Ang pagpaparehistro ng sasaksyan ng driver.
- Patunay ng insurance ng sasakyan ng driver.

Upang humiling ng masasakyan, tumawag sa Call the Car sa 1-877-433-2178 (TTY: 711) 24 oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo nang hindi bababa sa dalawampu't apat (24) na oras bago ang inyong appointment. Maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para magpa-schedule, i-edit, subaybayan at kanselahin ang mga reservation.

Para sa **mga agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang inyong ID Card ng Miyembro kapag kayo ay tatawag. Mangyari rin kayong tumawag kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon.

Tandaan: Maaaring makipag-ugnayan ang mga miyembrong American Indian sa kanilang lokal na Indian Health Clinic upang humiling ng di-medikal na transportasyon.

Mga limitasyon sa di-medikal na transportasyon

Nagbibigay ang Blue Shield TotalDual Plan ng pinakamurang di-medikal na transportasyong makakatugon sa pangangailangan ninyo mula sa inyong tirahan papunta sa pinakamalapit na provider kung saan available ang appointment. **Hindi maaaring kayo mismo ang magmaneho o ma-reimburse nang direkta.**

Hindi naaangkop ang di-medikal na transportasyon kung:

- Isang ambulansiya, litter van, wheelchair van, o iba pang uri ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon ang kailangan upang makapunta sa isang serbisyo.
- Kailangan ninyo ng tulong mula sa driver papunta at pauwi mula sa tirahan, sasakyan o lugar ng paggamot dahil sa kondisyong pisikal o medikal.
- Kayo ay naka-wheelchair, at hindi kayo makasakay at makababa ng sasakyan nang walang tulong mula sa driver.
- Ang serbisyo ay hindi sinasaklaw ng Medicare o Medi-Cal

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

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency

Ang medikal na emergency ay isang kondisyong medikal na may mga sintomas gaya ng matinding pananakit o malalang pinsala. Napakalala ng kondisyon na, kung hindi ito makakakuha ng agarang atensyong medikal, maaaring asahan ninyo o ng sinumang may average na kaalaman sa kalusugan at medisina na magresulta sa:

- seryosong panganib sa inyong kalusugan o sa inyong hindi pa naipapanganak na sanggol; **o**
- malalang pinsala sa mga paggana ng katawan; **o**
- malalang pagpalya ng anumang organ o parte ng katawan; **o**
- Sa kaso ng isang buntis na babae na may aktibong paghilab ng tiyan, kung:
  - Walang sapat na oras upang mailipat kayo nang ligtas sa ibang ospital bago ang panganganak.
  - Ang paglipat sa ibang ospital ay maaaring magdulot ng panganib sa inyong kalusugan o kaligtasan o sa inyong hindi pa naipapanganak na sanggol.

Kung mayroon kayong medikal na emergency:

- **Humingi ng tulong sa lalong madaling panahon.** Tumawag sa 911 o pumunta sa pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansiya kung kailangan niyo ito. **Hindi** niyo kailangang kumuha ng pag-apruba o ng rekomendasyon mula sa inyong PCP. Hindi niyo kailangang gumamit ng provider na nasa network. Maaari kayong makakuha ng pang-emergency na medikal na pangangalaga kahit kailan ninyo ito kailanganin, kahit saan sa Estados Unidos o sa mga teritoryo nito o sa buong mundo, mula sa sinumang provider na may angkop na lisensya ng estado.
- **Sa lalong madaling panahon, ipaalam sa ang aming plano ang tungkol sa inyong emergency.** Nagpa-follow up kami sa inyong pang-emergency na pangangalaga. Kayo o ang ibang tao ay dapat tumawag upang ipaalam sa amin ang tungkol sa inyong pang-emergency na pangangalaga, na karaniwang sa loob ng 48 oras. Gayunpaman, hindi namin babayaran ang mga pang-emergency na serbisyo kung matatagalan kayo sa pagsabi sa amin. Tumawag sa Serbisyo sa Customer ng Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Makikita ang numero ng telepono ng aming Customer Service sa inyong membership ID card.

Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency

Sinasaklaw ng Blue Shield TotalDual Plan ang mga serbisyong pang-emergency at agarang pangangalaga sa buong mundo sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon, na walang pinagsamang taunang limitasyon. Tingnan ang Chart ng Mga Medikal na Benepisyo sa Kabanata 4, Seksyon D ng dokumentong ito para sa higit pang impormasyon.

Kung kailangan ninyo ng ambulansiya papunta sa emergency room, sinasaklaw iyan ng aming plano. Sinasaklaw din namin ang mga serbisyong medikal sa panahon ng emergency. Upang makaalam nang higit pa, sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng inyong Handbook ng Miyembro.

Ang mga provider na nagbigay sa inyo ng pang-emergency na pangangalaga ang nagdedesisyon kung stable na ang inyong kondisyon at tapos na ang medikal na emergency. Patuloy nila kayong gagamutin at makikipag-ugnayan sila sa amin para planuhin kung nangangailangan kayo ng follow-up na pangangalaga.

Sinasaklaw ng aming plano ang inyong follow-up na pangangalaga. Kapag nakuha ninyo ang inyong pang-emergency na pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network, susubukan naming kumuha ng mga provider na nasa network na papalit sa inyong pangangalaga sa lalong madaling panahon.

Pagkuha ng pang-emergency na pangangalaga kung hindi ito emergency

Minsan ay mahirap malaman kung mayroon kayong emergency na medikal o kalusugan ng pag-uugali. Maaari kayong pumunta para sa isang pang-emergency na pangangalaga at sasabihin ng doktor na hindi talaga ito isang emergency. Hangga't sa tingin ninyo ay makatwirang nasa seryosong panganib ang inyong kalusugan, sasaklawin namin ang inyong pangangalaga.

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

- Nagpapatingin kayo sa isang provider na nasa network **o**
- Itinuturing na "agarang kailangang pangangalaga" ang karagdagang pangangalagang kinuha ninyo at sinunod ninyo ang mga panuntunan sa pagkuha nito. Sumangguni sa susunod na seksyon.

H2. Agarang kailangang pangangalaga

Ang agarang kailangang pangangalaga ay pangangalagang kinuha ninyo para sa isang sitwasyon na hindi pang-emergency ngunit nangangailangan ng agarang pangangalaga. Halimbawa, maaaring makaranas kayo ng biglaang paglala ng isang umiiral nang kondisyon o hindi inaasahang karamdaman o pinsala.

Agarang kailangang pangangalaga sa lugar ng serbisyo ng aming plano

Kadalasan, sasaklawin lang namin ang agarang kailangang pangangalaga kung:

- Kinuha ninyo ang pangangalagang ito mula sa isang provider na nasa network, at
- Sinusunod ninyo ang mga panuntunan na inilarawan sa kabanatang ito.

Kung hindi posible o hindi makatuwiran na kumuha ng isang provider na nasa network dahil sa iyong panahon, lugar o situwasyon, sasaklawin namin ang kukunin ninyong agarang kailangang pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network. Para sa pinakabagong listahan ng mga center ng agarang pangangalaga na konektado sa grupo ng inyong doktor, mangyaring makipag-ugnayan sa inyong PCP. Makakahanap din kayo ng mga center ng agarang pangangalaga sa inyong lugar sa pamamagitan ng pagpunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor.

Agarang kailangang pangangalaga sa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano

Kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng aming plano, maaaring hindi kayo makakuha ng pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Sa sitwasyong iyon, sinasaklaw ng aming plano ang agarang kailangang pangangalaga na makukuha ninyo mula sa sinumang provider.

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyong emergency sa buong mundo at agarang kailangang pangangalaga sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon, na walang pinagsamang taunang limitasyon. Upang makaalam nang higit pa, tingnan ang *Pang-emergency na pangangalaga* at *Agarang kailangang pangangalaga* sa Chart ng Mga Benepisyong Medikal sa Kabanata 4, Seksyon D.

Kung kailangan ninyo ng agarang pangangalaga habang nasa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito, tumawag sa Blue Shield Global Core Services Center nang walang bayad sa (800) 810-2583, o tumawag nang collect sa (804) 673-1177, 24 oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Sa isang emergency, direktang pumunta sa pinakamalapit na ospital. Kailangan niyo ring tawagan ang numero ng Customer Service sa likod ng inyong ID card ng miyembro. Bilang bahagi ng serbisyong ito, para sa inpatient na pangangalaga sa ospital, maaari kayong makipag-ugnayan sa Blue Shield Global Core Services Center upang mag-ayos ng cashless na pag-access. Kung nag-ayos kayo ng cashless na pag-access, panangutan ninyo ang karaniwang mga gastos na galing sa bulsa tulad ng mga singil na hindi saklaw at copayment. Kung hindi kayo nag-ayos ng cashless na pag-access, kailangan ninyong bayaran ang buong pagsingil para sa inyong medikal na pangangalaga at magsumite ng isang kahilingan para sa pag-reimburse.

H3. Pangangalaga sa panahon ng isang kalamidad

Kapag idinideklara ng gobernador ng California, ng Secretary ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Pantao ng Estados Unidos, o ng presidente ng Estados Unidos ang isang state of disaster o emergency sa inyong heograpikong lugar, may karapatan pa rin kayo sa pangangalaga mula sa aming plano.

Pumunta sa aming website para sa dagdag na impormasyon kung paano makakakuha ng pangangalagang kailangan ninyo sa panahon ng isang idineklarang kalamidad: blueshieldca.com/emergencypolicy.

Sa panahon ng idineklarang kalamidad, kung hindi kayo makakagamit ng provider na nasa network, maaari kayong kumuha ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network na ang gastos ay kapareho ng in-network na bahaging gastos. Kung hindi kayo makakapunta sa isang parmasyang nasa network sa panahon ng idineklarang kalamidad, maaari ninyong punan ang inyong mga inireresetang gamot sa isang parmasyang wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon.

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

Kung pinadalhan kayo ng provider ng bill sa halip na ipadala ito sa aming plano, dapat ninyong hilingin sa amin na bayaran ang aming bahagi sa singil.

Hindi ninyo dapat bayaran nang mag-isa ang pagsingil. Kung gagawin ninyo ito, maaaring hindi namin maibalik ang ibinayad ninyo.

Kung nagbayad kayo nang mas malaki kaysa sa bahaging gastos ng plano ninyo para sa mga saklaw na serbisyo o kung nakatanggap kayo ng bill na ang singil ay para sa buong halaga ng saklaw na medikal na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng Handbook ng Miyembro upang alamin kung ano gagawin.

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

Sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng mga serbisyo:

- na itinuturing na medikal na kinakailangan, **at**
- na nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano (sumangguni sa **Kabanata 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro*), **at**
- na kinuha ninyo sa pamamagitan ng pagsunod sa mga panuntunan ng plano.

Kung kumuha kayo ng mga serbisyong hindi sinasaklaw ng aming plano, **kayo mismo ang magbabayad sa buong halaga,** maliban kung saklaw ito ng ibang programa ng Medi-Cal sa labas ng aming plano.

Kung gusto ninyong malaman kung binabayaran namin ang anumang serbisyong medikal o pangangalaga, may karapatan kayong magtanong sa amin. May karapatan din kayong magtanong tungkol dito sa pamamagitan ng sulat. Kung sinabi naming hindi namin babayaran ang mga serbisyo sa inyo, may karapatan kayong iapela ang aming pasya.

Ipinapaliwanag sa **Kabanata 9** ng inyong Handbook ng Miyembro kung ano ang gagawin kung gusto ninyong saklawin namin ang isang medikal na serbisyo o item. Sinasabi rin nito sa inyo kung paano i-apela ang aming pagpapasya sa saklaw. Tumawag sa Customer Service upang matuto nang higit pa tungkol sa inyong mga karapatan sa apela.

Binabayaran namin ang ilang serbisyo hanggang sa partikular na limitasyon. Kung lumampas kayo sa limitasyon, bayaran ninyo ang buong halaga upang makakuha ng higit pa ng ganoong uri ng serbisyo. Sumangguni sa **Kabanata 4** para sa partikular na mga limitasyon sa benepisyo. Tumawag sa Customer Service upang malaman kung ano ang mga limitasyon ng benepisyo at gaano na karami sa inyong mga benepisyo ang inyong nagamit.

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

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

Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding klinikal na pagsubok) ay isang paraan kung saan sinusuri ng mga doktor ang mga bagong uri ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot. Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inapruhan ng Medicare ay karaniwang humihiling ng mga boluntaryo para maging bahagi sa pag-aaral.

Sa sandaling inaprubahan ng Medicare ang isang pag-aaral na gusto ninyong salihan, at nagpapahayag kayo ng interes, makikipag-ugnayan sa inyo ang isang taong nagtatrabaho sa pag-aaral. Sasabihin sa inyo ng taong iyon ang tungkol sa pag-aaral at titingnan kung kwalipikado kayo upang sumali dito. Maaari kayong sumali sa pag-aaral basta't natutugunan ninyo ang mga kinakailangang kondisyon. Dapat niyo ring maunawaan at tanggapin kung ano ang dapat ninyong gawin sa pag-aaral.

Habang kayo ay nasa pag-aaral, maaari kayong manatiling naka-enroll sa aming plano. Sa ganoong paraan, patuloy na sasaklawin ng aming plano ang inyong mga serbisyo at pangangalaga na walang kaugnayan sa pag-aaral.

Kung gusto ninyong lumahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, **hindi** niyo kailangang sabihin sa amin o kumuha ng pag-apruba mula sa amin o sa inyong provider ng pangunahing pangangalaga. Hindi kinakailangang mga provider na nasa network ang mga provider na nagbibigay sa inyo ng pangangalaga bilang bahagi ng pag-aaral. Tandaan na hindi kasama rito ang mga benepisyo kung saan ang aming plano ang responsable na kalakip ang, bilang bahagi, isang klinikal na pagsubok o registry upang masuri ang benepisyo. Kasama sa mga ito ang mga partikular na benepisyo sa ilalim ng pambansang pagtukoy kung ang iniresetang gamot ay saklaw ng plano na humihiling ng pag-saklaw na may pagsulong ng ebidensya (nonCDs-CED) at eksemsiyon ng isang pinag-aaralang device (IDE) at maaaring sumailalim sa paunang pahintulot at mga panuntunan ng plano.

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

Kung pinaplano ninyong sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, na sinaklaw para sa mga nakatala ng Original Medicare, hinihikayat namin kayo o ang inyong coordinator ng pangangalaga na makipag-ugnayan sa Customer Service para ipaalam sa amin na makikilahok kayo sa klinikal na pagsubok.

J2. Pagbabayad sa mga serbisyo kapag lumahok kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Kung nagboluntaryo kayo para sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaaprubahan ng Medicare, wala kayong babayaran para sa mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral. Binabayaran ng Medicare ang mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral, pati na ang mga karaniwang gastusing kaugnay sa inyong pangangalaga. Sa sandaling sumali kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, sasaklawin ang karamihan sa mga serbisyo at item na inyong kukunin bilang bahagi ng pag-aaral. Kabilang dito ang:

- kuwarto at pagkain para sa pananatili sa ospital na babayaran ng Medicare kahit na wala kayo sa isang pag-aaral
- isang operasyon o iba pang medikal na pamamaraan na bahagi ng pananaliksik na pag-aaral
- paggamot ng anumang mga side effect at kumplikasyon ng bagong pangangalaga

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

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

Mas marami pa kayong malalaman tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral kung babasahin ninyo ang “Medicare at Mga Klinikal na Pananaliksik na Pag-aaral” sa website ng Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). Maaari rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

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

K1. Kahulugan ng panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan

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

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

K2. Pangangalaga mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan

Upang makakuha ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan, dapat kayong lumagda sa isang legal na dokumentong nagsasabing hindi kayo sang-ayon sa pagkuha ng medikal na paggamot na “non-excepted.”

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

Upang saklawin ng aming plano, dapat matugunan ng pangangalagang kukunin ninyo mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan ang mga sumusunod na kondisyon:

- Dapat ay sertipikado ng Medicare ang pasilidad na magbibigay ng pangangalaga.
- Ang saklaw ng mga serbisyo ng aming plano ay nililimitahan sa mga aspeto ng pangangalaga na hindi panrelihiyon.
- Kung kukuha kayo ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ibibigay sa inyo sa isang pasilidad:

- Dapat ay mayroon kayong kondisyong medikal na magbibigay-daan sa inyong kumuha ng mga saklaw na serbisyo para sa inpatient na pangangalaga sa ospital o pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga.
- Dapat kayong kumuha ng pag-apruba mula sa amin bago kayo ipasok sa pasilidad o **hindi** sasaklawin ang inyong pananatili.

Walang limitasyon sa bilang ng mga araw na sinasaklaw para sa bawat pananatili sa ospital. Upang matuto nang higit pa, mangyaring sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4, Seksyon D.

L. Matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME)

L1. DME bilang isang miyembro ng aming plano

Kasama sa DME ang partikular na mga medikal na kinakailangang item na inorder ng provider, tulad ng mga wheelchair, mga saklay, powered mattress systems, supplies para sa diabetec, kama sa ospital na inorder ng provider para gamitin sa tahanan, intravenous (IV) infusion pumps, speech generating devices, oxygen equipment at supplies, nebulizer, and walker.

Palagi kayong magmamay-ari ng mga partikular na item, gaya ng prosthetics.

Sa seksyong ito, tatalakayin namin ang DME na inyong nirerentahan. Bilang miyembro ng aming plano, kadalasang **hind**i ninyo magiging pagmamay-ari ang DME, gaano niyo man katagal itong nirerentahan.

Sa mga partikular na limitadong sitwasyon, maaaring ilipat ng Blue Shield TotalDual Plan ang pagmamay-ari ng DME item sa inyo na nakadepende kung natutugunan ninyo ang isa o lahat ng sumusunod na pamantayan:

- Mayroon kayong patuluyang medikal na pangangailangan para sa mga item na nagkakahalaga ng wala pang $150 at/o spara sa parenteral/infusion pumps
- Sertipikasyon ng doktor
- Kung ang device o equipment ay ginawa para umangkop sa inyo

Tumawag sa Customer Service upang malaman ang mga kahilingang dapat ninyong matugunan at mga papel na dapat ninyong ibigay.

Kahat na may DME kayo para sa hanggang 12 buwan nang magkakasunod sa ilalim ng Medicare bago kayo sumali sa aming plano, **hindi** ninyo magiging pagmamay-ari ang equipment.

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

Sa Original Medicare na programa, ang mga taong nagrerenta ng mga partikular na uri ng DME ay nagiging may-ari na nito pagkalipas ng 13 buwan. Sa isang Medicare Advantage (MA) na plano, maaaring magtakda ang plano ng bilang ng mga buwan na dapat rentahan ng mga tao ang partikular na mga uri ng DME bago nila magiging pagmamay-ari.

Tandaan: Mahahanap ninyo ang mga kahulugan ng Original Medicare at MA Plans sa Kabanata 12. Makakahanap din kayo ng higit pang impormasyon tungkol dito sa handbook na *Medicare at Kayo 2025.* Kung wala kayong kopya ng booklet na ito, makukuha ninyo ito sa website ng Medicare na (www.medicare.gov/medicare-and-you) o sa pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

Kapag hindi pinili ang Medi-Cal, kailangan ninyong magsagawa ng 13 pagbabayad nang magkakasunod sa ilalim ng Original Medicare, o kailangan ninyong gawin ang bilang ng mga pagbabayad nang magkakasunod na itinakda ng MA plan, upang magmamay-ari sa DME item kung:

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

Kung gumawa kayo ng mga pagbabayad para sa DME item sa ilalim ng Original Medicare o isang MA plan bago kayo sumali sa aming plano, **hindi kasali ang mga pagbabayad sa Original Medicare o MA plan sa mga pagbabayad na kailangan ninyong gawin pagkatapos umalis sa aming plano.**

- Kailangan ninyong magsagawa ng 13 bagong pagbabayad nang magkakasunod sa ilalim ng Original Medicare, o sa bilang ng mga bagong pagbabayad nang magkakasunod na itinakda ng MA plan upang magmamay-ari sa DME item,
- Walang pagbubukod dito kapag bumalik kayo sa Original Medicare o sa isang MA plan

L3. Mga benepisyo ng oxygen equipment bilang isang miyembro ng aming plano

Kapag kwalipikado kayo para sa oxygen equipment na saklaw ng Medicare at kayo ay isang miyembro ng aming plano, sinasaklaw namin ang:

- renta ng oxygen equipment
- paghahatid ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen

- tubig at kaugnay na accessories para sa paghahatid ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen
- pagpapanatili at pagkukumpuni ng oxygen equipment

Kailangang isauli ang oxygen equipment kapat hindi na ito medikal na kinakailangan para sa inyo o kung aalis kayo sa aming plano.

L4. Oxygen equipment kapag lilipat kayo sa Original Medicare o ibang Medicare Advantage (MA) plan

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

Kung medikal na kinakailangan ang oxygen equipment **pagkatapos niyong rentahan ito sa loob ng 36 na buwan**, kailangang magkaloob ang inyong supplier ng:

- oxygen equipment, mga supply, at mga serbisyo para sa susunod na 24 na buwan
- oxygen equipment at mga supply para sa hanggang 5 taon kung medikal na kinakailangan

Kung ang oxygen equipment ay medikal na kinakailangan pa rin **sa katapusan ng 5 taong panahon**:

- Hindi na kailangang magkaloob nito ang inyong supplier, at maaaring piliin ninyong kumuha ng pamalit na equipment mula sa sinumang supplier.
- Nagsisimula ang isang bagong 5 taong panahon.
- Nagrerenta kayo mula sa isang supplier sa loob ng 36 na buwan.
- Pagkatapos ay magkakaloob ang inyong supplier ng oxygen equipment, supplies, at mga serbisyo para sa susunod na 24 na buwan.
- Nagsisimula ang isang bagong cycle kada 5 taon hangga't ang oxygen equipment ay medikal na kinakailangan.

Kapag ang oxygen equipment ay medikal na kinakailangan at **aalis kayo sa aming plano at lilipat sa ibang MA plan**, sasaklawin ng plano kahit na kung anuman lang ang sinasaklaw ng Original Medicare. Maaari kayong humiling sa inyong bagong MA plan kung ano ang sinasaklaw nitong oxygen equipment at supplies at kung magkano ang inyong mababayaran.

Kabanata 4: Chart ng mga benepisyo

Panimula

Isinasaad sa kabanatang ito ang mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano at mga restriksiyon o limitasyon sa mga serbisyo at kung magkano ang babayaran ninyo para sa bawat serbisyo. Sinasabi rin dito ang mga benepisyong hindi saklaw sa ilalim ng aming plano. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Mga bagong miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan: Kadalasang mai-enroll kayo sa Blue Shield TotalDual Plan para sa inyong mga benepisyo ng Medicare sa unang araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging mag-enroll sa Blue Shield TotalDual Plan. Maaari pa rin kayong makatanggap ng mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa dati ninyong planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap ninyo ang mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield TotalDual Plan. Walang magiging patlang sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-800-452-4413 (TTY: 711) kung mayroon kayong mga tanong

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Mga saklaw na serbisyo para sa inyo at mga gastusing mula sa sariling bulsa 82

B. Mga panuntunan laban sa mga provider na naniningil sa inyo para sa mga serbisyo 82

C. Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano 82

D. Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano 86

E. Chart ng Pamamaraan sa mga Saklaw na Benepisyo sa Ngipin 143

F. Mga Suporta sa Komunidad 151

G. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano 154

G1. California Community Transitions (CCT) 154

G2. Medi-Cal Dental 155

G3. Pangangalaga sa hospisyo 156

G4. Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS) 157

G5. 1915(c) Mga Serbisyong Base sa Bahay at Komunidad (Home and Community Based Services, HCBS) na mga Programa na may Waiver 157

G6. Mga Serbisyo ng Country para sa Kalusugan ng Pag-uugali na Ibinigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Sakit na Pag-abuso sa Paggamit ng Substance) 162

H. Mga benepisyong hindi saklaw ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal 165

A. Mga saklaw na serbisyo para sa inyo at mga gastusing mula sa sariling bulsa

Isinasaad sa kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano at kung magkano ang babayaran ninyo para sa bawat serbisyo. Maaari din ninyong malaman ang tungkol sa mga serbisyong hindi sinasaklaw. Impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng gamot sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro*. Ipinapaliwanag din ng kabanatang ito ang limitasyon sa ilang serbisyo.

Para sa ilang serbisyo, sisingilin kayo ng gastusing mula-sa-sariling-bulsa na tinatawag na copay. Ito ay hindi nagbabagong halagang (halimbawa, $5) babayaran ninyo sa tuwing matatanggap ninyo ang serbisyong iyon. Babayaran ninyo ang copay sa oras na nakuha ninyo ang serbisyong medikal.

Dahil tumatanggap kayo ng tulong mula sa Medi-Cal, wala kayong babayaran sa mga saklaw na serbisyo para sa inyo hangga't sinusunod ninyo ang mga panuntunan ng plano. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng Handbook ng Miyembro para sa mga detalye ng mga panuntunan ng plano.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa kung anong mga serbisyo ang sinasaklaw, tumawag sa inyong coordinator ng pangangalaga at/o Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

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

Hindi namin pinapayagan ang mga provider na singilin kayo para sa mga nasa network na saklaw na serbisyo. Direkta naming binabayaran ang aming mga provider, at pinoprotektahan namin kayo mula sa anumang mga singilin. Totoo ito kahit na binayaran namin ang provder nang mas maliit kaysa sa sinisingil ng provider para sa isang serbisyo.

Hindi kayo dapat kailanman makatanggap ng bill mula sa isang provider para sa mga saklaw na serbisyo. Kung siningil kayo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro* o tumawag sa Customer Service.

C. Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano

Sinasabi sa inyo ng Chart ng Mga benepisyo na ito kung aling mga serbisyo ang binabayaran ng plano. Inililista nito ang mga saklaw na serbisyo na nakaayos ayon sa alpabeto at ipinapaliwanag ang mga ito.

Binabayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo kapag natutugunan ang mga sumusunod na pamantayan. Hindi kayo magbabayad ng anumang bagay para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo, hangga't natutugunan ninyo ang mga kahilingan sa ibaba.

- Naglalaan kami ng mga serbisyo na saklaw ng Medicare at Medi-Cal alinsunod sa mga panuntunang itinakda ng Medicare at Medi-Cal.
- Ang mga serbisyo kabilang ang medikal na pangangalaga, serbisyo kaugnay sa kalusugan ng pag-uugali at paggamit ng nakakasugapang sangkap, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga suplay, kagamitan, at mga gamot ay dapat na "medikal na kinakailangan." Ang kahulugan ng medikal na kinakailangan ay ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan ninyo upang maiwasan, masuri, o magamot ang isang medikal na kondisyon o upang mapanatili ang inyong kasalukuyang kalagayan ng kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na pumipigil sa inyong pumunta sa isang ospital o pasilidad ng pag-aalaga. Nangangahulugan din itong natutugunan ng mga serbisyo, supply o gamot ang mga kinikilalang pamantayan ng medikal na kasanayan. Ang isang serbisyo ay medikal na kinakailangan kapag ito ay makatwiran at kinakailangan upang protektahan ang buhay, upang maiwasan ang malubhang karamdaman o malubhang kapansanan, o upang mabawasan ang matinding pananakit.
- Para sa mga bagong enrollee, dapat magbigay ang plano ng di-bababa sa 90 araw na panahon ng paglipat, kung saan maaaring hindi mangailangan ng paunang pahintulot ang bagong MA plan para sa anumang aktibong serye ng paggamot, kahit na ang seryeng ito ay para sa serbisyo na nagsimula sa provider na wala sa network.
- Kukunin ninyo ang pangangalaga sa inyo mula sa isang provider na nasa network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Kadalasan, ang pangangalagang inyong natatanggap mula sa provider na wala sa network ay hindi masasaklaw maliban kung ito ay isang pang-emergency na pangangalaga o agarang kailangang pangangalaga o maliban kung ang inyong plano o provider na nasa network ay nagbigay sa inyo ng rekomendasyon. **Ang Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* ay may higit pang impormasyon tungkol sa paggamit ng mga provider na nasa network at mga provider na wala sa network.
- Mayroon kayong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP) o isang pangkat ng pangangalaga na nagbibigay at namamahala sa pangangalaga sa inyo. Kadalasan, kailangang aprubahan ng inyong PCP bago kayo makakagamit ng provider na hindi ninyo PCP o makakagamit ng ibang mga

provider sa network ng aming plano. Ito'y tinatawag na rekomendasyon. Ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* ay may higit na impormasyon tungkol sa pagkuha ng rekomendasyon at kung kailan **hindi** ninyo kailangan ng rekomendasyon.

- Sinasaklaw lang namin ang ilang serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo kung humingi muna ng pahintulot sa amin ang inyong doktor o iba pang provider na nasa network. Tinatawag itong paunang pahintulot. Nakaitaliko ang mga saklaw na serbisyo sa Chart ng Mga Benepisyo na nangangailangan ng paunang pahintulot (prior authorization, PA).
- Kung nagbibigay ang inyong plano ng pag-apruba sa PA para sa isang serye ng paggamot, dapat may bisa ang pag-apruba hangga't medikal na makatuwiran at kinakailangan upang maiwasan ang abala sa pangangalaga batay sa pamantayan ng saklaw, medikal na kasaysayan ninyo, at mga rekomendasyon ng gumagamot na provider.
- Kung mawala ang inyong mga benepisyo ng Medi-Cal, sa loob ng 6 na buwan kung kailan ikaw ay itinuturing na kuwalipikado, magpapatuloy ang benepisyo ng Medicare para sa inyo sa planong ito. Gayunpaman, maaaring hindi saklawin ang inyong serbisyo ng Medi-Cal. Makipag-ugnayan sa tanggapan ng pagiging kuwalipikado sa inyong county o Health Care Options para sa impormasyon tungkol sa inyong pagiging kuwalipikado sa Medi-Cal. Maaari ninyong panatilihin ang inyong mga benepisyo sa Medicare, ngunit hindi ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal.
- Inaprubahan ang Blue Shield TotalDual Plan upang magbigay ng ilang partikular na benepisyo at mas mababang copayment ng Part D bilang bahagi ng programang Value-Based Insurance Design (VBID). Kung kwalipikado kayo para sa "Karagdagang Tulong", maaari ninyong ma-access ang lahat ng benepisyong inaalok bilang bahagi ng programang VBID at wala kayong babayaran para sa mga saklaw na inireresetang gamot ng Part D. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga inaalok na benepisyo ng VBID, tingnan ang Modelo ng Value Based Insurance Design sa **Kabanata 4, Seksyon D**, at tingnan ang **Kabanata 6, Seksyon C** para sa impormasyon kung paano tumutulong ang VBID na alisin ang bahaging gastos para sa mga gamot ng Part D.
    - Dahil nakikilahok ang Blue Shield TotalDual Plan sa programang VBID, makakatanggap din kayo ng impormasyon at suporta sa mga mapagkukunan ng Maagang Pagpaplano ng Pangangalaga (Advance Care Planning, ACP) mula sa inyong Coordinator ng Pangangalaga o provider sa panahon ng

inyong Taunang Pagbisita Ukol sa Kagalingan o sa iba pang karaniwang pagbisita.

- Tumutulong ang Maagang Pagpaplano ng Pangangalaga (Advance Care Planning, ACP) na makapaghanda kayo para sa hinaharap at kung hindi na kayo makapagpasya para sa inyong sarili, makakatulong ito na matiyak na masusunod ang inyong mga kahilingan. Maaaring kasama sa ACP ang pagkumpleto ng Mga Paunang Direktiba, pagtukoy ng power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan, pagkumpleto ng isang living will, mga medikal na bilin, at iba pa.
- Para sa higit pang impormasyon sa mga serbisyo ng ACP, kontakin ang inyong Coordinator ng Pangangalaga sa Blue Shield sa 1-888-548-5765, 8:00 am hanggang 6 pm, Lunes hanggang Biyernes o makipag-usap sa inyong doktor sa inyong susunod na pagbisita.

Lahat ng serbisyong ukol sa pang-iwas ay libre. Makikita ninyo ang mansanas na ito sa tabi ng mga serbisyong ukol sa pang-iwas sa Chart ng Mga Benepisyo.

D. Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Screening para sa abdominal aortic aneurysm Binabayaran namin ang isang beses na ultrasound na screening para sa mga taong nanganganib na magkaroon nito. Sinasaklaw lang ng plano ang screening na ito kung mayroon kayong partikular na mga salik ng panganib at kung nakakakuha kayo ng isang rekomendasyon para rito mula sa inyong doktor, assistant ng doktor, nurse na practitioner, o klinikal na espesyalistang nurse.	$0
	Acupuncture Binabayaran namin ang hanggang dalawang mga serbisyo ng outpatient acupuncture sa anumang isang buwan ng kalendaryo, o mas madalas kung medikal na kinakailangan ang mga ito. Binabayaran din namin ang hanggang 12 pagbisita sa acupuncture sa loob ng 90 araw kung mayroon kayong hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likuran, na tinukoy bilang: • nagtatagal nang 12 linggo o mas matagal; • hindi tiyak (walang matutukoy na sistematikong dahilan, tulad ng hindi nauugnay sa metastatic, pamamaga o pamumula, o nakakahawang sakit); • hindi nauugnay sa operasyon, **at** • hindi nauugnay sa pagbubuntis. Bukod dito, binabayaran namin ang karagdagang walong session ng acupuncture para sa hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likuran kung nagpapakita kayo ng improvement. Maaaring hindi kayo makakuha ng higit sa 20 acupuncture na paggamot para sa hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likuran kada taon. Kailangang ihinto ang mga acupuncture na paggamot kung hindi kayo bumubuti o kung mas lumala kayo. Ipinagkakaloob ang mga benepisyo sa pamamagitan ng isang kontrata sa American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para sa higit pang impormasyon, o upang makahanap ng kalahok na provider sa ASH Plans, maaari kayong tumawag sa ASH Plans sa (800) 678-9133 [TTY: ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Acupuncture *(ipinagpatuloy)* [TTY:711], Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 8 pm., Abril 1 hanggang Setyembre 30 at Linggo hanggang Sabado, 8 a.m. hanggang 8 p.m., Oktubre 1 hanggang Marso 31. Pwede rin ninyong tawagan ang Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan o pumunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor upang maghanap ng kalahok na provider sa Mga Plano ng ASH.	
	Karagdagang mga serbisyong pangkalusugan sa pamamagitan ng telepono (telehealth)* Nagkakaloob ang Teladoc ng mga konsultasyon sa Doktor sa pamamagitan ng telepono o video nang 24/7/365. Maaaring mag-diagnose at manggamot ang mga Doktor ng Teladoc ng mga pangunahing kondisyong medikal at maaari ring magreseta ng partikular na gamot. Ang Teladoc ay karagdagang serbisyo na hindi nilalayong palitan ang pangangalaga mula sa inyong Provider ng Pangunahing Pangangalaga. Paki-log in sa blueshieldca.com/teladoc o sa app ng Blue Shield of California para humiling ng pagbisita. Kung mayroon kayong mga tanong, maaari kayong makipag-ugnayan sa Teladoc sa pamamagitan ng telepono sa 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711], 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, 365 araw sa isang taon. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	$0
	Screening at pagpapayo para sa pang-aabuso ng alkohol Binabayaran namin ang isang screening para sa pang-aabuso ng alkohol (SABIRT) para sa mga nasa hustong gulang na umaabuso ng alkohol ngunit hindi dependyente sa alkohol. Kasama dito ang mga buntis na babae. Kung positibo ang pag-screen sa inyo para sa pang-aabuso ng alkohol, makakakuha kayo ng hanggang apat na maiikli at harapang session ng pagpapayo kada taon (kung may kakayahan kayong kumilos at alerto sa panahon ng pagpapayo) sa isang kwalipikadong provider ng pangunahing pangangalaga o practitioner sa setting ng pangunahing pangangalaga.	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo ng ambulansiya Kabilang sa saklaw na serbisyo ng ambulansiya, pang-emergency man o hindi, ang panlupa at panghimpapawid (eroplano at helicopter). Dadalhin kayo ng ambulansya sa pinakamalapit na lugar na makapagbibigay sa inyo ng pangangalaga. Dapat ay lubusang malala ang inyong kondisyon na maaaring malagay sa panganib ang inyong buhay o kalusugan ng iba pang paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga. Dapat ay aaprubahan namin ang mga serbisyo ng ambulansiya para sa iba pang kaso (hindi pang-emergency). Sa mga sitwasyong hindi pang-emergency, maaari kaming magbayad para sa isang ambulansiya. Dapat na talagang seryoso ang inyong kondisyon at maaaring malagay sa panganib ang inyong buhay o kalusugan kung ibang paraan ang gagamitin para pumunta sa lugar ng pangangalaga. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	$0
	Taunang pisikal na pagsusuri Ang isang karaniwang pisikal na pagsusuri kada 12 buwan maliban pa sa inyong pagbisita ukol sa kagalingan ay saklaw namin. Kasama sa pagbisitang ito ang komprehensibong pagsusuri ng inyong medikal na kasaysayan at kasaysayan ng pamilya, isang detalyadong pagtatasa mula ulo hanggang sa daliri ng paa at iba pang serbisyo, maaaring naaangkop ang mga rekomendasyon.	$0
	Taunang pagbisita ukol sa kagalingan Maaari kayong taunang magpatingin. Ito ay upang gumawa o i-update ang plano ng pag-iwas batay sa inyong mga kasalukuyang salik ng panganib. Binabayaran namin ito nang isang beses kada 12 buwan. **Tandaan:** Ang inyong unang taunang pagbisita ukol sa kagalingan ay hindi maaaring isagawa sa loob ng 12 buwan ng inyong pagbisita sa **Welcome to Medicare**. Gayunpaman, hindi niyo kailangan ng pagbisita sa **Welcome to Medicare** upang makakuha ng mga taunang pagbisita ukol sa kagalingan pagkatapos niyong magkaroon ng Part B sa loob ng 12 buwan.	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga Serbisyo ukol sa Pang-iwas ng Hika Makakatanggap kayo ng pagtuturo ukol sa hika at isang pagtatasa ng kalagayan ng tahanan para sa mga trigger na karaniwang makikita sa tahanan para sa mga taong may hindi mahusay na kinontrol na hika.	$0
	Pagsukat sa bone mass Binabayaran namin ang mga partikular na pamamaraan para sa mga kwalipikadong miyembro (karaniwan, isang taong nanganganib na mawalan ng bone mass o nanganganib na magkaroon ng osteoporosis). Tinutukoy ng mga pamamaraang ito ang bone mass, kinakalkula ang bone loss o inaalam ang kalidad ng buto. Binabayaran namin ang mga serbisyo nang isang beses kada 24 na buwan, o mas madalas kung ito ay medikal na kinakailangan. Binabayaran din namin ang isang doktor upang tumingin at magkomento sa mga resulta.	$0
	Screening para sa breast cancer (mga mammogram) Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • isang baseline na mammogram sa pagitan ng mga edad na 35 at 39 • isang screening sa mammogram kada 12 buwan para sa mga babaeng edad 40 pataas • mga klinikal na pagsusuri ng suso nang isang beses bawat 24 na buwan	$0
	Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso Binabayaran namin ang mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso gaya ng pag-eehersisyo, pagtuturo, at pagpapayo. Dapat matugunan ng miyembro ang mga partikular na kondisyon at may rekomendasyon ng doktor. Sinasaklaw din namin ang mga intensive na programa ng rehabilitasyon ng puso, na mas matindi kaysa sa mga programa ng rehabilitasyon ng puso. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pagbisita para sa pagpapababa sa panganib ng cardiovascular (puso) na sakit (therapy para sa sakit sa puso) Binabayaran namin ang isang pagbisita bawat taon, o higit pa kung medikal na kinakailangan, sa inyong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) upang makatulong na mapababa ang inyong panganib ng sakit sa puso. Sa panahon ng pagbisita, maaaring gawin ng inyong doktor na: • talakayin ang paggamit ng aspirin, • suriin ang inyong presyon ng dugo, at/o • bigyan kayo ng mga tip upang tiyaking kumakain kayo nang tama.	$0
	Pagsusuri para sa cardiovascular (puso) na sakit Babayaran namin ang mga pagsusuri sa dugo upang matingnan para sa cardiovascular na sakit isang beses bawat limang taon (60 buwan). Tinitingnan din ng mga pagsusuri sa dugo na ito ang mga sakit dahil sa mataas na panganib ng sakit sa puso.	$0
	Screening para sa cervical at vaginal cancer Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • para sa lahat ng babae: Mga pap test at pagsusuri sa pelvis isang beses bawat 24 na buwan • para sa mga babaeng may mataas na panganib na magkaroon ng cervical o vaginal cancer: isang Pap test bawat 12 buwan • para sa mga babaeng nagkaroon na ng abnormal na Pap test sa loob ng huling tatlong taon at nasa perpektong edad ng pagkakaroon ng anak: isang Pap test bawat 12 buwan • para sa mga babaeng 30-65 taong gulang: pagsusuri para sa human papillomavirus (HPV) o pagsusuri para sa Pap at HPV, isang beses kada 5 taon	$0
	Mga serbisyong chiropractic (saklaw ng Medicare) Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • manual na pagmamanipula ng gulugod upang iwasto ang bahagyang paglinsad	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga Chiropractic service (hindi saklaw ng Medicare)* Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: • mga pauna at kasunod na pagsusuri • mga pagbisita sa tanggapan at chiropractic na pagsasaayos • pandagdag na mga therapy • mga x-ray (chiropractic lang) Ipinagkakaloob ang mga benepisyo sa pamamagitan ng isang kontrata sa American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para sa higit pang impormasyon, o upang makahanap ng kalahok na provider ng ASH Plans, maaari kayong tumawag sa ASH Plans sa (800) 678-9133 [TTY: 711], Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 8 p.m., Abril 1 hanggang Setyembre 30 at Linggo hanggang Sabado, 8 a.m. hanggang 8 p.m., Oktubre 1 hanggang Marso 31. Pwede rin ninyong tawagan ang Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan o pumunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor upang maghanap ng kalahok na provider sa Mga Plano ng ASH. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	$0 (limitado ang saklaw sa hanggang 12 pagbisita bawat taon para sa mga hindi saklaw na serbisyo ng Medicare.)
	Screening para sa colorectal cancer Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Walang minimum o maximum na limitasyon sa edad ang colonscopy at saklaw ito nang isang beses kada 120 buwan (10 taon) para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, o 48 buwan pagkatapos ng dating flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib para sa colorectal cancer, at isang beses kada 24 na buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib pagkatapos ng dating screening colonoscopy o barium enema. • Flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda pa. Isang beses kada 120 buwan para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib pagkatapos makatanggap ng pasyente ng screening colonoscopy. Isang beses kada 48 buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib mula sa huling flexible sigmoidoscopy o barium enema. ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Screening para sa colorectal cancer *(ipinagpatuloy)* • Screening fecal-occult blood tests para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda pa. Isang beses bawat 12 buwan. • Multitarget stool DNA para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi natutugunan ang pamantayan sa pagiging mataas ang panganib. Isang beses bawat 3 taon. • Blood-based Biomarker Tests para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi natutugunan ang pamantayan sa pagiging mataas ang panganib. Isang beses bawat 3 taon. • Ang Barium Enema ay isang alternatibo sa colonoscopy para sa mga pasyenteng mataas ang panganib at 24 na buwan na mula noong huling screening barium enema o huling screening colonoscopy. • Ang Barium Enema ay isang alternatibo sa flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng mataas ang panganib at 45 taong gulang o mas matanda pa. Isang beses at hindi bababa sa 48 buwan mula noong huling screening barium enema o screening flexible sigmoidoscopy. Kabilang sa mga pagsusuri sa screening para sa colorectal cancer ang follow-up screening colonoscopy kapag nag-positibo ang hindi invasive na stool-based colorectal cancer screening test (pagsusuri sa pamamagitan ng dumi) na saklaw ng Medicare.	
	Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Nasa Tamang Gulang (Community Based Adult Services, CBAS) Ang CBAS ay isang outpatient at batay sa pasilidad na programa ng serbisyo kung saan dumadalo ang mga tao alinsunod sa isang iskedyul. Naghahatid ito ng sanay na pag-aalaga, mga social service, therapy (kabilang ang occupational, physical at speech), personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/caregiver, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon at iba pang mga serbisyo. Binabayaran namin ang CBAS kung matutugunan ninyo ang mga pamantayan sa pagiging karapat-dapat. **Tandaan: Kung hindi available ang isang pasilidad ng CBAS, maaari naming ipagkaloob ang mga serbisyong ito nang magkahiwalay.**	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo sa ngipin Babayaran namin ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin, kasama ang ngunit hindi limitado sa, limitadong pag-aayos ng ngipin (crown) at pagpapalit ng ngipin (pustiso). Ang mga hindi namin saklaw ay available sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental, na inilarawan sa G2 sa ibaba. Binabayaran namin ang ilang serbisyo sa ngipin kapag ang serbisyo ay isang mahalagang bahagi ng partikular na paggamot ng pangunahing medikal na kondisyon ng benepisyaryo. Kasama sa ilang mga halimbawa ang pag-aayos ng panga kasunod ng pagkabali o pinsala, pagbunot ng ngipin na isinagawa para sa paghahanda sa radiation treatment para sa cancer na kinabibilangan ng panga, o oral exams bago ang pag-transplant ng bato.	Magbabayad kayo ng $0 para sa mga saklaw na serbisyo (kapag ang serbisyo ay mula sa isang dentistang nasa network).
	Sa pangkalahatan, ang mga serbisyong pang-iwas sa sakit sa ngipin (tulad ng paglilinis, karaniwang mga pagsusuri sa ngipin, at x-ray sa ngipin) ay hindi saklaw ng Original Medicare. Gayunpaman, kasalukuyang binabayaran ng Medicare ang mga serbisyo sa ngipin sa limitadong bilang ng mga situwasyon, partikular na kapag ang serbisyong iyon ay mahalagang bahagi ng partikular na paggamot ng pangunahing kondisyong medikal ng isang benepisyaryo. Kasama sa ilang mga halimbawa ang pag-aayos ng panga kasunod ng pagkabali o pinsala, pagbunot ng ngipin na isinagawa para sa paghahanda sa radiation treatment para sa cancer na kinabibilangan ng panga, o oral exams bago ang pag-transplant ng bato. Bilang karagdagan, sinasaklaw namin ang ilang komprehensibong serbisyo sa ngipin*. Ang *Chart ng Pamamaraan sa mga Benepisyo sa Ngipin* (na makikita sa kabanatang ito kasunod ng Chart ng Mga Medikal na Benepisyo) ay nagpapakita ng mga partikular na pamamaraan sa ngipin na saklaw ng benepisyong ito. Ang mga nakalistang pamamaraan ay mga saklaw na benepisyo kapag ibinibigay ito ng isang in-network na lisensiyadong dentista at kapag kinakailangan at nakaugalian ayon sa mga pamantayang pangkalahatang tinatanggap ng mga dentista. Makikita ang impormasyon kung paano maa-access ang mga sinasaklaw na serbisyo pagkatapos ng *Chart ng Pamamaraan sa mga Benepisyo sa Ngipin*. Hindi lahat ng saklaw na serbisyo ay angkop para sa lahat. Kailangang magtiwala kayo sa inyong dentista sa network para tukuyin ang angkop na pangangalaga para sa inyo. Maaaring malapgt ang mga limitasyon ng benepisyo, paunang pahintulot at/o rekomendasyon sa ilang partikular na serbisyo sa ngipin.	Para sa mga serbisyo sa ngipin na saklaw ng Medicare, sumangguni mga serbisyo ng Doktor/Practitioner, kabilang ang seksyon na pagbisita sa tanggapan ng doktor sa Chart ng Mga Benepisyo na Medikal. Para sa mga serbisyo sa ngipin na hindi saklaw ng Medicare, pakitingnan ang Chart ng Pamamaraan sa mga Benepisyo sa Ngipin. Kasama sa chart ang listahan ng mga saklaw na mga dental na pamamaraan, ang babayaran ninyo para sa bawat pamamaraan, at

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	* Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano. Gayundin, bilang dalawahang karapat-dapat na miyembro, sinasaklaw ng Medi-Cal (Medicaid) ang ilang serbisyo sa ngipin. Available ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental. Makikita ang higit pang impormasyon sa website na SmileCalifornia.org. Kasama sa Medi-Cal Dental ngunit hindi limitado sa mga ito, mga serbisyong tulad ng: • mga pangunahing eksaminasyon, mga X-ray, paglilinis, at fluoride na paggamot • mga restoration at crown • root canal therapy • partial at kumpletong mga pustiso, mga adjustment, repair, at reline Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa ngipin na available sa Medi-Cal Dental, o kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng dentistang tumatanggap ng Medi-Cal, makipag-ugnayan sa linya ng customer service sa 1-800-322-6384 (Para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental Services Program ay maaaring makausap upang matulungan kayo simula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari din ninyong bisitahin ang website sa smilecalifornia.org/ para sa higit pang impormasyon.	anumang mga limitasyon sa benepisyo. Magbabayad kayo ng $0 para sa mga saklaw na serbisyo (kapag ang serbisyo ay mula sa isang in-network na dentista). Para sa mga serbisyo sa ngipin na saklaw ng Medi-Cal (Medicaid), tingnan ang *Handbook ng Miyembro ng Medi-Cal Dental* na nasa website ng Medi-Cal Dental sa smilecalifornia.org/. Magbabayad kayo ng $0 para sa mga saklaw na serbisyo sa ngipin.
	Screening para sa depresyon Binabayaran namin ang isang screening para sa depresyon kada taon. Dapat isagawa ang screening sa setting ng pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga rekomendasyon.	$0
	Screening para sa diabetes Binabayaran namin ang screening na ito (kasama ang mga pagsusuri sa glucose kapag nag-aayuno) kung mayroon kayo ng alinman sa mga sumusunod na dahilan ng panganib: • mataas na presyon ng dugo (alta presyon)	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	• kasaysayan ng abnormal na mga antas ng cholesterol at triglyceride (dyslipidemia) • labis na katabaan • rekord ng mataas na blood sugar (glucose) Maaaring saklawin ang mga pagsusuri sa ilang kaso, gaya ng kung labis ang inyong timbang at may kasaysayan ng diabetes sa pamilya. Maaari kayong maging kuwalipikado sa hanggang dalawang screening para sa diabetes kada 12 buwan kasunod ng petsa ng inyong pinakahuling screening para sa diabetes.	
	Pagsasanay, mga serbisyo at supply para sa sariling pamamahala sa diabetis Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng may diabetes (gumagamit man sila ng insulin o hindi): • Mga supply upang subaybayan ang inyong glucose sa dugo, kabilang ang sumusunod: ○ isang monitor ng glucose sa dugo ○ mga test strip ng glucose sa dugo ○ mga lancet device at lancet ○ mga solution na kumokontrol ng glucose para sa pagsusuri sa katumpakan ng mga test strip at monitor • Para sa mga taong may diabetes na may malalang diabetic foot disease, binabayaran namin ang sumusunod: ○ isang pares ng therapeutic custom-molded shoes (kasama ang mga insert), kalakip ang fitting, at dalawang karagdagang pares ng mga insert bawat taon sa kalendaryo, **o** ○ isang pares ng depth shoes, kasama ang fitting at tatlong pares ng mga insert kada taon (hindi kasama ang mga hindi naka-customize na naaalis na insert na ibinibigay kasama ng ganoong mga sapatos) ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0 Para sa mga monitor ng glucose sa dugo, pakitingnan ang “Durable Medical Equipment (DME) at kaugnay na mga supply” na seksyon sa ibaba.

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pagsasanay, serbisyo at supply para sa pag-aalaga sa sarili ng may diabetis (ipinagpatuloy) • Sa ilang sitwasyon, binabayaran namin ang pagsasanay upang makatulong sa inyong pamahalaan ang inyong diabetes. Upang malaman ang higit pa, makipag-ugnayan sa Customer Service. Para sa mga test strip at monitor ng glucose sa dugo, ang piniling manufacturer ay Abbott. Hindi hihilingin sa inyong doktor na kumuha muna ng pahintulot (na minsan ay tinatawag na "paunang pahintulot") mula sa plano para sa FreeStyle® (gawa ng Abbott) na mga test strip at monitor ng glucose sa dugo. Ang mga test strip at monitor ng glucose sa dugo mula sa lahat ng iba pang mga manufacturer ay mangangailangan na ang inyong doktor ay kumuha muna ng pahintulot (na minsan ay tinatawag na "paunang pahintulot") mula sa plano. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	
	Mga Serbisyong Doula Para sa mga indibidwal na buntis, babayaran namin ang hanggang sa siyam na beses na pagbisita ng isang doula sa panahon ng bago manganak at kaagad-agad na pagkaanak at pati na rin sa suporta sa panahon ng labor at panganganak.	$0
	Matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME) at mga kaugnay na supply Sumangguni sa **Kabanata 12** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa kahulugan ng "Durable medical equipment (DME)." Sinasaklaw namin ang mga sumusunod na bagay: • mga wheelchair, kabilang ang mga electric wheelchair • mga saklay • mga powered mattress na sistema • tuyong pressure pad para sa mattress • mga supply para sa diabetes ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0 Mga monitor ng glucose sa dugo: $0 para sa FreeStyle® monitor ng glucose sa dugo at 20% na coinsurance para sa monitor ng glucose sa dugo mula sa lahat ng iba pang mga manufacturer.

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME) at mga kaugnay na supply (ipinagpatuloy) • mga kama sa-ospital na inorder ng isang provider na gagamitin sa bahay. • intravenous (IV) na mga infusion pump at pole • mga aparatong nakapagsasalita • kagamitang nagbibigay ng oxygen at mga supply • mga nebulizer • mga walker • standard na may kurbang hawakan o quad na baston at mga kapalit na supply • cervical traction (sa itaas ng pinto) • bone stimulator • kagamitan para sa pangangalaga sa dialysis May iba pang mga bagay na maaaring saklaw. Kami ang magbabayad para sa lahat ng medikal na kinakailangang DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung ang supplier namin sa inyong lugar ay walang partikular na tatak o tagagawa, maaari ninyo silang tanungin kung puwede ba silang magpa-special order nito para sa inyo. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	Ang inyong bahaging gastos para sa saklaw na Medicare oxygen ay $0, bawat pagkakataon. Hindi magbabago ang inyong bahaging-gastos sa loob ng 36 na buwan pagkatapos mag-enroll.
	Pang-emergency na pangangalaga Ang pang-emergency na pangangalaga ay nangangahulugang ang mga serbisyo na: • ibinibigay ng isang provider na may kasanayan upang makapagbigay ng mga pang-emergency na serbisyo, **at** • kinakailangan upang gamutin ang isang medikal na emergency. Ang medikal na emergency ay isang medikal na kondisyong may kasamang matinding pananakit o malalang pinsala. Ang kondisyon ay lumalala na, kung hindi ito ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0 Kung kumuha kayo ng pang-emergency na pangangalaga mula sa ospital na wala sa network at pagkatapos na matugunan ang emergency ay nangangailangan pa ng inpatient na pangangalaga, kailangan ninyong bumalik sa isang

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran

	Pang-emergency na pangangalaga (*ipinagpatuloy)*
	
	makakuha ng agarang medikal na atensyon, at ang sinumang may karaniwang
	
	kaalaman sa kalusugan at medisina ay maaaring asahan magreresulta ito sa:
	
	• seryosong panganib sa inyong kalusugan o sa inyong hindi pa naipapanganak na sanggol; **o**
	• malalang pinsala sa mga paggana ng katawan; **o**
	• malalang pagpalya ng anumang organ o bahagi ng katawan.
	• Sa kaso ng isang buntis na babae na may aktibong paghilab ng tiyan, kung:
	  ○ Walang sapat na oras upang mailipat kayo nang ligtas sa ibang ospital bago ang panganganak.
	  ○ Ang paglipat sa ibang ospital ay maaaring magdulot ng panganib sa inyong kalusugan o kaligtasan o sa inyong hindi pa naipapanganak na sanggol.
	
	*Pandaigdigang saklaw
	
	Wala kayong pinagsamang taunang limitasyon para sa pang-emergency na pangangalaga o mga agarang kailangang serbisyo sa labas ng Estados Unidos at sa teritoryo nito bawat taon.
	
	*Ang mga serbisyo sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.
		ospital na nasa network upang patuloy na mabayaran ang inyong pangangalaga. Maaari lamang kayong manatili sa ospital na wala sa network para sa inyong inpatient na pangangalaga kung inaprubahan ng aming plano ang inyong pananatili doon.
		
		20% na coinsurance para sa padaigdigang pang-emerhensiyang saklaw (kinakansela ang coinsurance kung na-admit sa isang ospital sa loob ng isang araw ng kaparehong kondisyon)

	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya Pinapayagan kayo ng batas na pumili ng sinumang provider – ito man ay provider na nasa network o wala sa network – para sa mga ilang partikular na serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Nangangahulugan ito na sinumang doktor, anumang klinika, ospital, parmasya o tanggapan ng pagpaplano ng pamilya. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • pagsusuri at medikal na paggamot para sa pagpaplano ng pamilya ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya *(ipinagpatuloy)* • mga pagsusuri sa laboratoryo at diagnostic na pagsusuri para sa pagpaplano ng pamilya • mga paraan ng pagpaplano ng pamilya (IUC/IUD, mga implant, iniksiyon, mga pill sa pagkontrol sa pagbubuntis, patch, o ring) • mga supply sa pagpaplano ng pamilya na may reseta (condom, sponge, foam, film, diaphragm, cap) • mga limitadong serbisyo sa pag-aanak gaya ng pagpapayo at edukasyon tungkol sa pamamaraan ng pag-aanak, at/o pagpapayo tungkol sa kalusugan bago magbuntis, pagsusuri, at paggamot sa mga impeksyon na naipapasa sa sex (sexually transmitted infections, STIs) • pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang mga kondisyong may kaugnayan sa HIV • permanenteng pangontra sa pagbubuntis (Kinakailangang kayo ay 21 taong gulang o mas matanda pa upang piliin ang pamamaraang ito ng pagpaplano ng pamilya. Kinakailangan ninyong pumirma ng isang form ng pahintulot para sa pederal na sterilization nang hindi kukulangin sa 30 araw, ngunit hindi hihigit sa 180 araw bago ang petsa ng operasyon.) • pagpapayo tungkol sa genes Babayaran din namin ang ilang iba pang mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Gayunpaman, dapat kayong gumamit ng isang provider na nasa aming network ng provider para sa mga sumusunod na serbisyo: • paggamot para sa mga kondisyong medikal ng pagkabaog (Hindi kasama sa serbisyong ito ang mga artipisyal na paraan upang mabuntis.) • paggamot para sa AIDS at iba pang mga kondisyong may kaugnayan sa HIV • genetic na pagsusuri	

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga programa ng edukasyon sa kalusugan at kagalingan*	$0
	Nag-aalok kami ng maraming programa na nakatuon sa ilang partikular na kondisyon ng kalusugan. Kabilang dito ang mga: • Mga klase ng Edukasyon sa Kalusugan; • Mga klase ng Edukasyon sa Nutrisyon; • Pagtigil sa Paninigarilyo at Paggamit ng Tabako; **at** • Nursing Hotline Mga programang makatutulong sa inyong manatiling malusog. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: • Nakasulat na mga materyal para sa edukasyon sa kalusugan, kabilang ang mga newsletter • Mga programa ng edukasyon Mga Programa ng Edukasyong nakatuon sa mga kondisyon ng kalusugan na tulad ng: • Mataas na presyon ng dugo • Cholesterol • Hika • Espesyal na diet Mga programa ng edukasyong idinisenyo upang mapabuti ang inyong kalusugan at uri ng pamumuhay, kabilang ang: • Pangangasiwa ng timbang • Fitness • Pangangasiwa ng stress **NurseHelp 24/7** Magkaroon ng kumpidensyal na one-on-one na pag-uusap online sa isang rehistradong nurse, 24 oras sa isang araw. Kapag mayroon kayong alalahaning medikal, isang tawag lang sa aming walang bayad na hotline ang kokonekta sa inyo sa isang rehistradong nurse na makikinig sa inyong mga alalahanin at tutulungan kayong makahanap ng solusyon. Tumawag sa 1-877-304-0504 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga programa ng edukasyon sa kalusugan at kagalingan (ipinagpatuloy) **SilverSneakers® Fitness** Matutulungan kayo ng SilverSneakers na mamuhay nang mas malusog, mas aktibong buhay sa pamamagitan ng fitness at panlipunang pakikipag-ugnayan. Saklaw kayo para sa isang fitness na benepisyo sa pamamagitan ng SilverSneakers sa mga kasaling lugar[1]. Maaari kayong makakuha ng mga instructor na namumuno sa espesyal na idinisenyong mga klase para sa pageehersisyo ng grupo[2]. Sa mga kasaling lugar sa buong bansa1, maaari kayong kumuha ng mga klase[2] at maaaring gumamit ng mga pang-ehersisyong kagamitan at iba pang mga bagay. Bilang karagdagan pa, binibigayan kayo ng SilverSneakers FLEX® ng mga opsiyong maging aktibo sa labas ng tradisyonal na mga gym (tulad ng mga sentro ng libangan, mga mall at mga parke). Binibigyan din kayo ng SilverSneakers ng kakayahang maka-konekta sa isang network ng suporta at mga virtual na klase sa pamamagitan ng SilverSneakers LIVE™, SilverSneakers On-Demand™ na mga video at ng aming mobile app, SilverSneakers GO™. Maaari din kayong maka-konekta sa Stitch[3], isang online na panlipunang site para sa mga nakatatanda, kung saan maaari kayong sumali nang personal at sa mga online na aktibidad at kaganapan. Ang kailangan lamang ninyo upang makapagsimula ay ang inyong personal na numero ng ID ng SilverSneakers. Pumunta sa Silversneakers.com upang malaman ang higit pa tungkol sa inyong benepisyo o tumawag sa 1-888-423-4632 [TTY: 711] Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. ET. **Palaging makipag-usap sa inyong doktor bago magsimula ng isang programa ng pageehersisyo.** [1]Ang mga kasaling lugar (participating locations, “PL”) ay hindi pag-aari o pinatatakbo ng Tivity Health, Inc. o ng mga kaanib nito. Ang paggamit ng mga pasilidad at mga kagamitan ng PL ay limitado sa mga tuntunin at kundisyon ng PL basic membership. Ang mga pasilidad at kagamitan ay maaaring mag-iba-iba depende sa mga PL. ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga programa ng edukasyon sa kalusugan at kagalingan (ipinagpatuloy) [2]Kabilang sa pagiging miyembro ang SilverSneakers na mga pang-grupong klase ng fitness na pinamumunuan ng isang instructor. Ang ilan sa mga lugar ay naghahandog ng karagdagang mga klase sa mga miyembro. Ang mga klase ay nag-iiba-iba depende sa lugar. [3]Ang stitch ay isang ikatlong-partidong provider at hindi pag-aari o pinatatakbo ng Tivity Health o ng kanyang mga kaanib nito. Ang mga miyembro ng SilverSneakers ay dapat na may serbisyo sa internet upang makatanggap ng Stitch na serbisyo. Ang mga singil sa serbisyo sa internet ay pananagutan ng miyembro ng SilverSneakers. **Sistema ng Pagtugon sa Personal na Emergency (Personal Emergency Response System, PERS)** – medikal na sistemang nagmo-monitor at nag-aalerto upang ma-access ang tulong 24/7, gamit ang pagpindot sa button. Ang inyong mga benepisyo ng PERS ay ibinibigay ng LifeStation® at kabilang ang: • Isang sistema ng pagtugon sa personal na emergency • Maaaring pumili sa pagitan ng sistema sa loob ng bahay o kaya mobile device na may GPS/WiFi at pagdetek sa pagkahulog • Buwanang pagsusubaybay • Mga kinakailangang charger at kurdon Upang mag-order ng PERS at magsimulang makatanggap ng mga serbisyo, tawagan ang team ng LifeStation sa 1-855-672-3269 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 5:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. PST at Sabado 6:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. PST, o bisitahin ang blueshieldca.com/login. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran

	Mga serbisyo sa pandinig
	
	Babayaran namin ang mga pagsusuri sa pandinig at balanse na gagawin ng inyong provider. Sasabihin sa inyo ng mga pagsusuring ito kung kailangan ninyo ng medikal na paggamot. Sinasaklaw ang mga ito bilang pangangalagang outpatient kapag kinuha ninyo ang mga ito mula sa isang doktor, audiologist o iba pang kuwalipikadong provider.
	
	• Ang mga diagnostic na pandinig at pagtatasa ng balanseng isinasagawa ng inyong PCP upang malaman kung nangangailangan kayo ng medikal na paggamot ay saklaw bilang pangangalagang outpatient kapag ginawa ito ng isang doktor, audiologist, o iba pang kuwalipikadong provider.
	
	• Karaniwang (hindi saklaw ng Medicare) ang mga pagsusuri sa pandinig*
	
	• Mga hearing aid*
	  ○ Mayroon kayong taunang allowance na $1,500 para sa hanggang dalawang hearing aid at dalawang hearing aid fitting at mga pagsusuri (na nalalapat para sa dalawang tainga). Maaari ninyong kunin ang mga serbisyong ito sa provider ng hearing aid na inyong pinili.
	  ○ Ang allowance na ito ay hindi puwedeng idagdag sa susunod na taon.
	
	Hindi maaaring pagsamahin ang mga allowance para sa serbisyo ng hearing aid at Healthy Grocery. Ang bawat benepisyo ay may hiwalay na allowance.
	
	Makakatanggap kayo ng sulat mula sa tagapangasiwa ng benepisyo gamit ang inyong personalized na card ng benepisyo. Ipapaalam sa inyo ng sulat na ito na nailagay na sa inyong card ang halaga ng allowance. Magbibigay din ito ng impormasyon kung paano ma-access ang higit pang mga detalye sa benepisyo sa pamamagitan ng telepono, website o mobile app.
	
	Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina
		• $0 para sa bawat diagnostikong pagsusuri ng pagdinig na saklaw ng Medicare
		
		• $0 para sa bawat karaniwang (di-saklaw ng Medicare) pagsusuri ng pagdinig
		
		• $0, hanggang sa $1,500 na allowance kada taon para sa mga saklaw na serbisyo sa hearing aid

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo sa pandinig *(ipinagpatuloy)* Ang Healthy Benefits+ ay panggastos na card na may kargang allowance ng benepisyo upang makatulong sa pagbabayad sa mga saklaw na item at serbisyo. Para sa mga tanong tungkol sa benepisyong ito, maaari kayong tumawag sa tagapangasiwa ng benepisyo sa (855) 572-6341 [TTY: 771], 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras, Linggo hanggang Sabado, Oktubre 1 hanggang Marso 31, at Lunes hanggang Biyernes, Abril 1 hanggang Setyembre 30. Maaari rin kayong pumunta online sa HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA para sa higit na detalye. *Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano. Babayaran din namin ang mga hearing aid kapag inireseta ng isang doktor o iba pang kuwalipikadong provider, kabilang ang: • mga mold, supply, at insert • mga pagkukumpuni • isang pangunang grupo ng mga baterya • anim na beses na pagbisita para sa pagsasanay, pagsasaayos at pagsusukat sa parehong vendor pagkatapos ninyong makuha ang hearing aid • panahon ng pagsubok na pag-renta hearing aid • mga device na nakatutulong sa pagdinig, sa labas na isinusuot na bone conduction na mga device sa pandinig • audiology na kaugnay sa hearing aid at mga serbisyo pagkatapos ng pagsusuri	
	Screening para sa HIV Babayaran namin ang isang pagsusuring screening para sa HIV bawat 12 buwan para sa mga taong: • humiling ng pagsusuring screening para sa HIV, **o** ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Screening para sa HIV *(ipinagpatuloy)* • may mataas na panganib na magkaroon ng HIV na impeksyon. Para sa mga babaeng buntis, babayaran namin ang hanggang tatlong pagsusuring screening para sa HIV sa panahon ng pagbubuntis. Nagbabayad rin kami para sa (mga) karagdagang HIV na screening kapag inirekomenda ng inyong provider.	
	Pangangalaga ng ahensya sa kalusugan sa bahay Bago kayo makakuha ng mga serbisyong pangkalusugan sa bahay, dapat sabihin sa amin ng isang doktor na kailangan ninyo ang mga ito, at dapat ibigay ang mga ito ng isang ahensya sa kalusugan sa bahay. Kinakailangang nakapirmi kayo sa bahay, ang ibig sabihin nito ay ang paglabas ng bahay ay isang napakahirap na aktibidad. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • part-time o hindi regular na sanay na pag-aalaga (skilled nursing) at mga serbisyong pantulong sa kalusugan sa bahay (home health aide services) (sasaklawin sa ilalim ng pangangalaga ng kalusugan sa bahay na benepisyo, ang kabuuan ng pinagsamang sanay na pag-aalaga at mga serbisyong pantulong sa kalusugan sa bahay ay dapat na mas mababa sa 8 oras kada araw at 35 oras kada linggo.) • physical therapy, occupational therapy at speech therapy • mga serbisyong medikal at serbisyong panlipunan • medikal na kagamitan at mga supply *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	$0 para sa bawat saklaw na pagbisitang kaugnay sa kalusugan sa bahay

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga home infusion na therapy Binabayaran ng aming plano ang mga home infusion therapy, na tinutukoy bilang ang mga gamot o biyolohikong mga sangkap na idinadaan sa ugat o kaya inilalagay sa ilalim ng balat at ibinibigay sa inyo sa bahay. Ang mga sumusunod ay kinakailangan upang makapagsagawa ng home infusion: • ang gamot o biyolohikong sangkap, tulad ng isang antiviral o immune globulin; • kagamitan, tulad ng isang pump; **at** • mga supply, tulad ng tubo o catheter. Sinasaklaw ng aming plano ang mga infusion na serbisyo na kasama ang, ngunit hindi limitado sa: • mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga nursing na serbisyo, na ibinibigay alinsunod sa inyong plano ng pangangalaga; • pagsasanay ng miyembro na hindi pa kasama sa DME na benepisyo; • remote na pagsubaybay; **at** • mga serbisyong pagsubaybay para sa pabibigay ng home infusion therapy at home infusion na mga gamot na mula sa isang kwalipikadong supplier ng home infusion therapy. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	$0 para sa bawat saklaw na pagbisitang kaugnay sa home infusion therapy
	Pagpapadala ng pagkain sa bahay* Pagkatapos ma-discharge mula sa pananatili sa inpatient na ospital o sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, sinasaklaw namin ang: • 22 pagkain at 10 meryenda para sa bawat pag-discharge • Ang mga pagkain at meryenda ay ihahati sa tatlong magkahiwalay na delivery ayon sa pangangailangan ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0 para sa bawat saklaw na pagpapadala ng pagkain sa bahay

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pagpapadala ng pagkain sa bahay* (***ipinagpatuloy)*** • Ang saklaw ay limitado sa dalawang pag-discharge kada taon Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan (ang mga numero ng telepono ay matatagpuan sa likod na pabalat ng dokumentong ito). * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	
	Pangangalaga sa hospisyo May karapatan kayong pumili ng hospisyo kung napagpasyahan ng inyong provider at ng medikal na direktor ng hospisyo na mayroon kayong terminal na prognosis. Nangangahulugan ito na mayroon kayong sakit na nagtataning sa buhay at inaasahan na mabubuhay na lamang ng anim na buwan o mas mababa pa. Makakakuha kayo ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyon na sertipikado ng Medicare. Kinakailangan kayong tulungan ng aming plano na makahanap ng mga programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare sa lugar ng serbisyo ng plano. Ang inyong doktor sa hospisyo ay maaaring provider sa network o provider na wala sa network. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: • mga gamot upang gamutin ang mga sintomas at pananakit • panandaliang respite na pangangalaga • pangangalaga sa bahay **Para sa mga serbisyo ng hospisyo at serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na may kaugnayan sa inyong terminal na prognosis na sinisingil sa Medicare:** • Sumangguni sa **Seksyon F** ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon. ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0 para sa mga serbisyo ng konsultasyon sa hospisyo (isang beses lang)

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga sa hospisyo (ipinagpatuloy) **Para sa mga serbisyong saklaw ng aming plano ngunit hindi saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B:** • Saklaw ng aming plano ang mga serbisyong hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B. Sinasaklaw namin ang mga serbisyo kahit man ang mga ito ay may kaugnayan o wala sa inyong terminal na prognosis. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito. **Para sa mga gamot na maaaring saklaw ng Medicare Part D na benepisyo ng aming plano:** • Ang mga gamot ay hindi kailanman saklaw ng kapwa hospisyo at ng aming plano sa magkasabay na panahon. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro*. **Tandaan:** Kung mayroon kayong seryosong sakit, maaari kayong maging karapat-dapat sa palliative na pangangalaga, na naglalan sa pamamagitan ng isang team ng pangangalaga sa pasyente na nakasentro sa pamilya upang gumanda ang kalidad ng buhay. Maaari kayong makatanggap ng palliative na pangangalaga kasabay ng panlunas/regular na pangangalaga. Pakitingnan ang seksyon ng Palliative na Pangangalaga sa ibaba para sa higit pang impormasyon. **Tandaan:** Kung kailangan ninyo ng pangangalagang hindi mula sa hospisyo, dapat ninyong tawagan ang inyong coordinator sa pangangalaga at/o ang Customer Service upang maisaayos ang mga serbisyo. Ang pangangalagang **hindi** mula sa hospisyo ay pangangalagang walang kaugnayan sa inyong pagkakaruon ng taning. Sinasaklaw ng aming plano ang serbisyo ng konsultasyon sa hospisyo (isang beses lang) para sa isang miyembrong may sakit na may taning ang buhay na hindi pumili ng benepisyo ng hospisyo. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga Pagbabakuna Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • bakuna para sa pulmonya • mga iniksyon para sa trangkaso/influenza, isang beses bawat panahon ng trangkaso/influenza sa taglagas at taglamig, na may karagdagang iniksyon para sa trangkaso/influenza kung medikal na kinakailangan • bakuna para sa hepatitis B kung mayroong kayong mataas o katamtamang panganib na magkaroon ng hepatitis B • Mga COVID-19 na bakuna • bakuna para sa Human Papilloma Virus (HPV) • iba pang mga bakuna kung nanganganib kayo at natutugunan ng mga ito ang mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part B Babayaran namin ang iba pang mga bakunang tumutugon sa mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part D. Sumangguni sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* upang makaalam nang higit pa. Kami rin ang magbabayad para sa lahat ng bakuna para sa mga may sapat na gulang ayon sa rekomendasyon ng Tagapayong Komite para sa Mga Kasanayan sa Pagbabakuna (Advisory Committee on Immunization Practice, ACIP).	$0
	Inpatient na pangangalaga sa ospital Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga medikal na kinakailangang serbisyong hindi nakalista dito: • bahagyang pribado na silid (o isang pribadong silid kung isa itong medikal na kinakailangan) • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0 Kailangan ninyon kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano upang makatanggap ng inpatient na pangangalaga sa isang wala sa network na ospital pagkatapos na

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Inpatient na pangangalaga sa ospital (ipinagpatuloy) • mga regular na serbisyo ng pag-aalaga • mga gastos na kaugnay sa unit ng espesyal na pangangalaga, tulad ng mga intensive care o pangangalaga sa coronary na unit • mga gamot at medikasyon • mga pagsusuri sa laboratoryo • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology • mga supply na kinakailangan sa operasyon at medikal na supply • mga kasangkapan, gaya ng mga wheelchair • mga serbisyo sa silid ng pag-oopera at sa recovery room • physical, occupational, at speech therapy • mga inpatient na serbisyo sa pang-aabuso sa substance at sa ilang situwasyon, ang mga sumusunod na uri ng mga transplant: cornea, bato, bato/pancreas, puso, atay, baga, puso/baga, bone marrow, stem cell at intestinal/multivisceral. Kung kailangan ninyo ng transplant, susuriin ng isang sentro ng transplant na aprubado ng Medicare ang inyong kaso at magpapasiya kung kandidato kayo sa isang transplant. Ang mga provider ng pag-transplant ay maaaring nasa lokal o nasa labas ng lugar ng serbisyo. Kung tatanggapin ng mga lokal na provider ng pag-transplant ang presyo ng Medicare, makukuha ninyo ang mga serbisyo ng pag-transplant sa lokal o sa labas ng kinagawiang lugar ng pangangalaga para sa inyong komunidad. Kung ang aming plano ay nagbibigay ng mga serbisyo ng pag-transplant sa labas ng kinagawiang lugar ng pangangalaga para sa aming komunidad at pinili ninyong ma-transplant doon, kami ang mag-aasikaso o magbabayad sa mga gastos kaugnay sa tutulugan at biyahe para sa inyo at sa isa pang indibiduwal. † ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	maasikaso ang inyong emergency.

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Inpatient na pangangalaga sa ospital (*ipinagpatuloy*) • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay • mga serbisyo ng doktor **Tandaan:** Upang maging isang inpatient, ang inyong provider ay dapat na sumulat ng isang order na nagsasabing pormal kayong tinatanggap bilang isang inpatient ng ospital. Kahit na nanatili kayo sa ospital nang magdamag, maaari pa rin kayong ituring bilang isang "outpatient." Kung hindi kayo sigurado kung kayo ay isang inpatient o outpatient, dapat kayong magtanong sa tauhan ng ospital. Makakahanap din kayo ng higit pang impormasyon sa isang dokumento ng Medicare na tinatawag na "Ikaw ba ay Isang Inpatient o Outpatient ng Ospital? Kung Mayroon Kayong Medicare – Magtanong!". Available ang fact sheet na ito sa es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari ninyong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. †Sinasaklaw lamang ang mga transplant kung ang inyong doktor o iba pang provider na nasa network ay kumuha muna ng pahintulot (na minsan ay tinatawag na "paunang pahintulot") mula sa amin. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	
	Mga inpatient na serbisyo sa isang psychiatric na ospital Babayaran namin ang mga serbisyo sa pag-alaga sa kalusugan ng isip na nangangailangan ng pananatili sa ospital. • Kung kailangan ninyo ng mga inpatient na serbisyo sa isang kahiwalay na psychiatric na ospital, babayaran namin ang unang 190 araw. Pagkatapos noon, ang lokal na ahensiyang kaugnay sa kalusugan ng isip sa county	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina **Mga inpatient na serbisyo sa isang psychiatric na ospital *(ipinagpatuloy)*** ang nagbabayad para sa medikal na kinakailangang mga inpatient na psychiatric na serbisyo. Ang pahintulot para sa pangangalaga na lampas sa 190 araw ay ipagbibigay-alam sa lokal na ahensya ng kalusugan ng isip sa county. ○ Ang 190 araw na limitasyon ay **hindi** inilalapat sa mga inpatient na mga serbisyo sa kalusugan ng isip sa isang psychiatric unit ng isang pangkalahatang ospital. • Kung kayo ay 65 taong gulang pataas, babayaran namin ang mga serbisyong natanggap ninyo sa Institute for Mental Diseases (IMD). *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	
	Inpatient na pangangalaga: Mga saklaw na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF) sa panahon ng isang hindi saklaw ng pananatili ng inpatient Hindi kami magbabayad para sa inyong inpatient na pananatili kung nagamit na ninyo ang lahat ng inyong inpatient na benepisyo o kung ang pananatili ay hindi makatwiran at medikal na kinakailangan. Gayunpaman, sa mga ilang sitwasyon na kung saan ang inpatient na pangangalaga ay hindi saklaw, maaari naming bayaran ang mga serbisyong inyong natanggap habang kayo ay nasa isang ospital o pasilidad ng pag-aalaga. Upang malaman ang higit pa, makipag-ugnayan sa Customer Service. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • mga serbisyo ng doktor • mga pagsusuri sa diagnostic, tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran

	Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina
	Inpatient na pangangalaga: Mga saklaw na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF) sa panahon ng isang hindi saklaw ng pananatili ng inpatient (*ipinagpatuloy*)
	• X-ray, radium at isotope therapy, kabilang ang mga materyales at serbisyo ng technician
	• mga bendang pang-operasyon
	• mga splint, cast at iba pang mga aparatong ginagamit para sa mga bali ng buto at pinsala sa kasukasuan
	• mga prosthetic at orthotic device, maliban sa dental, kabilang ang pagpapalit o mga pagpapaayos sa mga ganoong device. Ang mga ito ay device na lubos o bahaging pumapalit sa:
	  ○ isang organ sa loob ng katawan (kabilang ang contiguous tissue), **o**
	  ○ ang paggana ng sira o pumapalyang organ sa loob ng katawan.
	• mga brace para sa binti, braso, likod at leeg, mga truss at mga artipisyal na binti, braso at mata. Kabilang dito ang mga pagsasaayos, pagkukumpuni at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkasira, pagkaluma, pagkawala o pagbabago ng inyong kondisyon
	• physical therapy, speech therapy at occupational therapy
	Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.	

	Mga serbisyo at supply para sa sakit sa bato Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Mga serbisyo sa edukasyon tungkol sa sakit sa bato upang maituro ang pangangalaga sa bato at matulungan kayong makagawa ng mabuting desisyon tungkol sa inyong pangangalaga. Dapat ay mayroon kayong stage IV na chronic kidney disease, at dapat ay i-refer kayo ng inyong doktor. Sasaklawin namin ang hanggang sa anim na sesyon ng mga serbisyo sa edukasyon tungkol sa sakit sa bato.	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina **Mga serbisyo at suplay para sa sakit sa bato *(ipinagpatuloy)*** • Mga outpatient na paggamot sa dialysis, kabilang ang mga dialysis kapag pansamantalang wala sa lugar ng serbisyo, tulad ng ipinapaliwanag sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro*, o • kapag ang inyong provider para sa serbisyong ito ay pansamantalang hindi available o hindi ma-access. • Mga inpatient na dialysis na paggamot kung tinanggap kayo bilang isang inpatient sa isang ospital para sa espesyal na pangangalaga • Pagsasanay sa pag-dialysis sa sarili, kabilang ang pagsasanay para sa inyo at sa sinumang tutulong sa inyo sa inyong mga dialysis na paggamot sa bahay • Kagamitan at mga supply para sa pag-dialysis sa bahay • Ilang partikular na serbisyo sa suporta sa bahay, gaya ng mga kinakailangang pagbisita ng mga may kasanayang manggagawa para sa dialysis upang suriin ang inyong pag-dialysis sa bahay, upang tumulong sa mga emergency at upang suriin ang inyong mga kagamitan sa dialysis at supply ng tubig. Babayaran ng inyong benepisyo ng gamot ng Medicare Part B ang ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, sumangguni sa “Mga inireresetang gamot ng Medicare Part B” sa chart na ito. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	
	Screening para sa cancer sa baga Babayaran ng aming plano ang screening para sa cancer sa baga tuwing 12 buwan kung kayo: • ay 50-77 ang edad, **at**	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina **Screening para sa cancer sa baga (*ipinagpatuloy)*** • mayroong pagpapayo at pinagsamang paggawa ng desisyon na pagbisita ng inyong doktor o iba pa kuwalipikadong provider, **at** • nagsigarilyo nang hindi kukulangin sa 1 pakete kada araw sa loob ng 20 taon nang walang senyales o sintomas ng cancer sa baga o nagsisigarilyo ngayon o huminto sa loob ng huling 15 taon Pagkatapos ng unang screening, babayaran ng aming plano ang isa pang screening kada taon kasama ng isang nakasulat na order mula sa inyong doktor o iba pang kuwalipikadong provider.	
	Medikal na nutrisyong therapy Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diabetes o sakit sa bato na walang dialysis. Inilalaan din ito pagkatapos ng transplant ng bato kung ni-refer ng inyong doktor. Babayaran namin ang tatlong oras ng mga serbisyo sa one-on-one na pagpapayo sa loob ng inyong unang taon na tumatanggap kayo ng mga serbisyo sa medical nutrition therapy sa ilalim ng Medicare. Maaari naming aprubahan ang karagdagang mga serbisyo kung medikal na kinakailangan. Babayaran namin ang dalawang oras ng mga serbisyo sa one-on-one na pagpapayo kada taon pagkatapos nito. Kung magbago ang kondisyon, paggamot, o pagsusuri ninyo, makakakuha kayo ng karagdagang oras ng paggamot sa pamamagitan ng referral ng isang doktor. Dapat ireseta ng doktor ang mga serbisyong ito at i-renew ang referral kada taon kung kailangan ninyong magpagamot sa susunod na kalendaryong taon. Maaari naming aprubahan ang karagdagang mga serbisyo kung medikal na kinakailangan.	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Programa ng Medicare sa Pag-iwas ng Diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Binabayaran ng aming plano ang mga MDPP na serbisyo. Ang MDPP ay idinisenyo upang matulungan kayong mapalimit ang malusog na kaugalian. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa: • pangmatagalang pagbabago sa uri ng pagkaing kinakain, **at** • pinalimit na pisikal na aktibidad, **at** • mga paraan upang mapanatili ang pagbabawas ng timbang at malusog na uri ng pamumuhay.	$0
	Mga inireresetang gamot ng Medicare Part B Sinasaklaw ang mga gamot na ito sa ilalim ng Part B ng Medicare. Binabayaran ng aming plano ang mga sumusunod na gamot: • mga gamot na hindi ninyo karaniwang ibinibigay sa inyong sarili at iniiniksyon o ini-infuse habang kumukuha kayo ng mga serbisyo ng doktor, ospital na outpatient, o ambulatory na sentro ng operasyon • insulin na ibinigay sa pamamagitan ng isang bagay ng durable medical equipment (tulad ng isang medikal na kinakailangang insulin pump) • iba pang mga gamot na iniinom ninyo sa pamamagitan ng durable medical equipment (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng aming plano • ang gamot na Alzheimer, Leqembi (generic lecanemab) na ibinibigay nang intravenous (IV) • mga clotting factor na ibinibigay ninyo sa inyong sarili sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kayong hemophilia • mga gamot na transplant/immunosuppressive: Sinasaklaw ng Medicare ang transplant drug therapy kung binayaran ng Medicare ang organ transplant ninyo. Dapat ay may Part A kayo sa panahon ng ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0 (Mangyaring ipakita sa inyong doktor o parmasya ng inyong kapwa Blue Shield TotalDual Plan na ID card at ang inyong Medi-Cal Benefits Identification card.)

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga inireresetang gamot sa Medicare Part B *(ipinagpatuloy)* saklaw na transplant, at dapat ay may Part B kayo sa panahon ng pagkuha ninyo ng mga immunosuppressive na gamot. Sinasaklaw ng Medicare Part D ang mga immunosuppressive na gamot kung hindi sinasaklaw ng Part B ang mga ito • mga iniiniksyong gamot sa osteoporosis. Babayaran ang mga gamot na ito kung kayo ay nakapirmi sa bahay, may bali sa buto na pinatunayan ng isang doktor na nauugnay sa post-menopausal osteoporosis, at hindi ninyo maaaring i-iniksyon ang gamot nang mag-isa • ilang mga antigen: Sinasaklaw ng Medicare ang mga antigen kung inihahanda ito ng doktor at isang tao (maaaring ikaw, ang pasyente) na tinagubilinan ang nagtuturok sa mga ito sa ilalim ng naaangkop na pangangasiwa • mga ilang gamot na laban sa cancer sa bibig: Sasaklawin ng Medicare ang ilang gamot para sa oral cancer na iniinom ninyo kung ito may kaparehong gamot na iniiniksiyon o ang gamot ay prodrug (iniinom na gamot na kapag pumasok sa katawan ay nagiging • katulad ng aktibong sangkap na makikita sa gamot na iniiniksiyon). Habang available ang mga bagong gamot sa oral cancer, maaaring saklawin ng Part B ang mga ito. Kung hindi saklaw ng Part B ang mga ito, ang Part D ang may saklaw • mga gamot na laban sa pagduduwal na iniinom: Sinasaklaw ng Medicare ang mga gamot na laban sa pagduduwal na ginagamit ninyo bilang bahagi ng isang anti-cancer chemicalotherapeutic na rehimen kung itinuturok ang mga ito bago, habang, o sa loob ng 48 oras ng chemotherapy o ginagamit bilang buong therapeutic na kapalit para sa isang intravenous anti-nausea na gamot • ilang partikular na gamot na End-Stage Renal Disease (ESRD) kung ang parehong gamot ay available bilang itinuturok at sinasaklaw ito ng benepisyo ng Part B ESRD • calcimimetic na gamot sa ilalim ng sistema ng pagbabayad na ESRD, kasama ang gamot na Parsabiv na iniiniksiyon, at ang gamot na Sensipar na iniinom ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga inireresetang gamot sa Medicare Part B *(ipinagpatuloy)* • ilang partikular na gamot para sa pag-dialysis sa bahay, kabilang ang heparin, ang antidote para sa heparin (kapag medikal na kinakailangan) at mga ipinapahid na anesthetics • mga erythropoisis-stimulating agent: Sinasaklaw ng Medicare ang iniiniksyon na erythropoietin kung mayroon kang ESRD o kailangan ninyo ang gamot na ito upang gamutin ang anemia na may kaugnayan sa iba pang mga kondisyon (tulad ng Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®,o Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) • IV immune globulin para sa paggamot sa bahay ng mga primary immune deficiency disease • parenteral at enteral na nutrisyon (IV at tube feeding) Saklaw din namin ang ilan sa mga bakuna sa ilalim ng aming Medicare Part B at karamihan sa mga bakuna na pang-adulto sa ilalim ng aming benepisyo sa inireresetang gamot ng Medicare Part D. Ipinaliliwanag ng **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* ang benepisyo sa inireresetang gamot para sa outpatient. Ipinapaliwanag nito ang mga panuntunang dapat ninyong sundin para saklawin ang mga reseta. Ipinaliliwanag ng **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* ang babayaran ninyo para sa pang-outpatient na mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	
	Pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga Ang pasilidad ng pag-aalaga (nursing facility o NF) ay lugar na nagbibigay ng pangangalaga sa mga tao na hindi maaaring kumuha ng pangangalaga sa bahay ngunit hindi kailangang nasa ospital. Kabilang sa mga serbisyong binabayaran namin ang, ngunit hindi limitado sa, mga sumusunod: • bahagyang pribadong silid (o isang pribadong silid kung isa itong medikal na kinakailangan) ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pag-aasikaso sa pasilidad ng pag-aalaga *(ipinagpatuloy)* • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo ng pag-aalaga • physical therapy, occupational therapy at speech therapy • respiratory therapy o therapy na kaugnay ng paghinga • mga gamot na ibinibigay sa inyo bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga. (Kabilang dito ang mga substance na natural na makikita sa katawan, gaya ng mga blood-clotting factor.) • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay • mga medikal at pang-operasyon na supply na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • ang paggamit ng mga kasangkapan, tulad ng wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga serbisyo ng doktor/practitioner • durable medical equipment • mga serbisyo sa ngipin, kabilang ang mga pustiso • mga benepisyo para sa paningin • mga pagsusuri sa pandinig • pangangalagang chiropractic • mga serbisyo sa podiatry Karaniwang tinatanggap ninyo ang inyong pangangalaga mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, magagawa ninyong kunin ang pangangalaga sa inyo mula sa pasilidad na wala sa aming network. Maaari kayong kumuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga para sa bayad ng aming plano: ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pag-aasikaso sa pasilidad ng pag-aalaga *(ipinagpatuloy)* • isang pasilidad ng pag-aalaga o komunidad ng mga nagretiro na may tuluy-tuloy na pangangalaga kung saan kayo nakatira bago kayo pumunta sa ospital (hangga't nagbibigay ito ng pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga). • isang pasilidad ng pag-aalaga kung saan nakatira ang asawa o kinakasama ninyo paglabas ninyo ng ospital.	
🍎	**Screening at therapy para sa labis na katabaan upang panatilihing mababa ang timbang** Kung mayroon kayong body mass index na 30 o higit pa, babayaran namin ang pagpapayo upang makatulong sa inyong magbawas ng timbang. Dapat ninyong kunin ang pagpapayo sa setting ng pangunahing pangangalaga. Sa ganoong paraan, maaari itong pamahalaan gamit ang inyong kumpletong plano ng pag-iwas. Makipag-usap sa inyong provider ng pangunahing pangangalaga upang malaman ang higit pa.	$0
	Mga serbisyo ng programang paggamot ng Opioid (Opioid treatment program, OTP) Binabayaran ng aming plano ang mga sumusunod na serbisyo sa paggamot ng sakit kaugnay ng sobrang paggamit ng opioid (opioid use disorder, OUD): • mga intake na aktibidad • papana-panahong pagtatasa: • mga gamot na inaprubahan ng FDA at, kung naaangkop, ang pangangasiwa at pagbibigay ng mga gamot na ito sa inyo • pagpapayo sa problema sa paggamit ng sangkap • indibidwal at pang-grupong therapy • pagtatasa para sa mga droga o kemikal sa inyong katawan (toxicology testing)	*$0*

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga outpatient na pagsusuring diagnostic at therapeutic na serbisyo at supply Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga medikal na kinakailangang serbisyong hindi nakalista dito: • Mga x-ray • radiation (radium at isotope) na therapy, kasama ang mga materyales at supply ng technician • mga supply na kaugnay sa operasyon, gaya ng mga benda • mga splint, cast at iba pang mga aparatong ginagamit para sa mga bali ng buto at pinsala sa kasukasuan • mga pagsusuri sa laboratoryo • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay • iba pang mga outpatient na pagsusuring diagnostic *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at isang referral at responsibilidad ito ng provider mo.*	$0

	Mga outpatient na serbisyo sa ospital
	
	Babayaran namin ang mga medikal na kinakailangang serbisyo na matatanggap ninyo sa outpatient na departamento ng isang ospital para sa pagsusuri o paggamot sa isang karamdaman o pinsala, tulad ng:
	• Mga serbisyo sa isang departamento para sa emergency o outpatient na klinika, gaya ng mga outpatient na operasyon o mga serbisyo ng pag-oobserba
	  ○ Tinutulungan ng mga serbisyo sa pagmamasid ang inyong doktor na malaman kung kinakailangan ninyong ma-admit sa ospital bilang isang “inpatient.”
	  ○ May panahon na maaari kayong nasa ospital nang magdamag at itinuturing pa ring isang “outpatient.”
	  ○ Makakakuha ka ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagiging inpatient o outpatient sa dokumentong ito: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf.
	
	Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina
		$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga outpatient na serbisyo sa ospital *(ipinagpatuloy)* • Mga pagsusuri sa mga Laboratoryo at pagsusuring diagnostic na sisingilin ng ospital • Pangangalaga sa kalusugan ng isip, kasama ang pangangalaga sa isang programa sa sandaling pagpapaospital, kung pinatunayan ng isang doktor na kakailanganin ang inpatient na paggamot kung wala ito • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na sisingilin ng ospital • Mga medikal na supply, gaya ng mga splint at cast • Ang mga screening at serbisyo ng pang-iwas ng problema ay nakalista sa buong Chart ng mga Benepisyo • Ilang gamot na hindi maaaring ibigay sa inyong sarili *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	
	Outpatient na pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan Babayaran namin ang mga serbisyo sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng: • isang psychiatrist o doktor na lisensyado ng estado • isang klinikal na psychologist • isang klinikal na social worker • isang klinikal na espesyalistang nurse • isang lisensiyadong propesyonal na counselor (licensed professional counselor, LPC) • isang lisensiyadong para sa mag-asawa at pamilya (licensed marriage and family therapist, LMFT) • isang nurse practitioner (NP) • isang assistant ng doktor (physician assistant, PA) • sinumang iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan ng isip na kwalipikado sa Medicare ayon sa pinapayagan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan ng outpatient *(ipinagpatuloy)* Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • mga serbisyo sa klinika • paggamot sa araw • mga serbisyong psychosocial na rehabilitasyon • bahagyang pagpapaospital o matinding mga programa para sa outpatient • pagsusuri at paggamot sa kalusugan ng isip ng indibidwal at grupo • psychological na pagsusuri kapag klinikal na isinasaad na aralin ang isang kinalabasan ng kalusugan ng isip • mga serbisyong outpatient upang masubaybayan ang gamot na pang-therapy • mga laboratoryo, gamot, supply at suplemento na pang-outpatient • psychiatric na konsultasyon *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	
	Mga outpatient na serbisyo ng rehabilitasyon Babayaran namin ang physical therapy, occupational therapy at speech therapy. Makukuha ninyo ang mga outpatient na serbisyo ng rehabilitasyon mula sa mga outpatient na departamento ng ospital, tanggapan ng independent na therapist, kumprehensibong outpatient na pasilidad ng rehabilitasyon (mga CORF), at iba pang mga pasilidad. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo sa problema sa paggamit ng sangkap na outpatient Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • screening at pagpapayo para sa pang-aabuso ng alkohol • paggamot sa pang-aabuso ng droga • panggrupo o pang-indibidwal na pagpapayo ng isang kwalipikadong clinician • subacute na detoxification sa isang programa para sa pagkalulong na may tirahan • mga serbisyo sa alak at/o droga sa isang sentro ng matinding outpatient na paggamot • paggamot gamit ang extended-release Naltrexone (vivitrol) *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	$0 para sa bawat indibidwal o pang-grupong therapy na pagbisita
	Outpatient na operasyon Babayaran namin ang outpatient na operasyon at mga serbisyo sa mga outpatient na pasilidad ng ospital at mga ambulatory na surgical center. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	$0 para sa bawat pagbisita sa isang ambulatory na surgical center o outpatient na pasilidad ng ospital.
	Mga Over-the-Counter (OTC) na Bagay* Kuwalipikado kayo sa buwanang allowance na $70 para sa mga OTC na gamot at supply na nakalista sa katalogo ng mga OTC na Bagay. Ang mga bagay tulad ng aspirin, mga vitamin, mga paghahanda para sa sipon at ubo, at mga bendahe ay saklaw ng benepisyong ito. Ang mga bagay tulad ng mga pampaganda at mga food supplement ay hindi saklaw ng benepisyong ito. ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga Over-the-Counter (OTC) na Bagay* ***(ipinagpatuloy)*** Ang katalogo ng mga OTC na bagay at mga tagubilin sa pag-order ay available online sa blueshieldca.com/medicareOTC. Maaari kayong umorder ng mga bagay sa pamamagitan ng telepono sa (888) 628-2770 [TTY: 711], Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 9:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. EST, o kaya online sa blueshieldca.com/medicareOTC. Ipapadala sa inyo ang inyong mga order nang walang dagdag na bayad. Magbigay ng humigit-kumulang 7 araw ng trabaho para sa delivery. Ang benepisyong ito ay magkakabisa sa unang araw ng bawat buwan. Maaari kayong magsagawa ng isang order kada buwan at hindi ninyo maaaring gamitin ang inyong hindi nagamit na allowance sa susunod na buwan. May ilang mga limitasyong ilalapat. Tingnan ang katalogo ng mga OTC na Bagay para sa higit pang impormasyon. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	
	Palliative na Pangangalaga Sinasaklaw ng aming plano ang palliative na pangangalaga. Ang palliative na pangangalaga ay para sa mga taong may seryosong sakit. Nagbibigay ito ng pangangalagang nakatuon sa pasyente at pamilya na nagpapahusay ng kalidad ng buhay sa pamamagitan ng pag-agap, pag-iwas, at paggamot sa pagdurusa. Ang Palliative na Pangangalaga ay **hindi** hospisyo, kaya hindi mo kailangang magkaroon ng inaasahang tagal ng buhay na anim na buwan o mas maikli para maging kuwalipikado sa palliative na pangangalaga. Ibinibigay ang palliative na pangangalaga kasabay ng panlunas/regular na pangangalaga. Kasama sa palliative na pangangalaga ang mga sumusunod: • maagang pagpaplano sa pangangalaga • pagsusuri at konsultasyon sa palliative na pangangalaga ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Palliative na Pangangalaga *(ipinagpatuloy)* • isang plano ng pangangalaga kabilang ang lahat ng awtorisadong pangangalagang hospisyo at curative, kabilang ang kalusugan ng isip at mga medikal na serbisyong panlipunan • mga serbisyo mula sa iyong itinalagang pangkat ng pangangalaga • pagsasaayos ng pangangalaga • pamamanihala ng pananakit at sintomas Maaaring hindi ninyo makuha nang magkasabay ang pangangalaga sa hospisyo at palliative na pangangalaga kung ikaw ay mahigit 21 taong gulang. Kung nakakakuha kayo ng palliative na pangangalaga at natutugunan ninyo ang pagiging karapat-dapat para sa pangangalaga sa hospisyo, maaari kayong humiling na lumipat sa pangangalaga sa hospisyo anumang oras.	
	Mga serbisyong bahagyang pagpapaospital at mga maigting na serbisyong outpatient Ang bahagyang pagpapaospital ay isang nakaayos na programa ng aktibong psychiatric na paggamot. Inihahandog ito bilang isang serbisyong outpatient ng ospital o ng isang sentro ng kalusugang pangkaisipan sa komunidad. Mas maigting ito kaysa sa pangangalagang nakukuha ninyo sa tanggapan ng inyong doktor, therapist, licensed marriage and family therapist (LMFT), o lisensyadong propesyonal na tagapayo. Makakatulong itong hindi kayo manatili sa ospital. Ang intensive o matinding serbisyong outpatient ay sistematikong programa ng paggamot sa pamamagitan ng aktibong therapy ng kalusugan ng pag-uugali (mental) na ibinibigay bilang outpatient na serbisyo sa ospital, sa isang community mental health center, isang Pederal na kwalipikadong health center, o isang rural na health clinic na mas matindi kaysa sa natatanggap na pangangalaga sa opisina ng doktor, therapist, LMFT, o lisensiyadong propesyonal na tagapayo ngunit di gaanong matindi kumpara sa bahagyang pagpapaospital. ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyong bahagyang pagpapaospital at mga maigting na serbisyong outpatient *(ipinagpatuloy)* **Tandaan:** Dahil walang mga sentro ng kalusugang pangkaisipan sa komunidad sa aming network, sinasaklaw lamang namin ang bahagyang pagpapaospital bilang isang serbisyong outpatient ng ospital. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	
	Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • medikal na kinakailangang pangangalagang pangkalusugan o mga serbisyo ng operasyon na ibinibigay sa mga lugar na tulad ng: • opisina ng doktor • sertipikadong ambulatory na surgical center • outpatient na departamento ng ospital • konsultasyon, pagsusuri, at paggamot ng isang espesyalista • mga pangunahing pagsusuri sa pandinig at balanse na ibibigay ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga, kung iniutos ito ng doktor ninyo upang malaman kung kailangan ninyo ng paggamot • Mga ilang telehealth na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo ng doktor upang magamot ang mga hindi pang-emergency na kondisyon tulad ng mga sintomas ng sipon at trangkaso, mga allergy, bronchitis, respiratory infection, mga problema sa sinus, pantal, impeksyon sa mata, migraine at iba pa. ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor *(ipinagpatuloy)* ○ Puwede ninyong matanggap ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagbisita o sa pamamagitan ng telehealth. Kung pinili ninyong tanggapin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, kailangang gumamit kayo ng isang provider na nasa network na nag-aalok ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. ○ Sumangguni sa "Karagdagang mga telehealth na serbisyo" na seksyon sa Chart ng Medikal na mga Benepisyo para sa karagdagang impormasyon. • mga telehealth na serbisyo para sa buwanang huling yugto ng sakit sa bato (end-stage renal disease, ESRD) mga may kaugnayang pagbisita para sa mga miyembro ng home dialysis sa isang naka-base sa ospital o critical access na naka-base sa ospital na sentro ng renal dialysis, pasilidad ng renal dialysis, o sa bahay • mga telehealth na serbisyo upang ma-diagnose, masuri, o gamutin ang mga sintomas ng stroke • mga telehealth na serbisyo para sa mga miyembrong may sakit sa paggamit ng droga o alak o kasabay na nagaganap na sakit sa kalusugan ng isip • mga telehealth na serbisyo para sa pagsusuri, pagtatasa, o paggamot ng mga sakit sa kalusugan ng isip kung: • mayroon kayong pagbisita nang personal sa loob ng 6 na buwan bago ang inyong unang telehealth na pagbisita • mayroon kayong pagbisita nang personal tuwing 12 buwan habang tumatanggap ng mga telehealth na serbisyong ito • may mga pagbubukod na maaaring gawin sa nabanggit sa itaas para sa mga ilang sitwasyon • mga telehealth na serbisyo para sa kalusugan ng isip na mga pagbisita na ibinibigay ng Mga Klinika para sa mga Rural na Health Clinic at mga Pederal na Kwalipikadong Health Center. ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor *(ipinagpatuloy)* • mga virtual na pag-check-in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) kasama ng inyong doktor sa loob ng 5-10 minuto **kung** ○ kayo ay hindi isang bagong pasyente **at** ○ ang pag-check-in ay hindi kaugnay sa isang pagbisita sa tanggapan sa nakaraang 7 araw **at** ○ ang pag-check-in ay hindi magreresulta sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamaagang kasunod na makukuhang appointment • Pagtatasa ng video at/o mga imahe na inyong ipinadala sa inyong doktor at pagbibigay-kahulugan at follow-up ng inyong doktor sa loob ng 24 na oras **kung**: ○ kayo ay hindi isang bagong pasyente at ○ ang pagsusuri ay hindi kaugnay sa isang pagbisita sa tanggapan sa nakaraang 7 araw **at** ○ ang pagtatasa ay hindi magreresulta sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamaagang kasunod na makukuhang appointment • Ang konsultasyon na ginagawa ng inyong doktor patungo sa iba pang mga doktor sa pamamagitan ng telepono, ng Internet, o ng elektronikong talaan ng kalusugan kung kayo ay hindi isang bagong pasyente • Ang ikalawang opinyon ng iba pang provider na nasa network bago ang operasyon • Hindi regular na pangangalaga sa ngipin. Nililimitahan ang mga saklaw na serbisyo sa: ○ operasyon sa panga o mga nauugnay na bahagi ○ pag-aayos sa mga bali sa panga o buto sa mukha ○ pagbunot ng ngipin bago ang mga radiation na paggamot sa neoplastic cancer ○ mga serbisyong sasaklawin kapag ibinigay ng isang doktor	

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran

	Mga serbisyo sa podiatry
	
	Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo:
	• pagsusuri at medikal o pang-operasyong paggamot sa mga pinsala at sakit sa paa (gaya ng hammer toe o heel spur)
	• karaniwang pangangalaga sa paa para sa mga miyembrong may kondisyong nakaaapekto sa binti, gaya ng diabetes
	• karaniwang (hindi saklaw ng Medicare) pangangalaga sa paa* ay sumasaklaw sa:
	  ○ ang paggupit o pagtanggal ng tumubong makakapal na balat at kalyo
	  ○ ang pagpapantay, paggugupit, pagpapaiksi, o paggamot ng mga kuko
	
	* Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.
		$0

	Mga screening na pagsusuri para sa prostate cancer Para sa mga lalaking edad 50 pataas, binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo isang beses kada 12 buwan: • isang digital na rectal exam • isang prostate specific antigen (PSA) na pagsusuri	$0
	Mga prosthetic at orthotic na device at mga kaugnay na supply Pinapalitan ng mga prosthetic device ang lahat o ilang bahagi ng parte ng katawan o ang ginagawa nito. Kabilang dito, ngunit hindi limitado sa: • pagsusuri, pagsusukat, o pagsasanay sa paggamit ng mga prosthetic at orthotic na device • mga colostomy bag at suplay na may kaugnayan sa pangangalaga sa colostomy ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Mga prosthetic at orthotic na device at mga kaugnay na supply *(ipinagpatuloy)* • enteral at parenteral na nutrisyon, kabilang ang mga supply kit para sa pagkain, infusion pump, tubing at adaptor, solutions, at mga supply para sa pag-iiniksiyon ng sarili • mga pacemaker • mga brace • mga prosthetic na sapatos • mga artipisyal na braso at binti • mga prostheses na suso (kabilang ang surgical na brassiere pagkatapos ng mastectomy) • prostheses na gagamitin bilang kapalit ng lahat o bahagi ng labas na parte ng mukha na tinanggal o nagkaroon ng kapansanan bilang resulta ng sakit, pinsala, o depektong naroroon na mula pa nang pagkabata • incontinence cream at mga diaper Babayaran namin ang ilang supply na may kaugnayan sa mga prosthetic at orthotic na device. Babayaran din namin ang pagkukumpuni o pagpapalit ng mga prosthetic at orthotic na device. Nag-aalok kami ng ilang saklaw pagkatapos ng pag-alis ng katarata o operasyon sa katarata. Sumangguni sa “Pangangalaga sa paningin” na matatagpuan mamaya sa chart na ito para sa mga detalye. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	
	Mga pulmonary na serbisyo ng rehabilitasyon Babayaran namin ang mga pulmonary na programa ng rehabilitasyon para sa mga miyembrong may bahagya hanggang matinding chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Dapat ay mayroon kayong isang referral para sa pulmonary na rehabilitasyon mula sa doktor o provider na gumagamot ng COPD. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Screening at pagpapayo para sa mga sekswal na naipapasang impeksyon (Sexually transmitted infection, STI) Babayaran namin ang mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Sinasaklaw ang mga screening na ito para sa mga buntis at para sa ilan na mataas ang panganib na magkaroon ng STI. Dapat na iutos ng isang provider ng pangunahing pangangalaga ang mga pagsusuri. Sinasaklaw namin ang mga pagsusuring ito isang beses bawat 12 buwan o sa mga espespikong pagkakataon habang buntis. Bababayaran din namin ang hanggang dalawang session ng harapan at masinsinang pagpapayo sa pag-uugali kada taon para sa mga sekswal na aktibong nasa hustong gulang na may mataas na panganib na magkaroon ng mga STI. Ang bawat session ay maaaring tumagal nang 20 hanggang 30 minuto. Babayaran namin ang mga sesyon ng pagpapayo na ito bilang isang serbisyong pang-iwas sa sakit lamang kung ibinibigay ng isang provider ng pangunahing pangangalaga. Dapat gawin ang mga session sa isang setting ng pangunahing pangangalaga, gaya ng tanggapan ng doktor.	$0
	Pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF): Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • isang medyo-pribadong kuwarto, o isang pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo ng pag-aalaga • physical therapy, occupational therapy at speech therapy • mga gamot na makukuha ninyo bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga, kasama ang mga sangkap na natural na nasa katawan, gaya ng mga blood-clotting factor ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pag-aasikaso sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF) ***(ipinagpatuloy)*** • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay • mga medikal at pang-operasyon na supply na ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga pagsusuri sa laboratoryo na ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga kasangkapan, tulad ng mga wheelchair, na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga serbisyo ng doktor/provider Karaniwang tinatanggap ninyo ang inyong pangangalaga mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, magagawa ninyong kunin ang pangangalaga sa inyo mula sa pasilidad na wala sa aming network. Maaari kayong kumuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga para sa bayad ng aming plano: • isang pasilidad ng pag-aalaga o komunidad ng mga nagretiro na may tuluy-tuloy na pangangalaga kung saan kayo nanirahan bago kayo pumunta sa ospital (hangga't nagbibigay ito ng pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga) • isang pasilidad ng pag-aalaga na tinitirhan ng asawa o kinakasama ninyo paglabas ninyo ng ospital *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	
	Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako Kung gumagamit kayo ng tabako ngunit walang mga senyales o sintomas ng sakit na may kaugnayan sa tabako, and nagnanais o nangangailangan ninyong huminto: ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako *(ipinagpatuloy)* • Babayaran namin ang dalawang pagtatangkang huminto sa loob ng 12 buwan bilang serbisyong pang-iwas sa sakit. Libre para sa inyo ang serbisyong ito. Kabilang sa bawat isang pagtatangkang tumigil ang hanggang sa apat na pagbisita sa harap-harapang pagpapayo. Kung gumagamit kayo ng tabako at na-diagnose ng sakit na may kaugnayan sa tabako o umiinom ng gamot na maaaring maapektuhan ng tabako: • Babayaran namin ang dalawang pagpapayo para sa mga pagtangkang tumigil sa loob ng 12 buwan. Kasama sa bawat pagpapayo para sa pagsubok ang hanggang sa apat na harapang pagbisita.	
	Pinangangasiwaang pageehersisyong therapy (supervised exercise therapy, SET) Binabayaran namin ang SET para sa mga miyembrong may sintomas ng peripheral artery disease (PAD) na may referral para sa PAD mula sa doktor na responsable sa PAD na paggamot. Babayaran ng aming plano ang: • nang hanggang sa 36 na mga sesyon sa isang 12-linggong panahon kung ang lahat ng mga SET na pangangailangan ay nakakamit • isang karagdagang 36 na sesyon sa hinaharap kung napagpasiyahang medikal na kinakailangan ng isang provider ng pangangalagang pangkalusugan Ang SET na programa ay dapat na: • 30 hanggang sa 60-minutong mga sesyon ng isang therapeutic na pagsasanay na ehersisyong programa para sa PAD sa mga miyembrong dumaranas ng pamumulikat sa hita dahil sa hindi magandang pagdaloy ng dugo (claudication) ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pinangangasiwaang pageehersisyong therapy (supervised exercise therapy, SET) *(ipinagpatuloy)* • sa isang ospital na outpatient na sitwasyon o sa isang tanggapan ng doktor • na galing sa kwalipikadong mga tauhan na siyang naniniguro na ang benepisyo ay higit pa sa negatibo at mga sinanay sa ehersisyong therapy para sa PAD • sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng isang doktor, assistant ng doktor, o nurse practitioner/klinikal na nurse na espesyalistang sinanay sa kapwa basic at advanced na mga pamamaraan sa life support *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	
	Transportasyon: Hindi pang-emergency na medikal na transportasyon Binibigyang-daan ng benepisyong ito ang transportasyon na pinakasulit at naa-access. Maaaring kasama dito ang: mga serbisyo ng medikal na transportasyon na ambulansiya, litter van, wheelchair van, at pakikipag-ugnayan sa para transit. Pinapahintulutan ang mga anyo ng transportasyon kapag: • hindi kayo pinapayagan ng inyong medikal at/o pisikal na kondisyon na maglakbay sa pamamagitan ng bus, pampasaherong kotse, taxi o iba pang pampubliko o pribadong transportasyon, **at** • maaaring kailanganin ang paunang pahintulot, depende sa serbisyo Tandaan: Ang mga pagsasaayos para sa transportasyon ay inaasikaso ng Call The Car. Ang mga miyembro ay dapat na makipag-ugnayan sa Call The Car sa (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para magpa-schedule, i-edit, subaybayan, at kanselahin ang mga reservation para sa sidewalk, pinto hanggang pinto, at wheelchair. Hindi maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para sa transportasyon ng gurney at kailangan ninyong tumawag para gumawa ng ganoong reservation. Ang pagsasaayos para sa transportasyon ay dapat gawin nang hindi bababa sa 24 na oras nang maaga.	$0, hanggang sa pinagsamang limitasyon ng 48 one-way na mga biyahe bawat taon para sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon o hindi medikal na transportasyon at vbID na di-medikal na transportasyon. Sinasaklaw ng Medi-Cal ang walang limitasyong mga biyahe sa mga inaprubahang lokasyon pagkatapos magamit ang inyong 48 one-way na biyahe.

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Transportasyon: Di-medikal na transportasyon* Pinapayagan ng benepisyong ito ang transportasyon sa mga serbisyong medikal sa pamamagitan ng kotse, taxi o iba pang mga anyo ng pampubliko/pampribadong transportasyon. Kinakailangan ang transportasyon para makuha ang kinakailangang medikal na pangangalaga, kabilang ang paglalakbay sa mga appointment sa ngipin, pagbisita sa tanggapan ng doktor, at kumuha ng mga inireresetang gamot sa isang parmasyang nasa network. Mayroon kayong pinagsamang limitasyon ng 48 one-way na biyahe bawat taon para sa di-medikal na transportasyon at hindi medikal na transportasyon na VBID. Tandaan: Ang mga pagsasaayos para sa transportasyon ay inaasikaso ng Call The Car. Ang mga miyembro ay dapat na makipag-ugnayan sa Call The Car sa (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Ang pagsasaayos para sa transportasyon ay dapat gawin nang hindi bababa sa 24 na oras nang maaga. Naghahandog ang Call The Car ng isang mobile application (CTC-Go) na maaaring gamitin ng mga miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan upang makoordina ang kanilang transportasyon sa pangangalagang pangkalusugan. Binibigyan kayo ng CTC-Go ng pagkakataong mapag-aralan ang paparating na o kaya ang mga nakaraang reservation, bigyan ng grado ang inyong karanasan sa transportasyon, subaybayan ang progreso ng inyong driver, kanselahin ang kasalukuyang reservation, at magpa-schedule ng isang bagong reservation. Ang CTC-Go ay maaaring matagpuan sa iOS at Android. Hanapin sa inyong app store ang “CTC-Go” at i-download ang application. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	$0, hanggang sa pinagsamang limitasyon na may bilang na 48 mga one-way na biyahe bawat taon para sa di-medikal na transportasyon at VBID na di-medikal na transportasyon. Sinasaklaw ng Medi-Cal ang walang limitasyong mga biyahe sa mga inaprubahang lokasyon pagkatapos magamit ang inyong 48 one-way na biyahe.

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Agarang kailangang pangangalaga Ang agarang kailangang pangangalaga ay pangangalagang ibinibigay upang gamutin ang: • isang hindi emergency na nangangailangan ng kaagad na medikal na pangangalaga, **o** • isang hindi inaasahang karamdaman, **o** • isang pinsala, **o** • isang kondisyong nangangailangan kaagad ng pangangalaga. Kung kailangan ninyo ng agarang kailangang pangangalaga, dapat munang subukan kung maaari niyong makakuha nito sa isang provider na nasa network. Gayunman, maaari kayong gumamit ng mga provider na wala sa network kapag hindi kayo makapunta sa mga provider na nasa network dahil sa inyong oras, lugar, o sitwasyon, hindi posible, o hindi makatuwiran, na makakuha ng mga serbisyo mula sa mga provider na nasa network (halimbawa, kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng plano at nangangailangan ng medikal na agarang serbisyo para sa hindi inaasahang kondisyon ngunit hindi isang medikal na emergency). Pandaigdigang saklaw*. Wala kayong pinagsamang taunang limitasyon para sa pang-emergency na pangangalaga o mga agarang kailangang serbisyo sa labas ng Estados Unidos at sa kaniyang mga mga teritoryo na hindi angkop ang pinakamataas na limitasyon ng plano para sa sariling gastos. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	$0 20% na coinsurance para sa pandaigdigang agarang saklaw (ipasasawalang-bisa ang coinsurance kung naospital sa loob ng isang araw para sa parehong kondisyon).
	Modelo ng Batay-sa-Halaga na Disenyo ng Insurance (Value-Based Insurance Design, VBID)* Kung na-enroll kayo sa BlueShield TotalDual Plan at kuwalipikado para sa Low-Income Subsidy (LIS), karapat-dapat kayong makatanggap ng mga benepisyo ng Value-Based Insurance Design (VBID). Kasama sa mga sinasaklaw na benepisyo ng programa ang: ***Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina***	$0, hanggang $50 na allowance kada buwan para sa mga saklaw na bagay.

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran

	Modelo ng Batay-sa-Halaga na Disenyo ng Insurance (Value-Based Insurance Design, VBID)* ***(ipinagpatuloy)***
	
	• Masustansyang Grocery:
	  ○ Buwanang allowance para sa pagbili ng malusog at masustansiyang pagkain at produkto. Ang mga inaprubahang item ay maaaring bilhin sa mga lokal na inaprubahang tagatingi upang tulungan ang mga miyembro sa pagpapanatili ng malusog na diyeta upang suportahan ang kanilang mga pangangailangan sa nutrisyon.
	  ○ Ang inyong allowance ay $50 bawat buwan para sa mga saklaw na bagay.
	  ○ Hindi maaaring malipat ang allowance na ito sa mga susunod na buwan.
	
	Hindi maaaring pagsamahin ang mga allowance para sa serbisyo ng hearing aid at Healthy Grocery. Ang bawat benepisyo ay may hiwalay na allowance.
	
	Ang Healthy Benefits+ ay panggastos na card na may kargang allowance ng benepisyo upang makatulong sa pagbabayad sa mga saklaw na item at serbisyo.
	
	Makakatanggap kayo ng sulat mula sa tagapangasiwa ng benepisyo gamit ang inyong personalized na card ng benepisyo. Ipapaalam sa inyo ng sulat na ito na nailagay na sa inyong card ang halaga ng allowance. Magbibigay din ito ng impormasyon kung paano ma-access ang higit pang mga detalye sa benepisyo sa pamamagitan ng telepono, website o mobile app.
	
	Para sa mga tanong tungkol sa benepisyong ito, maaari kayong tumawag sa tagapangasiwa ng benepisyo sa (855) 572-6341 [TTY: 771), 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras, Linggo hanggang Sabado, Oktubre 1 hanggang Marso 31, at Lunes hanggang Biyernes, Abril 1 hanggang Setyembre 30. Maaari rin kayong pumunta online sa HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA para sa higit na detalye.
	
	• Transportasyon: pinalawak na di-medikal na transportasyon*
	
	Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina
		$0, hanggang sa pinagsamang limitasyon ng 48 one-way na mga biyahe bawat taon para sa di-medikal na transporation at vbID na di-medikal na transportasyon.

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Modelo ng Batay-sa-Halaga na Disenyo ng Insurance (Value-Based Insurance Design, VBID)* ***(ipinagpatuloy)*** Pinapayagan ng benepisyong ito ang transportasyon sa mga serbisyong medikal sa pamamagitan ng kotse, taxi o iba pang mga anyo ng pampubliko/pampribadong transportasyon. Maaaring gamitin ang transportasyon upang ma-access ang mga benepisyong hindi saklaw ng Medicare na inaalok ng plano, tulad ng: ○ Mga lokasyon ng fitness sa network ng SilverSneakers ○ Mga aprubadong lokasyon ng tindahan ng Healthy Grocery ○ Mga hearing aid sa provider ng hearing aid na pinili ninyo ○ Mga chiropractic service sa network na inaprubahan ng planong pangkalusugan ○ Mga serbisyo sa paningin at ngipin sa network na inaprubahan ng planong pangkalusugan Mayroon kayong pinagsamang limitasyon ng 48 one-way na biyahe bawat taon para sa di-medikal na transportasyon at hindi medikal na transportasyon na VBID. Tandaan: Ang mga pagsasaayos para sa transportasyon ay inaasikaso ng Call The Car. Ang mga miyembro ay dapat na makipag-ugnayan sa Call The Car sa (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Ang pagsasaayos para sa transportasyon ay dapat gawin nang hindi bababa sa 24 na oras nang maaga. Naghahandog ang Call The Car ng isang mobile application (CTC-Go) na maaaring gamitin ng mga miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan upang makoordina ang kanilang transportasyon sa pangangalagang pangkalusugan. Binibigyan kayo ng CTC-Go ng pagkakataong mapag-aralan ang paparating na o kaya ang mga nakaraang reservation, bigyan ng grado ang inyong karanasan sa transportasyon, subaybayan ang progreso ng inyong tsuper, kanselahin ang isang umiiral na reservation, at magpa-schedule ng isang bagong reservation. Ang CTC-Go ay maaaring matagpuan sa iOS at Android. Hanapin sa app store mo ang “CTC-Go” at i-download ang application. *Ang mga serbisyo ay hindi nalalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga sa paningin (saklaw ng Medicare) Babayaran namin ang mga outpatient na serbisyo ng doktor para sa pagsusuri at paggamot sa mga sakit at pinsala sa mata. Halimbawa, kabilang dito ang taunang mga pagsusuri sa mata para sa diabetic retinopathy para sa mga taong may diabetes at paggamot para sa may kaugnayan sa edad na macular degeneration. Para sa mga taong may mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma, babayaran namin ang isang screening para sa glaucoma kada taon. Kabilang sa mga taong may mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma ang: • mga taong may kasaysayan ang pamilya ng glaucoma • mga taong may diabetes • Mga African-American na edad 50 pataas • Mga Hispanic American na edad 65 pataas Babayaran namin ang isang pares ng salamin sa mata o contact lens pagkatapos ng bawat operasyon sa katarata kapag naglagay ang doktor ng intraocular lens. Kung mayroon kayong dalawang magkahiwalay na operasyon sa katarata, kakailanganin ninyong kumuha ng isang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng bawat operasyon. Hindi kayo maaaring kumuha ng dalawang pares ng mga salamin sa mata pagkatapos ng ikalawang operasyon, kahit na hindi kayo kumuha ng isang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng unang operasyon. *Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.*	$0 para sa bawat pagsusuri ng mata na saklaw ng Medicare. $0 na copay $0 na copay

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga sa paningin, hindi saklaw ng Medicare (mula sa isang provider na nasa network)*	
	Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: • Karaniwang pagsusuri ng mata, kabilang ang refraction at reseta para sa mga lens sa salamin sa mata. Kung nagrekomenda ang provider ng karagdagang mga pamamaraan, kayo ang may pananagutan sa pagbabayad para sa mga karagdagang gastos. Ang mga pagtatasa para sa contact lens ay nangangailangan ng karagdagang bayad. Responsibilidad ninyo ang pagbabayad para sa karagdagang gastos. • Mga frame at lens (kabilang ang single, lined bifocal, lined trifocal, at lenticular na mga lens) para sa salamin sa mata o mga contact lens Ang paunang pahintulot (maagang pag-apruba) ay HINDI kinakailangan. Gamitin ang Direktoryo ng Paningin (*Vision Directory*) o pumunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor upang maghanap ng provider na kasali sa network ng Vision Service Plan (VSP) (Blue Shield Vision Plan Administrator). *Ang mga serbisyo ay hindi nalalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	Ang babayaran ninyo ay $0 para sa isang eksaminasyon kada 12 buwan kapag gumamit kayo ng provider na nasa network. Magbabayad kayo ng $0 para sa mga frame ng salamin sa mata (na may presyong hanggang sa regular na halaga na $200) bawat 12 buwan kapag gumamit kayo ng provider na nasa network. Kung pumili kayo ng frame ng salamin sa mata na ang halaga ay higit sa $200, kayo ang magbabayad sa sobra. Ang babayaran ninyo ay $0 para sa alinman as isang pares ng iniresetang lens ng salamin sa mata (anuman ang laki o kapal) O para sa mga contact lens (na nagkakahalaga ng hanggang $200 para sa mga serbisyo at materyal ng contact lens) bawat 12 buwan kapag gumamit kayo ng provider na nasa network. Kung ang presyo ng serbisyo at materyales ay higit sa $200, kayo ang magbabayad sa sobra.

Mga serbisyong binabayaran ng aming plano		Ano ang dapat ninyong bayaran
	Pangangalaga sa paningin, hindi saklaw ng Medicare (mula sa isang provider na nasa network)* • Karaniwang pagsusuri ng mata, refraction at reseta para sa mga lens sa salamin sa mata. • Mga frame at lens (kabilang ang single, lined bifocal, lined trifocal, at lenticular na lens) para sa salamin sa mata o mga contact lens. Maaari kayong, kung gusto niyong, makipagkita sa isang optometrist o optician na hindi isang provider sa network ng Blue Shield TotalDual Plan. Gayunpaman, maaaring hindi kayo makakatanggap ng magkaparehong serbisyo mula sa isang provider na nasa network kung ikukumpara sa isang provider na wala sa network. Kung pumili kayo ng isang provider na wala sa network, karapat-dapat kayong makatanggap ng bahagyang reimbursement para sa mga serbisyong ibinigay, maliban na lamang kung narating na ninyo ang limitasyon ng inyong benepisyo para sa serbisyo ng paningin na inyong ginagamit. Tumawag sa Serbisyo Sa Customer upang humiling ng isang form ng pag-reimburse at para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghiling ng pag-reimburse. Ang paunang pahintulot ay HINDI kailangan. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	Kayo ay ire-reimburse nang hanggang sa $30 para sa isang eksaminasyon kada 12 buwan. Kayo ay ire-reimburse nang hanggang sa $35 para sa isang pares ng frame ng salamin sa mata kada 12 buwan. Kayo ay ire-reimburse nang hanggang sa $35 para sa alinman sa isang pares ng de-resetang lens ng salamin sa mata (kahit anuman ang kanyang laki o kapal) **O** para sa mga contact lens kada 12 buwan.
	"Maligayang Pagdating sa Medicare" na pagbisitang pang-iiwas sa sakit Sinasaklaw namin ang isang beses na "Welcome sa Medicare" na pagbisitang pang-iiwas sa sakit. Kasama sa pagbisita ang: • isang pagsusuri ng inyong kalusugan, • edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga serbisyong pang-iiwas sa sakit na kailangan ninyo (kabilang ang mga screening at iniksyon), **at** • mga referral para sa iba pang pangangalaga kung kailangan ninyo ito. **Tandaan:** Sinasaklaw lang namin ang "Welcome sa Medicare" na pagbisitang pang-iwas sa sakit sa loob ng unang 12 buwan na mayroon kayong Medicare Part B. Kapag gumawa kayo ng inyong appointment, sabihin sa tanggapan ng inyong doktor na gusto ninyong i-iskedyul ang inyong "Welcome sa Medicare" na pagbisitang pang-iwas sa sakit.	$0

E. Chart ng Pamamaraan sa mga Saklaw na Benepisyo sa Ngipin

Chart ng Pamamaraan sa Mga Benepisyo sa Ngipin

Ang mga benepisyo sa ngipin ay kasama para sa lahat ng Miyembro sa planong ito at sinasaklaw ang ilang komprehensibong pamamaraan para sa ngipin.

Ang sumusunod na ***Chart ng mga Benepisyo sa Ngipin*** ay nagpapakita ng partikular na mga pamamaraan sa ngipin na saklaw ng Plano at wala kayong babayaran. Ang mga nakalistang serbisyo ay mga saklaw na benepisyo kapag ibinibigay ito ng isang dentistang nasa network at kapag kinakailangan at nakaugalian ayon sa mga pamantayang karaniwang tinatanggap ng mga dentista.

Mahalaga: Pakitandaan na ang **mga pamamaraang hindi nakalista ay hindi saklaw**.

Mahalaga: May ilang mga serbisyo sa ngipin na hindi saklaw sa kahit anumang kondisyon (na kilala rin blang Mga di-kasama) at may ilang mga serbisyo sa ngipin na saklaw lamang sa ilalim ng partikular na mga kondisyon (kilala rin bilang Mga Limitasyon). Pakitingnan ang hanay ng "Mga karaniwang limitasyon" sa ***Chart ng mga Benepisyo sa Ngipin*** sa ibaba at ang "Mga karaniwang hindi saklaw" na nakalista pagkatapos ng ***Chart ng mga Benepisyo sa Ngipin*** para sa higit pang impormasyon.

Mahalaga: Ang nakalistang limitasyon kung gaano kadalas sa hanay ng "Mga Karaniwang Limitasyon" ng ***Chart ng Mga Benepisyo sa Ngipin*** sa ibaba na hindi binaggit kung bawat taon ng plano o habambuhay ay batay sa huling petsa ng serbisyo. Halimbawa, ang limitasyon na 1 bawat 6 buwan ay nangangahulugang maaari kayong makatanggap ng nakalistang serbisyo isang beses bawat anim na buwan mula sa petsa na huling natanggap ninyo ang parehong serbisyo. Kaya, kung natanggap ninyo ang inyong unang serbisyo sa Enero 1st, magiging karapat-dapat kayo muli para sa serbisyong iyon sa Hulyo 1st. Kung natanggap ninyo ang inyong unang serbisyo sa Hulyo 1st, hindi kayo magiging karapat-dapat para sa serbisyong iyon hanggang Enero 1st ng susunod na taon ng plano. Ang mga serbisyong walang limitasyon sa dalas na nakalista ay walang limitasyong kapag kinakailangan at nakaugalian ayon sa mga pamantayang karaniwang tinatanggap ng mga dentista.

Ang mga serbisyo ay nakalista sa code ng pamamaraan ng American Dental Association (ADA) base sa kasalukuyang dental na terminolohiya. Iniaatas ng pederal na batas ang paggamit ng ADA code upang maiulat ang mga dental na mga pamamaraan. Ang mga code ng pamamaraan ay maaaring baguhin sa papana-panahon ng ADA. Samakatuwid, maaaring baguhin ng Plano ang listahan ng code na ito alinsunod sa pangangailangan ng batas. Maaari kayong makakuha ng kasalukuyang bersiyon ng listahan ng code ng ADA sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa customer service department ng Dental Plan Administrator (DPA) sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban sa mga

holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado't Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Code ng ADA	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa inyo	Ano ang dapat ninyong bayaran	Mga karaniwang limitasyon
Mga Restorative na Serbisyo			
D2720	Crown - resin na may high noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2722	Crown - resin na may noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2750	Crown - porcelain na pinagsama sa high noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2752	Crown - porcelain na pinagsama sa noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2790	Crown - full cast high noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2792	Crown - full cast noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
Prosthodontics (natatanggal)			
D5670	Palitan ang lahat ng ngipin at acrylic sa cast metal na framework (maxillary)	$0	1 sa 6 buwan
D5671	Palitan ang lahat ng ngipin at acrylic sa cast metal na framework (mandibular)	$0	1 sa 6 buwan
D5710	Rebase kumpletong maxillary na pustiso	$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
D5711	Rebase kumpletong mandibular na pustiso	$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
D5720	Rebase maxillary partial na pustiso	$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
D5721	Rebase mandibular partial na pustiso	$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
Prosthodontics (permanente)			
D6240	Pontic - porcelain na pinagsama sa high noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo
D6242	Pontic - porcelain na pinagsama sa noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo
D6250	Pontic - resin na may high noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo
D6252	Pontic - resin na may noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo

Code ng ADA	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa inyo	Ano ang dapat ninyong bayaran	Mga karaniwang limitasyon
D6750	Retainer crown - porcelain na pinagsama sa high noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo
D6752	Retainer crown - porcelain na pinagsama sa noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo
Mga Restorative na Serbisyo			
D2720	Crown - resin na may high noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2722	Crown - resin na may noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2750	Crown - porcelain na pinagsama sa high noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2752	Crown - porcelain na pinagsama sa noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2790	Crown - full cast high noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2792	Crown - full cast noble metal	$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D5671	Palitan ang lahat ng ngipin at acrylic sa cast metal na framework (mandibular)	$0	1 sa 6 buwan
D5710	Rebase kumpletong maxillary na pustiso	$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
D5711	Rebase kumpletong mandibular na pustiso	$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
D5720	Rebase maxillary partial na pustiso	$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
D5721	Rebase mandibular partial na pustiso	$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
Prosthodontics (permanente)			
D6240	Pontic - porcelain na pinagsama sa high noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo
D6242	Pontic - porcelain na pinagsama sa noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo
D6250	Pontic - resin na may high noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo
D6252	Pontic - resin na may noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo

Code ng ADA	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa inyo	Ano ang dapat ninyong bayaran	Mga karaniwang limitasyon
D6750	Retainer crown - porcelain na pinagsama sa high noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo
D6752	Retainer crown - porcelain na pinagsama sa noble metal	$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon sa kalendaryo

TANDAAN: Kapit lang ang mga nakalistang halaga ng Bahaging Gastos ng Miyembro kapag tumanggap kayo ng mga serbisyo sa ngipin mula sa isang dentistang nasa network.

TANDAAN: Dahil nakikipagkontrata ang Blue Shield sa Medicare kada taon, ang mga benepisyong ito sa ngipin ay maaaring hindi available sa susunod na taon.

Pagkuha ng Pangangalaga sa Ngipin

Panimula
Ang dental Plan ng Blue Shield of California ay pinangangasiwaan ng isang nakakontratang Tagapangasiwa ng Dental Plan (DPA), isang nilalang na nakikipagkontrata sa Blue Shield of California upang mapangasiwaan ang pagbibigay na serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng isang network ng naka-kontratang mga dentista. Kung mayroon kayong anumang mga tanong tungkol sa impormasyon na nasa seksyon ng ngipin na ito, nangangailangan ng tulong, o may anumang problema, maaari kayong pakikpag-ugnayan sa customer service department ng DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban ang mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado't Linggo mula Abril 1 hanggang Septiyembre 30.

Bago Tumanggap ng Mga Serbisyo sa Ngipin

May pananagutan kayo na siguraduhing ang dentistang inyong pinili ay nasa network.

Ang nasa network lamang na Plano ng ngipin ay hindi nagbabayad ng mga benepisyo sa mga dentistang nasa labas ng network. Ang mga serbisyong natanggap mula sa isang dentistang wala sa network ay hindi sasaklawin. Kapag tumanggap kayo ng mga serbisyo mula sa isang dentistang wala sa network, magiging responsable kayo para sa pagbabayad nang direkta sa dentista para sa buong halagang sinisingil ng dentista.

TANDAAN: Ang katayuan ng isang dentistang nasa network ay maaaring magbago. Responsibilidad ninyong siguraduhin na ang inyong dentista ay kasalukuyang nasa network, kung sakali mang mayroong anumang pagbabago sa listahan ng nakakontratang mga dentista. Maaaring makakuha ng listahan ng mga dentistang nasa network sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa customer service department ng DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**,

8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado't Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Ang Pagbisita sa Inyong Dentista

Mga ilang sandali pagkatapos na makapag-enroll, makakatanggap kayo ng isang pakete ng membership mula sa DPA na nagsasabi ng petsa ng pagka-epektibo ng inyong mga benepisyo at ang address at numero ng telepono ng inyong dentista na nasa network o ang dentista ng pangunahing pangangalaga (primary care dentist, PCD). Pagkatapos ng petsa ng pagka-epektibo na nasa inyong pakete ng membership, maaari kayong makatanggap ng mga saklaw na serbisyong pangangalaga sa ngipin. Upang gumawa ng appointment, tawagan lamang ang pasilidad ng inyong PCD at ipakilala ang inyong sarili bilang isang Blue Shield TotalDual Plan na Miyembro. Ang mga pangunahing appointment ay dapat na naka-schedule sa loob ng apat na linggo maliban na lamang kung may partikular na panahong hinihiling. Ang mga tanong tungkol sa kung kailan maaaring makakuha ng mga appointment at kung kailan maaaring makipagkita ng mga dentista ay dapat na idirekta sa customer service department ng DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado't Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

TANDAAN: Ang bawat Miyembro ay dapat na pumunta sa kanilang itinalagang PCD upang makatanggap ng mga saklaw na serbisyo, maliban sa mga serbisyong ibinibigay ng isang espesyalista na paunang pinahintulutan sa pamamagitan ng sulat ng DPA. Ang anumang iba pang paggamot ay hindi saklaw sa ilalim ng Blue Shield TotalDual Plan.

Kailangang makipag-ugnayan kayo sa inyong PCD para sa lahat ng mga pangangailangan sa pangangalaga ng ngipin kabilang ang konsultasyon sa mga espesyalista sa plano. Ang PCD ay may responsibilidad sa pagbibigay ng pangkalahatang mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin at sa pag-koordina o pagsasaayos ng rekomendasyon sa iba pang kinakailangang mga espesyalista sa plano. Dapat pahintulutan ng Plano ang mga naturang rekomendasyon.

Mga Copayment ng Miyembro

Bago simulan ang inyong paggamot, ang inyong dentista ay gagawa ng isang plano sa paggamot upang makamit ang inyong indibidwal na mga pangangailangan. Pinakamabuting makipag-usap sa inyong dentista tungkol sa inyong plano sa paggamot at pinansiyal na mga pananagutan bago simulan ang paggamot.

Ibinibigay sa inyo nang libre ang mga sinasaklaw na serbisyo sa ngipin mula sa isang dentistang nasa network. Kung pipiliin ninyong pumunta sa isang dentistang wala sa network, walang ibibigay na mga benepisyo at magiging responsable kayo para sa pagbabayad nang direkta sa dentista para sa buong halagang sinisingil ng dentista.

Kung kailangan ninyo ng karagdagang tulong sa pagkuha ng impormasyon tungkol sa inyong plano sa paggamot, maaari kayong makipag-ugnayan sa customer service department ng DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado't Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Ang pagpili ng pangunahing pangangalaga na dentista

Sa panahon ng pag-enroll, kailangan ninyong piliin ang dentistang nasa network upang maging inyong PCD. Kung hindi kayo pumili ng isang dentista sa network o hindi available ang dentistang nasa network, hihilingin ng DPA ang pagpili ng iba pang dentistang nasa network o kaya itatalaga kayo sa ibang dentista sa network. Maaari ninyong baguhin ang nasa network na dentistang nakatalaga sa inyo sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa customer service department ng DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado't Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30. Upang matiyak na inabisuhan ang inyong dentista sa network at tama ang listahan ng DPA sa mga kuwalipikado, dapat hilingin ang mga pagbabago sa mga dentistang nasa network bago sumapit ang ika-21 araw ng buwan upang maging epektibo ang mga pagbabago sa unang araw ng susunod na buwan.

Kung ang inyong dentista ay hindi na naka-kontrata sa Blue Shield TotalDual Plan DPA

Kung ang inyong piniling dentistang nasa network ay hindi na maaaring makapagpatuloy sa ilalim ng kontrata ng DPA dahil hindi na niya kayang tuparin o kaya lumabag siya sa kontrata, o kung tinapos ng DPA ang kontrata, aabisuhan kayo ng DPA nang hindi bababa sa 30 araw sa kalendaryo bago sumapit ang epektibong petsa ng pagwawakas ng dentista upang mabigyan kayo ng pagkakataong pumili ng iba pang dentistang nasa network.

Kung inabisuhan kayo ng DPA ng pangangailangang pumili ng iba pang dentista sa network para sa dahilang ito, ang mga bayarin para sa pagdodoble at paglipat ng mga X-ray o iba pang mga talaan ay kakanselahin. Kukumpletuhin din ng dentista na nagbibitiw sa network (a) ang isang bahagi o buong pustiso na kung saan ang pinal na impression ay kinuha, at (b) ang lahat ng trabaho sa bawat ngipin na sinimulang gawin (tulad ng paglalagay ng mga crown kapag naihanda na ang mga ngipin).

Pang-emergency na pangangalaga sa ngipin

Ang planong ito ay hindi nagbabayad ng mga benepisyo para sa mga pang-emergency na serbisyo sa pangangalaga sa ngipin.

Pagkuha ng ikalawang opinyon para sa pangangalaga sa ngipin

Maaari kayong humiling ng ikalawang opinyon kung hindi kayo sumasang-ayon o nagdududa kayo sa pagsusuri at/o sa desisyon sa pagtukoy sa plano ng paggamot ng inyong dentista na nasa network. Maaari ding hilingin ng DPA na kumuha kayo ng ikalawang opinyon upang masigurado ang pangangailangan at pagiging angkop ng paggamot sa ngipin o ang pagsasakatuparan sa mga benepisyo.

Ang mga ikalawang opinyon ay dapat na isagawa ng isang lisensiyadong dentista sa isang napapanahong pamamaraan, na naaangkop sa inyong kondisyon. Ang mga kahilingang kaugnay sa mga kaso na may seryosong panganib na malapit nang mangyari ay mapapabilis (ang pahintulot ay aaprubahan o tatanggihan sa loob ng 72 oras ng pagkatanggap ng kahilingan, hangga't maaari). Para sa tulong o karagdagang impormasyon tungkol sa mga pamamaraan at takdang panahon para sa mga pagpapahintulot ng ikalawang opinyon, tumawag sa customer service department ng DPA sa **866-247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, at tuwing Sabado't Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30 o kaya sumulat sa DPA.

Ibibigay ang ikalawang opinyon sa opisina ng ibang dentista sa network, maliban kung pinapahintulutan ng DPA. Pahihintulutan ng DPA ang ikalawang opinyon ng provider na wala sa network kung hindi available ang angkop na kwalipikadong dentista sa network. Babayaran lang ng DPA ang ikalawang opinyon na inaprubahan o pinahintulutan ng DPA. Padadalhan kayo ng nakasulat na abiso kung dapat magpasya ang DPA na hindi pahintulutan ang ikalawang opinyon. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa pagtukoy na ito, maaari kayong maghain ng apela sa Blue Shield TotalDual Plan. Tingnan ang seksyong *Mga Karaingan at Apela* sa ibaba para sa karagdagang impormasyon.

Pangangasiwa ng mga benepisyo

Ang Planong ito ay nagbibigay ng mga benepisyo nang walang pagsasaalang-alang sa saklaw ng alinmang iba pang grupo ng insurance patakaran o anumang iba pang mga pang-grupong benepisyo sa kalusugan na programa kung saklaw ng ibang policy o programa ang mga serbisyo o mga gastusing bilang karagdagan pa sa pangangalaga sa ngipin. Kung hindi, ang mga benepisyong ibinigay sa ilalim ng Planong ito ng mga espesyalista o ng mga wala sa network na mga dentista ay kinokoordina sa mga insurance policy sa ngipin ng naturang ibang grupo o alinmang mga pang-grupong benepisyong dental na programa. Ang pagtukoy ng kung aling patakaran o programa ang itinuturing na pangunahin ay pangangasiwaan ng mga tuntuning nakasaad sa kontrata.

Kung ang Planong ito ay sekundaryo, ito'y magbabayad ng mas mababa sa:
- Halagang dapat nitong binayaran kung walang ibang saklaw na benepisyong dental, o;
- Kabuuang sariling gastos ng Miyembro na maaaring bayaran sa ilalim ng pangunahing benepisyong dental na plano hangga't ang mga benepisyo ay saklaw sa ilalim ng Planong ito.

Ang Miyembro ay dapat na magbigay sa DPA at ang DPA ay maaaring magsiwalat upang makakuha mula sa alinmang kumpanya ng insurance o iba pang organisasyon, anumang

impormasyon tungkol sa Miyembro na kinakailangan upang mapangasiwaan ang pagsasaayos ng mga benepisyo. Ang DPA ay, sa kanyang sariling pagpapasya, ang maghuhusga kung ang anumang pag-reimburse sa isang kumpanya ng insurance o iba pang organisasyon ay naaangkop sa ilalim ng probisyon ng pangangasiwa ng mga benepisyong inilalarawan dito, at anumang naturing pag-reimburse na ibinayad ay itinuturing na mga benepisyo sa ilalim ng kontratang ito. Ang DPA ay magkakaroon ng karapatang bawiin mula sa isang dentista, Miyembro, kumpanya ng insurance o iba pang organisasyon, ayon sa desisyon ng DPA, ang halaga ng anumang benepisyong ibinayad ng DPA na humihigit sa kanyang mga obligasyon sa ilalim ng probisyon ng pangangasiwa ng mga benepisyong inilalarawan dito.

Ang proseso ng karaingan at apela

Ang aming pangako sa inyo ay upang hindi lamang masiguro ang kalidad ng pangangalaga, ngunit pati na rin ang kalidad ng paggamot na proseso. Ang kalidad ng paggamot na ito ay nagsisimula sa mga propesyonal na serbisyong ibinibigay ng mga nasa network na dentista patungo sa kagandahang-loob na ipinaabot sa inyo ng aming mga kinatawan sa telepono. Kung mayroon kayong tanong o reklamo tungkol sa pagiging kuwalipikado, ang pagtanggi ng mga serbisyong dental o mga claim, ang mga patakaran, pamamaraan o pagpapatakbo ng DPA o ang kalidad ng mga serbisyo sa ngipin na isinagawa ng isang dentista na nasa network, mayroon kayong karapatan na maghain ng karaingan o apela sa Blue Shield TotalDual Plan. Mangyaring pumunta sa **Kabanata 9** (*Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga pasiya sa saklaw, apela, reklamo))* para sa higit pang impormasyon kung paano maghain ng karaingan o apela. Kung mayroon kayong mga tanong, tawagan ang DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado't Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30. Maaari din kayong makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan (ang mga numero ng telepono ay matatagpuan sa likod na pabalat ng dokumentong ito).

Mga karaniwang di-kasama para sa dental na HMO Plan

1. Anumang pamamaraan na hindi partikular na nakalista sa *Chart ng mga Benepisyo sa Ngipin.*.

2. Anumang pamamaraan na sa propesyonal na opinyon ng dentista na nasa network:
   a. ay may hindi magandang prognosis para sa isang matagumpay na resulta at makatuwirang katatagan base sa kondisyon ng ngipin o ngipin at/o mga nakapalibot na appliance, o
   b. ay kasalungat sa karaniwang katanggap-tanggap na mga pamantayan sa pagdedentista.

3. Mga serbisyong para lang sa pagpapaganda ng hitsura o para sa mga kondisyon na resulta ng mga depektong namana o lumitaw sa paglaki, tulad ng cleft palate, mga hindi tamang pag-develop ng itaas o ibabang bahagi ng panga, mga nawawalang ngipin mula ipinanganak at ngiping hindi maganda ang kulay o walang enamel.

4. Nawala o ninakaw na mga appliance tulad ng buo o bahaging mga pustiso at mga crown.

5. Mga pamamaraan, appliance o restoration kung ang layunin ay upang baguyin ang vertical dimension, o kaya upang mag-diagnose o gamutin ang abnormal na mga kondisyon ng temporomandibular joint (TMJ).

6. Precious metal para sa naaalis na mga appliance, metallic o permanenteng mga soft base para sa kumpletong mga pustiso, porcelain na ngipin ng pustiso, mga precision abutment para sa naaalis na mga partial o fixed partial na pustiso (mga overlay, implant, at appliance na kaugnay ng mga binanggit) at personalization at characterization ng kumpleto at partial na mga pustiso.

7. Implant na sinusuportahan ng mga dental appliance at attachment, implant placement, pagpapanatili, pagtanggal at lahat ng iba pang serbisyong nauugnay sa isang dental implant.

8. Mga konsultasyon para sa mga hindi saklaw na benepisyo.

9. Mga serbisyo sa ngipin na natanggap mula sa alinmang dental office maliban sa itinalagang dentista sa network o isang paunang pinahintulutang espesyalista sa ngipin.

10. Lahat ng mga kaugnay na singil para sa pagpasok, paggamit, o pananatili sa isang ospital, outpatient na sentro ng operasyon,
pasilidad ng pinahabang pangangalaga, o iba pang katulad na pasilidad ng pangangalaga.

11. Mga inireresetang gamot.

12. Mga gastos sa ngipin dahil sa anumang pamamaraan sa ngipin na nagsimula bago ang pagiging kuwalipikado ng Miyembro sa Blue Shield TotalDual Plan. Kabilang sa mga halimbawa ang: mga ngipin na inihanda para sa mga crown at buo o bahaging mga pustiso na kinuha ang isang impression.

13. Myofunctional at parafunctional na mga appliance at/ o therapy.

F. Mga Suporta sa Komunidad

Maaari kayong makakuha ng mga suporta sa ilalim ng inyong Plano sa Pangangalaga para sa Indibiduwal. Ang Suporta sa Komunidad ay mga medikal na naaangkop at sulit na alternatibong serbisyo o setting sa mga sinasaklaw sa ilalim ng Medi-Cal State Plan. Opsyonal para sa mga miyembro ang mga serbisyong ito. Kung kwalipikado kayo, maaaring makatulong sa inyo ang mga serbisyong ito na mamuhay nang mas independiyente. Hindi pinapalitan ng mga ito ang mga benepisyong natatanggap na ninyo sa ilalim ng Medi-Cal.

Kasama sa mga halimbawa ng Mga Suporta ng Komunidad na inaalok namin ay ang mga medikal na pansuportang pagkain at pagkain o pagkaing medikal na iniaangkop, tulong para sa inyo o sa inyong caregiver, o hawakan sa shower at mga rampa. Ang Mga Suporta sa Komunidad ay mga opsyonal na serbisyo (hindi mga benepisyo) na inaalok ng Blue Shield Promise Health Plan sa mga karapat-dapat na miyembro ng

Medi-Cal. Nagbibigay ang mga serbisyong ito ng suporta sa mga miyembro sa ibabaw at higit pa sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long Term Care Support Services, LTSS) upang pahusayin at suportahan ang pangangalaga ng mga miyembro. Mag-kaiiba ang mga serbisyong ito batay sa mga pangangailangan ng mga miyembro at sa pamantayan ng pagiging karapat-dapat ng Blue Shield Promise Health Plan. Kailangan ng paunang pahintulot. Inaalok ng Blue Shield Promise Health Plan ang Mga Suporta ng Komunidad sa mga kwalipilkadong miyembro sa mga county ng Los Angeles at San Diego:

Pag-gagamot ng hika	Mga pisikal na pagbabago sa kapaligiran ng tahanan ng indibidwal na nagtitiyak ng kalusugan, kapakanan, at kaligtasan, o paganahin ang functioning sa tahanan kung ang mga episode ng malalang hika ay maaaring magresulta sa pagpapaospital o paghahanap ng mga pang-emergency na serbisyo.
Mga serbisyo sa paglipat ng komunidad/Paglipat ng pasilidad ng pag-aalaga sa isang tahanan	Nakakatulong ito sa mga miyembrong mamuhay sa komunidad at iwasan ang karagdagang paglalagay sa mga institusyon.
Mga pang-araw na programa para sa habilitasyon	Nakakatulong ito sa mga miyembro ng Medi-Cal sa isang-setting na hindi pasilidad upang bumuo ng pagtulong sa sarili, pagsasapanlipunan, at mga kakayahang umangkop na kailangan para magtagumpay sa kanilang mga kapaligiran ng tahanan.
Mga pag-aangkop ukol sa pagiging accessible ng kapaligiran (Mga pagbabago sa bahay)	Mga pisikal na pag-aangkop sa isang tahanan upang tiyakin ang kalusugan, kapakanan, at kaligtasan ng indibidwal at nagpapahintulot sa mga miyembro na kung hindi nangangailangang ilagay sa institusyon ay mananatili sa kanilang mga tahanan.
Mga deposito sa pabahay,	Makakatanggap ang mga miyembro ng tulong sa paghahanap, pag-coordinate, pagtiyak, o pagpopondo ng isang-beses na mga serbisyong kinakailangan para mag-set up ng isang pangunahing sambahayan.
Mga serbisyo sa pag-navigate ng paglipat ng pabahay	Makakatanggap ang mga miyembro ng tulong sa pagkuha ng pabahay.
Mga serbisyo sa pangungupahan at pagpapanatili ng pabahay	Makakatanggap ang mga miyembro ng tulong sa pagpapanatili ng ligtas at matatag na pangungupahan pagkatapos makahanap ng pabahay.

Mga pagkaing Medically tailored/Pagkaing medically-supportive	Suportang pangnutrisyon para sa mga miyembro, lalo na ang mga may hindi gumagaling na kondisyon, kung saan ang pagtugon sa mga layuning pangnutrisyon ay napakahalaga para maging malusog at manatiling malusog.
Paglipat ng pasilidad ng pag-aalaga/Paglihis sa mga pasilidad ng tinutulungang pamumuhay	Nakakatulong ito sa mga miyembrong mamuhay sa komunidad at iwasan ang karagdagang paglalagay sa mga institusyon kung maaari.
Mga serbisyo ng personal na pangangalaga at maybahay	Makakatanggap ang mga miyembro ng tulong sa Mga Aktibidad sa Pang-araw-araw na Pamumuhay (Activities of Daily Living, ADLs) tulad ng paliligo, pagbibihis, pagtulong sa paggamit ng palikuran, ambulasyon, o pagpapakain, at sa Mga Serbisyo sa Personal na Pangangalaga tulad ng paghahanda ng pagkain, pamimili sa grocery, at pangangasiwa ng pera para sa Mga miyembro na hindi maaaring manatili sa kanilang tahanan kung wala ang mga suportang ito.
Pangangalaga ukol sa pagpapagaling (Medikal na pamamahinga)	Panandaliang pangangalaga sa tahanan para sa mga hindi na nangangailangan ng pagpapaospital, pero kailangan pa ring gumaling mula sa isang pinsala o karamdaman, kabilang ang isang kondisyon sa kalusugan ng isip na maaaring lumala sa isang hindi maayos na kalagayan ng pamumuhay.
Mga serbisyo ng pamamahinga para sa mga caregiver ng mga miyembro ng Medi-Cal.	Panandalian at hindi medikal na pamamahinga mula sa mga tungkulin ng caregiving para sa mga taong nag-aalaga sa mga miyembro ng Medi-Cal na nangangailangan ng patigil-tigil at pansamantalang pangangasiwa.
Panandaliang pabahay pagkatapos ng pagpapaospital	Isang lugar para sa mga miyembro na may mataas na pangangailangan sa medikal o sa pag-uugali na walang tahanan para ipagpatuloy ang agad na pagpapagaling pagkatapos lumabas sa isang inpatient na ospital o mga pasilidad ng tahanan.
Mga sobering center	Ligtas at sumusuportang mga lugar para mahimasmasan ang mga indibidwal pagkatapos makita sa publiko na lango dahil sa alkohol o droga at tulong para sa mga taong nakakaranas ng walang bahay o hindi maayos na kalagayan ng pamumuhay na kung hindi ay ipapadala sa departmento para sa emergency o sa kulungan.

Kung kailangan ninyo ng tulong o gustong alamin kung aling Mga Suporta ng Komunidad ang available sa inyo, tumawag sa (800) 452-4413 (TTY:711) o tumawag sa inyong provider ng pangangalagang pangkalusugan.

Impormasyon para sa mga miyembro

- Tumawag sa Customer Service ng Blue Shield Promise Health Plan sa inyong rehiyon sa weekdays sa pagitan ng 8 a.m. at 6 p.m.: Los Angeles: (800) 605-2556 / San Diego: (855) 699-5557
- Tumawag sa Health Care Options (HCO) sa (800) 430-4263 (TTY (800) 430-7077)
- Bisitahin ang Departmento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan para sa higit pang impormasyon: https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx

G. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano

Hindi namin saklaw ang mga sumusunod na serbisyo, ngunit puwedeng makuha ang mga ito gamit ang Original Medicare *o* bayad-para sa serbisyo ng Medi-Cal.

G1. California Community Transitions (CCT)

Ang programang Paglipat sa Comunidad ng California (California Community Transitions, CCT) ay gumagamit ng lokal na Mga Namumunong Organisasyon (Lead Organizations) upang matulungan ang karapat-dapat na mga benepisyaryo ng Medi-Cal, na nanirahan sa isang inpatient na pasilidad nang hindi kukulangin sa 90 magkakasunod na araw, na makalipat pabalik sa, at manatiling ligtas sa, isang komunidad na kinalalagyan. Pinopondohan ng CCT na programa ang mga serbisyong nag-kokoordina ng paglipat sa panahong bago lumipat at sa 365 araw pagkatapos na lumipat upang matulungan ang mga benepisyaryo na makabalik sa isang komunidad na kinalalagyan.

Maaari kayong makatanggap ng mga serbisyong nag-kokoordina ng paglipat mula sa alinmang CCT na Lead Organization na nagsisilbi sa county na inyong tinitirahan. Maaari kayong makahanap ng listahan ng mga Lead Organization ng CCT at ng mga county na kanilang pinagsisilbihan sa website ng Departamento ng Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services) sa: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para sa mga serbisyong nag-kokoordina ng paglipat ng CCT

Ang Medi-Cal ang magbabayad para sa mga serbisyong nag-coordinate ng paglipat. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong walang kaugnayan sa inyong CCT na paglipat

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

Habang kayo'y kumukuha ng mga serbisyo ng CCT na nag-kokoordina ng paglipat, kami ang magbabayad para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng mga Benepisyo sa **Seksyon D**.

Walang pagbabago sa benepisyong saklaw sa gamot

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

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

G2. Medi-Cal Dental

Available ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental. Higit pang impormasyon ang makikita sa SmileCalifornia.org na website. Kasama sa Medi-Cal Dental ngunit hindi limitado sa mga ito, mga serbisyong tulad ng:

- mga pangunahing eksaminasyon, mga X-ray, paglilinis, at fluoride na paggamot
- mga restoration at crown
- root canal therapy
- partial at kumpletong mga pustiso, mga adjustment, repair, at reline

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa ngipin na available sa Medi-Cal Dental, o kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng dentistang tumatanggap ng Medi-Cal, makipag-ugnayan sa linya ng customer service sa 1-800-322-6384 (Para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental Services Program ay maaaring makausap upang matulungan kayo simula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari din ninyong bisitahin ang website sa smilecalifornia.org/ para sa higit pang impormasyon.

Sa county ng Los Angeles, maaari kayong makakuha ng mga benepisyo sa ngipin ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Dental Managed Care (DMC) na plano. Kung nais ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga plano sa ngipin ng Medi-Cal o gustong gumawa ng mga

pagbabago, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-800-430-4263 (sa mga user ng TTY, tumawag sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Libre ang tawag. Makikita din ang mga contact sa DMC sa: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. http://www.hpsm.org/dental

Tandaan: Ang aming plano ay naghahandog ng karagdagang mga serbisyo sa ngipin. Sumangguni sa Chart ng mga Benepisyo sa **Seksyon D** para sa karagdagang impormasyon.

G3. Pangangalaga sa hospisyo

May karapatan kayong pumili ng hospisyo kung napagpasyahan ng inyong provider at ng medikal na direktor ng hospisyo na mayroon kayong terminal na prognosis. Ibig sabihin nito ay mayroon kayong sakit na nagtataning sa buhay at inaasahang may natitira na lamang na anim buwan o mas maiksi pa para mabuhay. Maaari kayong kumuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Kinakailangan kayong tulungan ng plano na makahanap ng mga programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Ang inyong doktor sa hospisyo ay maaaring isang provider na nasa network o isang provider na wala sa network.

Sumangguni sa Chart ng mga Benepisyo sa **Seksyon D** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung ano ang aming babayaran habang kayo ay tumatanggap ng pangangalaga sa hospisyo na mga serbisyo.

Para sa mga serbisyo ng hospisyo at mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na may kaugnayan sa inyong terminal na prognosis:

- Sisingilin ng provider ng hospisyo ang Medicare para sa inyong mga serbisyo. Babayaran ng Medicare ang mga serbisyo sa hospisyo na may kaugnayan sa inyong terminal na prognosis. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyo ng hospisyo na saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na may kaugnayan sa inyong terminal na prognosis

- Sisingilin ng provider ang Medicare para sa mga serbisyo sa inyo. Babayaran ng Medicare ang mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

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

- Ang mga gamot ay hindi kailanman saklaw ng kapwa hospisyo at ng aming plano sa magkasabay na panahon. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Tandaan: Kung mayroon kayong seryosong sakit, maaari kayong maging karapat-dapat sa palliative na pangangalaga, na naglalan sa pamamagitan ng isang team ng pangangalaga sa pasyente na nakasentro sa pamilya upang gumanda ang kalidad ng buhay. Maaari kayong makatanggap ng palliative na pangangalaga kasabay ng panlunas/regular na pangangalaga. Pakitingnan ang seksyon na Palliative na Pangangalaga sa itaas para sa higit pang impormasyon.

Tandaan: Kung kailangan ninyo ng pangangalagang hindi mula sa hospisyo, dapat ninyong tawagan ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga upang maisaayos ang mga serbisyo. Ang pangangalagang hindi mula sa hospisyo ay pangangalagang walang kaugnayan sa inyong terminal na prognosis.

G4. Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS)

- Tutulong ang IHSS Program na magbayad para sa mga serbisyong ibinibigay sa inyo upang mananatili kayong ligtas sa sarili ninyong tahanan. Ang IHSS ay itinuturing na isang alternatibo sa pangangalaga sa labas ng bahay, tulad ng mga pasilidad ng nursing home o paninirahan at pangangalaga (board and care).
- Ang mga uri ng serbisyong maaaring pahintulutan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo ng personal na pangangalaga (tulad ng pangangalaga sa bituka at pantog, paliligo, mga serbisyo ng pag-aayos ng sarili at paramedical), pagsama sa mga medikal na appointment, at pangangasiwang nagbibigay ng proteksyon para sa may kapansanan sa pag-iisip.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na mag-apply para sa IHSS sa ahensiya ng serbisyong panlipunan ng inyong county. Maaari ding kontakin ang opisina ng IHSS sa Los Angeles sa (888) 944-4477 at ang opisina ng IHSS sa San Diego sa (800) 339-4661 para mag-apply.

G5. 1915(c) Mga Serbisyong Base sa Bahay at Komunidad (Home and Community Based Services, HCBS) na mga Programa na may Waiver

Assisted Living Waiver (ALW)

- Binibigyan ng Assisted Living Waiver (ALW) ang mga karapat-dapat sa Medi-Cal na mga benepisyaryo ng pagpipilian ng pagtira sa isang kinalalagyang tulong na pamumuhay bilang isang alternatibo sa pangmatagalang paglagay sa isnag pasilidad ng pag-aalaga. Ang layunin ng ALW ay upang mapadali ang palipat mula sa pasilidad ng pag-aalaga pabalik sa isang parang-nasa-tahanan at komunidad na kalagayan o hadlangan ang pag-admit sa sanay na nursing para

sa mga benipisyaryong may nalalapit nang pangangailangang mailagay sa pasilidad ng pag-aalaga.

- Ang mga miyembrong naka-enroll sa ALW ay maaaring manatiling naka-enroll sa ALW habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong Ahensiya ng Pagsasaayos ng Pangangalaga ng ALU upang makoordina ang mga serbisyong inyong tinatanggap.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na mag-apply para sa ALW. Maaari kayong makahanap ng mga lokal na ahensiya na maaaring i-coordinate ang inyong pangangalaga sa ALW na programa dito: dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf.

Waiver ng HCBS para sa mga Taga-California na May Kapansanan sa Pag-unlad (HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)

Waiver ng Programa ng California sa Pagtukoy sa Sarili (Kapansanan sa Pag-unlad, SDP) para sa mga Indibidwal na may Kapansanan sa Pag-unlad

- Mayroong dalawang 1915(c) na mga waiver, ang HCBS-DD na Waiver at ang SDP na Waiver, na nagbibigay ng mga serbisyo sa taong na-diagnose bilang mayroong mga kapansanan sa paglaki (developmental disability) na nagsimula bago sumapit ang ika-18 kaarawan ng indibidwal at inaasahan itong magpatuloy nang walang hangganan. Ang kapwa_waiver ay isang paraan upang mapondohan ang ilang mga serbisyo na nagbibigay-kakayahan sa mga taong may kapansanan sa paglaki na tumira sa bahay o sa komunidad sa halip na sa isang lisensiyadong pasilidad ng kalusugan. Ang mga gastos para sa mga serbisyong ito ay magkasamang pinopondohan ng Medicaid na programa ng pederal na gobyerno at ng Estado ng California. Ang inyong tagapangasiwa ng pangangalaga ay makatutulong sa inyo na maikpag-ugnayan sa DD Waiver na mga serbisyo.

Waiver ng Alternatibong Naka-batay sa Bahay at Komunidad (Home and Community-Based Alternative, HCBA)

- Ang HCBA na Waiver ay nagbibigay ng mga serbisyo ng pangangasiwa ng pangangalaga sa mga taong nanganganib na mapapunta sa isang nursing home o dalhin sa isang institusyon. Ang mga serbisyo ng pamamanihala ng pangangalaga ay ibinibigay ng isang Pangkat ng Pamamanihala ng Pangangalaga na may iba't ibang espesyalisasyon na binubuo ng isang nurse at social worker. Kino-koordina ng pangkat ang mga serbisyo ng Waiver at Plano ng Estado services (tulad nang medikal, kalusugan ng pag-uugali, Mga

Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay, atbp.), at nagsasaayos para sa iba pang mga pangmatagalang serbisyo at suportang matatagpuan sa lokal na komunidad. Ang pamamahala ng pangangalaga at mga Waiver na serbisyo ay ibinibigay sa tinitirahan ng kalahok na naka-base sa komunidad. Ang tirahang ito ay maaaring pribadong pag-aari, nakuha sa pamamagitan ng isang kasunduan ng pag-upa ng nangungupahan, o tirahan ng isang miyembro ng pamilya ng kalahok.

- Ang mga miyembrong naka-enroll sa HCBA Waiver ay mananatiling naka-enroll sa HCBA Waiver habangtumatanggap ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong ahensiya ng waiver ng HCBA upang ma-coordinate ang mga serbisyong tinatanggap ninyo.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na mag-apply para sa HCBA.
    - Depende sa inyong zip code sa Los Angeles County, ang alinman sa Partners in Care o ang Access LT ay ang inyong lokal na ahensya ng HCBA. Upang malaman kung aling ahensya ang tumutulong sa zip code na nakatira, bisitahin ang: https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx
        - Tawagan ang Mga Partner sa Pangangalaga Partners in Care sa (800) 251-6764
        - Tawagan ang Access TLC sa (800) 852-9887
    - Ang San Ysidro Health ay ang lokal na HCBA Agency ng San Diego County. Tumawag sa San Ysidro Health sa (833) 503-5910, 8 am – 5 pm, Lunes hanggang Biyernes.

Medi-Cal Waiver Program (MCWP)

- Ang Programa ng Waiver ng Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) ay nagbibigay ng komprehensibong pamamahala ng kaso at direktang mga serbisyo ng pangangalaga sa mga taong may HIV bilang alternatibo sa pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga o pagpapaospital. Ang pamamahala ng kaso ay isang pamamaraan ng pangkat na nakatuon sa kalahok, na binubuo ng isang rehistradong nurse at manggagawang panlipunang tagapamahala ng kaso. Ang mga tagapamahala ng kaso ay nakikipagtulungan sa kalahok at (mga) provider ng pangunahing pangangalaga, pamilya, (mga) caregiver, at iba pang

provider ng serbisyo, upang masuri ang mga pangangailangan ng pangangalaga para mapanatili ang kalahok sa kanyang bahay at komunidad.

- Ang mga layunin ng MCWP ay upang: (1) makapagbigay ng nakabase sa bahay at comunidad na mga serbisyo para sa mga taong may HIV na kung saan ay maaaring mangailangan ng mga serbisyo ng institusyon; (2) tulungan ang mga kalahok sa pangangasiwa ng HIV na kalusugan; (3) pabutihin ang kakayahang makakuha ng suportang panlipunan at suporta sa kalusugan ng pag-uugali at (4) ikoordina ang mga provider ng serbisyo at iwasan ang pagkakadoble-doble ng mga serbisyo.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa MCWP Waiver ay mananatiling naka-enroll sa MCWP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong ahensiya ng waiver ng MCWP upang ma-koordina ang mga serbisyong inyong tinatanggap.
- Matutulungan kayo ng inyong tagapangasiwa ng pangangalaga na mag-apply para sa MCWP. Ang AIDS Regional Information and Evaluation System (ARIES) ay bukas nang Lunes hanggang Biyernes, mula 8:00 AM hanggang 5:00 PM (Pacific Time). Upang marating ang Help Desk:
  - Tumawag sa 1-866-411-ARIES (2743) o
  - Magsumite ng kahilingan sa ARIES Help Desk sa aries@cdph.ca.gov at isama ang inyong pangalan, ahensiya, numero ng telepono, tanong/problema. HUWAG magsasama ng anumang impormason ng kliyente.

Programa ng Maraming Layuning Serbisyo sa mga Senior (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)

- Ang Programa ng Maraming Layuning Serbisyo sa mga Senior (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) ay nagbibigay ng pamamahala ng mga serbisyo sa panlipunang pangangalaga at pangangalagang pangkalusugan upang matulungan ang mga indibiduwal na manatili sa kanilang tahanan at komunidad.
- Habang ang karamihan sa mga kalahok sa programa ay tumatanggap din ng Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay, ang MSSP ay nagbibigay ng patuloy na pagsasaayos ng pangangalaga, iniuugnay ang mga kalahok sa iba pang kinakailangang mga serbisyo sa komunidad at dulugan sa komunidad, nakikipag-coordinate sa mga provider ng pangangalagang pangkalusugan, at bumibili ng ilang kinakailangang serbisyo na hindi maaaring makuha upang mapigilan o maantala ang pagpapadala sa isang institusyon. Ang kabuuang taunang pinagsamang pangangasiwa ng halaga ng pag-aalaga at iba pang mga

serbisyo ay dapat na mas mababa kaysa sa gastos ng pagtanggap ng pangangalaga sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga.

- Ang isang pangkat ng mga propesyonal sa kalusugan at serbisyong panlipunan ay nagbibigay sa bawat kalahok ng MSSP ng kumpletong pagsusuri sa kalusugan at psychosocial para malaman ang mga kailangang serbisyo. Nakikipagtulungan naman ang pangkat sa kalahok ng MSSP, sa kanyang doktor, pamilya, at iba pa upang makagawa ng pang-indibiduwal na plano ng pangangalaga. Kasama sa mga serbisyo ang:
    - pamamahala sa pangangalaga
    - day care para sa mga may sapat na gulang
    - maliliit na mga pagkukumpuni/pagpapanatili sa bahay
    - pandagdag na tulong sa mga gawain sa bahay, personal na pangangalaga, at mga serbisyo sa pangangasiwa ng proteksiyon
    - mga serbisyo sa pamamahinga
    - mga serbisyo sa transportasyon
    - mga serbisyo sa pagpapayo at therapeutic services
    - mga serbisyo sa pagkain
    - mga serbisyo sa komunikasyon.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa MSSP Waiver ay mananatiling naka-enroll sa MSSP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong MSSP na provider upang ma-coordinate ang mga serbisyong inyong tinatanggap.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na mag-apply para sa MSSP. Maaari ninyong mahanap ang MSSP na provider sa inyong lugar sa pamamagitan ng pagtawag sa Kagawaran ng California sa Pagtanda (California Department of Aging) sa 1-800-510-2020 o sa pamamagitan ng pagpili ng inyong county sa Maghanap ng mga Serbisyo (Find Services) sa Aking County (My County) na pahina sa website ng California Department of Aging: https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty

G6. Mga Serbisyo ng Country para sa Kalusugan ng Pag-uugali na Ibinigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Sakit na Pag-abuso sa Paggamit ng Substance)

Mayroon kayong access sa medikal na kinakailangang mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Hindi nagbibigay ang aming plano ng mga partikular na serbisyo ng Medi-Cal para sa kalusugan ng isip o mga serbisyo para sa sakit na pag-aabuso sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot, ngunit available ang mga serbisyong ito sa inyo sa pamamagitan ng mga ahensya ng county para sa kalusugan ng pag-uugali.

Makukuha ninyo ang mga pantanging serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal sa pamamagitan ng plano para sa kalusugan ng isip (mental health plan, MHP) ng county kung matutugunan ninyo ang pamantayan para ma-access ang mga pantanging serbisyo sa kalusugan ng isip. Kasama sa mga pantanging serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na ibinibigay ng inyong county MHP ang:

- mga serbisyo sa kalusugan ng isip
- mga serbisyo ng suporta sa gamot
- intensive na paggamot sa araw
- rehabilitasyon sa araw
- pamamagitan sa krisis
- pagiging matatag sa krisis
- mga serbisyo sa paggamot sa tirahan ng mga nasa hustong gulang
- mga serbisyo sa paggamot sa tirahan sa panahon ng krisis
- mga serbisyo sa pasilidad ng psychiatric na kalusugan
- mga psychiatric na inpatient na serbisyo sa ospital
- naka-target na pamamahala ng kaso
- mga therapeutic na serbisyo sa pag-uugali
- pagsasaayos ng matinding pangangalaga o intensive care coordination
- mga intensive na serbisyo sa bahay (intensive home-based services)

Makukuha ninyo ang mga serbisyong Drug Medi-Cal Organized Delivery System sa pamamagitan ng ahensya sa inyong county para sa kalusugan ng pag-uugali kung matutugunan ninyo ang pamantayan para makatanggap ng mga serbisyong ito. Kasama sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na ibinibigay ng inyong county ang:

- mga serbisyong intensive na outpatient na paggamot
- paggamot sa sakit dulot ng paggamit ng nakakasugapang substansiya habang nagbubuntis
- serbisyo para sa outpatient na paggamot
- programa ng paggamot sa pagkalulong sa narkotiko
- mga gamot para sa paggamot ng adiksyon (na tinatawag ding Paggamot sa Tulong ng Gamot o Medication Assisted Treatment)

Kasama sa Drug Medi-Cal Organized Delivery System Services ang:

- serbisyo para sa outpatient na paggamot
- mga serbisyong intensive na outpatient na paggamot
- mga gamot para sa paggamot ng adiksyon (na tinatawag ding Paggamot sa Tulong ng Gamot o Medication Assisted Treatment)
- mga serbisyo sa paggamot sa tirahan
- serbisyo para sa withdrawal management
- programa ng paggamot sa pagkalulong sa narkotiko
- mga serbisyo ng pagpapagaling
- pagsasaayos ng pangangalaga

Bukod pa sa mga serbisyong nakalista sa itaas, maaari kayong magkaroon ng pag-access sa mga serbisyo sa boluntaryong inpatient na detoxification kung matutugunan ninyo ang pamantayan.

Pagiging available ng Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali

Mayroon kayong kumprehensibong hanay ng mga serbisyong magagamit ninyo. Maaari ninyong i-refer ang sarili sa isang kinontratang Provider, at maaari rin kayong i-refer ng inyong PCP, miyembro ng pamilya, atbp. Walang “no wrong door” sa pag-access ng mga serbisyo.

Maaari kayong makipag-ugnayan sa mga sumusunod para magpatulong sa pagkuha ng mga serbisyo:

- Line para sa Krisis at Rekomendasyon ng County (pakitingnan ang Kabanata 2, Seksyon K ng handbook na ito para sa numero ng telepono at mga oras na bukas ang tanggapan)
- Departamento ng Kalusugan ng Publiko, Pag-iwas at Pagkontrol ng Pag-abuso sa Droga o Alak ng Los Angeles County (pakitawagan ang 888-742-7900 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
- Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali – Serbisyo para sa Sakit na Pag-abuso sa Bawal na Gamot o Alak ng County ng San Diego (pakitawagan ang 888-724-7240 (TTY: 711) 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
- Blue Shield TotalDual Plan Behavioral Health Line (pakitingnan ang **Kabanata 2, Seksyon D** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa numero ng telepono at mga oras na bukas ang tanggapan)
- Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan (naka-print ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang tanggapan sa ibaba ng pahinang ito)

Proseso upang Matukoy ang Mga Serbisyong Medikal na Kinakailangan
Tinutukoy ng isang naaangkop na lisensyadong Provider ang pagiging medikal na kinakailangan ng serbisyo. Ang pamantayan ng pagiging medikal na kinakailangan ay parehong ginamit ng Blue Shield TotalDual Plan at ng County, binuo ng mga dalubhasa sa kalusugan ng pag-uugali at iba pang stakeholder, at naaalinsunod sa mga kinakailangan sa regulasyon.

Proseso ng Rekomendasyon sa pagitan ng Blue Shield TotalDual Plan at ng County
Kung tumatanggap kayo ng mga serbisyo mula sa Blue Shield TotalDual Plan o sa County, maaari kayong irekomenda sa iba pang entity alinsunod sa kailangan ninyo. Maaari kayong irekomenda ng Blue Shield TotalDual Plan o ng County sa pamamagitan ng pagtawag sa entity kung saan gagawin ang rekomendasyon. Gayundin, sasagutan ang isang form ng rekomendasyon ng Provider na gumagawa ng rekomendasyon, at ipapadala ito sa entity kung kanino kayo inirerekomenda.

Proseso ng Resolusyon ng Problema
Kung may hindi pagkakaunawaan sa pagitan ninyo at ng County o ng Blue Shield TotalDual Plan, patuloy kayong makakatanggap ng medikal na kinakailangang pangangalagang pangkalusugan para sa pag-uugali, kasama ang mga inireresetang gamot, hanggang sa malutas ang hindi pinagkakasunduan. Nakipagtulungan ang Blue Shield TotalDual Plan sa County upang bumuo ng mga proseso ng resolusyon na napapanahon at walang negatibong epekto sa mga serbisyong kinakailangan ninyong matanggap. Maaari niyo ring gamitin ang proseso ng Mga Apela ng Blue Shield TotalDual Plan o ng County, depende sa kung aling entity kayo may hindi pagkakaunawaan.

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

Pag-uusapan ng seksyon na ito ang tungkol sa mga benepisyong nakabukod sa aming plano. Ang ibig sabihin ng "nakabukod" ay hindi kami magbabayad para sa mga benepisyong ito. Hindi rin babayaran ng Medicare at Medi-Cal ang mga ito.

Inilalarawan ng listahan sa ibaba ang mga ilang serbisyo at bagay na hindi namin sinasaklaw sa kahit anumang kondisyon at ang mga ilan naman na ibinukod namin sa mga ilang kaso lamang.

Hindi namin babayaran ang mga nakabukod na medikal na benepisyong nakalista sa seksyong ito (o sa kahit saanman sa *Handbook ng Miyembro* na ito) maliban sa partikular na mga kondisyong nakalista. Kahit na nakatanggap kayo ng mga serbisyo sa isang pang-emergency na pasilidad, hindi babayaran ng plano ang mga serbisyo. Kung sa tingin ninyo ay dapat bayaran ng aming plano ang isang hindi sinasaklaw na serbisyo, maaari kayong maghain ng apela. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

Bilang karagdagan pa sa anumang mga di-kasama o limitasyong inilalarawan sa Chart ng Mga Benepisyo, hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga sumusunod na bagay at serbisyo:

- mga serbisyong itinuturing na hindi "makatuwiran at medikal na kinakailangan," ayon sa Medicare at Medi-Cal, maliban kung nakalista bilang mga saklaw na serbisyo
- mga pang-eksperimentong medikal at pang-operasyong paggamot, bagay, at gamot, maliban kung sinasaklaw ang mga ito ng Medicare, isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, o ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral. Ang pang-eksperimentong paggamot at mga item ay mga paggamot at item na hindi tinatanggap sa pangkalahatan ng medikal na komunidad.
- pang-operasyong paggamot para sa klinikal na malalang labis na katabaan, maliban na lamang kung medikal na kinakailangan at babayaran ito ng Medicare
- pribadong silid sa isang ospital, maliban na lamang kung medikal na kinakailangan
- mga private duty na nurse
- mga personal na bagay sa inyong silid sa isang ospital o pasilidad ng pag-aalaga, gaya ng telepono o telebisyon

- full-time na pangangalaga ng tapag-alaga sa inyong bahay
- mga bayaring sinisingil ng inyong mga malapit na kamag-anak o miyembro ng inyong sambahayan.
- ang mga elektibo o boluntaryong pamamaraan o serbisyo ng pagpapahusay (kabilang ang pagbawas ng timbang, paghaba ng buhok, sekswal na pagganap, atletikong pagganap, mga layuning pampaganda, paglaban sa pagtanda at pagganap ng pag-iisip), maliban na lamang kapag medikal na kinakailangan.
- operasyong cosmetic o iba pang gawaing may kinalaman sa cosmetic, maliban na lamang kung kinakailangan ito dahil sa isang pinsala sa aksidente o upang mapabuti ang bahagi ng katawan na mali ang hugis. Gayunpaman, babayaran namin ang reconstruction ng suso pagkatapos ng mastectomy at ang paggamot sa kabilang suso upang tumugma dito.
- pangangalagang chiropractic, maliban sa manu-manong manipulasyon ng gulugod na naaayon sa mga alituntunin sa saklaw
- karaniwang pangangalaga ng paa, maliban sa mga inilarawan sa mga serbisyong Podiatry sa Chart ng mga Benepisyo sa **Seksyon D**
- mga orthopedic na sapatos, maliban na lamang kung bahagi ng isang leg brace ang mga sapatos at kasama sa halaga ng brace, o ang mga sapatos ay para sa taong may sakit na diabetic foot disease.
- mga device na pang-suporta sa paa, maliban sa mga orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may sakit na diabetic foot disease
- radial keratotomy, LASIK na operasyon, at iba pang mga pantulong sa malabong paningin.
- pagbabalik sa mga sterilization na pamamaraan
- mga serbisyong naturopath (ang paggamit ng mga natural o alternatibong paggamot).
- mga serbisyong ibinibigay sa mga betarano sa mga pasilidad ng Veterans Affairs (VA). Gayunpaman, kapag kumuha ang isang beterano ang mga serbisyong pang-emergency sa ospital ng VA at mas malaki ang bahaging gastos ng VA kaysa sa bahaging gastos sa ilalim ng aming plano, babayaran namin ang beterano para sa kulang. Kayo pa rin ang may responsibilidad para sa mga halaga ng inyong bahaging gastos.

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

Panimula

Ipinaliliwanag ng kabanatang ito ang mga tuntunin sa pagkuha ng inyong mga inireresetang gamot para sa outpatient. Ito ang mga gamot na ino-order ng inyong provider para sa inyo na natatanggap ninyo mula sa isang parmasya o sa serbisyo sa koreo. Kasama sa mga ito ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D at Medi-Cal. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng inyong Handbook ng Miyembro.

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

- **Mga gamot na sinasaklaw ng Medicare Part A.** Kabilang sa mga ito ay karaniwang mga gamot na ibinibigay sa inyo habang kayo ay nasa ospital o pasilidad ng pag-aalaga.
- **Mga gamot na sinasaklaw ng Medicare Part B.** Kabilang sa mga ito ang ilang mga gamot para sa chemotherapy, mga ilang gamot na iniksiyong ibinibigay sa inyo sa panahon ng inyong pagbisita sa tanggapan ng doktor o iba pang provider, at mga gamot na ibinibigay sa inyo sa klinika ng dialysis. Upang malaman ang higit pa tungkol sa kung anong mga gamot ng Medicare Part B ang sinasaklaw, sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Bilang karagdagan pa sa Medicare Part D at medikal na saklaw ng mga benepisyo ng plano, ang inyong mga gamot ay maaaring saklaw ng Original Medicare kung kayo ay nasa Medicare na hospisyo. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon F “Kung kayo ay nasa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare.”

Mga panuntunan para sa saklaw ng outpatient na gamot ng aming plano

Karaniwang sasaklawin namin ang inyong mga gamot hangga’t sinusunod ninyo ang mga panuntunan sa seksyong ito.

Dapat ay mayroon kayong isang provider (doktor, dentista, o iba pang tagareseta) na gagawa ng inyong reseta, na dapat may bisa sa ilalim ng naaangkop na batas ng estado. Kadalasan ang taong ito ay ang inyong provider ng pangunahing pangangalaga (PCP). Maaari din itong maging iba pang provider kung ini-refer kayo sa kaniya ng inyong PCP para sa pangangalaga.

Ang inyong tagareseta ay dapat na **wala** sa Listahan ng Pagbubukod o Pag-iwas ng Medicare o anumang katulad na mga listahan ng Medi-Cal.

Sa pangkalahatan ay dapat kayong gumamit ng isang parmasyang nasa network upang mapunan ang inyong reseta. O maaari ninyong punan ang inyong reseta sa pamamagitan ng serbisyo sa paghahatid sa bahay ng plano.

Ang inyong iniresetang gamot ay dapat nasa *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* ng aming plano. Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot"* para maikli. (Sumangguni sa **Seksyon B** ng kabanatang ito.)

- Kung wala ito sa *Listahan ng Gamot,* magagawa naming isaklaw ito sa pamamagitan ng pagbibigay sa inyo ng pagbubukod.
- Sumangguni sa **Kabanata 9** upang malaman ang higit pa tungkol sa paghiling ng pagbubukod.
- Pakitandaan din lamang na ang kahilingan na sakupin ang inyong iniresetang gamot ay susuriin sa ilalim ng mga pamantayan ng kapwa Medicare at Medi-Cal.

Dapat gamitin ang inyong gamot para sa isang medikal na tinatanggap na indication. Nangangahulugan ito na ang paggamit ng gamot ay inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) o kaya sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Ang inyong tagareseta ay maaaring makatulong na matukoy ang mga medikal na sangguniang magbibigay-suporta sa hinihiling na paggamit ng gamot. Ang mga gamot para sa mga kondisyong hindi sinusuportahan ng FDA o ng mga aklat-sanggunian ay tinatawag na mga "off-label" na paggagamitan. Ang mga gamot na ginagamit para sa mga "off-label" na paggagamitan ay hindi mga medikal na katanggap-tanggap na dahilan at dahil doon ay mga benepisyong hindi sinasaklaw maliban na lamang kung ang "off-label" na paggamit na ito ay binanggit sa isa sa mga aklat-sangguniang aprubado ng CMS.

Maaaring mangailangan ng pag-apruba ang inyong gamot bago namin ito saklawin. Tingnan ang **Seksyon C** sa kabanatang ito.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Pagpupunan ng inyong reseta 171

A1. Pagpupunan ng inyong reseta sa isang parmasyang nasa network 171

A2. Ang paggamit ng inyong Member ID Card kapag pinupunan ninyo ang isang reseta ... 171

A3. Ang dapat gawin kung nagpalit kayo ngparmasyana nasa network 171

A4. Ano ang dapat gawin kung umalis sa network ang inyong parmasya 172

A5. Paggamit ng espesyal na parmasya 172

A6. Paggamit ng mga serbisyo sa paghahatid sa bahay upang makuha ang inyong mga gamot 173

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot 175

A8. Paggamit ng isang parmasyang wala sa network ng aming plano. 175

A9. Pagsasauli sa inyo ng inyong ibinayad para sa isang reseta 176

B. Ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano 176

B1. Ang mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* 176

B2. Paano humanap ng gamot sa aming *Listahan ng Gamot* 177

B3. Ang mga gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* 178

B4. Ang bahaging gastos sa mga tier ng *Listahan ng Gamot* 179

C. Mga limitasyon sa mga ilang gamot 180

D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi sinasaklaw ang inyong gamot 182

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply 182

D2. Paghiling ng pansamantalang supply 184

D3. Paghingi ng pagbubukod 184

E. Mga pagbabago ng saklaw para sa inyong mga gamot 185

F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso 188

F1. Sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa pananatiling sinasaklaw ng aming plano 188

F2. Sa pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga 188

F3. Sa programang hospisyo na sertipikado ng Medicare 188

G. Mga programa sa kaligtasan ng gamot at pamamahala sa mga gamot 189

G1. Mga programang tumutulong sa inyo na ligtas na gumamit ng mga gamot 189

G2. Mga programang makakatulong sa pamamahala ng inyong mga gamot..... 189

G3. Programang pamamahala ng gamot para sa ligtas na paggamit ng mga gamot na opioid 191

A. Pagpupunan ng inyong reseta

A1. Pagpupunan ng inyong reseta sa isang parmasyang nasa network

Sa kadalasan, babayaran lang namin ang mga reseta kung pinunan ang mga ito sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network. Ang parmasyang nasa network ay isang botikang sumasang-ayon na punan ang mga reseta ng aming mga miyembro ng plano. Maaari kayong pumunta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network.

Upang humanap ng parmasyang nasa network, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, pumunta sa aming website o makipag-ugnayan sa Customer Service.

A2. Ang paggamit ng inyong Member ID Card kapag pinupunan ninyo ang isang reseta

Upang mapunan ang inyong reseta, **ipakita ang inyong Member ID Card** sa inyong parmasyang nasa network. Sisingilin kami ng parmasyang nasa network para sa aming bahagi sa gastos ng sinasaklaw na inireresetang gamot ninyo.

Tandaan, kakailanganin ninyo ang inyong Medi-Cal na card o ang Benefits Identification Card (BIC) upang makatanggap ng mga sumusunod na serbisyo:

Kung hindi ninyo dala ang inyong Member ID Card o BIC habang pinupunan ang inyong reseta, hilingin sa parmasyang tawagan kami upang makuha ang kinakailangang impormasyon, o maaari hilingin sa parmasya na hanapin ang inyong impormasyon sa pag-enroll sa plano.

Kung hindi makuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, maaaring kakailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng reseta kapag kinuha ninyo ito. At pagkatapos ay maaari ninyong hilingin na ibalik namin ang inyong ibinayad para sa aming bahagi sa gastos. **Kung hindi ninyo kayang bayaran ang gamot, makipag-ugnayan kaagad sa Customer Service.** Gagawin namin ang lahat ng aming makakaya upang makatulong.

- Upang hilingin sa amin na ibalik namin ang inyong ibinayad, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Kung kailangan ninyo ng tulong upang mapunan ang isang reseta, makipag-ugnayan sa Customer Service.

A3. Ang dapat gawin kung nagpalit kayo ngparmasyana nasa network

Kung nagpalit kayo ng mga parmasya at nangangailanang mapunan ang isang reseta, maaaring hilingin sa isang provider na sumlat ng reseta para sa inyo, o hilingin sa inyong parmasya na ilipat ang reseta sa bagong parmasya kung mayroon pang mga gamot na natitira.

Kung kailangan ng tulong upang mapalitan ang inyong parmasyang nasa network, makipag-ugnayan sa Customer Service.

A4. Ano ang dapat gawin kung umalis sa network ang inyong parmasya

Kung ang parmasyang ninyong ginagamit ay umalis sa network, kinakailangan ninyong humanap ng bagong parmasyang nasa network.

Upang humanap ng isang bagong parmasyang nasa network, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, pumunta sa aming website, o makipag-ugnayan sa Customer Service.

A5. Paggamit ng espesyal na parmasya

Kung minsan, ang mga reseta ay kinakailangang punin sa isang espesyal na parmasya. Kasama sa mga espesyal na parmasya ang:

- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa home infusion therapy.
- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa mga residente ng pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, gaya ng isang pasilidad ng pag-aalaga.
    - Karaniwan, ang mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay may sariling mga parmasya. Kung naninirahan kayo sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, sisiguraduhin naming natatanggap ninyo ang mga gamot na inyong kinakailangan sa parmasya ng pasilidad.
    - Kung wala sa aming network ang parmasya ng inyong pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga o kaya nahihirapan kayong makakuha ng inyong mga gamot sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, makipag-ugnayan sa Customer Service.
- Mga parmasyang nagsisilbi sa Indian Health Care Provider (IHCP) at Urban Indian Organization (UIO) na Mga Parmasyang Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. Maliban sa mga emergency, ang mga Native American o Alaska Native lang ang maaaring gumamit sa mga parmasyang ito.
- Ang mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot ay limitado ng FDA sa mga ilang lugar o nangangailangan ng espesyal na pag-aasikaso, pakikipag-koordina sa provider, o edukasyon sa kanilang paggamit. (Tandaan: Ang sitwasyong ito ay dapat madalang na mangyari.)

Upang humanap ng parmasya, tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya*, pumunta sa aming website o makipag-ugnayan sa Customer Service.

A6. Paggamit ng mga serbisyo sa paghahatid sa bahay upang makuha ang inyong mga gamot

Para sa ilang partikular na uri ng gamot, maaari ninyong gamitin ang mga serbisyo sa paghahatid sa bahay na nasa network ng aming plano. Sa pangkalahatan, ang mga gamot na makukuha sa pamamagitan ng paghahatid sa bahay ay mga gamot na regular ninyong iniinom para sa hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon. Ang mga gamot na **hindi** makukuha sa pamamagitan ng serbisyo sa paghahatid sa bahay ng aming plano ay minarkahan ng simbolong NDS sa aming Listahan ng Gamot.

Dahil sa serbisyo sa paghahatid sa bahay ng aming plano, makakapag-order kayo ng hanggang 100 araw na supply ng mga saklaw na gamot sa Mga Tier 1 hanggang 4. Ang 100 araw na supply ay may parehong copay gaya ng isang buwang supply.

Pagpunan ng mga reseta sa pamamagitan ng paghahatid sa bahay

Upang makakuha ng impormasyon tungkol sa pagpunan ng inyong mga reseta sa pamamagitan ng paghahatid sa bahay, mangyaring tumawag sa Customer Service sa numero sa likod na pabalat ng booklet na ito. Kung gumamit kayo ng isang parmasyang naghahatid sa bahay na wala sa network ng plano, ang inyong reseta ay hindi sasaklawin.

Karaniwan, ang reseta sa paghahatid sa bahay ay dumarating sa loob ng 5 araw. Makakatanggap kayo ng abiso kung may pagkaantala sa inyong resetang order sa paghahatid sa bahay. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol dito, mangyaring makipag-ugnayan sa Amazon Pharmacy sa (856) 208-4665, 24 na oras sa isang araw/7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711. Kung kinakailangan, matutulungan kayo ng Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan sa pagkuha ng sapat na supply ng gamot mula sa isang lokal na parmasyang nasa network, upang kayo ay hindi mawawalan ng gamot hanggang sa maihatid sa bahay ang inyong gamot. Maaaring mangailangan ito ng pakikipag-ugnayan sa inyong doktor upang kaniyang mai-tawag o mai-fax ang bagong reseta sa lokal na parmasyang nasa network para sa dami ng gamot na kinakailangan hanggang sa matanggap ninyo ang inyong gamot na inihatid sa bahay.

Kung ang pagkaantala ay mahigit 5 araw mula sa petsa ng pag-order sa reseta mula sa provider ng paghahatid sa bahay at dahil sa pagkawala ng gamot sa sistema ng koreo, maaaring mag-coordinate ang Customer Service ng Amazon Pharmacy ng isang kapalit na order.

Mga proseso ng paghahatid sa bahay

Ang serbisyo sa paghahatid sa bahay ay may iba't ibang mga pamamaraan para sa mga bagong reseta na natatanggap nito mula sa inyo, mga bagong reseta na direktang natatanggap nito mula sa tanggapan ng inyong provider, at mga refill sa inyong mga reseta sa paghahatid sa bahay.

1. Mga bagong reseta na natanggap ng parmasya mula sa inyo

Kusang pinupunan at ipinapadala ng parmasya ang mga bagong reseta na natatanggap nito mula sa inyo.

2. Mga bagong reseta na natanggap ng parmasya mula sa tanggapan ng inyong provider

Pagkatapos na matanggap ng parmasya ang reseta mula sa provider ng pangangalagang pangkalusugan, makikipag-ugnayan ito sa inyo upang malaman kung nais ninyong kaagad na punan ang gamot o sa ibang panahon sa hinaharap.

- Binibigyan kayo nito ng pagkakataon na masigurong ipinapadala ng parmasya ang tamang gamot (kabilang kung gaano ito kalakas, kadami, at ang anyo nito) at, kung kinakailangan, binibigyan kayo ng pagkakataong ihinto o ipagpaliban ang order bago kayo singilin at ito ay ipadala.
- Tumugon tuwing magtangkang makipag-ugnayan sa inyo ang parmasya, upang ipaalam sa kanila kung ano ang dapat gawin sa bagong reseta at upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa pagpapadala.

3. Mga refill ng reseta sa paghahatid sa bahay

Para sa mga refill ng inyong mga gamot, may opsyon kayong mag-sign up para sa isang programa na awtomatikong pag-refill. Sa ilalim ng programang ito, awtomatiko naming sisimulang iproseso ang inyong susunod na refill kapag ipinapakita ng aming record na malapit na kayong mauubusan ng gamot.

- Makikipag-ugnayan sa inyo ang parmasya bago ipadala ang bawat refill upang matiyak na kailangan ninyo ng higit pang gamot, at maaari ninyong kanselahin ang mga naka-schedule na refill kung mayroon kayong sapat na gamot o kung nabago ang inyong gamot.
- Kung pipiliin ninyong hindi gamitin ang aming programa sa awtomatikong pag-refill, makipag-ugnayan sa inyong parmasya nang 14 araw bago maubos ang inyong kasalukuyang reseta upang masiguro na ang inyong susunod na order ay maipadala sa inyo sa tamang panahon.

Upang piliing huwag sumali sa aming programa ng awtomatikong paghahanda ng mga refill na ihahatid sa bahay, kontakin kami sa pamamagitan ng pagtawag sa Amazon Pharmacy sa (856) 208-4665, 24 oras sa isang araw /7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711.

Sabihin sa parmasya ang pinakamabuting paraan para makipag-ugnayan sa inyo upang kanilang marating kayo upang makumpirma ang inyong inorder bago ito ipadala. Mangyaring siguraduhin lamang na ang inyong impormasyon sa pakikipag-ugnayan ay palaging napapanahon sa Blue Shield TotalDual Plan. Kung kailangan ninyong baguhin ang inyong numero ng telepono o address, mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer ng Blue Shield TotalDual Plan (ang numero ng telepono ay matatagpuan sa ilalim ng pahinang ito).

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

Makakakuha kayo ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plano. Ang mga maintenance na gamot ay mga gamot na iniinom ninyo sa regular na batayan, para sa hindi gumagaling o pangmatagalang medikal na kondisyon.

Pinapayagan kayo ng ilang parmasyang nasa network na kumuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Ang 100 araw na supply ay may parehong copay gaya ng isang buwang supply. Sinasabi sa inyo ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* kung aling mga parmasya ang makapagbibigay sa inyo ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Maaari din kayong tumawag sa Customer Service para sa higit pang impormasyon.

Para sa ilang partikular na uri ng gamot, maaari ninyong gamitin ang mga serbisyo sa paghahatid sa bahay na nasa network ng aming plano upang makakuha ng pangmatagalang suplay ng mga maintenance na gamot. Tingnan ang **Seksyon A6** upang malaman ang tungkol sa mga serbisyo sa paghahatid sa bahay.

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

Sa pangkalahatan, babayaran lamang namin ang mga gamot na pinunan sa isang wala sa network na parmasya kapag hindi ninyo magagawang gumamit ng parmasyang nasa network. Mayroon kaming mga parmasyang nasa network na nasa labas ng aming lugar ng serbisyo kung saan maaari ninyong kunin ang inyong mga reseta bilang miyembro ng aming plano. Sa mga pagkakataong ito, makipag-ugnayan muna sa inyong coordinator ng pangangalaga o sa Customer Service upang malaman kung mayroong malapit na parmasyang nasa network.

Babayaran namin ang mga resetang kinuha sa isang wala sa network na parmasya sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Kung hindi kayo kaagad makakakuha ng isang saklaw na gamot sa loob ng aming lugar ng serbisyo dahil walang parmasyang nasa network sa loob ng makatwirang distansya ng pagmamaneho na nagbibigay ng 24 oras na serbisyo.
- Kung sinusubukan ninyong punan ang saklaw na inireresetang gamot na hindi karaniwang may stock sa isang karapat-dapat na network na tindahan o serbisyo sa koreong parmasya (kasama sa mga gamot na ito ang orphan drug, mahal na

mga gamot at kakaibang mga gamot o iba pang mga espesyalidad na pharmaceutical).

- Ang ilang mga bakunang ibinibigay sa tanggapan ng inyong doktor na hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part B at hindi makatwirang makukuha sa isang parmasyang nasa network ay maaaring masaklaw sa ilalim ng aming access na wala sa network.
- Ang mga resetang pinunan sa mga wala sa network na parmasya ay limitado sa pang-30 araw na supply ng mga saklaw na gamot.

A9. Pagsasauli sa inyo ng inyong ibinayad para sa isang reseta

Kung kailangan ninyong gamitin ang parmasya na wala sa network, kinakailangan bayaran muna ninyo ang buong halaga sa halip na ang copay kapag kinuha ang inyong reseta. Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad para sa aming bahagi ng gastos.

Kung nagbayad kayo ng buong halaga para sa inyong reseta na maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx, maaari kayong ma-reimburse ng parmasya oras na magbayad ang Medi-Cal Rx para sa reseta. O kaya naman, maaari ninyong hilingin sa Medi-Cal Rx na isauli nila sa inyo ang inyong ibinayad sa pamamagitan ng pagsumite ng “Pag-reimburse ng Medi-Cal para sa Gastusing Mula sa Sariling Bulsa (Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement) (Conlan)” na claim. Maaaring makahanap ng karagdagang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Sumangguni sa **Kabanata 7** ng iyong *Handbook ng Miyembro* upang malaman ang higit pa tungkol dito.

B. Ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano

Mayroon kaming *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot*. Tinatawag namin itong “*Listahan ng Gamot”* para maikli.

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

Karaniwan naming sinasaklaw ang isang gamot sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano kapag inyong sinunod ang mga tuntuning aming ipinaliliwanag sa kabanatang ito.

B1. Ang mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot*

Kabilang sa aming *Listahan ng Gamot* ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D.

Ang karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay sinasaklaw ng inyong plano. Maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx ang iba pang gamot, tulad ng ilang mga over-the-counter (OTC) na gamot at mga partikular na vitamin. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon. Maaari rin kayong tumawag sa Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong Medi-Cal Beneficiary Identification Card (BIC) kapag kinukuha ang inyong mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Kasama sa aming *Listahan ng Gamot* ang mga branded na gamot, mga generic na gamot, at mga biyolohikong produkto (na maaaring kabilang ang mga biosimilar).

Ang mga branded na gamot ay isang inireresetang gamot na itinitinda sa ilalim ng isang markang-pangkalakal na pangalan na pag-aari ng manufacturer ng gamot. Ang mga biyolohikal na produkto ay mga gamot na mas kumplikado kaysa sa mga karaniwang gamot. Sa aming *Listahan ng Gamot,* kapag sinabi naming “mga gamot” maaari itong mangahulugan ng isang gamot o isang biyoholikong produkto.

Ang mga generic na gamot ay ginawa mula sa kaparehong mga aktibong sangkap na tulad rin ng mga branded na gamot. Ang mga biyolohikong produkto ay may mga alternatibo na tinatawag na mga biosimilar. Sa pangkalahatan, ang mga generic na gamot at mga biosimilar ay kasing-bisa ng mga branded na gamot o mga biyolohikong produkto at karaniwan ay mas mababa pa ang presyo. Mayroong mga generic na gamot na kahalili para sa maraming mga branded na gamot at mga biosimilar na alternatibo para sa ilang orihinal na biyolohikong produkto. Ang ilang mga biosimilar ay mapagpapalit ng mga biosimilar at, depende sa batas ng estado, ay maaaring palitan para sa orihinal na biyolohikal na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta, gaya ng mga generic na gamot na maaaring palitan ng mga branded na gamot.

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

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

Upang malaman kung ang gamot na inyong iniinom ay nasa aming *Listahan ng Gamot*, maaari ninyong:

- Bisitahin ang website ng aming plano sa blueshieldca.com/medformulary2025. Ang *Listahan ng Gamot* sa aming website ay palaging pinakabago.
- Tumawag sa Customer Service upang malaman kung ang isang gamot ay nasa aming *Listahan ng Gamot* o upang humingi ng kopya ng listahan.

- Ang mga gamot na hindi saklaw ng Part D ay maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang impormasyon
- Basahin ang aming "Kagamitan ng Benepisyo sa Panahon ng Aktwal na Kaganapan (Real Time Benefit Tool)" sa pamamagitan ng pag-log-in sa inyong portal ng miyembro sa blueshieldca.com/medicare o kaya tumawag sa Serbisyo sa Customer. Sa pamamagitan ng kagamitang ito, maaari kayong makahanap ng mga gamot na nasa *Listahan ng Gamot* upang matantiya kung magkaano ang inyong babayaran, at kung mayroon bang mga alternatibong gamot sa *Listahan ng Gamot* na maaaring makagamot sa kaparehong kondisyon.
- Paano gamitin ang kagamitan ng pagsuri ng presyo ng Rx:
  - Gumawa o mag-log in sa inyong online na account bilang miyembro.
  - Pumunta sa myblueshield, at pagkatapos ay i-click ang Parmasya sa ilalim ng "Mga benepisyo."
  - Sa ilalim ng "Price check my Rx (Tingnan ang presyo ng aking Rx)," i-click ang "Check current prescriptions (Tingnan ang mga kasalukuyang reseta)."

B3. Ang mga gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*

Hindi namin sinasaklaw ang lahat ng mga inireresetang gamot. May ilang mga gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* dahil hindi kami pinapayagan ng batas na saklawin ang mga gamot na iyon. Sa ibang mga pagkakataon, napagpasyahan naming hindi isama ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.

Hindi binabayaran ng aming plano ang mga uri ng gamot na inilalarawan sa seksyong ito. Ang mga ito ay tinatawag na **mga nakabukod na gamot**. Kung nakatanggap kayo ng reseta para sa isang nakabukod na gamot, maaaring kakailanganin na kayo mismo ang magbayad para dito. Kung sa tingin ninyo ay dapat naming bayaran ang isang nakabukod na gamot dahil sa inyong sitwasyon, maaari kayong mag-apela. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga apela.

Narito ang tatlong pangkalahatang panuntunan para sa mga nakabukod na gamot:

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

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

3. Ang paggamit sa gamot ay dapat na inaprubahan ng FDA o sinusuportahan ng mga ilang medikal na sanggunian bilang isang paggamot ng inyong kondisyon. Maaaring magreseta ang inyong doktor o iba pang provider ng partikular na gamot upang gamutin ang inyong kondisyon, kahit na hindi ito inaprubahang panggamot sa inyong kondisyon. Ito ay tinatawag na “off-label na paggamit.” Karaniwang hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga gamot na inireseta para sa off-label na paggamit.

Ayon sa batas, hindi rin masasaklaw ng Medicare o Medi-Cal ang mga uri ng gamot na nakalista sa ibaba.

- Mga gamot na ginagamit upang pataasin ang kakayahang magkaroon ng anak (fertility)
- Mga gamot na ginagamit para sa pagpapahupa ng ubo o mga sintomas ng sipon*
- Mga gamot na ginagamit para sa mga layuning cosmetic o upang pabilisin ang paghaba ng buhok
- Mga vitamin nangangailangan ng reseta at mga produktong mineral, maliban sa mga vitamin at fluoride* na ginagamit bilang paghahanda bago manganak.
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng sexual o erectile dysfunction
- Mga gamot na ginagamit para sa paggamot anorexia, pagbabawas ng timbang o paggana ng timbang*
- Mga outpatient na gamot kapag sinabi ng kumpanyang gumagawa sa gamot na kinakailangan ninyong sumailalim sa mga pagsusuri o serbisyong sila lang ang gagawa

*May mga ilang produkto na maaaring saklaw ng Medi-Cal. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon.

B4. Ang bahaging gastos sa mga tier ng *Listahan ng Gamot*

Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ay nasa isa sa limang tier. Ang tier ay isang grupo ng mga gamot na sa karaniwan ay magkakapareho ang uri (halimbawa, gamot na may tatak, generic na gamot, o mga OTC na gamot). Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier ng bahaging gastos, mas malaki ang inyong gastos para sa gamot.

- Tier 1 ng Bahaging Gastos: Mga Piniling Generic na Gamot (pinakamababang tier ng bahaging gastos) - Kabilang ang mga piniling generic na gamot.
- Tier 2 ng Bahaging Gastos: Mga Generic na Gamot – Kabilang ang mga generic na gamot at mga biosimilar.
- Tier 3 ng Bahaging Gastos: Mga Piniling Branded na Gamot – Kabilang ang piniling pangalan ng brand, mga biosimilar, at ilang generic na gamot.
- Tier 4 ng Bahaging Gastos: Mga Di-Piniling Gamot – Kasama ang hindi piniling pangalan ng brand, mga biosimilar, at ilang generic na gamot.
- Tier 5 ng Bahaging Gastos: Mga Gamot sa Tier na May-Parteng Babayaran (pinakamataas na tier ng bahaging gastos) – Kasama ang napakamahal na pangalan ng brand, mga biosimilar, at mga generic na gamot na maaaring mangailangan ng espesyal na pag-aasikaso at/o masusing pagsusubaybay.

Upang malaman kung nasaang tier ng bahaging gastos ang inyong gamot, hanapin ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.

Ipinapakita sa **Kabanata 6** ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang halagang inyong babayaran para sa mga gamot na nasa bawat tier.

C. Mga limitasyon sa mga ilang gamot

Para sa mga ilang partikular na inireresetang gamot, nililimitahan ng mga espesyal na panuntunan kung paano at kailan sasaklawin ng aming plano ang mga ito. Sa pangkalahatan, hinihikayat kayo ng aming mga panuntunan na kumuha ng gamot na mabisa para sa inyong medikal na kondisyon at siyang ligtas at mabisa. Kapag may isang mas murang gamot na ligtas at kasing-bisa ng isang mas mahal na gamot, inaasahan namin na ang irereseta ng inyong provider ay ang mas murang gamot.

Kung may espesyal na panuntunan para sa inyong gamot, kadalasang nangangahulugan ito na kinakailangan ninyo o ang inyong provider na magsagawa ng mga karagdagang hakbang upang saklawin namin ang gamot. Halimbawa, maaaring kailangan munang sabihin sa amin ng inyong provider ang pagsusuri sa inyo o ibigay ang mga resulta ng mga blood test. Kung sa inyong palagay o sa palagay ng inyong provider na ang aming panuntunan ay hindi dapat ilalapat sa inyong sitwasyon, hilingin kami na gumawa ng pagbubukod. Maaari kaming sumang-ayon o hindi sumasang-ayon na payagan kayong gamitin ang gamot nang hindi gumagawa ng mga karagdagan pang hakbang.

Upang malaman ang higit pa tungkol sa mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

1. **Paglilimita sa paggamit ng branded na gamot o orihinal na mga biyolohikong produkto kapag mayroong isang generic o maipapalit na biosimilar na bersyon**

   Sa pangkalahatan, ang isang generic na gamot o maipapalit na mga biosimilar ay kasing-bisa ng branded na gamot o orihinal na biyolohikong produkto at karaniwan ay mas mababa ang presyo. Kadalasan, kung mayroong generic o maipapalit na biosimilar na bersyon ng branded na gamot o orihinal na biyolohikong produkto na maaaring makuha, ibibigay sa inyo ng aming mga parmasyang nasa network ang generic o maipapalit na biosimilar na bersyon.

   - Karaniwang hindi kami nagbabayad para sa branded na gamot o orihinal na biyolohikong produkto kapag mayroong makukuhang generic na bersiyon.
   - Gayunpaman, kapag sinabi sa amin ng inyong provider ang medikal na dahilan kung bakit hindi mabisa para sa inyo ang generic na gamot, sasaklawin namin ang branded na gamot.

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

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

3. **Pagsubok muna ng ibang gamot**

   Sa pangkalahatan, gusto naming subukan ninyo ang mga mas murang gamot na kasing-bisa bago namin saklawin ang mga gamot na mas mahal. Halimbawa, kung parehong kondisyong medikal ang ginagamot ng Gamot A at Gamot B, at mas mura ang Gamot A kaysa sa Gamot B, maaari naming hilingin sa inyo na subukan muna ang Gamot A.

   Kung ang Gamot na A ay **hindi** gumagana para sa inyo, sasaklawin namin ang Gamot na B. Ito ay tinatawag na step therapy.

4. **Mga limitasyon sa dami**

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

Upang malaman kung kapit ang alinman sa mga panuntunan sa itaas sa gamot na iniinom ninyo o nais inumin, tingnan ang *Listahan ng Gamot*. Para sa pinaka-napapanahong impormasyon, tumawag sa Customer Service o pumunta sa aming website sa

blueshieldca.com/medformulary2025. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming pagpapasya sa saklaw base sa alinman sa mga dahilan sa itaas, maaari kayong humiling ng apela. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

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

Sinusubukan naming gumana nang mahusay para sa inyo ang inyong saklaw ng gamot, ngunit minsan ay maaaring hindi sinasaklaw ang isang gamot sa paraang gusto ninyong saklawin ito. Halimbawa:

- Hindi saklaw ng aming plano ang gamot na nais ninyong inumin. Ang gamot ay maaaring wala sa aming *Listahan ng Gamot*. Maaari naming saklawin ang generic na bersiyon ng gamot, ngunit hindi ang bersiyong may tatak na gusto ninyong inumin. Ang gamot ay maaaring bago, at hindi pa namin napag-aaralan ang kaligtasan ito at kung gaano ito kabisa.
- Sinasaklaw ang gamot, ngunit mayroong mga espesyal na panuntunan o limitasyon sa saklaw para sa gamot na iyon. Tulad ng ipinapaliwanag sa seksyon sa itaas, may mga panuntunan ang mga ilang gamot na sinasaklaw ng aming plano na naglilimita sa paggamit ng mga iyon. Sa mga ilang kaso, maaari kayo o ang inyong tagareseta na humiling sa amin ng pagbubukod.

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

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply

Sa ilang kaso, maaari namin kayong bigyan ng pansamantalang supply ng gamot kapag wala ito sa *Listahan ng Gamot* o kaya ay limitado ito sa isang paraan. Binibigyan kayo nito ng oras upang kausapin ang inyong provider tungkol sa pagkuha ng ibang gamot o upang hilingin sa amin na saklawin ang gamot.

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

1. Ang gamot na inyong iniinom ay:
   - wala na sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
   - hindi kailanman naisama sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
   - nililimitahan na ngayon sa isang paraan.

2. Kayo dapat ay nasa isa sa mga sitwasyong ito:
   - Kayo ay nasa aming plano noong nakaraang taon.
     - Sasaklawin namin ang isang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa panahon ng unang 90 araw sa taon sa kalendaryo**.
     - Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang sa 30 araw.
     - Kung ang inyong reseta ay para sa mas kakaunting araw, pinapayagan namin ang maraming beses na pag-refill upang makapagbigay ng hindi hihigit sa 30 araw na dami ng gamot. Dapat ninyong kunin ang reseta sa isang parmasyang nasa network.
     - Maaaring magbigay ang mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ng gamot sa mas kakaunti lamang ang dami bawat beses upang hindi ito masayang.
   - Bago kayo sa aming plano.
     - Sasaklawin namin ang isang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa panahon ng unang 90 araw ng inyong pagiging miyembro ng aming plano.**
     - Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang sa 30 araw.
     - Kung ang inyong reseta ay para sa mas kakaunting araw, pinapayagan namin ang maraming beses na pag-refill upang makapagbigay ng hindi hihigit sa 30 araw na dami ng gamot. Dapat ninyong kunin ang reseta sa isang parmasyang nasa network.
     - Maaaring magbigay ang mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ng gamot sa mas kakaunti lamang ang dami bawat beses upang hindi ito masayang.
   - Naging bahagi na kayo ng aming plano nang mahigit 90 araw, naninirahan sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, at kaagad-agad na nangangailangan ng suplay.
     - Sasaklawin namin ang isang 31-araw na supply, o mas kakaunti pa kung ang nakasulat sa reseta na ito ay para sa mas kakaunting araw. Ito ay bilang karagdagan sa pansamantalang supply na binanggit sa itaas.

D2. Paghiling ng pansamantalang supply

Upang humiling ng pansamantalang supply ng isang gamot, tumawag sa Customer Service.

Kapag nakatanggap kayo ng pansamantalang supply ng isang gamot, makipag-usap sa inyong provider sa lalong madaling panahon upang mapagpasyahan kung ano ang dapat gawin kapag naubos na ang inyong supply. Narito ang inyong mga pagpipilian:

- Maaari kayong gumamit ng ibang gamot.

  Maaaring saklaw ng aming plano ang isang kakaibang gamot na mabisa para sa inyo. Maaari kayong tumawag sa Customer Service upang humiling ng listahan ng mga gamot na sinasaklaw namin na gumagamot ng kaparehong medikal na kondisyon. Makakatulong sa inyong provider ang listahan na makahanap ng saklaw na gamot na maaaring mabisa para sa inyo.

  O

- Maaari kayong humiling ng pagbubukod.

  Maaari ninyong hilingin sa amin o ng inyong provider na gumawa ng pagbubukod. Halimbawa, maaari ninyong hilingin sa amin na saklawin ang isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* o kaya hilingin sa amin na saklawin ang gamot nang walang limitasyon. Kung sinabi ng inyong provider na mayroon kayong magandang medikal na dahilan para sa isang pagbubukod, maaari niya kayong tulungan na humingi ng pagbubukod.

D3. Paghingi ng pagbubukod

Kung ang gamot na inyong iniinom ay aalisin sa aming *Listahan ng Gamot* o lilimitahan sa susunod na taon, pinapayagan namin kayong humiling ng pagbubukod bago sumapit ang susunod na taon.

- Aabisuhan ka namin tungkol sa anumang pagbabago sa saklaw ng inyong gamot para sa susunod na taon. Humiling sa aming na gumawa ng pagbubukod a saklawin ang gamot para sa susunod na taon sa paraan na inyong ninanais.
- Sasagutin namin ang inyong kahilingan para sa isang pagbubukod sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang inyong kahilingan (o ang sumusuportang pahayag ng inyong tagareseta).

Upang malaman ang higit pa tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghingi ng pagbubukod, makipag-ugnayan sa Customer Service.

E. Mga pagbabago ng saklaw para sa inyong mga gamot

Ang karamihan sa mga pagbabago sa saklaw sa gamot ay nangyayari sa Enero 1, ngunit maaari kaming magdagdag o magtanggal ng mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* sa kalagitnaan ng taon. Maaari rin naming baguhin ang aming mga panuntunan tungkol sa mga gamot. Halimbawa, maaari kaming:

- Magpasyang mangailangan o hindi mangailangan ng paunang pahintulot (prior approval, PA) para sa isang gamot (pahintulot mula sa amin bago kayo makakakuha ng gamot).
- Dagdagan o baguhin ang dami ng gamot na maaari ninyong makuha (limitasyon sa dami).
- Dagdagan o baguhin ang mga step therapy na limitasyon ng isang gamot (dapat muna ninyong pagtangkaang gamitin ang isang gamot bago namin sasaklawin ang iba pang gamot).

Para sa karagdagang impormasyon sa mga tuntunin ng gamot na ito, sumangguni sa **Seksyon C**.

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

- may isang bago, mas matipid na gamot na lumabas sa merkado na kasing-bisa ng gamot na nasa aming *Listahan ng Gamot* ngayon, **o**
- nalaman namin na ang isang gamot ay hindi ligtas, **o**
- may inalis na gamot sa merkado.

Ano ang mangyayari kung nagbago ang saklaw para sa gamot na iniinom ninyo?

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

- Suriin ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot* online sa blueshieldca.com/medformulary2025 **o**

- Tumawag sa Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina upang tingnan ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot*.

Mga pagbabago na maaaring gawin namin sa *Listahan ng Gamot* na nakakaapekto sa inyo sa kasalukuyang taon ng plano

May ilang pagbabago sa *Listahan ng Gamot* na mangyayari kaagad. Halimbawa:

- May magagamit na bagong generic na gamot. Kung minsan, may bagong generic na gamot o biosimilar na lumalabas sa merkado na kasing-bisa ng branded na gamot o orihinal na biyolohikong produkto na nasa *Listahan ng Gamot* ngayon. Kapag nangyari iyon, maaaring aalisin namin ang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot, ngunit hindi magbabago o di kaya'y bababa ang inyong gastusin para sa bagong gamot.

  Kapag idinagdag namin ang bagong generic na gamot, maaari rin naming pagpasyahang panatilihin ang branded na gamot sa listahan ngunit papalitan namin ang mga panuntunan o limitasyon nito sa saklaw.

  - Posibleng hindi namin kayo maabisuhan bago namin gawin ang pagbabagong ito, ngunit padadalhan namin kayo ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabagong ginawa namin kapag nagawa na ito.
  - Maaari kayong humiling, o ang inyong provider, ng "pagbubukod" sa mga pagbabagong ito. Padadalhan namin kayo ng abisong naglalaman ng mga hakbang na maaari ninyong isagawa para makahiling ng pagbubukod. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng handbook na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagbubukod.

May inalis na gamot sa merkado. Kung sasabihin ng FDA na hindi ligtas ang isang gamot na iniinom ninyo o kung aalisin ng manufacturer nito ang gamot sa merkado, maaaring agad naming aalisin ito sa aming *Listahan ng Gamot*. Kung iniinom ninyo ang gamot, papadalhan namin kayo ng abiso pagkatapos naming gawin ang pagbabago. Malalaman din ng inyong tagareseta ang tungkol sa pagbabago na ito at maaaring makipagtulungan sa inyo upang makahanap ng ibang gamot para sa inyong kondisyon.

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

- Magbibigay ang FDA ng bagong gabay o kung may mga bagong klinikal na alituntunin tungkol sa isang gamot.

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito, gagawin namin ang:

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

Bibigyan kayo nito ng panahon para kausapin ang inyong doktor o ang iba pang tagareseta. Matutulungan nila kayong magpasya:

- Kung may katulad na gamot sa aming *Listahan ng Gamot* na maaari ninyong ipalit **o**
- Kung dapat kayong humiling ng pagbubukod sa mga pagbabagong ito upang ipagpatuloy ang pagsaklaw sa gamot o sa bersyon ng gamot na iniinom ninyo. Upang malaman ang higit pa tungkol sa mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

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

Maaari kaming gumawa ng mga pagbabago sa mga gamot na iniinom ninyo na hindi nailarawan sa itaas at hindi makakaapekto sa inyo ngayon. Para sa mga gayong pagbabago, kung umiinom kayo ng gamot na sinaklaw namin sa **simula** ng taon, karaniwang hindi na namin aalisin o babaguhin ang saklaw sa gamot na iyon sa **natitirang bahagi ng taon**.

Halimbawa, kung aalisin namin ang isang gamot na iniinom ninyo o lilimitahan namin ang paggamit nito, hindi maaapektuhan ng pagbabago ang iyong paggamit sa gamot para sa natitirang bahagi ng taon.

Kung mangyayari ang alinman sa mga pagbabagong ito para sa gamot na iniinom ninyo (maliban sa mga pagbabagong nabanggit sa seksyon sa itaas), hindi maaapektuhan ng pagbabago ang inyong paggamit hanggang Enero 1 ng susunod na taon.

Hindi namin direktang sasabihin sa inyo sa itaas ang mga ganitong uri ng mga pagbabago sa panahon ng kasalukuyang taon. Kailangan ninyong tingnan ang *Listahan ng Gamot* para sa susunod na taon ng plano (kapag available ang listahan sa panahon ng bukas na enrollment) upang malaman kung may anumang pagbabago na makakaapekto sa inyo sa susunod na taon ng plano.

F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso

F1. Sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa pananatiling sinasaklaw ng aming plano

Kung ipinasok kayo sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa pananatiling sinasaklaw ng aming plano, sasaklawin namin sa pangkalahatan ang halaga ng inyong mga inireresetang gamot sa panahon ng inyong pananatili. Hindi kayo magbabayad ng copay. Sa sandaling umalis kayo sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga, sasaklawin namin ang inyong mga gamot hangga't natutugunan ng mga gamot ang lahat ng aming panuntunan para sa saklaw.

F2. Sa pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga

Kadalasan, ang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, gaya ng pasilidad ng pangangalaga, ay may sarili nitong parmasya o parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa lahat ng residente nito. Kung nakatira kayo sa pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, maaari ninyong kunin ang inyong mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng parmasya ng pasilidad kung bahagi ito ng aming network.

Tingnan ang inyong *Direktoryo ng Provider at Parmasya* upang malaman kung bahagi ng aming network ang parmasya ng inyong pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga. Kung hindi ito bahagi o kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon, makipag-ugnayan sa Customer Service.

F3. Sa programang hospisyo na sertipikado ng Medicare

Ang mga gamot ay hindi kailanman saklaw ng kapwa hospisyo at ng aming plano sa magkasabay na panahon.

- Maaaring naka-enroll kayo sa isang hospisyo ng Medicare at nangangailangan ng ilang partikular na gamot (hal., pananakit, panlaban sa pagduduwal, pampadumi, o panlaban sa pagkabalisa) na hindi saklaw ng inyong hospisyo dahil hindi ito nauugnay sa iyong terminal na prognosis at mga kondisyon. Sa kasong iyon, dapat makatanggap ng abiso ang aming plano mula sa tagareseta o sa inyong tagapagbigay ng hospisyo na walang kaugnayan ang gamot bago namin masasaklaw ang gamot.
- Upang maiwasan ang mga pagkaantala sa pagkuha ng anumang mga hindi nauugnay na gamot na dapat saklawin ng aming plano, maaari mong hilingin sa inyong tagapagbigay ng hospisyo o tagareseta na tiyaking mayroon kaming abiso na walang kaugnayan ang gamot bago mo hilingin sa isang parmasya na punan ang iyong reseta.

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

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

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

G1. Mga programang tumutulong sa inyo na ligtas na gumamit ng mga gamot

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

- maaaring hindi kailangan dahil umiinom kayo ng ibang gamot na pareho ang epekto
- maaaring hindi ligtas para sa inyong edad o kasarian
- makakapinsala sa inyo kung iinumin ninyo ang mga ito nang sabay-sabay
- may mga sangkap na may alerhiya kayo o maaaring may alerhiya kayo
- may hindi ligtas na dami ng opioid na mga gamot sa pananakit

Kung may makita kaming posibleng problema sa inyong paggamit ng mga inireresetang gamot, makikipagtulungan kami sa inyong provider upang maitama ang problema.

G2. Mga programang makakatulong sa pamamahala ng inyong mga gamot

Ang aming plano ay may programang tutulong sa mga miyembro na may kumplikadong mga pangangailangan sa kalusugan. Sa ganitong mga kaso, maaari kayong maging karapat-dapat na makakuha ng mga serbisyo, nang walang bayad, sa pamamagitan ng isang programang pamamahala ng terapiya na paggamot (Medication Therapy Management, MTM). Ang programang ito ay boluntaryo at libre. Tumutulong ang program na ito sa inyo at sa inyong provider na matiyak na gumagana ang inyong mga gamot upang mapabuti ang inyong kalusugan. Kung kwalipikado kayo para sa programa, bibigyan ka ng isang parmasista o ng ibang propesyonal sa kalusugan ng komprehensibong pagsusuri sa lahat ng inyong mga gamot at makikipag-usap sa inyo tungkol sa:

- kung paano makukuha ang pinakamaraming benepisyo mula sa mga gamot na iniinom ninyo
- anumang alalahanin na mayroon kayo, tulad ng mga gastos sa gamot at mga reaksyon sa gamot
- kung paano pinakamahusay na gamitin ang inyong mga gamot
- anumang tanong o problema ninyo tungkol sa inyong reseta at over-the-counter na gamot

Pagkatapos, bibigyan nila kayo ng:

- Isang nakasulat na buod ng talakayang ito. Ang buod ay may plano ng pagkilos sa paggamot na nagrerekomenda sa kung ano ang maaari ninyong gawin para sa pinakamahusay na paggamit sa inyong mga gamot.
- Isang listahan ng personal na gamot na kinabibilangan ng lahat ng gamot na iniinom ninyo, gaano karami ang iinumin ninyo, at kailan at bakit ninyo iniinom ang mga ito.
- Impormasyon tungkol sa ligtas na pagtapon sa mga inireresetang gamot na kinokontrol na mga sangkap.

Maganda na makipag-usap sa inyong tagareseta tungkol sa inyong plano ng pagkilos at listahan ng gamot.

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

Boluntaryo at libre sa mga miyembro na kuwalipikado ang mga programang MTM. Kung mayroon kaming programang naaangkop sa inyong mga pangangailangan, ie-enroll namin kayo sa programa at papadalhan kayo ng impormasyon. Kung ayaw ninyong sumali sa programa, ipaalam ito sa amin, at aalisin namin kayo mula dito.

Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa mga programang ito, makipag-ugnayan sa Customer Service.

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

Ang aming plano ay may programa na makakatulong sa mga miyembro na ligtas na gamitin ang kanilang mga opioid na inireresetang gamot at iba pang mga gamot na madalas na mali ang paggamit. Ang programang ito ay tinatawag na Programang Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program, DMP).

Kung gumagamit kayo ng mga opioid na gamot na nakukuha niyo mula sa ilang tagareseta o parmasya o kung nagkaroon kayo ng kamakailang labis na dosis ng opioid, maaari kaming makipag-usap sa inyong mga tagareseta upang matiyak na angkop ang inyong paggamit ng mga opioid na gamot at medikal na kinakailangan sa paggamot. Sa pakikipagtulungan sa inyong mga tagareseta, kung magpapasya kaming hindi ligtas ang paggamit ninyo ng mga inireresetang opioid o benzodiazepine, maaari naming limitahan kung paano ninyo makukuha ang mga gamot na iyon. Maaaring kabilang sa mga limitasyon ang:

- Kayo mismo ang kukuha sa lahat ng mga reseta para sa mga gamot na iyon mula sa ilang partikular na parmasya at/o mula sa ilang partikular na tagareseta
- Paglilimita sa dami ng mga gamot na sinasaklaw namin para sa inyo

Kung sa tingin namin ay dapat ilapat sa inyo ang isa o higit pang mga limitasyon, padadalhan namin kayo ng sulat nang maaga. Sasabihin sa inyo ng liham kung lilimitahan namin ang saklaw sa mga gamot na ito para sa inyo, o kung kakailanganin ninyong kunin ang mga reseta para sa mga gamot na ito mula lamang sa isang partikular na provider o parmasya.

Magkakaroon kayo ng pagkakataong sabihin sa amin kung aling mga tagareseta o parmasya ang gusto ninyong gamitin at anumang impormasyon na sa tingin ninyo ay mahalagang malaman namin. Kung magpasya kaming limitahan ang inyong saklaw para sa mga gamot na ito pagkatapos magkaroon ng pagkakataong tumugon, padadalhan namin kayo ng isa pang liham na nagkukumpirma sa mga limitasyon.

Kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami, hindi kayo sumasang-ayon na nasa panganib kayo para sa maling paggamit ng inireresetang gamot, o hindi kayo sumasang-ayon sa limitasyon, kayo at ang inyong tagareseta ay maaaring mag-apela. Kung gagawa kayo ng apela, susuriin namin ang inyong kaso at ibibigay sa inyo ang aming desisyon. Kung patuloy naming tatanggihan ang anumang bahagi ng inyong apela na may kaugnayan sa mga limitasyon sa iyong pag-access sa mga gamot na ito, awtomatiko naming ipinapadala ang inyong kaso sa isang Independiyenteng Organisasyon ng Pagrepaso (Independent Review Organization, IRO). (Upang matuto nang higit pa tungkol sa mga apela at IRO, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.)

Maaaring hindi naaangkop sa inyo ang DMP kung kayo ay:

- may ilang partikular na kondisyong medikal, tulad ng cancer o sickle cell disease,
- nakakakuha ng pangangalagang hospisyo, palliative, o dulo-ng-buhay, **o**
- nakatira sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga.

Kabanata 6: Ang binabayaran ninyo para sa Medicare at Medi-Cal na inireresetang gamot ng Medicaid

Panimula

Sinasabi ng kabanatang ito kung ano ang babayaran ninyo para sa inyong mga outpatient na inireresetang gamot. Sa “mga gamot,” ang ibig naming sabihin ay:

- Mga inireresetang gamot ng Medicare Part D, **at**
- Mga gamot at item na sinasaklaw sa ilalim ng Medi-Cal Rx.

Dahil karapat-dapat kayo sa Medi-Cal, makakakuha kayo ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare para sa ipagbayad ninyo ng inyong mga inireresetang gamot ng Medicare Part D.

> Ang **Karagdagang Tulong** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na bawasan ang mga gastos sa inireresetang gamot sa Medicare Part D, gaya ng mga premium, nababawas, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidy sa Mababa ang Kita,” o “LIS.”

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

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

- Ang Aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*.
  - Tinatawag namin itong “*Listahan ng Gamot*.” Sinasabi nito sa inyo:
    - Kung aling mga gamot ang binabayaran namin
    - Alin sa limang tier ang kinabibilangan ng bawat gamot
    - Kung mayroong anumang mga limitasyon sa mga gamot
  - Kung kailangan ninyo ng kopya ng aming *Listahan ng Gamot*, tawagan ang Customer Service. Makikita rin ninyo ang pinakabagong kopya ng aming *Listahan ng Gamot* sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2025.

- Karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay saklaw ng Blue Shield TotalDual Plan. Maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx ang iba pang gamot, tulad ng ilang mga over-the-counter (OTC) na gamot at mga partikular na vitamin. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon. Maaari rin kayong tumawag sa Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong Medi-Cal Beneficiary Identification Card (BIC) kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx."

- **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
  - Sinasabi nito kung paano kukunin ang inyong mga inireresetang gamot bilang outpatient sa pamamagitan ng aming plano.
  - Kasama dito ang mga panuntunang kailangan ninyong sundin. Sinasabi rin nito kung aling mga uri ng mga inireresetang gamot ang hindi saklaw ng aming plano.
  - Kapag ginamit ninyo ang “Tool ng Napapanahong Benepisyo” ng plano para maghanap ng saklaw ng gamot (sumangguni sa Kabanata 5, Seksyon B2), ang halaga na ipinapakita ay ibinibigay nang “napapanahon” na nangangahulugang sumasalamin ang halaga na ipinapakita sa tool sa ilang sandali upang maibigay ang pagtantya sa mga gastusing mula sa sariling bulsa. Maaari ninyong tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o ang Customer Service para sa higit pang impormasyon.

- Ang Aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.
  - Kadalasan, dapat kayong gumamit ng parmasyang nasa network upang makuha ang inyong mga saklaw na gamot. Ang mga parmasya sa network ay mga parmasya na sumasang-ayon na makipagtulungan sa amin.
  - Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang aming mga parmasya sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong Handbook ng Miyembro para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga parmasya ng network.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang *Paliwanag ng mga Benepisyo* (Explanation of Benefits o EOB) 196

B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot 197

C. Wala kayong babayaran para sa isang buwan o pangmatagalang supply ng mga gamot 199

C1. Ang inyong mga pagpipilian na parmasya 199

C2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot 200

D. Mga pagpapabakuna 200

D1. Ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna 200

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

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

- Ang inyong **mga gastusing mula sa sariling bulsa**. Ito ang halaga ng pera na babayaran ninyo, o ng iba sa ngalan ninyo, para sa inyong mga reseta. Kasama dito ang binayaran ninyo kapag kumuha kayo ng sinasaklaw na gamot ng Part D, anumang mga pagbabayad ng pamilya o mga kaibigan para sa inyong mga gamot, anumang mga pagbabayad para sa inyong mga gamot sa pamamagitan ng "Karagdagang Tulong" mula sa Medicare, employer o planong pangkalusugan ng unyon, Indian Health Service, mga programa ng tulong sa gamot ng AIDS at mga kawanggawa.
- Ang inyong **kabuuang mga gastos sa gamot**. Ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad na ginawa para sa inyong mga saklaw na gamot ng Part D. Kasama dito kung ano ang binayaran ng plano, at anong iba pang mga programa o organisasyon ang binayaran para sa inyong mga sinasaklaw na gamot ng Part D.

Kapag kumukuha kayo ng mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano, padadalhan namin kayo ng buod na tinatawag na *Paliwanag ng mga Benepisyo*. Tinatawag namin itong EOB para maikli. Ang EOB ay hindi isang singil. Ang EOB ay may higit na impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom ninyo. Maaari kayong makipag-usap sa inyong tagareseta tungkol sa mga opsyon na ito na mas mababa ang halaga. Kasama sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan.** Sinasabi ng buod kung anong mga inireresetang gamot ang nakuha mo sa nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot, ano ang binayaran namin, at ano ang binayaran ninyo o binayaran ng ibang tao para sa inyo.
- **Simula ng taon hanggang sa kasalukuyan na impormasyon.** Ito ang inyong kabuuang mga gastos sa gamot at kabuuang mga ginawang pagbabayad simula Enero 1.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot.** Ito ang kabuuang presyo ng gamot at anumang pagbabago ng porsyento sa presyo ng gamot mula noong unang pagpuno.
- **Mga alternatibong mas mababa ang halaga**. Kapag mayroon, makikita ang mga ito sa buod sa ibaba ng iyong mga kasalukuyang gamot. Maaari kang makipag-usap sa inyong tagareseta upang malaman ang higit pa.

Nag-aalok kami ng saklaw ng mga gamot na hindi sinasaklaw sa ilalim ng Medicare.

- Ang mga ginawang pagbabayad para sa mga gamot na ito ay hindi kasali sa inyong kabuuang mga gastusing mula sa sariling bulsa.
- Karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay saklaw ng plano. Maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx ang iba pang gamot, tulad ng ilang mga over-the-counter (OTC) na gamot at mga partikular na vitamin. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)para sa karagdagang impormasyon. Maaari rin kayong tumawag sa customer service center ng Medi-Cal sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong identification card (BIC) bilang benepisyaryo ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.
- Upang malaman ang mga gamot na sinasaklaw ng aming plano, sumangguni sa aming *Listahan ng Gamot*.

B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot

Upang masubaybayan ang inyong mga gastos sa gamot at ang mga pagbabayad na gagawin ninyo, ginagamit namin ang mga talaan na nakukuha namin mula sa inyo at mula sa inyong parmasya. Narito kung paano ninyo kami matutulungan:

1. **Gamitin ang inyong ID Card ng Miyembro.**

   Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro tuwing pupunan ninyo ang reseta. Nakakatulong ito sa amin na malaman kung anong mga reseta ang pinupunan ninyo at kung ano ang binabayaran ninyo.

2. **Tiyaking nasa amin ang impormasyong kailangan namin.**

   Bigyan ninyo kami ng mga kopya ng mga resibo para sa mga saklaw na gamot na binayaran ninyo. Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad para sa gamot.

   Narito ang ilang halimbawa kung kailan ninyo dapat kaming bigyan ng mga kopya ng inyong mga resibo:

   - Kapag bumili kayo ng saklaw na gamot sa isang parmasyang nasa network sa espesyal na presyo o gumagamit ng discount card na hindi bahagi ng benepisyo ng aming plano
   - Kapag nagbabayad kayo ng copay para sa mga gamot na nakukuha ninyo sa ilalim ng programang tulong sa pasyente ng isang gumagawa ng gamot

- Kapag bumili kayo ng mga saklaw na gamot sa isang wala sa network na parmasya
- Kapag binayaran ninyo ang buong presyo para sa saklaw na gamot

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

3. Ipadala sa amin ang impormasyon tungkol sa mga pagbabayad na ginawa ng iba para sa inyo.

Kasali rin sa inyong mga gastusing mula sa sariling bulsa ang mga pagbabayad na ginawa ng ilang partikular na ibang tao at mga samahan. Halimbawa, ang mga pagbabayad na ginawa ng isang programang tulong sa gamot sa AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP), ng Indian Health Service, at karamihan sa mga kawanggawa ay ibinibilang sa iyong mga gastusing mula sa sariling bulsa.

4. Tingnan ang mga EOB na ipinapadala namin sa inyo.

Kapag nakakuha kayo ng EOB sa koreo, tiyaking kumpleto at tama ito.

- **Nakikilala mo ba ang pangalan ng bawat parmasya?** Suriin ang mga petsa. Kumuha ka ba ng mga gamot sa araw na iyon?
- **Nakuha mo ba ang mga gamot na nakalista?** Tumutugma ba ang mga ito sa mga nakalista sa inyong mga resibo? Tumutugma ba ang mga gamot sa inireseta ng inyong doktor?

Para sa higit pang impormasyon, maaari kayong tumawag sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan o basahin ang *Handbook ng Miyembro* ng Blue Shield TotalDual Plan. Makakahanap rin kayo ng mga sagot sa maraming tanong sa aming website: blueshieldca.com/medicare.

Paano kung makakita ka ng mga pagkakamali sa buod na ito?

Kung may nakakalito o mukhang hindi tama sa EOB na ito, pakitawagan kami sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan. Makakahanap rin kayo ng mga sagot sa maraming tanong sa aming website: blueshieldca.com/medicare.

Paano naman ang tungkol sa posibleng pandaraya?

Kung nagpapakita ang buod na ito ng mga gamot na hindi ninyo iniinom o anumang bagay na tila kahina-hinala sa inyo, mangyaring makipag-ugnayan sa amin.

- Tawagan kami sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan.

- O tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari ninyong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
- Kung pinaghihinalaan ninyo na ang isang provider na tumatanggap ng Medi-Cal ay nakagawa ng pandaraya, pag-aaksaya o pang-aabuso, karapatan ninyong ireport ito sa pamamagitan ng pagtawag sa kompidensyal na walang bayad na numero na 1-800-822-6222. Ang iba pang paraan ng pag-uulat ng pandaraya sa Medi-Cal ay maaaring matagpuan sa: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Kung sa tingin ninyo ay may mali o nawawala, o kung mayroon kayong anumang mga tanong, tawagan ang Customer Service. Panatilihin ang mga EOB na ito. Ang mga ito ay mahalagang rekord ng inyong mga ginastos sa gamot.

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

Sa aming plano, wala kayong babayaran para sa mga saklaw na gamot hangga't sinusunod ninyo ang aming mga panuntunan.

C1. Ang inyong mga pagpipilian na parmasya

Nakadepende ang kung magkano ang babayaran ninyo para sa isang gamot sa kung kinuha ninyo ang gamot mula sa:

- isang parmasyang nasa network **o**
- isang parmasya na wala sa network. Sa mga limitadong sitwasyon, sinasaklaw namin ang mga resetang kinuha sa mga wala sa network na parmasya. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* upang malaman kung kailan namin ginagawa iyon.
- Isang parmasya sa paghahatid sa bahay.

Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* upang malaman kung paano maghain ng apela kung sinabihan kayong hindi sasaklawin ang isang gamot. Upang matuto nang higit pa tungkol sa mga pagpipilian sa parmasyang ito, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* at sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.

C2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot

Para sa ilang gamot, maaari kayong kumuha ng pangmatagalang supply (tinatawag ding "pinahabang supply") kapag kinukuha ninyo ang inyong reseta. Ang pangmatagalang supply ay 100 araw na supply. Wala kayong gagastusin para sa pangmatagalang supply.

Para sa mga detalye kung saan at kung paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* o sa *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ng aming plano.

D. Mga pagpapabakuna

Mahalagang Mensahe Tungkol sa Binabayaran Ninyo para sa mga Bakuna: Ang ilang mga bakuna ay itinuturing na mga benepisyong medikal at saklaw sa ilalim ng Medicare Part B. Ang iba pang mga bakuna ay itinuturing na gamot ng Medicare Part D. Mahahanap ninyo ang mga bakunang ito na nakalista sa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot (Formulary)* ng plano. Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna ng Medicare Part D nang libre. Sumangguni sa *Listahan ng mga Saklaw na Gamot (Formulary)* ng inyong plano o makipag-ugnayan sa Customer Service para sa mga detalye ng saklaw at bahaginan sa gastos kaugnay sa mga partikular na bakuna.

May dalawang bahagi ang aming saklaw sa mga pagpapabakuna ng Medicare Part D:

1. Ang unang bahagi ng saklaw ay para sa gastos **sa mismong bakuna**. Ang bakuna ay isang inireresetang gamot.
2. Ang pangalawang bahagi ng saklaw ay para sa gastos sa **pagbibigay sa inyo ng bakuna**. Halimbawa, kung minsan maaari ninyong makuha ang bakuna bilang isang iniksyon na ibinigay sa inyo ng inyong doktor.

D1. Ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna

Inirerekomenda naming tumawag kayo sa Customer Service kung nagpaplano kayong magpabakuna.

- Maaari naming sabihin sa inyo kung paano sasaklawin ng aming plano ang inyong pagpapabakuna.

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang isang pagsingil na natanggap ninyo para sa mga saklaw na serbisyo o gamot

Panimula

Sasabihin ng kabanatang ito sa inyo kung paano at kailan magpapadala ng singil sa amin para humingi ng bayad. Sasabihin rin nito sa inyo kung paano gumawa ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa isang pagpapasya sa saklaw. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Hinihiling sa amin na bayaran ang inyong mga serbisyo o gamot 202

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad..... 206

C. Mga pagpapasya sa saklaw 207

D. Mga apela 208

A. Hinihiling sa amin na bayaran ang inyong mga serbisyo o gamot

Hindi kayo dapat makatanggap ng pagsingil para sa mga serbisyo o gamot na nasa network. Dapat singilin ng aming mga provider na nasa network ang plano para sa inyong mga saklaw na serbisyo at gamot pagkatapos ninyong matanggap ang mga ito. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan.

Hindi namin pinapayagan ang mga provider ng Blue Shield TotalDual Plan na singilin kayo para sa mga serbisyo o gamot na ito. Direkta naming binabayaran ang aming mga provider, at pinoprotektahan namin kayo mula sa anumang mga singilin.

Kung makatanggap kayo ng pagsingil para sa buong halaga ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot, huwag bayaran ang singil at ipadala sa amin ang singil. Upang magpadala sa amin ng singil, sumangguni sa **Kabanata 7, Seksyon B**.

- Kung saklaw namin ang mga serbisyo o gamot, babayaran namin nang direkta ang provider.
- Kung saklaw namin ang mga serbisyo o gamot at binayaran na ninyo ang pagsingil, karapatangmaibalik ang inyong bayad.
    - Kung nagbayad kayo para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare, ibabalik namin ang ibinayad ninyo.
- Kung nagbayad kayo para sa mga serbisyo ng Medi-Cal na natanggap na ninyo, maaari kayong maging kuwalipikado na maibalik ang ibinayad (palit bayad) kung matutugunan ninyo ang lahat ng sumusunod na kondisyon:
    - Ang serbisyong natanggap ninyo ay isang saklaw na serbisyo ng Medi-Cal na responsibilidad naming bayaran. Hindi namin kayo babayaran pabalik para sa isang serbisyong hindi saklaw ng Blue Shield TotalDual Plan.
    - Natanggap ninyo ang saklaw na serbisyo pagkatapos ninyong maging karapat-dapat na miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan.
    - Hihilingin ninyong mabayaran sa loob ng isang taon mula sa petsa kung kailan ninyo natanggap ang saklaw na serbisyo.
    - Magbibigay kayo ng katibayan na binayaran ninyo ang saklaw na serbisyo, tulad ng detalyadong resibo mula sa provider.
    - Natanggap ninyo ang saklaw na serbisyo mula sa isang provider na naka-enroll sa Medi-Cal sa network ng Blue Shield TotalDual Plan. Hindi ninyo kailangang matugunan ang kondisyong ito kung nakatanggap kayo ng pangangalagang

pang-emergency, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyong pinapahintulutan ng Medi-Cal na isagawa ng mga provider na wala sa network nang walang paunang pag-apruba (paunang pahintulot).

- Kung karaniwang nangangailangan ng paunang pag-apruba (paunang pahintulot) ang saklaw na serbisyo, kailangang magbigay kayo ng katibayan mula sa provider na nagpapakita ng medikal na pangangailangan para sa saklaw na serbisyo.
- Sasabihin sa inyo ng Blue Shield TotalDual Plan kung ibabalik nila ang nagastos ninyo sa isang liham na tinatawag na Abiso sa Pagkilos. Kung natutugunan ninyo ang lahat ng kondisyon sa itaas, dapat kayong bayaran ng provider na naka-enroll sa Medi-Cal para sa buong halagang binayaran ninyo. Kung tatanggi ang provider na bayaran kayo, babayaran kayo ng Blue Shield TotalDual Plan para sa buong halagang binayaran ninyo. Ibabalik namin ang nagastos ninyo sa loob ng 45 araw na may trabaho pagkatapos matanggap ang claim. Kung naka-enroll ang provider sa Medi-Cal, ngunit wala sa aming network at tumangging bayaran kayo, babayaran kayo ng Blue Shield TotalDual Plan, ngunit hanggang sa halaga lang na babayaran ng FFS Medi-Cal. Babayaran kayo ng Blue Shield TotalDual Plan para sa buong halagang mula sa bulsa para sa mga pang-emergency na serbisyo, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o iba pang serbisyo na pinapayagan ng Medi-Cal na ibibigay ng mga provider na wala sa network nang walang paunang pag-apruba. Kung hindi ninyo matugunan ang isa sa mga kondisyon sa itaas, hindi namin kayo babayaran.
- Hindi namin ibabalik sa inyo ang bayad kung:
  - Humiling at tumanggap kayo ng mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medi-Cal, tulad ng mga serbisyong pampaganda.
  - Ang serbisyo ay hindi saklaw na serbisyo para sa Blue Shield TotalDual Plan.
  - Nagpatingin kayo sa isang doktor na hindi kumukuha ng Medi-Cal at may nilagdaan kayong form na nagsasaad na gusto pa rin ninyong magpatingin at kayo mismo ang magbabayad para sa mga serbisyo.
- Kung hindi namin saklaw ang mga serbisyo o gamot, sasabihin namin ito sa iyo.

Makipag-ugnayan sa Customer Service o sa inyong coordinator ng pangangalaga kung mayroon kayong mga tanong. Kung hindi ninyo alam ang dapat ninyong bayaran, o kung nakatanggap kayo ng pagsingil at hindi ninyo alam ang gagawin dito, makakatulong kami. Maaari din kayong tumawag kung gusto ninyong magsabi sa amin ng impormasyon tungkol sa isang kahilingan para sa bayad na naipadala na ninyo sa amin.

Narito ang mga halimbawa ng mga pagkakataon kung kailan maaaring kailanganin ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad o na bayaran ang isang pagsingil na nakuha ninyo:

1. Kapag kumuha kayo ng emergency o agarang kinakailangang pangangalagang pangkalusugan mula sa isang provider na wala sa network

Hilingin sa provider na singilin kami.

- Kung binayaran ninyo ang buong halaga noong nakuha ninyo ang pangangalaga, hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad para sa aming bahagi ng gastos. Ipadala sa amin ang pagsingil at ebidensya ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.
- Maaari kayong makakuha ng pagsingil mula sa provider na humihingi ng bayad na sa tingin ninyo ay hindi ninyo utang. Ipadala sa amin ang pagsingil at ebidensya ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.
  - Kung dapat bayaran ang tagabigay, direkta naming babayaran ang provider.
  - Kung nakapagbayad na kayo nang higit sa inyong bahagi sa gastos para sa serbisyo ng Medicare, kakalkulahin namin ang utang ninyo at ibabalik ang inyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos.

2. Kapag pinadalhan kayo ng pagsingil ng provider na nasa network

Dapat palaging kami ang singilin ng mga provider na nasa network. Mahalagang ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro kapag tumatanggap kayo ng anumang mga serbisyo o reseta; gayunpaman, minsan ay nagkakamali ang mga provider na nasa network, at hinihiling na bayaran ang inyong mga serbisyo o higit sa inyong mga bahagi ng gastos. **Tawagan ang Customer Service** o ang inyong coordinator ng pangangalaga sa numero sa ibaba ng pahinang ito **kung makakakuha ka ng anumang mga singil.**

- Dahil binabayaran namin ang buong gastos para sa inyong mga serbisyo, wala kayong responsibilidad sa pagbabayad ng anumang mga gastos. Hindi kayo dapat singilin ng mga provider ng anumang bagay para sa mga serbisyong ito.
- Sa tuwing makakatanggap kayo ng pagsingil mula sa isang provider na nasa network, ipadala sa amin ang pagsingil. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aayusin ang problema.
- Kung nagbayad na kayo ng singil mula sa isang provider na nasa network para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare, ipadala sa amin ang singil at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo. Ibabalik namin ang ibinayad ninyo para sa sobra sa pagitan ng halagang ibinayad ninyo at ng halaga ng utang ninyo sa ilalim ng plano.

3. Kung kayo ay retroaktibo na naka-enroll sa aming plano

Minsan ang inyong enrollment sa plano ay maaaring maging retroaktibo. (Ibig sabihin, lumipas na ang unang araw ng inyong enrollment. Maaaring noong nakaraang taon pa ito.)

- Kung naka-enroll na kayo nang retroaktibo at nagbayad kayo ng singil pagkatapos ng petsa ng pagpapatala, maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad ninyo.
- Ipadala sa amin ang pagsingil at ebidensya ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.

4. Kapag gumamit kayo ng wala sa network na parmasya upang punan ang reseta

Kung gagamit kayo ng parmasya na wala sa network, babayaran ninyo ang buong halaga ng inyong reseta.

- Sa ilang sitwasyon lang, sasaklawin namin ang mga resetang kinuha sa mga wala sa network na parmasya. Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag hiniling ninyo sa amin na ibalik ang inyong bayad.
- Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* upang malaman ang higit tungkol sa mga parmasya na wala sa network.
- Maaaring hindi namin ibalik ang ibinayad ninyo para sa gamot na wala sa network na parmasya at ang halaga ng babayaran namin sa parmasyang nasa network.

5. Kapag binayaran ninyo ang buong halaga ng reseta ng Medicare Part D dahil hindi ninyo nadala ang inyong ID Card ng Miyembro

Kung hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro, maaari ninyong hilingin sa parmasya na tawagan kami o hanapin ang inyong impormasyon sa pagpapatala sa plano.

- Kung hindi agad makuha ng parmasya ang impormasyon, maaaring kayo mismo ang magbayad sa buong halaga ng reseta o bumalik kayo sa parmasya na dala ang inyong ID Card ng Miyembro.
- Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag hiniling ninyo sa amin na ibalik ang inyong bayad.
- Hindi namin maaaring ibalik ang buong halaga na binayaran ninyo kung ang presyo ng pera na binayaran ninyo ay mas mataas kaysa sa napag-usapan naming presyo para sa reseta.

6. Kapag binayaran ninyo ang buong halaga ng reseta ng Medicare Part D para sa isang gamot na hindi saklaw

Maaari ninyong bayaran ang buong halaga ng reseta dahil hindi saklaw ang gamot.

- Maaaring wala sa aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (*Listahan ng Gamot*) ang gamot sa aming website, o maaaring may kinakailangan o paghihigpit ito na hindi ninyo

nalalaman o hindi naiisip na dapat ay kapit ito sa inyo. Kung magpasya kayong kunin ang gamot, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga.

  - Kung hindi ninyo binayaran ang gamot ngunit iniisip ninyo na dapat ay sinasaklaw namin ito, maaari kayong humiling ng pagpapasya sa saklaw (sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro*).
  - Kung sa tingin ninyo at ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta na kailangan ninyo kaagad ang gamot, (sa loob ng 24 na oras) maaari kayong humiling ng mabilis na pagpapasya sa saklaw (sumangguni sa ang **Kabanata 9** ng inyong Handbook ng Miyembro).

- Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag hiniling ninyo sa amin na ibalik ang inyong bayad. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailanganin naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa inyong doktor o iba pang tagareseta upang maibalik ang inyong bayad para sa gamot. Hindi namin maaaring ibalik sa inyo ang buong halaga na binayaran ninyo kung ang presyo na binayaran ninyo ay mas mataas kaysa sa napag-usapan naming presyo para sa reseta.

Kapag nagpadala kayo sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad, sinusuri namin ito at magpapasya kami kung dapat sakupin ang serbisyo o gamot. Tinatawag itong paggawa ng isang “pagpapasya sa saklaw." Kung magpapasya kaming dapat saklawin ang serbisyo o gamot, babayaran namin ito.

Kung tatanggihan namin ang inyong kahilingan para sa pagbabayad, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Upang matutunan kung paano gumawa ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad

Ipadala sa amin ang inyong singil at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo para sa mga serbisyo ng Medicare o tawagan kami. Ang ebidensya ng pagbabayad ay maaaring kopya ng tsekeng isinulat ninyo o ng resibo mula sa provider. **Magandang ideya na gumawa ng kopya ng pagsingil at mga resibo ninyo para sa inyong mga talaan.** Maaari kayong humingi ng tulong sa inyong coordinator ng pangangalaga. Dapat ninyong ipadala ang inyong medikal na impormasyon sa amin sa loob ng isang taon mula sa petsa na natanggap ninyo ang serbisyo, item, o gamot. Dapat ninyong ipadala sa amin ang inyong impormasyon sa inireresetang gamot sa Part D sa loob ng tatlong taon mula sa petsa na natanggap ninyo ang serbisyo, item, o gamot.

Upang matiyak na naibigay ninyo sa amin ang lahat ng impormasyong kailangan namin upang makapagpasya, maaari ninyong punan ang aming form ng claim upang humingi ng bayad.

- Hindi mo kailangang gamitin ang form, ngunit nakakatulong ito sa amin na ma-proseso ang impormasyon nang mas mabilis.
- Maaari ninyong makuha ang form sa aming website (blueshieldca.com), o maaari kayong tumawag sa Customer Service at hingiin ang form.

Ipadala ang inyong kahilingan para sa pagbabayad kasama ng anumang mga singil o resibo sa address na ito:

Mga medikal na pag-claim:
Blue Shield TotalDual Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 5927-2640

Mga claim ng inireresetang gamot ng Part D:
Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

D**apat ninyong isumite sa amin ang inyong medikal na pag-claim sa loob ng isang taon** simula sa petsa na nakuha ninyo ang serbisyo, item o gamot. **Dapat ninyong isumite sa amin ang inyong pag-claim sa Part D na inireresetang gamot sa loob ng tatlong taon** simula sa petsa na nakuha ninyo ang serbisyo, item o gamot.

C. Mga pagpapasya sa saklaw

Kapag nakuha namin ang inyong kahilingan para sa bayad, gumagawa kami ng pagpapasya sa saklaw. Nangangahulugan ito na nagpapasya kami kung sasaklawin ng aming plano ang inyong serbisyo, item, o gamot. Pagpapasyahan din namin ang halaga ng pera, kung mayroon man, na kinakailangan ninyong bayaran.

- Ipapaalam namin sa inyo kung kailangan namin ng higit pang impormasyon mula sa inyo.
- Kung magpasya kaming sasaklawin ng aming plano ang serbisyo, item, o gamot at sinunod ninyo ang lahat ng mga patakaran para sa pagkuha nito, babayaran namin ito. Kung binayaran na ninyo ang serbisyo o gamot, magpapadala kami sa inyo ng tseke para sa aming bahagi ng gastos. Kung binayaran ninyo ang buong halaga ng isang gamot, maaaring hindi ninyo ma-reimburse ang buong halagang binayaran ninyo (halimbawa, kung nakakuha kayo ng gamot sa isang parmasya na wala sa network o

kung mas mataas ang presyo ng pera na binayaran ninyo kaysa sa aming napag-usapan na presyo). Kung hindi ka pa nagbabayad, babayaran namin nang direkta ang provider.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 3** ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang mga patakaran para masaklaw ang inyong mga serbisyo. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang mga patakaran para masaklaw ang inyong mga inireresetang gamot sa Medicare Part D.

- Kung magpasya kaming hindi bayaran ang serbisyo o gamot, papadalhan namin kayo ng liham na laman ang mga dahilan. Ipinapaliwanag din ng liham ang inyong mga karapatang umapela.
- Upang matuto pa tungkol sa mga pagpapasya sa saklaw, sumangguni sa **Kabanata 9**.

D. Mga apela

Kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami sa pagtanggi sa inyong kahilingan para sa bayad, maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang aming pasya. Tinatawag itong "paggawa ng apela." Maaari din kayong umapela kung hindi kayo sumasang-ayon sa halaga ng ibinayad namin.

Ang proseso ng pormal na mga apela ay may mga detalyadong pamamaraan at mga takdang petsa. Upang matuto nang higit pa tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro*:

- Kung gusto ninyong umapela tungkol sa pagbalik sa ibinayad ninyo para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Seksyon F**.
    - Kung gusto ninyong umapela tungkol sa pagbalik sa ibinayad ninyo para sa isang gamot, sumangguni sa **Seksyon G**.

Kabanata 8: Ang inyong mga karapatan at responsibilidad

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang inyong mga karapatan at responsibilidad bilang miyembro ng aming plano. Dapat naming igalang ang inyong mga karapatan. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang inyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon para sa iyong mga pangangailangan 211

B. Ang aming responsibilidad sa napapanahong pag-access ninyo sa mga saklaw na serbisyo at gamot 212

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang inyong protektadong impormasyong pangkalusugan (PHI) 214

C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI 215

C2. Ang inyong karapatan na tingnan ang inyong mga talaang medikal 215

D. Ang aming responsibilidad na bigyan kayo ng impormasyon 216

E. Kawalan ng kakayanan ng mga provider na nasa network na direktang singilin kayo 217

F. Ang inyong karapatan na umalis sa aming plano 217

G. Ang inyong karapatan na gumawa ng mga pasya tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan 218

G1. Ang inyong karapatang malaman ang inyong mga pasya sa paggamot at gumawa ng mga pasya 218

G2. Ang karapatang sabihin ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makapagpasiya sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyong sarili 219

G3. Ano ang gagawin kung hindi nasunod ang inyong mga tagubilin 220

H. Ang inyong karapatan na magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon 220

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan 221

I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano 221

A. Ang inyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon para sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na naibibigay ang lahat ng mga serbisyo sa inyo sa isang naaangkop sa kultura at naa-access na paraan. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa kada taon na ikaw ay nasa aming plano.

- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang masagot ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari din kayong bigyan ng aming plano ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Cambodian, Simplified Chinese, Traditional Chinese, Farsi, Hindi, Hmong, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, Vietnamese at sa mga format tulad ng malaking titik, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tawagan ang Customer Service.

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na naa-access at naaangkop para sa inyo, mangyaring tumawag upang maghain ng karaingan sa:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762- 9007

Telepono: (844) 831-4133 (TTY: 711)
Fax: (844) 696-6070
Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

- Maaari kayong gumawa ng pangmatagalang kahilingan para makuha ang dokumentong ito sa isang wikang bukod sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap. Para makagawa ng kahilingan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan.
- Pananatilihin ng Customer Service ng Blue Shield TotalDual ang inyong nais na wika at format sa file para sa mga komunikasyon sa hinaharap. Para makagawa

ng anumang update sa inyong mga kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan.

Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Opisina ng Medi-Cal sa mga Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang TTY users sa 711.
- Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao ng U.S., Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

Maaari ninyong i-update kung paano ninyo gustong makipag-ugnayan kami sa inyo, pati na rin ang inyong lahi, etnisidad, wika, at sekswal na oryentasyon, kinikilalang kasarian, at impormasyon sa panghalip sa pamamagitan ng pagbisita sa portal ng miyembro. Nakakatulong sa amin ang impormasyong ito na maunawaan at suportahan ang inyong mga partikular na pangangailangan at kagustuhan. Nauunawaan namin ang kahalagahan ng pagpapanatiling pribado at kompidensyal ng inyong personal na impormasyon, at seryoso naming ginagawa ang aming mga obligasyon. Mayroon kaming mga patakaran at pamamaraan sa lugar upang i-monitor ang access para matukoy kung kailan at paano namin ginagamit ang impormasyong ito. Hindi gagamitin ang impormasyong ito upang matukoy ang saklaw ng inyong mga benepisyo at/o serbisyo. Maaari naming ibahagi ang inyong mga pangangailangan sa indibidwal na wika sa inyong (mga) partikular na provider upang makatulong na suportahan ang inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.

B. Ang aming responsibilidad sa napapanahong pag-access ninyo sa mga saklaw na serbisyo at gamot

May mga karapatan kayo bilang miyembro ng aming plano.

- May karapatan kayong pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP) sa aming network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Malalaman ninyo ang higit pang impormasyon tungkol sa kung anong mga uri ng provider ang maaaring kumilos bilang isang PCP at kung paano pumili ng PCP sa **Kabanata 3** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

  - Tawagan ang inyong tagakoordina ng pangangalaga o Customer Service o tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* upang matuto nang higit pa tungkol sa mga provider ng network at kung sinong mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.

- May karapatan kayo sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang hindi kumukuha ng referral. Ang referral ay pag-apruba mula sa inyong PCP na gumamit ng provider na hindi mo PCP.
- May karapatan kayong kumuha ng mga saklaw na serbisyo mula sa mga nasa network na tagabigay sa loob ng makatwirang tagal ng panahon.
  - Kasama dito ang karapatang kumuha ng mga napapanahong serbisyo mula sa mga espesyalista.
  - Kung hindi kayo makakuha ng mga serbisyo sa loob ng makatwirang tagal ng panahon, dapat kaming magbayad para sa pangangalaga sa labas ng network.
- May karapatan kayong kumuha ng mga pang-emergency na serbisyo o pangangalaga na agarang kinakailangan nang walang naunang pag-apruba (PA).
- May karapatan kayong kunin ang inyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network nang walang mahabang mga pagkaantala.
- May karapatan kayong malaman kung kailan ninyo magagamit ang isang provider na wala sa network. Upang matutuhan ang tungkol sa mga provider na wala sa network, sumangguni sa **Kabanata 3** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Kapag una ninyong pagsali sa aming plano, may karapatan kayong panatilihin ang inyong kasalukuyang mga provider at mga awtorisasyon sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang ilang mga kondisyon. Upang matuto nang higit pa tungkol sa pagpapanatili sa inyong mga provider at mga awtorisasyon sa serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 1** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- May karapatan kayong gumawa ng sarili ninyong mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan sa tulong ng inyong pangkat ng pangangalaga at tagakoordina ng pangangalaga.

Sinasabi ng **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro* ang maaari ninyong gawin kung sa tingin ninyo ay hindi ninyo nakukuha ang inyong mga serbisyo o gamot sa loob ng makatwirang

tagal ng panahon. Sinasabi rin nito kung ano ang magagawa ninyo kung hindi namin ibinigay ang saklaw para sa inyong mga serbisyo o gamot at hindi kayo sang-ayon sa aming pasya.

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang inyong protektadong impormasyong pangkalusugan (PHI)

Protektado namin ang inyong PHI ayon sa inaatas ng pederal at mga batas ng estado.

Kasama sa inyong PHI ang impormasyong ibinigay ninyo sa amin noong nag-enroll kayo sa aming plano. Kasama rin dito ang inyong mga talaang medikal at ang iba pang impormasyong medikal at impormasyong kalusugan.

Mayroon kayong mga karapatan pagdating sa inyong impormasyon at pagkontrol sa kung paano ginagamit ang inyong PHI. Bibigyan namin kayo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag sa inyo tungkol sa mga karapatang ito at ipinapaliwanag kung paano namin pinoprotektahan ang pagkapribado ng inyong PHI. Tinatawag na “Notice of Privacy Practice” ang abiso.

Ang mga miyembrong maaaring pumayag na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo ay hindi kinakailangang kumuha ng pahintulot ng sinumang miyembro na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo o magsumite ng pag-claim para sa mga sensitibong serbisyo. Ang Blue Shield TotalDual Plan ay magdidirekta ng mga komunikasyon tungkol sa mga sensitibong serbisyo sa kahaliling itinalagang address sa koreo, email address, o numero ng telepono ng isang miyembro o, kung walang pagtatalaga, sa pangalan ng miyembro sa address o numero ng telepono sa file. Ang Blue Shield TotalDual Plan ay hindi magbubunyag ng medikal na impormasyon na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo sa sinumang ibang miyembro nang walang nakasulat na pahintulot mula sa miyembrong tumatanggap ng pangangalaga. Tatanggapin ng Blue Shield TotalDual Plan ang mga kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon sa anyo at format na hiniling, kung madali itong gawin sa hiniling na anyo at format, o sa mga alternatibong lokasyon. Ang kahilingan ng isang miyembro para sa mga kumpidensyal na komunikasyon na nauugnay sa mga sensitibong serbisyo ay balido hanggang sa bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsumite ng bagong kahilingan para sa mga kumpidensyal na komunikasyon. Upang humiling ng kopya ng aming Abiso sa mga Kasanayan sa Pagkapribado o humiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon na ilagay sa inyong file, maaari ninyong alinman sa:

1. Pumunta sa blueshieldca.com at i-click ang link sa Pagkapribado sa ibaba ng homepage. Doon mo mahahanap ang Abiso sa mga Kasanayan sa Pagkapribado at ang form ng mga Kumpidensyal na Komunikasyon.

2. Tawagan ang numero ng telepono ng Customer Serviice sa inyong ID card ng miyembro ng Blue Shield.

3. Tawagan ang Opisina ng Pagkapribado ng Blue Shield of California nang libre sa (888) 266-8080. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711.

4. Mag-email sa amin sa: privacy@blueshieldca.com

C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI

Tinitiyak namin na walang hindi awtorisadong tao ang titingin o babago sa inyong mga talaan.

Maliban sa mga kasong nakasaad sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang inyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay ng inyong pangangalaga o nagbabayad para sa inyong pangangalaga.ayagan o hinihiling ng batas: Kung gagawin namin, dapat muna kaming kumuha ng nakasulat na pahintulot mula sa inyo. Kayo, o ang isang taong legal na awtorisadong gumawa ng mga desisyon para sa inyo, ay maaaring magbigay ng nakasulat na pahintulot.

Minsan hindi namin kailangang kunin muna ang inyong nakasulat na pahintulot. Ang mga pagbubukod na ito ay pinapayagan o inaatas ng batas:

- Dapat naming ibigay ang PHI sa mga ahensya ng gobyerno na tumitingin sa kalidad ng pangangalaga ng aming plano.
- Maaari naming ilabas ang PHI kung iniutos ng isang hukuman, ngunit kung pinapayagan lang ito ng batas ng California.
- Dapat naming ibigay sa Medicare ang inyong PHI. Kung ibibigay ng Medicare ang inyong PHI para sa pananaliksik o iba pang gamit, ginagawa nila ito ayon sa mga pederal na batas.

C2. Ang inyong karapatan na tingnan ang inyong mga talaang medikal

- May karapatan kayong tingnan ang inyong mga talaang medikal at kumuha ng kopya ng inyong mga talaan.
- May karapatan kayong hilingin sa amin na i-update o itama ang inyong mga talaang medikal. Kung hihilingin ninyo sa aming gawin ito, makikipagtulungan kami sa inyong provider ng pangangalagang pangkalusugan upang magpasya kung dapat gawin ang mga pagbabago.
- May karapatan kayong malaman kung ibabahagi at kung paano namin ibinabahagi ang inyong PHI sa iba.

Kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin tungkol sa pagkapribado ng inyong PHI, tawagan ang Customer Service.

D. Ang aming responsibilidad na bigyan kayo ng impormasyon

Bilang miyembro ng aming plano, may karapatan kayong makakuha ng impormasyon mula sa amin tungkol sa aming plano, sa aming mga provider na nasa network, at sa inyong mga saklaw na serbisyo. May karapatan din kayong magrekomenda tungkol sa Mga Karapatan at Responsibilidad Bilang Miyembro ng Plano.

Kung hindi kayo nagsasalita ng Ingles, mayroon kaming mga serbisyo ng interpreter upang masagot ang mga tanong ninyo tungkol sa aming plano. Para makakuha ng interpreter, tawagan ang Customer Service. Libre ang serbisyong ito sa inyo. Libre ang serbisyong ito sa inyo. Makukuha ang *Handbook ng Miyembro* at iba pang mahahalagang materyales sa mga wika na hindi Ingles. Ang mga materyales ay maaari ring magamit sa Arabic, Armenian, Cambodian, Simplified Chinese, Traditional Chinese, Farsi, Hindi, Hmong, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, at Vietnamese. Maaari rin namin kayong bigyan ng impormasyon sa malaking titik, braille, o audio. Kinakailangan kaming magbigay sa inyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang pormat na naa-access at naaangkop para sa inyo. Upang makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, mangyaring tumawag sa Customer Service.

Kung gusto ninyo ng impormasyon tungkol sa alinman sa mga sumusunod, tawagan ang Customer Service:

- Paano pumili o magpalit ng mga plano
- Ang aming plano, kasama ang:
  - impormasyong pinansyal
  - kung paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plano
  - ang bilang ng mga apelang ginawa ng mga miyembro
  - paano umalis sa aming plano
- Ang aming mga provider na nasa network at ang aming mga parmasya sa network, kabilang ang:
  - paano pumili o magpalit ng mga provider ng pangunahing pangangalaga
  - mga kwalipikasyon ng aming mga provider at parmasya na nasa network
  - paano namin binabayaran ang mga provider sa aming network

- Mga saklaw na serbisyo at gamot, kasama ang:
  - mga serbisyo (sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro*) at mga gamot (sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng iyong *Handbook ng Miyembro*) na saklaw ng aming plano
  - mga limitasyon sa inyong saklaw at mga gamot
  - mga panuntunang dapat ninyong sundin upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot
- Bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay at ano ang maaari ninyong gawin tungkol dito (sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro*), kabilang ang paghiling sa amin na:
  - isulat kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay
  - paghiling sa amin na baguhin ang pasyang ginawa namin
  - paghiling sa amin na bayaran ang isang pagsingil na natanggap ninyo

E. Kawalan ng kakayanan ng mga provider na nasa network na direktang singilin kayo

Hindi kayo maaaring pagbayarin ng mga doktor, ospital at iba pang mga provider na nasa aming network para sa mga saklaw na serbisyo. Hindi rin nila kayo maaaring singilin sa balanse o singilin kung nagbayad kami nang mas maliit kaysa sa siningil ng provider. Upang malaman kung ano ang dapat gagawin kung sinusubukan ng provider na nasa network na singilin kayo para sa mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

F. Ang inyong karapatan na umalis sa aming plano

Walang sinuman ang maaaring pumilit sa inyong manatili sa aming plano kung ayaw ninyo.

- May karapatan kayong sulitin ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Original Medicare o ng isang Medicare Advantage (MA) na plano.
- Maaari ninyong kunin ang inyong mga benepisyo sa inireresetang gamot ng Medicare Part D mula sa isang plano sa inireresetang gamot o mula sa isang MA na plano.

- Sumangguni sa **Kabanata 10** ng inyong *Handbook ng Miyembro:*
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan kayo maaaring sumali sa isang bagong MA o plano sa benepisyo sa inireresetang gamot.
  - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano ninyo makukuha ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal kung umalis kayo sa aming plano.

G. Ang inyong karapatan na gumawa ng mga pasya tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan

May karapatan kayo sa kumpletong impormasyon mula sa inyong mga doktor at sa iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan para makagawa ng mga desisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan.

G1. Ang inyong karapatang malaman ang inyong mga pasya sa paggamot at gumawa ng mga pasya

Dapat ipaliwanag ng inyong mga provider ang inyong kondisyon at ang inyong mga opsyon sa paggamot sa paraang mauunawaan ninyo. May karapatan kayong itrato nang may paggalang sa lahat ng aspeto ng inyong pangangalagang pangkalusugan, at may karapatan kayo sa inyong dignidad at karapatan sa inyong pagkapribado. May karapatan kayong:

- **Alamin ang inyong mga pagpipilian.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa lahat ng opsyon ng paggamot, anuman ang gastos o saklaw ng benepisyo.
- **Alamin ang mga panganib.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa anumang mga nauugnay na panganib. Dapat ay sabihin namin sa inyo nang maaga kung bahagi ng isang pananaliksik na eksperimento ang anumang serbisyo o paggamot. May karapatan kayong tumanggi sa mga pang-eksperimentong paggamot.
- **Kumuha ng ikalawang opinyon.** May karapatan kayong gumamit ng ibang doktor bago magpasya sa paggamot.
- **Magsabi ng hindi.** May karapatan kayong tumanggi sa anumang paggamot. Kasama dito ang karapatang umalis sa ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit na pinayuhan kayo ng inyong doktor na huwag itong gawin. May karapatan kayong huminto sa pag-inom ng iniresetang gamot. Kung tumanggi kayo sa paggamot o huminto sa pag-inom sa iniresetang gamot, hindi namin kayo aalisin sa aming plano. Gayunpaman, kung tumanggi kayo sa paggamot o huminto sa

pag-inom ng gamot, tinatanggap ninyo ang lahat ng responsibilidad sa kung anuman ang mangyayari sa inyo.

- **Hilingin sa amin na ipaliwanag kung bakit tinanggihan ng isang provider ang pangangalaga.** May karapatan kayong makakuha ng paliwanag mula sa amin kung tinanggihan ng isang provider ang pangangalagang sa tingin ninyo at dapat na makuha ninyo.
- **Hilingin sa amin na saklawin ang isang serbisyo o gamot na tinanggihan namin o karaniwang hindi namin sinasaklaw.** Tinatawag ito na pagpapasya sa saklaw. Sinasabi ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* kung paano humiling sa amin ng pagpapasya sa saklaw.

G2. Ang karapatang sabihin ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makapagpasiya sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyong sarili

Minsan ay hindi nakakagawa ang mga tao ng mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa mga sarili nila. Bago mangyari iyon sa inyo, maaari ninyong:

- Punan ang isang nakasulat na form na **nagbibigay ng karapatan sa isang indibiduwal na gumawa ng mga pasya sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyo.**
- **Bigyan ang inyong mga doktor ng mga nakasulat na mga tagubilin** tungkol sa kung paano pamahalaan ang inyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi na kayo makakagawa ng mga pasya para sa inyong sarili, kabilang ang pangangalaga na **ayaw** ninyo.

Ang legal na dokumento na ginagamit ninyo upang maibigay ang inyong mga direksyon ay tinatawag na "paunang direktiba." Mayroong iba’t ibang uri ng mga paunang direktiba at iba’t ibang pangalan para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay living will at power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi kayo kinakailangang magkaroon ng paunang direktiba, ngunit magagawa ninyo ito. Narito ang gagawin ninyo kung gusto ninyong gumamit ng paunang direktiba:

- **Kunin ang form.** Maaari kayong kumuha ng form mula sa inyong doktor, isang abugado, isang ahensya ng mga serbisyong legal, o isang social worker. Ang mga parmasya at opisina ng provider ay kadalasang may mga form. Maaari kayong maghanap ng libreng form online at i-download ito. Maaari din ninyong kontakin ang Customer Service upang humingi ng form.
- **Sagutan ang form at pirmahan ito.** Ang form ay isang legal na dokumento. Dapat ninyong isaalang-alang ang pagkakaroon ng abogado o ng ibang

pinagkakatiwalaan mo, tulad ng isang miyembro ng pamilya o ang iyong PCP, na tutulong sa inyong kumpletuhin ito.

- **Magbigay ng mga kopya sa mga taong kailangang makaalam.** Dapat kayong magbigay ng kopya ng form sa inyong doktor. Dapat din kayong magbigay ng kopya sa taong pinangalanan ninyo na gagawa ng mga pasya para sa inyo. Baka gusto ninyong magbigay ng mga kopya sa malalapit na kaibigan o miyembro ng pamilya. Magtabi ng kopya sa bahay.
- Kung naospital kayo at mayroon kayong pinirmahang paunang direktiba, **dalhin ang kopya nito sa ospital**.
  - Itatanong ng ospital kung mayroon kayong pinirmahang form ng paunang direktiba at kung dala mo ito.
  - Kung wala kayong pinirmahang form ng paunang direktiba, may mga form ang ospital at magtatanong kung gusto ninyong pumirma sa isa.

May karapatan kayong:

- Ipalagay ang inyong paunang direktiba sa inyong mga talaang medikal.
- Baguhin o kanselahin ang inyong paunang direktiba anumang oras.
- Alamin ang tungkol sa mga pagbabago sa mga batas sa paunang direktiba. Sasabihin sa inyo ng Blue Shield TotalDual Plan ang tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado nang hindi lalampas ng 90 araw pagkatapos ng pagbabago.

Tumawag sa Customer Service para sa higit pang impormasyon.

G3. Ano ang gagawin kung hindi nasunod ang inyong mga tagubilin

Kung pumirma kayo ng paunang direktiba at sa tingin ninyo ay hindi nasunod ang doktor o ospital ang mga tagubilin dito, maaari kang magreklamo sa Livanta (Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ng California) sa (877) 588-1123 (TTY: 711) o sumulat sa: Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. Ang inyong karapatan na magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon

Sinasabi ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* kung ano ang maaari ninyong gawin kung mayroon kayong problema o alalahanin tungkol sa mga saklaw na serbisyo o pangangalaga para sa inyo. Halimbawa, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng pagpapasya sa saklaw, umapela upang baguhin ang isang pagpapasya sa saklaw o magreklamo.

May karapatan kayong makakuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamo na ihinain ng ibang mga miyembro ng plano laban sa amin. Tumawag sa Customer Service para makuha ang impormasyong ito.

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan

Kung sa tingin ninyo ay hindi patas ang pakikitungo namin sa inyo – at **hindi** ito tungkol sa diskriminasyon sa mga dahilang nakalista sa **Kabanata 11** ng *Handbook ng Miyembro* – o gusto ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan, maaari kayong tumawag sa:

- Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).
- Ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222 (TTY: 711). Para sa higit pang mga detalye tungkol sa HICAP, sumangguni sa **Kabanata 2 Seksyon E.**
- Ang Ombuds na Programa sa 1-888-452-8609. Para sa higit pang mga detalye tungkol sa programang ito, sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro*.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. (Puwede rin ninyong basahin o i-download ang “Mga Karapatan at Proteksiyon ng Medicare,” na makikita sa website ng Medicare sa www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano

Bilang isang miyembro ng plano, may responsibilidad kayong gawin ang mga bagay na nakalista sa ibaba. Kung mayroon kayong anumang mga katanungan, tawagan ang Customer Service.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro*** upang matutunan kung ano ang saklaw ng aming plano at ang mga panuntunang dapat sundin upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa inyong:
    - Mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro*. Sinasabi ng mga kabanatang iyon sa inyo kung ano ang sinasaklaw, kung ano ang hindi saklaw, anong mga patakaran ang kailangan ninyong sundin, at kung ano ang inyong babayaran.

  - Mga saklaw na gamot, sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro*.

- **Sabihin sa amin ang tungkol sa anumang iba pang saklaw sa kalusugan o inireresetang gamot** na mayroon ka. Dapat naming tiyakin na ginagamit ninyo ang lahat ng inyong mga opsyon sa saklaw kapag nakakuha kayo ng pangangalagang pangkalusugan. Tawagan ang Customer Service kung mayroon kayong iba pang saklaw.

- **Sabihin sa inyong doktor at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan** na miyembro kayo ng aming plano. Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro kapag kukuha kayo ng mga serbisyo o gamot.

- **Tulungan ang doktor ninyo,** provider ng pangangalagang pangkalusugan, at Plano na ibigay sa inyo ang pinakamahusay na pangangalaga.

  - Ibigay sa kanila ang impormasyong kailangan nila tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan. Matuto hangga't kayo ninyo ng tungkol sa inyong mga problema sa kalusugan. Sundin ang mga plano at plano sa paggamot napagkasunduan ninyo at ng inyong mga provider.

  - Tiyaking alam ng inyong mga doktor at ng iba pang provider ang tungkol sa lahat ng gamot na iniinom ninyo. Kasama dito ang mga inireresetang gamot, mga over-the-counter na gamot, mga vitamin at mga supplement.

  - Magtanong ng anumang mga katanungan na mayroon kayo. Dapat ipaliwanag ng inyong mga doktor at iba pang mga provider ang bagay-bagay sa paraang mauunawaan ninyo. Kung nagtanong kayo at hindi ninyo naiintindihan ang sagot, magtanong muli.

- **Makipagtulungan sa inyong tagakoordina ng pangangalaga** kasama ang pagkumpleto ng isang taunang pagtatasa sa panganib sa kalusugan.

- **Maging maunawain.** Inaasahan namin na igagalang ng lahat ng miyembro ng plano ang mga karapatan ng iba. Inaasahan din naming kikilos kayo nang may paggalang sa tanggapan ng inyong doktor, mga ospital, at mga tanggapan ng iba pang mga provider.

- **Bayaran ang utang ninyo.** Bilang miyembro ng plano, may responsibilidad kayo na bayaran ang mga ito:

  - Mga premium ng Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng mga miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan, binabayaran ng Medi-Cal ang inyong premium sa Medicare Part A at ang inyong premium sa Medicare Part B.

- **Kung kumuha kayo ng anumang mga serbisyo o gamot na hindi sinasaklaw ng aming plano, dapat ninyong bayaran ang buong halaga.** (**Tandaan:** Kung hindi kayo sang-ayon sa aming pasya na huwag saklawin ang isang serbisyo o gamot, maaari kayong umapela. Sumangguni sa **Kabanata 9** upang matutuhan kung paano mag-apela.)

- **Sabihin sa amin kung lilipat kayo.** Kung plano ninyong lumipat, sabihin sa amin kaagad. Tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service.
  - Kung lilipat kayo sa labas ng aming lugar ng serbisyo, hindi kayo maaaring manatili sa aming plano. Ang mga tao lamang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ang maaaring maging miyembro ng planong ito. Pinapayuhan kayo ng **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* tungkol sa lugar ng aming serbisyo.
  - Matutulungan namin kayong malaman kung lilipat kayo sa labas ng aming lugar ng serbisyo. Sa espesyal na panahon ng enrollment, maaari kayong lumipat sa Original Medicare o mag-enroll sa isang planong pangkalusugan o plano ng inireresetang gamot ng Medicare sa inyong bagong lokasyon. Maaari naming sabihin sa inyo kung mayroon kaming plano sa inyong bagong lugar.
  - Sabihin sa Medicare at Medi-Cal ang inyong bagong address kapag lumipat kayo. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* para sa mga numero ng telepono para sa Medicare at Medi-Cal.
  - **Kung lilipat kayo at mananatili sa aming lugar ng serbisyo, kailangan pa rin naming malaman ito.** Kinakailangan naming panatilihing napapanahon ng inyong rekord ng pagiging miyembro at malaman kung paano makikipag-ugnayan sa inyo.

- **Sabihin sa amin kung mayroon kayong bagong numero ng telepono** o kung may mas mahusay na paraan para kontakin kayo.

- **Tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service para sa tulong kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin.**

Kabanata 9. Ang gagawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga pagpapasya sa saklaw, apela, reklamo)

Panimula

Ang kabanatang ito ay mayroong impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Basahin ang kabanatang ito upang malaman kung ano ang dapat gawin kung:

- Mayroon kayong problema sa o reklamo tungkol sa inyong plano.
- Kailangan ninyo ng serbisyo, item o gamot na sinabi ng inyong plano na hindi nito babayaran.
- Hindi kayo sang-ayon sa isang pasyang ginawa ng inyong plano tungkol sa pangangalaga sa inyo.
- Sa tingin ninyo ay masyadong maaga matatapos ang inyong mga saklaw na serbisyo.
- Mayroon kayong problema o reklamo sa inyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta, na kinabibilangan ng Community Based Adult Services (CBAS) at mga serbisyo ng Pasilidad ng Pag-aalaga (NF).

Ang kabanatang ito ay may iba't ibang seksyon upang makatulong sa inyong madaling mahanap ang bagay na hinahanap ninyo. **Kung mayroon kayong problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na nalalapat sa inyong sitwasyon.**

Dapat ninyong matanggap ang pangangalagang pangkalusugan, mga gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta na tinukoy ng inyong doktor at iba pang mga provider na kinakailangan para sa pangangalaga sa inyo bilang bahagi ng plano ng pangangalaga sa inyo. **Kung mayroon kayong problema sa pangangalaga sa inyo, maaari kayong tumawag sa Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa 1-855-501-3077 para sa tulong.** Ipapaliwanag ng kabanatang ito ang iba't ibang opsyon na mayroon kayo para sa iba't ibang problema at reklamo, ngunit maaari kayong tumawag sa Ombuds Program anumang oras upang makatulong na gabayan kayo sa inyong problema. Para sa karagdagang mga mapagkukunan upang tugunan ang inyong alalahanin at mga paraan ng pakikipag-ugnayan sa kanila, sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin 227

A1. Tungkol sa mga legal na tuntunin 227

B. Saan kukuha ng tulong 227

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong 227

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano 229

D. Mga problema sa inyong mga benepisyo 229

E. Mga pagpapasya sa saklaw at apela 230

E1. Mga pagpapasya sa saklaw 230

E2. Mga apela 231

E3. Tulong sa mga pagpapasya sa saklaw at apela 231

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo 233

F. Pangangalagang medikal 233

F1. Paggamit ng seksyong ito 233

F2. Paghiling ng pagpapasya sa saklaw 235

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela 237

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela 241

F5. Mga problema sa pagbabayad 249

G. Mga inireresetang gamot ng Medicare Part D 250

G1. Mga pagpapasya sa saklaw at apela ng Medicare Part D 251

G2. Mga pagbubukod sa Medicare Part D 252

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng isang pagbubukod Dapat sabihin sa amin ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta ang mga medikal na dahilan 253

G4. Paghiling ng isang pagpapasya sa saklaw, kabilang ang isang pagbubukod 254

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela 258

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela 260

H. Paghiling sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital 263

H1. Pag-alam tungkol sa inyong mga karapatan sa Medicare 263

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela 265

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela 267

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa partikular na mga medikal na serbisyo 268

I1. Advance na abiso bago matapos ang inyong saklaw 269

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela 269

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela 271

J. Pagdala sa inyong apela higit sa Antas 2 272

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare 272

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal 274

J3. Apela sa Mga Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Medicare Part D 275

K. Paano gumawa ng reklamo 276

K1. Anong uri ng mga problema ang dapat na ireklamo 276

K2. Panloob na mga reklamo 278

K3. Panlabas na mga reklamo 281

A. Ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano haharapin ang mga problema at alalahanin. Ang prosesong ginagamit ninyo ay depende sa uri ng problema na mayroon kayo. Gumamit ng isang proseso para sa **mga pagpapasya sa saklaw at mga apela** at isa pa para sa **paghain ng mga reklamo**; tinatawag ding mga karaingan.

Upang matiyak ang pagiging patas at pagiging maagap, ang bawat proseso ay may hanay ng mga panuntunan, pamamaraan, at mga takdang petsa na dapat nating sundin.

A1. Tungkol sa mga legal na tuntunin

May mga legal na tuntunin sa kabanatang ito para sa ilang tuntunin at mga takdang petsa. Marami sa mga tuntuning ito ang maaaring mahirap unawain, kaya gumagamit kami ng mas simpleng mga salita bilang kapalit ng ilang partikular na legal na termino kapag kaya namin. Iniwasan namin ang paggamit ng mga pagdadaglat hangga't maaari.

Halimbawa, sinasabi namin:

- "Pagrereklamo" sa halip na "paghahain ng hinaing"
- "Pagpapasya sa saklaw" sa halip na "pagtukoy ng organisasyon", "pagtukoy ng benepisyo", "pagpapasya sa panganib", o "pagpapasya sa saklaw"
- "Mabilis na pagpapasya sa saklaw" sa halip na "pinabilis na pagtukoy"
- "Independent Review Organization" (IRO) sa halip na "Independent Review Entity" (IRE)

Makakatulong sa inyong makipag-ugnayan nang mas malinaw kung malalaman ang mga wastong terminong legal, kaya ibinibigay din namin ang mga iyon.

B. Saan kukuha ng tulong

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong

Minsan nakakalito na simulan o sundin ang proseso para sa pagharap sa isang problema. Maaaring totoo ito lalo na kung hindi maganda ang pakiramdam mo o may limitadong enerhiya. Sa ibang pagkakataon, maaaring wala ang impormasyong kailangan ninyo para magawa ang susunod na hakbang.

Tulong mula sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program

Maaari kayong tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Maaaring sagutin ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong at tulungan kayong

maunawaan kung ano ang gagawin tungkol sa inyong problema. Hindi konektado sa amin ang HICAP o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Mayroong mga may kasanayang tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo. Ang numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222.

Tulong mula sa Medicare Medi-Cal Ombuds Program

Maaari ninyong tawagan ang Medicare Medi-Cal Ombuds Program at makipag-usap sa isang tagapagtaguyod tungkol sa inyong mga katanungan sa saklaw sa kalusugan. Nag-aalok sila ng libreng legal na tulong. Ang Programa ng Ombuds ay hindi konektado sa amin o sa anumang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang numero ng telepono nila ay 1-855-501-3077, at ang website nila ay www.healthconsumer.org.

Tulong at impormasyon mula sa Medicare

Para sa karagdagang impormasyon at tulong, maaari kayong makipag-ugnayan sa Medicare. Narito ang dalawang paraan upang humingi ng tulong sa Medicare:

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang website ng Medicare (www.medicare.gov).

Tulong at impormasyon mula sa Medi-Cal

Tulong mula sa Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makakatulong ang Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman. Maaari silang tumulong kung nagkakaproblema kayo sa pagsali, paglipat, o pag-alis sa isang planong pangkalusugan. Maaari din silang tumulong kung lumipat kayo ng tirahan at nahihirapang ipalipat ang inyong Medi-Cal sa bago ninyong county. Maaari ninyong tawagan ang Ombudsman Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m. sa 1-888-452-8609.

Tulong mula sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makipag-ugnayan sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care, DMHC) para sa libreng tulong. Ang DMHC ay responsable sa pagsubaybay sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga taong may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay **1-888-466-2219**. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na may kapansanan sa pandinig, hirap makarinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang walang bayad na numero ng TDD, **1-877-688-9891**. Maaari din ninyong bisitahin ang website ng DMHC sa www.dmhc.ca.gov. Responsibilidad ng Departamento ng

Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California na pangasiwaan ang mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung may karaingan kayo laban sa inyong planong pangkalusugan, tumawag muna kayo sa inyong planong pangkalusugan sa **1-800-452-4413 (TTY: 711)** at gamitin ang proseso ng karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit ng pamamaraan ng karaingang ito ay hindi nagbabawal sa paggamit ng anumang potensyal na legal na karapatan o remedyong maaari ninyong magamit. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan na may kinalaman sa isang emergency, sa isang karaingan na hindi kasiya-siyang nalutas ng inyong planong pangkalusugan, o sa isang karaingan na hindi pa nalulutas sa loob ng mahigit sa 30 araw, maaari kayong tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari din kayong maging karapat-dapat para sa Hiwalay na Medikal na Repaso (Independent Medical Review, IMR). Kung karapat-dapat kayo para sa IMR, magbibigay ang proseso sa IMR ng walang kinikilingang pagsusuri sa mga pagpapasyang medikal na ginawa ng isang planong pangkalusugan na may kaugnayan sa pangangailangang medikal ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga pagpapasya sa saklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o sinisiyasat pa lang at mga hindi pagkakasunduan sa pagbabayad para sa mga pang-emergency o agarang serbisyong medikal. Mayroon ding walang bayad na numero ng telepono ang Departamento **(1-888-466-2219)** at TDD line **(1-877-688-9891)** para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng Departamento na www.dmhc.ca.gov ay may mga online na form ng reklamo, form ng aplikasyon sa IMR at mga tagubilin.

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano

Mayroon kayong Medicare at Medi-Cal. Ang impormasyon sa kabanatang ito ay nalalapat sa **lahat** ng inyong mga benepisyo sa pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Tinatawag ito minsan na "pinagsamang proseso" dahil pinagtitipon, o pinagsasama nito, ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Kung minsan ay hindi maaaring pagsamahin ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal. Sa mga sitwasyong iyon, gagamit kayo ng isang proseso para sa benepisyo ng Medicare at ibang proseso para sa benepisyo ng Medi-Cal. Ipinapaliwanag ng **Seksyon F4** ang mga sitwasyong ito.

D. Mga problema sa inyong mga benepisyo

Kung mayroon kayong problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na nalalapat sa inyong sitwasyon. Tinutulungan ka ng sumusunod na tsart na mahanap ang tamang seksyon ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Tungkol ba sa inyong mga benepisyo o saklaw ang inyong problema o alalahanin? Kabilang dito ang mga problema tungkol sa kung saklaw o hindi ang partikular na pangangalagang medikal (mga medikal na item, serbisyo at/o Part B na mga inireresetang gamot), ang paraan ng pagsaklaw sa mga ito, at problema sa pagbabayad para sa pangangalagang medikal.	
Oo. Ang problema ko ay tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Sumangguni sa **Seksyon E**, "Mga pagpapasya sa saklaw at apela."	**Hindi.** Ang problema ko ay hindi tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Sumangguni sa **Seksyon K**, "Paano gumawa ng reklamo."

E. Mga pagpapasya sa saklaw at apela

Ang proseso para sa paghingi ng pagpapasya sa saklaw at paggawa ng apela ay tumutugon sa mga problemang kaugnay ng benepisyo at saklaw para sa inyong pangangalagang medikal (mga serbisyo, item at inireresetang gamot ng Part B, kasama ang pagbabayad). Upang panatilihing simple ang mga bagay, karaniwan nang tinutukoy namin ang mga medikal na item, serbisyo, at Part B na mga inireresetang gamot bilang **pangangalagang medikal.**

E1. Mga pagpapasya sa saklaw

Ang pagpapasya sa saklaw ay isang desisyon na ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halagang binabayaran namin para sa inyong mga serbisyong medikal o gamot. Halimbawa, ang doktor ninyo sa network ng plano ay gumagawa ng isang desisyon (pabor) sa pagpapasya sa saklaw sa tuwing makakatanggap kayo ng pangangalagang medikal mula sa kanila (sumangguni sa **Kabanata 4, Seksyon G** ng *Handbook ng Miyembro*).

Kayo o ang inyong doktor ay maaari ring makipag-ugnayan sa amin at humingi ng pagpapasya sa saklaw. Kayo o ang inyong doktor ay maaaring hindi sigurado kung saklaw namin ang isang partikular na serbisyong medikal o kung maaari kaming tumanggi na magbigay ng pangangalagang medikal na sa tingin ninyo ay kailangan ninyo. **Kung gusto ninyong malaman kung sasakupin namin ang isang serbisyong medikal bago ninyo ito makuha, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng pagpapasya sa saklaw para sa inyo.**

Gagawa kami ng pagpapasya sa saklaw sa tuwing magpapasya kami kung ano ang saklaw para sa inyo at kung magkano ang babayaran namin. Sa ilang pagkakataon, maaari kaming magpasya na ang isang serbisyo o gamot ay hindi saklaw o hindi na saklaw para sa inyo ng

Medicare o Medi-Cal. Kung hindi kayo sang-ayon sa pagpapasya sa saklaw, maaari kayong gumawa ng apela.

E2. Mga apela

Kung gagawa kami ng pagpapasya sa saklaw at hindi kayo nasiyahan sa desisyong ito, maaari ninyong "iapela" ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang isang pagpapasya sa saklaw na ginawa namin.

Kapag nag-apela kayo sa isang desisyon sa unang pagkakataon, ito ay tinatawag na Antas 1 na Apela. Sa apela na ito, sinusuri namin ang pagpapasya sa saklaw na ginawa namin upang masuri kung sinunod namin nang maayos ang lahat ng mga patakaran. Pangangasiwaan ng iba't ibang mga tagasuri na hindi ang mga gumawa ng orihinal na hindi kanais-nais na desisyon ang inyong apela.

Kadalasan, dapat ninyong simulan ang inyong apela sa Antas 1. Kung ang problema ninyo sa kalusugan ay apurahan o nagsasangkot ng isang agaran at seryosong banta sa inyong kalusugan, o kung kayo ay may matinding pananakit at nangangailangan ng agarang desisyon, maaari kayong humingi ng Medikal na Pagrepaso ng IMR mula sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dmhc.ca.gov. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon.

Kapag nakumpleto namin ng pagsusuri, ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon. Sa ilalim ng ilang partikular na situwasyon na ipapaliwanag sa ibabang bahagi ng kabanatang ito sa Seksyon F2, maaari kayong humingi ng pinabilis o “mabilis na desisyon sa pagsaklaw” o “mabilis na apela” para sa pagpapasya sa saklaw.

Kung sasabihin naming **Hindi** sa bahagi o sa lahat ng hiniling mo, padadalhan namin kayo ng sulat. Kung ang inyong problema ay kaugnay sa saklaw ng isang pangangalagang medikal ng Medicare, ipapaalam sa inyo ng sulat na ipinadala namin ang inyong kaso sa Independent Review Organization (IRO) para sa Antas 2 na Apela. Kung ang inyong problema ay kaugnay sa saklaw ng Medicare Part D o isang serbisyo o item ng Medicaid, sasabihin sa inyo ng sulat kung paano kayo maghain mismo ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Antas 2 na Apela. Kung ang inyong problema ay tungkol sa saklaw ng isang serbisyo o item na saklaw ng parehong Medicare at Medicaid, magbibigay ang sulat sa inyo ng impormasyon tungkol sa parehong uri ng Antas 2 na Apela.

Kung hindi kayo nasiyahan sa desisyon sa Antas 2 na Apela, maaari kayong dumaan sa mga karagdagang antas ng apela.

E3. Tulong sa mga pagpapasya sa saklaw at apela

Maaari kayong humingi ng tulong mula sa alinman sa mga sumusunod:

- **Customer Service** sa mga numero sa ibaba ng page.

- **Medicare Medi-Cal Ombuds na Programa sa 1-855-501-3077.**
- **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** sa 1-800-434-0222.
- **Ang Sentro ng Tulong sa Department of Managed Health Care (DMHC)** para sa libreng tulong. Ang DMHC ay responsable sa pagsubaybay sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga taong may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na may kapansanan sa pandinig, hirap makarinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang walang bayad na numero ng TDD, 1-877-688-9891. Maaari ding bisitahin ang website ng DMHC sa www.dmhc.ca.gov.
- **Ang inyong doktor o iba pang provider.** Maaaring humiling ng pagpapasya sa saklaw o mag-apela sa inyong ngalan ang inyong doktor o iba pang provider.
- **Isang kaibigan o miyembro ng pamilya.** Maaari ninyong pangalanan ang ibang tao para kumilos para sa inyo bilang inyong "kinatawan" at humingi ng pagpapasya sa saklaw o gumawa ng apela.
- **Isang abugado.** May karapatan kayo sa isang abogado, ngunit **hindi kayo kinakailangan na magkaroon ng abogado** para makahingi ng pagpapasya sa saklaw o makagawa ng apela.
    - Tawagan ninyo ang sarili ninyong abogado, o kunin ang pangalan ng isang abogado mula sa lokal na bar association o iba pang serbisyo ng referral. Bibigyan kayo ng ilang grupong legal ng mga libreng serbisyong legal kung kwalipikado kayo.
    - Humingi ng abugado ng legal na tulong mula sa Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa 1-855-501-3077.

Punan ang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan kung gusto ninyo ng abogado o ibang tao na kumilos bilang inyong kinatawan. Ang form ay nagbibigay ng pahintulot sa isang tao na kumilos para sa inyo.

Tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng page at hilingin ang form na "Pagtatalaga ng Kinatawan". Makukuha rin ninyo ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **Dapat bigyan ninyo kami ng kopya ng nalagdaang form.**

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo

May apat na sitwasyon na kinasasangkutan ng mga pagpapasya sa saklaw at mga apela. Mayroong iba't ibang panuntunan at takdang petsa ang bawat sitwasyon. Nagbibigay kami ng mga detalye para sa bawat isa sa hiwalay na seksyon ng kabanatang ito. Sumangguni sa seksyong naaangkop:

- **Seksyon F**, "Pangangalagang medikal"
- **Seksyon G**, "Mga inireresetang gamot ng Medicare Part D"
- **Seksyon H**, "Paghiling sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital"
- **Seksyon I**, "Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na serbisyong medikal" (Nalalapat lamang ang seksyong ito sa mga serbisyong ito: pangangalaga ng kalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, at mga serbisyo ng Pasilidad ng Komprehensibong Rehabilitasyon ng Outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)

Kung hindi kayo sigurado kung aling seksyon ang gagamitin, tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina. Maaari rin kayong makakuha ng tulong o impormasyon mula sa mga organisasyon ng pamahalaan tulad ng inyong State Health Insurance Assistance Program. Sumangguni sa **Kabanata 2, Seksyon C** para sa higit pang impormasyon.

F. Pangangalagang medikal

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang gagawin kung mayroon kayong mga problema sa pagkuha ng saklaw para sa pangangalagang medikal o kung gusto ninyong bayaran namin kayo para sa aming bahagi ng gastos ng iyong pangangalaga.

Ang seksyong ito ay tungkol sa inyong mga benepisyo para sa pangangalagang medikal na inilalarawan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro*. Sa ilang sitwasyon, maaaring malapat ang iba't ibang panuntunan sa inireresetang gamot ng Medicare Part B. Kung sila ay nalalapat, ipapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga inireresetang gamot ng Medicare Part B sa mga panuntunan para sa mga medikal na serbisyo at item.

F1. Paggamit ng seksyong ito

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang maaari ninyong gawin sa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa tingin ninyo ay sinasaklaw namin ang pangangalagang medikal na kailangan ninyo ngunit hindi ito nakukuha.

   Ano ang magagawa ninyo: Maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng pagpapasya sa saklaw. Sumangguni sa **Seksyon F2.**

2. Hindi namin inaprubahan ang pangangalagang medikal na gustong ibigay sa inyo ng inyong doktor o ng iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan, at sa tingin ninyo ay dapat naming ibigay ito.

   Ano ang magagawa ninyo: Maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Sumangguni sa **Seksyon F3**.

3. Nakakuha kayo ng pangangalagang medikal na sa tingin ninyo ay sinasaklaw namin, ngunit hindi namin babayaran ito.

   Ano ang magagawa ninyo: Maaari ninyong iapela ang aming desisyon na huwag magbayad. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

4. Nakuha at binayaran ninyo ang pangangalagang medikal na akala ninyo ay saklaw namin, at gusto ninyong ibalik namin sa inyo ang nagastos.

   Ano ang magagawa ninyo: Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

5. Binawasan o itinigil namin ang inyong saklaw para sa ilang partikular na pangangalagang medikal, at sa palagay ninyo ay maaaring makapinsala sa inyong kalusugan ang aming desisyon.

   Ano ang magagawa ninyo: Maaari ninyong iapela ang aming desisyon na bawasan o ihinto ang pangangalagang medikal. Sumangguni sa **Seksyon F4**.

   - Kung ang saklaw ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalaga ng kalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, o mga serbisyo ng CORF, nalalapat ang mga espesyal na panuntunan. Sumangguni sa **Seksyon H** o **Seksyon I** para malaman ang higit pa.

   - Para sa lahat ng iba pang sitwasyon na kinasasangkutan ng pagbabawas o pagpapahinto sa inyong saklaw para sa ilang partikular na pangangalagang medikal, gamitin ang seksyong ito (**Seksyon F**) bilang inyong gabay.

6. Nakakaranas kayo ng mga pagkaantala sa pangangalaga o hindi kayo makahanap ng doktor.

Ano ang magagawa ninyo: Maaari kayong maghain ng reklamo. Tingnan ang **Seksyon K2**.

F2. Paghiling ng pagpapasya sa saklaw

> Kapag ang isang pagpapasya ng saklaw ay kinasasangkutan ng inyong pangangalagang medikal, ito ay tinatawag na "**pinagsamang pagtukoy ng organisasyon**.

Ikaw, ang inyong doktor, o ang inyong kinatawan ay maaaring humingi sa amin ng pagpapasya sa saklaw sa pamamagitan ng:

- pagtawag: (800) 452-4413, TTY: 711.
- pag-fax: (877) 251-6671.
- pagsulat: Blue Shield TotalDual Plan
  P.O. Box 927
  Woodland Hills, CA 91365-9856

Karaniwang pagpapasya sa saklaw

Kapag ibinigay namin sa inyo ang aming desisyon, ginagamit namin ang "karaniwan" na mga takdang petsa maliban kung sumasang-ayon kaming gamitin ang "mabilis" na mga takdang petsa. Ang karaniwang pagpapasya sa saklaw ay nangangahulugang bibigyan namin kayo ng sagot tungkol sa:

- Serbisyong medikal o item sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan. Para sa mga plano ng Knox-Keene, sa loob ng 5 araw ng trabaho, at hindi lalampas sa 14 na mga araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan.
- Medicare Part B na inireresetang gamot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan.

Mabilis na pagpapasya sa saklaw

> Ang legal na termino para sa "mabilis na pagpapasya sa saklaw" ay "**pinabilis na pagtukoy**."

Kapag hiniling ninyo sa amin na gumawa kami ng pagpapasya sa saklaw kaugnay sa inyong pangangalagang medikal at ang inyong kalusugan ay nangangailangan ng mabilis na pagtugon,

hilingin sa amin na gumawa ng "mabilis na pagpapasya sa saklaw." Ang isang mabilis na pagpapasya sa saklaw ay nangangahulugang bibigyan ka namin ng sagot kaugnay sa isang:

- Serbisyong medikal o item sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan, o mas maaga kung ang inyong kondisyong medikal ay nangangailangan ng mas mabilis na pagtugon.
- Medicare Part B na inireresetang gamot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan.

Upang makakuha ng mabilis na pagpapasya sa saklaw , dapat ninyong matugunan ang dalawang kahilingan:

- Humihingi kayo ng saklaw para sa mga medikal na item at/o serbisyong **hindi ninyo nakuha**. Hindi kayo maaaring humingi ng mabilis na pagpapasya sa saklaw kaugnay sa pagbabayad para sa mga item o serbisyong nakuha na ninyo.
- Ang paggamit ng mga karaniwang takdang petsa ay **maaaring magdulot ng malubhang pinsala sa inyong kalusugan** o makapinsala sa inyong kakayahang gumana.

Awtomatiko namin kayong bibigyan ng mabilis na pagpapasya sa saklaw kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan. Kung hihiling kayo nang walang suporta ng inyong doktor, magpapasya kami kung makakakuha kayo ng mabilis na pagpapasya sa saklaw.

- Kung magpasya kaming hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa isang mabilis na pagpapasya sa saklaw, padadalhan ka namin ng liham na nagsasabi nito at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa. Sasabihin ng liham sa inyo na:
    - Awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilis na pagpapasya sa saklaw kung hihilingin ito ng inyong doktor.
    - Paano kayo makakapaghain ng "mabilis na reklamo" kaugnay sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang pagpapasya sa saklaw sa halip na isang mabilis na pagpapasya sa saklaw. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paggawa ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Kung sasabihin namin ang Hindi sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan ka namin ng liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan.

- Kung sasabihin naming **Hindi**, may karapatan kayong mag-apela. Kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami, ang paggawa ng apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at baguhin ito.
- Kung magpasya kayong gumawa ng apela, mapupunta kayo sa Antas 1 ng proseso ng mga apela (sumangguni sa **Seksyon F3**).

Sa mga limitadong pagkakataon maaari naming i-dismiss ang inyong kahilingan para sa isang pagpapasya sa saklaw, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kasama sa mga halimbawa kung kailan idi-dismiss ang isang kahilingan ang:

- kung hindi kumpleto ang kahilingan,
- kung may humiling sa inyong ngalan ngunit hindi legal na awtorisadong gawin ito, **o**
- kung hihilingin ninyong bawiin ang inyong kahilingan.

Kung idi-dismiss namin ang isang kahilingan para sa isang pagpapasya sa saklaw, padadalhan ka namin ng abiso na nagpapaliwanag kung bakit na-dismiss ang kahilingan at kung paano humiling ng pagsusuri sa pag-dismiss. Ang pagsusuring ito ay tinatawag na apela. Ang mga apela ay tinatalakay sa susunod na seksyon.

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Upang makapagsimula ng apela, ikaw, ang inyong doktor, o ang inyong kinatawan ay dapat makipag-ugnayan sa amin. Tawagan kami sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Humingi ng karaniwang apela o mabilis na apela sa pamamagitan ng pagsulat o sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

- Kung hihilingin ng inyong doktor o ng ibang tagareseta na ipagpatuloy ang isang serbisyo o bagay na nakukuha na ninyo sa panahon ng inyong apela, maaaring kailanganin ninyong pangalanan sila bilang inyong kinatawan upang kumilos sa ngalan ninyo.
- Kung isang tao na hindi ang inyong doktor ang gumawa ng apela para sa inyo, magsama ng isang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan na nagpapahintulot sa taong ito na kumatawan sa inyo. Makukuha ninyo ang form sa pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf
- Maaari kaming tumanggap ng kahilingan sa apela nang wala ang form, ngunit hindi namin masisimulan o makumpleto ang aming pagsusuri hanggang sa makuha namin ito. Kung hindi namin makukuha ang form bago ang takdang petsa sa paggawa ng desisyon para sa inyong apela:

  - Idi-dismiss namin ang inyong kahilingan, at
  - Magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng inyong karapatang hilingin sa IRO na suriin ang aming desisyon na i-dismiss ang inyong apela.
- Dapat kayong umapela sa loob ng 65 mga araw sa kalendaryo mula sa petsang nasa sulat na ipinadala namin sa inyo upang ipaalam sa inyo ang aming pasya.
- Kung napalampas ninyo ang takdang petsa at may magandang dahilan kung bakit ito napalampas, maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras para gawin ang iyong apela. Ang mga halimbawa ng mabubuting dahilan ay ang mga bagay tulad ng nagkaroon kayo ng seryosong sakit o binigyan namin kayo ng maling impormasyon tungkol sa takdang petsa. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela nang ginawa ninyo ang inyong apela.
- May karapatan kayong humiling sa amin ng isang libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Maaari din ninyo kaming bigyan o ng inyong doktor ng higit pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

> Ang terminong legal para sa "mabilis na apela" ay **"pinabilis na muling pagsasaalang-alang."**

- Kung mag-apela kayo sa isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pagsaklaw para sa pangangalaga na hindi ninyo nakuha, ikaw at/o ang inyong doktor ang magpapasya kung kailangan ninyo ng mabilis na apela.

Awtomatiko namin kayong bibigyan ng mabilis na apela kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan. Kung hihiling kayo nang walang suporta ng inyong doktor, magpapasya kami kung makakakuha kayo ng mabilis na apela.

- Kung magpasya kaming hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa isang mabilis na apela, padadalhan namin kayo ng sulat na nagsasabi nito at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa. Sasabihin ng liham sa inyo na:
  - Awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilis na apela kung hihilingin ito ng inyong doktor.
  - Paano kayo makakapaghain ng "mabilis na reklamo" kaugnay sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang apela sa halip na isang mabilis na

apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paggawa ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Kung sasabihin namin sa inyo na ihihinto o babawasan namin ang mga serbisyo o item na nakukuha na ninyo, maaari ninyong maipagpatuloy ang pagkuha ng mga serbisyo o item na iyon sa panahon ng inyong apela.

- Kung magpasya kaming baguhin o ihinto ang saklaw para sa isang serbisyo o item na nakukuha ninyo, padadalhan ka namin ng aniso bago kami kumilos.
- Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kang maghain ng Antas 1 na Apela.
- Patuloy naming sasaklawin ang serbisyo o item kung humiling kayo ng Antas 1 na Apela sa loob ng 10 araw ng kalendaryo mula sa petsa sa aming sulat o sa inilaang petsa ng pagka-epektibo ng aksyon, alinman ang mas huli.
    - Kung matugunan ninyo ang takdang petsa na ito, makukuha ninyo ang serbisyo o item na walang pagbabago habang nakabinbin ang inyong Antas 1 na apela.
    - Makukuha rin ninyo ang lahat ng iba pang serbisyo o item (na hindi sumasailalim sa inyong apela) nang walang mga pagbabago.
    - Kung hindi kayo mag-apela bago ang mga petsang ito, ang inyong serbisyo o item ay hindi ipagpapatuloy habang hinihintay ninyo ang desisyon sa inyong apela.

Isasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang inyong apela, muli naming maingat na tinitingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan para sa saklaw ng pangangalagang medikal.
- Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng mga panuntunan noong sinabi namin ang **Hindi** sa inyong kahilingan.
- Nag-iipon kami ng higit pang impormasyon kung kailangan namin ito. Maaari kaming makipag-ugnayan sa inyo o sa inyong doktor para makakuha ng higit pang impormasyon.

May mga takdang petsa para sa isang mabilis na apela.

- Kapag ginamit namin ang mabilis na mga takdang petsa, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong apela, o mas maaga kung ang inyong kalusugan ay**

nangangailangan ng mas mabilis na pagtugon. Mas maaga naming ibibigay sa inyo ang aming sagot kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.

- Kung hindi namin kayo mabibigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay sinusuri ito ng isang IRO. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Kung ang inyong problema ay tungkol sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medi-Cal, maaari kayong maghain ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado mo mismo sa sandaling maubos ang panahon. Sa California ang isang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para makapaghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni Seksyon F4, kung ano ang nalalapat.

- **Kung sasabihin naming Oo sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.

- **Kung sasabihin naming Hindi sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan,** ipapadala namin ang inyong apela sa IRO para sa Antas 2 na Apela.

May mga takdang petsa para sa isang karaniwang apela.

- Kapag ginamit namin ang karaniwang mga takdang petsa, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang inyong apela para sa pagsaklaw sa mga serbisyong hindi ninyo nakuha.

- Kung ang inyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot ng Medicare Part B na hindi ninyo nakuha, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang inyong apela o mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.

  - Kung hindi ka namin bibigyan ng sagot sa takdang petsa, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay sinusuri ito ng isang IRO. Sa ibaba ng kabanatang ito Seksyon F4, ipapaalam namin ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang proseso ng apela sa Antas 2. Kung ang inyong problema ay tungkol sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medi-Cal, maaari kayong maghain ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado mo mismo sa sandaling maubos ang panahon. Sa California ang isang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para makapaghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa Seksyon F4.

Kung sasabihin naming Oo sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa petsa na nakuha namin ang inyong kahilingan sa apela, o kasingbilis ng kinakailangan ng inyong kondisyong pangkalusugan at sa loob ng 72 oras mula sa petsa kung kailan binago namin ang aming desisyon, o sa loob ng 7 mga araw sa kalendaryo mula sa petsa na natanggap namin ang inyong apela kung ang inyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot ng Medicare Part B.

Kung sasabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, **mayroon kayong karagdagang mga karapatan sa apela:**

- Kung sasabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng hiniling ninyo, padadalhan ka namin ng liham.
- Kung ang inyong problema ay kaugnay sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medicare, sasabihin sa inyo ng sulat na ipinadala namin ang inyong kaso sa IRO para sa isang Antas 2 na Apela.
- Kung ang inyong problema ay kaugnay sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medi-Cal, sasabihin sa inyo ng sulat kung paanong kayo mismo ay magkapaghahain ng Antas 2 na Apela.

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung sasabihin naming **Hindi** sa isang bahagi o sa lahat ng Antas 1 na Apela ninyo, padadalhan namin kayo ng sulat. Sasabihin ng liham na ito kung ang Medicare, Medi-Cal, o ang parehong programa ay karaniwang sumasaklaw sa serbisyo o item.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medicare**, awtomatiko naming ipapadala ang inyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng apela sa sandaling makumpleto ang Antas 1 na Apela.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medi-Cal**, maaari kayo mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Sasabihin sa inyo ng liham kung paano ito gagawin. Nagsama rin kami ng higit pang impormasyon sa susunod na bahagi ng kabanatang ito.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na maaaring saklawin ng **parehong Medicare at Medi-Cal**, awtomatiko kayong makakakuha ng Antas 2 na Apela sa IRO. Bukod sa awtomatikong Antas 2 na Apela, maaari ka ring humingi ng Pagdinig ng Estado at isang Hiwalay na Medikal na Repaso sa estado. Gayunpaman, hindi magagamit ang isang Hiwalay na Medikal na Repasokung nakapagpakita ka na ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado.

Kung kwalipikado kayo para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo noong naghain kayo ng inyong Antas 1 na Apela, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot na nasa ilalim ng apela ay maaari ding magpatuloy sa Antas 2. Sumangguni sa **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng inyong mga benepisyo sa panahon ng Antas 1 na mga Apela.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyong karaniwang saklaw lamang ng Medicare, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay hindi magpapatuloy sa panahon ng proseso ng Antas 2 na mga apela sa IRO.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyong karaniwang saklaw lamang ng Medi-Cal, magpapatuloy ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon kung magsusumite kayo ng Antas 2 na Apela sa loob ng 10 mga araw sa kalendaryo pagkatapos makuha ang aming liham ng pasiya.

Kapag ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o bagay na karaniwang saklaw ng Medicare

Sinusuri ng IRO ang inyong apela. Isa itong independiyenteng organisasyon na inupahan ng Medicare.

> Ang pormal na pangalan ng “Hiwalay na Medikal na Repaso” (Independent Review Organization o IRO) ay ang **“Hiwalay na Entidad ng Pagsusuri”,** tinatawag minsan na **“Independent Review Entity o IRE”.**

- Ang organisasyong ito ay hindi konektado sa amin at hindi isang ahensya ng gobyerno. Pinili ng Medicare ang kumpanya upang maging IRO, at pinangangasiwaan ng Medicare ang kanilang trabaho.
- Nagpapadala kami ng impormasyon tungkol sa inyong apela (ang inyong “file sa kaso”) sa organisasyong ito. May karapatan kayo sa isang libreng kopya ng inyong file sa kaso.
- May karapatan kayong bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.
- Tinitingnang mabuti ng mga tagasuri sa IRO ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Kung nagkaroon kayo ng mabilis na apela sa Antas 1, mayroon ka ring mabilis na apela sa Antas 2.

- Kung nagkaroon kayong mabilis na apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakakuha ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kayong bigyan ng IRO ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos makuha ang inyong apela.

Kung mayroon kayong karaniwang apela sa Antas 1, mayroon ka ring karaniwang apela sa Antas 2.

- Kung mayroon kayong karaniwang apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakakuha ng karaniwang apela sa Antas 2. Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na bagay o serbisyo, ang IRO ay dapat magbigay sa inyo ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos makuha ang inyong apela.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot ng Medicare Part B, dapat kayong bigyan ng IRO ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos makuha ang inyong apela.

Kung ibibigay sa inyo ng IRO ang kanilang sagot sa sulat at ipapaliwanag ang mga dahilan.

- **Kung Oo ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang medikal na bagay o serbisyo,** dapat naming ipatupad kaagad ang desisyon:
  - Pahintulutan ang saklaw ng pangangalagang medikal **sa loob ng 72 oras, o**
  - Ibigay ang serbisyo sa loob ng **5 araw na may trabaho** pagkatapos naming makuha ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
  - Ibigay ang serbisyo **sa loob ng 72 oras** mula sa petsa na makuha namin ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan.**
- **Kung Oo ang sinabi ng IRO sa bahagi o lahat ng kahilingan para sa inireresetang gamot ng Medicare Part B, dapat naming pahintulutan o ibigay ang inireresetang gamot ng Medicare Part B na pinagtatalunan:**
  - **Sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming makuha ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
  - **Sa loob ng 24 na oras** mula sa petsa na makuha namin ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan.**
- **Kung Hindi ang sinabi ng IRO sa bahagi o lahat ng inyong apela,** nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan

ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong kahilingan) para sa pagsaklaw para sa pangangalagang medikal. Tinatawag ito na "pagpapatibas sa desisyon" o "pagtanggi sa inyong apela."

- Kung natutugunan ng inyong kaso ang mga kinakailangan, pipiliin mo kung gusto mong ituloy pa ang iyong apela.
- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuan ng limang antas.
- Kung ang inyong Antas 2 na Apela ay tinanggihan at natutugunan mo ang mga kahilingan upang ipagpatuloy ang proseso ng apela, dapat kang magpasiya kung magpapatuloy ka sa Antas 3 at gumawa ng ikatlong apela. Ang mga detalye tungkol sa kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na abiso na matatanggap mo pagkatapos ng iyong Antas 2 na Apela.
- Pinangangasiwaan ng Hukom ng Administratibong Batas (Administrative Law Judge, ALJ) o attorney adjudicator ang Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon kaugnay sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

Kapag ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang saklaw ng Medi-Cal

May dalawang paraan upang gumawa ng Antas 2 na apela para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal: (1) Paghahain ng reklamo o Hiwalay na Medikal na Repaso o (2) Pagdinig ng Estado.

(1) Hiwalay na Medikal na Repaso

Maaari kayong maghain ng reklamo sa o humingi ng Hiwalay na Medikal na Repaso (IMR) mula sa Sentro ng Tulong sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California. Sa pamamagitan ng paghahain ng reklamo, susuriin ng DMHC ang aming desisyon at gagawa ng pagtukoy. Ang isang IMR ay magagamit para sa anumang saklaw na serbisyo ng Medi-Cal o bagay na likas na medikal. Ang IMR ay pagrerepaso sa iyong kaso ng mga doktor na hindi bahagi ng aming plano o ng DMHC. Kung pabor sa inyo ang pasya sa IMR, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyo o item na hinihiling ninyo. Wala kayong babayaran para sa isang IMR.

Maaari kayong maghain ng reklamo o mag-apply para sa isang IMR kung ang aming plano ay:

- Tatanggihan, babaguhin, o aantalahin ang isang serbisyo o paggamot ng Medi-Cal dahil natukoy ng aming plano na hindi ito medikal na kinakailangan.
- Hindi sasaklawin ang isang sinusubukan o sinisiyasat na paggamot ng Medi-Cal para sa isang malubhang medikal na kondisyon.

- Pinagtatalunan kung ang isang serbisyong operasyon o pamamaraan ay kosmetiko o rekonstruktibo ang kalikasan.
- Hindi magbabayad para sa mga pang-emergency o agarang serbisyo ng Medi-Cal na natanggap niyo na.
- Hindi nalutas ang inyong Antas 1 na Apela sa isang serbisyo ng Medi-Cal sa loob ng 30 araw sa kalendaryo para sa isang karaniwang apela o 72 oras, o mas maaga, kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, para sa isang mabilis na apela.

TANDAAN: Kung naghain ang inyong provider ng apela para sa inyo, ngunit hindi namin nakuha ang inyong form sa Pagtatalaga ng Kinatawan, kakailanganin ninyong muling ihain ang inyong apela sa amin bago kayo makapaghain ng Antas 2 na IMR sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan maliban kung ang inyong apela ay may kasabay na nalalapit at seryosong banta sa inyong kalusugan, kabilang ang ngunit hindi limitado sa, matinding pananakit, potensyal na pagkawala ng buhay, paa, o pangunahing paggana ng katawan.

May karapatan kayo sa parehong IMR at Pagdinig ng Estado, ngunit hindi kayo karapat-dapat sa isang IMR kung nakapagpakita na kayo ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado o nagkaroon ng Pagdinig ng Estado para sa parehong isyu.

Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat kayong maghain ng apela sa amin bago humiling ng IMR. Tingnan ang pahina 198 para sa impormasyon tungkol sa aming Antas 1 na proseso ng apela. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng reklamo sa DMHC o humingi ng IMR sa Sentro ng Tulong ng DMHC.

Kung tinanggihan ang inyong paggamot dahil ito ay eksperimental o pagsisiyasat, hindi ninyo kailangang makibahagi sa aming proseso ng apela bago kayo mag-apply para sa isang IMR.

Kung ang inyong problema ay apurahan o kinasasangkutan ng isang agaran at malubhang banta sa inyong kalusugan o kung mayroon kayong matinding pananakit, maaari ninyo itong dalhin kaagad sa atensyon ng DMHC nang hindi muna dumaan sa aming proseso ng apela.

Dapat kayong **mag-apply para sa isang IMR sa loob ng 6 na buwan** pagkatapos namin kayong padalhan ng nakasulat na pasya tungkol sa inyong apela. Maaaring tanggapin ng DMHC ang inyong aplikasyon pagkatapos ng 6 buwan para sa magandang dahilan, tulad ng pagkakaroon ng medikal na kondisyon na humadlang sa inyong humingi ng IMR sa loob ng 6 buwan o hindi pagtanggap ng sapat na abiso mula sa amin tungkol sa proseso ng IMR.

Para makahingi ng IMR:

- Punan ang Aplikasyon/Form ng Reklamo ng Hiwalay na Medikal na Repaso na makukuha sa: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tawagan ang Sentro ng Tulong ng DMHC sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 1-877-688-9891.
- Kung mayroon kayo ng mga ito, maglakip ng mga kopya ng mga liham o iba pang mga dokumento tungkol sa serbisyo o item na tinanggihan namin. Maaari nitong mapabilis ang proseso ng IMR. Magpadala ng mga kopya ng mga dokumento, hindi mga orihinal. Hindi maibabalik ng Help Center ang anumang mga dokumento.
- Punan ang Form ng Pinahihintulutang Katulong (Authorized Assistant Form) kung may isang taong tumutulong sa inyo sa inyong IMR. Makukuha ninyo ang form sa www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tumawag sa Sentro ng Tulong ng Departamento sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 1-877-688-9891.
- Ipadala sa koreo o i-fax ang inyong mga form at anumang mga kalakip sa:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

- Maaari rin ninyong isumite online ang inyong Aplikasyon/Form ng Reklamo ng Hiwalay na Medikal na Repaso at form ng Awtorisadong Assistant: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Kung kwalipikado kayo para sa isang IMR, susuriin ng DMHC ang inyong kaso at papadalahan kayo nito ng liham sa loob ng 7 araw sa kalendaryo na nagsasabi sa inyong kwalipikado kayo para sa isang IMR. Pagkatapos matanggap ang inyong aplikasyon at mga pansuportang dokumento mula sa plano ninyo, magbibigay ng pasya ng IMR sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Dapat matanggap ninyo ang pasya ng IMR sa loob ng 45 araw sa kalendaryo mula sa pagsusumite ng nakumpletong aplikasyon.

Kung agaran ang inyong kaso at kuwalipikado kayo para sa isang IMR, susuriin ng DMHC ang kaso at magpapadala sa inyo ng liham sa loob ng 48 oras mula nang matanggap ang kumpletong aplikasyon na nagsasabi sa inyong kuwalipikado kayo para sa isang IMR. Pagkatapos matanggap ang inyong aplikasyon at mga pansuportang dokumento mula sa plano

ninyo, magbibigay ng pasya ng IMR sa loob ng 3 araw sa kalendaryo. Dapat matanggap ninyo ang pasya ng IMR sa loob ng 7 mga araw sa kalendaryo mula sa pagsusumite ng nakumpletong aplikasyon. Kung hindi kayo nasisiyahan sa resulta ng IMR, maaari pa rin kayog humiling ng Pagdinig ng Estado.

Maaaring mas matagal ang IMR kung hindi matatanggap ng DMHC ang lahat ng medikal na rekord na kailangan mula sa inyo o sa doktor na gumagamot sa inyo. Kung nagpapatingin kayo sa isang doktor na wala sa network ng inyong planong pangkalusugan, mahalagang kunin ninyo at ipadala ninyo sa amin ang inyong mga talaang medikal mula sa doktor na iyon. Ang inyong planong pangkalusugan ay kailangang kumuha ng kopya ng inyong mga medikal na rekord mula sa mga doktor na nasa network.

Kung magpasya ang DMHC na hindi karapat-dapat ang inyong kaso para sa IMR, susuriin ng DMHC ang inyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso ng reklamo ng consumer nito. Ang inyong reklamo ay dapat malutas sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos ng pagsusumite ng nakumpletong aplikasyon. Kung apurahan ang inyong reklamo, mas maaga itong mareresolba.

(2) Pagdinig ng Estado

Maaari kayong humiling ng Pagdinig ng Estado para sa mga saklaw na serbisyo at bagay ng Medi-Cal. Kung humihiling ang inyong doktor o iba pang mga provider ng serbisyo o item na hindi namin aaprubahan, o hindi namin ipagpapatuloy ang pagbabayad sa serbisyo o item na nakuha na ninyo at tinanggihan namin ang inyong Antas 1 na apela, may karapatan kayong humiling ng Pagdinig ng Estado.

Sa karamihan ng mga kaso **mayroon kayong 120 araw para humiling ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos ipadala sa inyo ang abiso ng “Liham ng Desisyon sa Apela”.

TANDAAN: Kung humiling kayo ng Pagdinig ng Estado dahil sinabi namin sa inyo na babaguhin o itititigil ang isang serbisyong kasalukuyang nakukuha ninyo, **mayroon kayong mas kaunting araw para isumite ang inyong kahilingan** kung gusto ninyong patuloy na makuha ang serbisyong iyon habang nakabinbin ang inyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa Antas 2 na apela” sa pahina 201 para sa higit pang impormasyon.

May dalawang paraan upang makahiling ng Pagdinig ng Estado:

1. Maaari ninyong sagutan ang "Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado" sa likod ng abiso sa pagkilos. Dapat ninyong ibigay ang lahat ng hinihiling na impormasyon gaya ng inyong buong pangalan, address, numero ng telepono, ang pangalan ng plano o county na gumawa ng pagkilos laban sa inyo, ang (mga) sangkot na program ng tulong at isang detalyadong dahilan kung bakit gusto ninyo ng pagdinig. Pagkatapos ay maaari ninyong isumite ang inyong kahilingan sa isa sa mga paraang ito:

- Sa welfare department ng county sa address na ipinapakita sa abiso.
- Sa California Department of Social Services:

  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
  Sacramento, California 94244-2430

- Sa State Hearings Division sa numero ng fax na 916-309-3487 o libreng tawag sa 1-833-281-0903.

2. Maaari kayong tumawag sa Departamento ng mga Serbisyong Panlipunan ng California sa 1-800-743-8525. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349. Kung magpapasya kayong humiling ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng sa telepono, dapat ninyong malamang napaka-abala ng mga linya ng telepono.

Ibinibigay sa inyo ng Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ang kanilang desisyon nang nakasulat at ipapaliwanag ang mga dahilan.

- Kung **Oo** ang sagot ng Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang medikal na bagay o serbisyo, dapat naming pahintulutan o ibigay ang serbisyo o item **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming makuha ang kanilang desisyon.
- Kung **Hindi** ang sagot ang Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o lahat ng inyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong kahilingan) para sa saklaw para sa pangangalagang medikal. Tinatawag ito na "pagpapatibas sa desisyon" o "pagtanggi sa inyong apela."

Kung **Hindi** ang desisyon ng IRO o Pagdinig ng Estado para sa lahat o bahagi ng inyong kahilingan, mayroon kayong karagdagang mga karapatan sa apela.

Kung ang inyong Antas 2 na Apela ay napunta sa **IRO**, maaari lamang kayong mag-apela muli kung ang dolyar na halaga ng serbisyo o item na gusto ninyo ay nakakatugon sa isang partikular na minimum na halaga. Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa Antas 3 na Apela. **Ipapaliwanag ng liham na makuha mo mula sa IRO ang karagdagang mga karapatan sa apela na maaaring mayroon kayo.**

Ilalarawan ng liham na makukuha ninyo mula sa Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ang susunod na opsyon sa apela.

Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan sa apela pagkatapos ng Antas 2.

F5. Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapayagan ang mga provider na nasa network na singilin kayo para sa mga saklaw na serbisyo at item. Totoo ito kahit na binabayaran namin ang provider nang mas mababa kaysa sa sinisingil ng provider para sa isang saklaw na serbisyo o item. Hindi kayo kailanman kailangang magbayad ng balanse sa anumang singil.

Kung makakakuha kayo ng singil na higit sa inyong copay para sa mga saklaw na serbisyo at item, ipadala ang singilin sa amin. Hindi ninyo dapat bayaran nang mag-isa ang pagsingil. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aayusin ang problema. Kung magbabayad ka ng singil, maaari kayong makakuha ng palit sa bayad mula sa aming plano kung sinunod ninyo ang mga patakaran para sa pagkuha ng mga serbisyo o item.

Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro*. Inilalarawan nito ang mga sitwasyon kung kailan maaaring kailanganin ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo o bayaran ang singil na nakuha ninyo mula sa isang provider. Sinasabi rin nito kung paano ipapadala sa amin ang mga papeles na humihiling sa amin ng pagbabayad.

Kung hihiling kayong ibalik ang ibinayad ninyo, humihiling kayo ng pagpapasya sa saklaw. Susuriin namin kung saklaw ang serbisyo o item na binayaran ninyo at kung sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan para sa paggamit sa inyong saklaw.

- Kung saklaw ang serbisyo o item na binayaran ninyo at sinunod ninyo ang lahat ng mga patakaran, ipapadala namin sa inyo ang bahagi namin sa gastos para sa serbisyo o item, karaniwan na sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo, pero hindi tatagal ng higit pa sa 60 araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang inyong request.
- Kung hindi pa ninyo nababayaran ang serbisyo o item, direkta naming ipapadala ang bayad sa provider. Kapag ipinadala namin ang bayad, katulad ito ng pagsasabi ng **Oo** sa inyong kahilingan para sa pagpapasya sa saklaw.
- Kung hindi sinasaklaw ang serbisyo o item o hindi ninyo sinunod ang lahat ng panuntunan, papadalhan namin kayo ng liham na nagsasabi sa inyong hindi namin babayaran ang serbisyo o item at ipapaliwanag kung bakit.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon na huwag magbayad, **maaari kayong mag-apela**. Sundin ang proseso ng mga apela na inilalarawan sa **Seksyon F3.** Kapag sinunod ninyo ang mga tagubiling ito, tandaan:

- Kung gagawa kayo ng apela na bayaran namin kayo, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang inyong apela.

- Kung hihilingin ninyo sa amin na bayaran kayo para sa pangangalagang medikal na nakuha ninyo at binayaran ninyo mismo, hindi kayo maaaring humingi ng mabilis na apela.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa inyong apela at karaniwang sinasaklaw ng **Medicare** ang serbisyo o item, ipapadala namin ang inyong kaso sa IRO. Padadalhan namin kayo ng sulat kung mangyari ito.

- Kung binaligtad ng IRO ang aming pasya at sinabing dapat namin kayong bayaran, ipadala dapat namin sa inyo o sa provider ang bayad sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo. Kung **Oo** ang sagot sa inyong apela sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala ang bayad sa inyo o sa provider ng pangangalagang pangkalusugan sa loob ng 60 mga araw sa kalendaryo.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag ito na "pagpapatibas sa desisyon" o "pagtanggi sa inyong apela." Makakakuha kayo ng liham na nagpapaliwanag ng karagdagang mga karapatan sa apela na maaaring mayroon kayo. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa inyong apela at karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal ang serbisyo o item, maaaring kayo mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon.

G. Mga inireresetang gamot ng Medicare Part D

Kasama sa inyong mga benepisyo bilang miyembro ng aming plano ang saklaw para sa maraming inireresetang gamot. Karamihan sa mga ito ay mga gamot sa Medicare Part D. May ilang gamot na hindi saklaw ng Medicare Part D na maaaring saklawin ng Medi-Cal. **Nalalapat lang ang seksyong ito sa mga apela sa gamot ng Medicare Part D.** Sasabihin namin ang "gamot" sa natitirang bahagi ng seksyong ito sa halip na sabihin ang "gamot ng Medicare Part D" sa bawat pagkakataon. Para sa mga gamot na saklaw lamang ng Medi-Cal, sundin ang proseso sa **Seksyon E**.

Upang masaklaw, ang gamot ay dapat gamitin para sa isang medikal na tinatanggap na dahilan. Ibig sabihin, ang gamot ay inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) o sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa isang medikal na tinatanggap na dahilan.

G1. Mga pagpapasya sa saklaw at apela ng Medicare Part D

Narito ang mga halimbawa ng mga pagpapasya sa saklaw na maaari ninyong hilingin na gawin namin tungkol sa inyong mga gamot sa Medicare Part D:

- Hinihiling ninyo sa amin na gumawa ng isang pagbubukod, kabilang ang paghiling sa amin na:
  - Saklawin ang isang Medicare Part D na gamot na wala sa Listahan ng Gamot ng aming plano o
  - Magtabi ng paghihigpit sa aming saklaw para sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa halagang makukuha ninyo)
- Itatanong ninyo sa amin kung saklaw ang isang gamot para sa inyo (tulad ng kapag ang inyong gamot ay nasa Listahan ng Gamot ng aming plano ngunit dapat namin itong aprubahan para sa inyo bago namin ito saklawin)

TANDAAN: Kung sasabihin sa inyo ng inyong parmasya na hindi mapupunan ang inyong reseta gaya ng nakasulat, bibigyan kayo ng parmasya ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano makipag-ugnayan sa amin upang humingi ng pagpapasya sa saklaw.

> Ang isang paunang pagpapasya sa saklaw kaugnay sa inyong mga gamot sa Medicare Part D ay tinatawag na isang **"pagtukoy kung ang iniresetang gamot ay saklaw ng plano."**

- Hiniling ninyo sa amin na bayaran ang isang gamot na nabili na ninyo. Ito ay paghiling ng pagpapasya sa saklaw tungkol sa pagbabayad.

Kung hindi kayo sang-ayon sa pagpapasya sa saklaw na ginawa namin, maaari ninyong i-apela ang aming pasya. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito ang pareho na kung paano humiling ng mga pagpapasya sa saklaw at kung paano humiling ng apela. Gamitin ang tsart sa ibaba upang matulungan kayo.

Alin sa mga sitwasyong ito ang kinabibilangan ninyo?			
Kailangan ninyo ng gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o kailangan ninyo kami na magtabi ng isang tuntunin o paghihigpit sa isang gamot na saklaw namin.	Gusto ninyong saklawin namin ang isang gamot sa aming Listahan ng Gamot, at sa tingin ninyo ay natutugunan ninyo ang mga tuntunin o paghihigpit ng plano (tulad ng pagkuha ng paunang pag-apruba) para sa gamot na kailangan ninyo.	Gusto ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad para sa gamot na natanggap at nabayaran na ninyo?	Sinabi namin sa inyo na hindi namin sasaklawin o babayaran ang isang gamot sa paraang gusto ninyo.
Maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod. (Isa itong uri ng pagpapasya sa saklaw.)	**Maaari kayong humiling sa amin ng pagpapasya sa saklaw.**	**Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad**. (Isa itong uri ng pagpapasya sa saklaw.)	**Maaari kayong gumawa ng apela.** (Ibig sabihin nito ay hinihiling ninyo sa amin na muling isaalang-alang ito.)
Magsimula sa **Seksyon G2**, pagkatapos ay sumangguni sa **Seksyon G3 at G4**.	Sumangguni sa **Seksyon G4**.	Sumangguni sa **Seksyon G4**.	Sumangguni sa **Seksyon G5**.

G2. Mga pagbubukod sa Medicare Part D

Kung hindi namin sasaklawin ang isang gamot sa paraang gusto ninyo, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng "pagbubukod." Kung tatanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang pagbubukod, maaari ninyong iapela ang aming desisyon.

Kapag humingi kayo ng pagbubukod, kailangang ipaliwanag ng inyong doktor o ng ibang tagareseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan ninyo ng pagbubukod.

> Ang paghingi ng saklaw sa isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o para sa pagtanggal sa isang paghihigpit sa isang gamot ay tinatawag kung minsan na paghingi ng "pagbubukod sa formulary."

Narito ang ilang halimbawa ng mga pagbubukod na maaaring hilingin sa amin o ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta na gawin namin:

3. Pagsaklaw sa isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*

- Hindi kayo makakakuha ng pagbubukod sa kinakailangang halaga ng copay para sa gamot.

4. Pag-alis sa paghihigpit para sa isang saklaw na gamot

- May karagdagang tuntunin o restriksyon sa ilang partikular na gamot sa aming *Listahan ng Gamot* (sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon).
- Kasama sa mga karagdagang tuntunin at paghihigpit para sa ilang partikular na gamot ang:
  - Kinakailangang gamitin ang generic na bersyon ng isang gamot sa halip na ang branded na gamot.
  - Pagkuha sa aming pag-apruba nang maaga bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot para sa inyo. Minsan tinatawag ito na "paunang awtorisasyon (PA)."
  - Kinakailangang sumubok muna ng ibang gamot bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot na hinihiling ninyo. Minsan ito ay tinatawag na "step therapy."
  - Mga limitasyon sa dami. Para sa ilang gamot, may mga paghihigpit sa dami ng gamot na maaari ninyong makuha.
- Kung sumasang-ayon kami sa isang pagbubukod para sa inyo at isantabi ang isang restriksiyon, maaari kayong humingi ng eksepsiyon sa halaga ng copay na hiniling sa inyong bayaran.

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng isang pagbubukod Dapat sabihin sa amin ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta ang mga medikal na dahilan.

Dapat kaming bigyan ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta ng isang pahayag na nagpapaliwanag sa mga medikal na dahilan para sa paghiling ng isang pagbubukod. Para sa mas mabilis na pasya, isama ang impormasyong ito mula sa inyong doktor o iba pang tagareseta kapag humiling kayo ng isang pagbubukod.

Kadalasang kasama sa *Listahan ng Gamot* ang higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kondisyon. Tinatawag ang mga ito na "alternatibong" gamot. Kung ang isang alternatibong gamot ay kasing bisa lamang ng gamot na hiniling niyo at hindi magdudulot ng higit pang mga side effect o iba pang mga problema sa kalusugan, sa pangkalahatan ay **hindi** namin aaprubahan ang inyong kahilingan sa pagbubukod. Kung humiling kayo sa amin ng isang pagbubukod sa tier, sa pangkalahatan ay **hindi** namin aaprubahan ang inyong kahilingan sa pagbubukod maliban kung ang lahat ng mga alternatibong gamot sa mas mababang (mga) tier ng bahaging gastos ay hindi magiging mabisa para sa iyo o posibleng magdulot ng hindi magandang reaksyon o iba pang panganib.

Maaari kaming sumagot ng Oo o Hindi sa inyong kahilingan.

- Kung sumagot kami ng **Oo** sa inyong kahilingan sa pagbubukod, karaniwang tumatagal ang pagbubukod hanggang sa dulo ng taon sa kalendaryo. Totoo ito hangga't patuloy na inirereseta ng inyong doktor ang gamot para sa inyo at patuloy na ligtas at mabisa ang gamot na iyon sa paggamot sa inyong kondisyon.
- Kung sumagot kami ng **Hindi** sa inyong kahilingan sa pagbubukod, maaari kayong gumawa ng apela. Sumangguni sa **Seksyon G5** para sa impormasyon sa paggawa ng apela kung sumagot kami ng **Hindi**.

Sinasabi sa inyo ng susunod na seksyon kung paano humiling ng pagpapasya sa saklaw, kasama ang isang pagbubukod.

G4. Paghiling ng isang pagpapasya sa saklaw, kabilang ang isang pagbubukod

- Hilingin ang uri ng pagpapasya sa saklaw na gusto ninyo sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), pagsulat, o pag-fax sa amin. Maaari ninyo itong gawin, ng inyong kinatawan o ng inyong doktor (o ng iba pang tagareseta). Mangyaring isama ang inyong pangalan, impormasyon sa pagkontak, at impormasyon tungkol sa claim.
- Maaari kayo o ang inyong doktor (o iba pang tagareseta) o ibang tao na kumikilos sa inyong ngalan na humiling ng isang pagpapasya sa saklaw. Maaari din kayong kumuha ng abugado na kikilos sa inyong ngalan.
- Sumangguni sa **Seksyon E3** upang malaman kung paano pangalanan ang isang tao bilang inyong kinatawan.
- Hindi ninyo kailangang magbigay ng nakasulat na pahintulot sa inyong doktor o iba pang tagareseta upang humiling ng isang pagpapasya sa saklaw sa ngalan niyo.

- Kung gusto ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad para sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Kung hihiling kayo ng isang pagbubukod, bigyan kami ng isang "sumusuportang pahayag." Kabilang sa sumusuportang pahayag ang mga medikal na dahilan ng inyong doktor o iba pang tagareseta para sa kahilingan sa pagbubukod.
- Maaaring i-fax o ipadala sa amin ng inyong doktor o iba pang tagareseta ang sumusuportang pahayag. Maaari din nilang sabihin sa amin sa pamamagitan ng pagtawag at pagkatapos ay i-fax o ipadala ang pahayag.
- Maaari ninyong isumite sa amin ang mga kahilingan sa pagtukoy kung ang iniresetang gamot ay saklaw ng plano sa pamamagitan ng ligtas na portal ng miyembro sa: https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
    - Piliin ang mga form ng Miyembro
    - Simulan ang kahilingan sa pagtukoy kung ang iniresetang gamot ay saklaw ng plano online
    - Maaari ninyong simulan ang proseso para makakuha ng paunang awtorisasyon o isang pagbubukod.

Kung kailangan ito ng inyong kalusugan, humiling sa amin ng isang "mabilis na pagpapasya sa saklaw."

Gumagamit kami ng "mga karaniwang takdang petsa" maliban kung sumang-ayon kaming gumamit ng "mga mabilis na takdang petsa."

- Ang **karaniwang pagpapasya sa saklaw** ay nangangahulugan na bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.
- Ang **mabilis na pagpapasya sa saklaw** ay nangangahulugan na bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.

> Ang "mabilis na pagpapasya sa saklaw" ay tinatawag na **"pinabilis na pagtukoy kung ang iniresetang gamot ay saklaw ng plano."**

Maaari kayong makakuha ng mabilis na pagpapasya sa saklaw kung:

- Para ito sa isang gamot na hindi ninyo natanggap. Hindi kayo makakakuha ng mabilis na pagpapasya sa saklaw kung hinihiling ninyo sa amin na ibalik ang inyong bayad para sa isang gamot na nabili na ninyo.
- Manganganib nang husto ang inyong kalusugan o kakayahang kumilos kung gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa.

Kung sabihin sa amin ng inyong doktor o iba pang tagareseta na kinakailangan ng inyong kalusugan ang isang mabilis na pagpapasya sa saklaw, sasang-ayon kami at ibibigay ito sa inyo. Papadalhan namin kayo ng isang sulat na magsasabi sa inyo.

- Kung humiling kayo ng isang mabilis na pagpapasya sa saklaw nang walang suporta mula sa inyong doktor o iba pang tagareseta, magpapasya kami kung makakakuha ka ng isang mabilis na pagpapasya sa saklaw.
- Kung magpasya kami na hindi natutugunan ng inyong medikal na kondisyon ang mga kinakailangan para sa isang mabilis na pagpapasya sa saklaw, gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa sa halip.
    - Padadalhan namin kayo ng sulat upang ipaalam sa inyo na gagamitin namin ang karaniwang takdang petsa. Sasabihin din sa inyo ng sulat kung paano gumawa ng reklamo tungkol sa aming pasya.
    - Maaari kayong maghain ng mabilis na reklamo at makatanggap ng tugon sa loob ng 24 oras. Para sa higit pang impormasyon sa paggawa ng mga reklamo, kabilang ang pinabilis na pagreklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Mga takdang petsa para sa mabilis na pagpapasya sa saklaw

- Kung gagamitin namin ang mabilis na mga takdang petsa, dapat namin kayong bigyan ng sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Kung humiling kayo ng pagbubukod, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming makuha ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor. Mas maaga naming ibibigay ang aming kasagutan kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang takdang petsa na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela upang suriin ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Apela sa Antas 2.

- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang saklaw sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat kasama ng mga dahilan. Sinasabi rin sa inyo ng sulat na ito kung paano makakagawa ng isang apela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang pagpapasya sa saklaw tungkol sa isang gamot na hindi ninyo nakuha

- Kung gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Kung humiling kayo ng pagbubukod, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor. Mas maaga naming ibibigay ang aming kasagutan kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang takdang petsa na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela upang suriin ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang saklaw sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor para sa isang pagbubukod.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat kasama ng mga dahilan. Sasabihin din sa inyo ng sulat kung paano gumawa ng isang apela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang pagpapasya sa saklaw tungkol sa isang gamot na nabili niyo na

- Dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan.
- Kung hindi namin matutugunan ang takdang petsa na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela upang suriin ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibabalik namin ang inyong ibinayad sa loob ng 14 mga araw sa kalendaryo.

- **Kung Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat kasama ng mga dahilan. Sasabihin din sa inyo ng sulat kung paano gumawa ng isang apela.

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela

> Ang pag-apela sa aming plano tungkol sa isang pagpapasya sa saklaw ng gamot sa Medicare Part D ay tinatawag na **"muling pagtukoy"** ng plano**.**

- Simulan ang inyong **karaniwan** o **mabilis na apela** sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo, pagsulat o pag-fax sa amin. Maaari ninyo itong gawin, ng inyong kinatawan o ng inyong doktor (o ng iba pang tagareseta). Mangyaring isama ang inyong pangalan, impormasyon sa pagkontak, at impormasyon tungkol sa inyong apela.
- Dapat kayong umapela **sa loob ng 65 mga araw sa kalendaryo** mula sa petsang nasa sulat na ipinadala namin sa inyo upang ipaalam sa inyo ang aming pasya.
- Kung napalampas ninyo ang takdang petsa at may magandang dahilan kung bakit ito napalampas, maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras para gawin ang iyong apela. Ang mga halimbawa ng mabubuting dahilan ay ang mga bagay tulad ng nagkaroon kayo ng seryosong sakit o binigyan namin kayo ng maling impormasyon tungkol sa takdang petsa. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela nang ginawa ninyo ang inyong apela.
- May karapatan kayong humiling sa amin ng isang libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Maaari din ninyo kaming bigyan o ng inyong doktor ng higit pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

> Ang mabilis na apela ay tinatawag ring **"pinabilis na muling pagtukoy."**

- Kung inaapela ninyo ang ginawang pasyan ng aming plano tungkol sa isang gamot na hindi ninyo nakuha, magpasya kayo o ang inyong doktor o iba pang tagareseta kung kailangan niyo ng isang mabilis na apela.
- Ang mga kailangan para sa mabilis na apela ay pareho lamang sa mabilis na pagpapasya sa saklaw. Sumangguni sa **Seksyon G4** para sa karagdagang impormasyon.

Isasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

- Susuriin namin ang inyong apela at titingnan namin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan sa pagsaklaw.
- Susuriin namin kung sinunod ba namin ang mga panuntunan noong sumagot kami ng **Hindi** sa inyong kahilingan.
- Maaari kaming makipag-ugnayan sa inyo o sa inyong doktor o iba pang tagareseta upang kumuha ng higit pang impormasyon.

Mga takdang petsa para sa mabilis na apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang mabilis na mga takdang petsa, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
    - Mas maaga naming ibibigay ang aming kasagutan kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
    - Kung hindi namin kayo mabibigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at magsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng isang apela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang karaniwang mga takdang petsa, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 7 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela para sa isang gamot na hindi ninyo nakuha.
- Mas maaga naming ibibigay sa inyo ang aming pasya kung hindi ninyo nakuha ang gamot at kailangan ito ng inyong kondisyon sa kalusugan. Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

- Kung hindi namin kayo mabigyan ng pasya sa loob ng 7 mga araw sa kalendaryo, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at proseso ng mga apela sa Antas 2.

Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Dapat naming **ibigay ang saklaw** na sinang-ayunan naming ibigay sa lalong madaling panahon na kinakailangan ng inyong kalusugan, ngunit **hindi lalampas sa 7 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Dapat kaming **magpadala ng bayad sa inyo** para sa isang gamot na binili ninyo **sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at magsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng isang apela.
- Dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot tungkol sa pagbabalik namin sa inyong ibinayad para sa isang gamot na binili niyo **sa loob ng 14 na mga araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
  - Kung hindi namin kayo mabigyan ng pasya sa loob ng 14 mga araw sa kalendaryo, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibalik ang inyong ibinayad sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at magsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng isang apela.

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung **Hindi** ang sagot namin sa inyong Antas 1 na Apela, maaari ninyong tanggapin ang aming pasya o gumawa ng isa pang apela. Kung magpasya kayong gumawa ng isa pang apela, gagamitin ninyo ang proseso ng mga apela sa Antas 2 na Apela. Susuriin ng **IRO** ang aming

desisyon noong sinagot namin ng **Hindi** ang inyong unang apela. Ang organisasyong ito ang magpapasya kung dapat ba naming baguhin ang aming pasya.

> Ang pormal na pangalan ng "Hiwalay na Medikal na Repaso" (Independent Review Organization o IRO) ay ang **"Hiwalay na Entidad ng Pagsusuri",** tinatawag minsan na **"Independent Review Entity o IRE".**

Upang gumawa ng Antas 2 na Apela, kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong doktor o iba pang tagareseta ay dapat makipag-ugnayan sa IRO **sa pamamagitan ng pagsulat** at humiling ng pagsusuri sa inyong kaso.

- Kung **Hindi** ang sagot namin sa inyong Antas 1 na Apela, ang ipinadala naming sulat sa inyo ay may kasamang **mga tagubilin kung paano gumawa ng Antas 2 na Apela** sa IRO. Sinasabi ng mga tagubilin kung sino ang maaaring gumawa ng Antas 2 na Apela, anong mga takdang petsa ang dapat ninyong sundin, at kung paano makikipag-ugnayan sa organisasyon.
- Kapag nag-apela kayo sa IRO, ipinapadala namin sa organisasyon ang impormasyong mayroon kami tungkol sa inyong apela. Ang impormasyong ito ay tinatawag na inyong "file ng kaso". **May karapatan kayo sa isang libreng kopya ng inyong file ng kaso**. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng libreng kopya ng inyong file ng kaso, tumawag sa 1-888-466-2219.
- May karapatan kayong bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Susuriin ng IRO ang inyong Antas 2 na Apela sa Medicare Part D at bibigyan kyoa ng nakasulat na sagot. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa IRO.

Mga takdang petsa para sa mabilis na apela sa Antas 2

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling sa IRO ng isang mabilis na apela.

- Kung sumasang-ayon sila sa isang mabilis na apela, dapat silang magbigay sa inyo ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan sa apela.
- Kung **Oo** sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibigay ang naaprubahang saklaw sa gamot **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos matanggap ang pasya ng IRO.

Mga takdang petsa para sa karaniwang apela sa Antas 2

Kung mayroon kayong karaniwang apela sa Antas 2, dapat kayong bigyan ng sagot ng IRO:

- **sa loob ng 7 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos nilang matanggap ang inyong apela para sa isang gamot na hindi ninyo nakuha.
- **sa loob ng 14 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang inyong apela para sa pagbabalik ng inyong ibinayad para sa isang gamot na binili ninyo.

Kung **Oo** ang sagot ng IRO sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Dapat naming ibigay ang naaprubahang saklaw sa gamot **sa loob ng 72 na oras** pagkatapos matanggap ang pasya ng IRO.
- Ibabalik namin ang inyong ibinayad para sa isang gamot na binili niyo sa loob ng 30 na mga araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang pasya ng IRO.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa aming pasya na hindi aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag itong "paninindigan sa pasya" o "pagtanggi sa inyong apela".

Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela, may karapatan kayo para sa isang Antas 3 na Apela kung ang halaga ng dolyar ng saklaw sa gamot na hinihiling ninyo ay nakakatugon sa minimum halaga ng dolyar. Kung ang halaga ng dolyar ng saklaw ng gamot na hinihiling ninyo ay mas mababa sa kinakailangang minimum, hindi na kayo makakagawa ng isa pang apela. Sa kasong iyon, pinal na ang desisyon sa Antas 2 na Apela. Padadalhan kayo ng sulat ng IRO upang sabihin ang minimum na halaga ng dolyar na kailangan upang magpatuloy sa isang Antas 3 na Apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng inyong kahilingan ay nakakatugon sa kinakailangan, pipili kayo kung gusto pa ninyong ipagpatuloy ang pag-apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela at natutugunan ninyo ang kinakailangan upang ipagpatuloy ang proseso ng mga apela, kayo ay:
    - Magpapasya kung gusto ninyong gumawa ng Antas 3 na Apela.
    - Sumangguni sa sulat na ipinadala sa inyo ng IRO pagkatapos ng inyong Antas 2 na Apela para sa mga detalye tungkol sa kung paano gumawa ng Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa mga Apela sa Antas 3. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

H. Paghiling sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital

Kapag na-admit kayo sa isang ospital, may karapatan kayong makatanggap ng lahat ng serbisyo ng ospital na sinasaklaw namin na kinakailangan upang masuri at magamot ang inyong karamdaman o pinsala. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa saklaw sa ospital ng aming plano, sumangguni sa **Kabanata 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

Sa panahon ng inyong saklaw na pananatili sa ospital, ang inyong doktor at ang mga kawani ng ospital ay nakikipagtulungan sa inyo upang maghanda para sa araw kung kailan kayo lalabas sa ospital. Tutulong din silang ayusin ang pangangalaga na maaaring kailanganin ninyo pagkatapos ninyong makalabas.

- Ang araw kung kailan kayo aalis sa ospital ay tinatawag na inyong “petsa ng paglabas.”
- Sasabihin sa inyo ng inyong doktor o ng kawani ng ospital kung kailan ang inyong petsa ng paglabas.

Kung sa tingin ninyo ay hinihiling kayong lumabas sa ospital nang masyadong maaga o nag-aalala kayo tungkol sa inyong pangangalaga pagkatapos ninyong lumabas sa ospital, maaari kayong humiling ng mas mahabang pananatili sa ospital. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito kung paano humiling.

Bukod sa mga apela na tinalakay sa **Seksyon H**, maaari rin kayong maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso upang ipagpatuloy ang inyong pananatili sa ospital. Sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso. Maaari kayong humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bilang karagdagan sa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

H1. Pag-alam tungkol sa inyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos kayong ma-admit sa ospital, may isang indibidwal sa ospital, gaya ng nurse o caseworker, ang magbibigay sa inyo 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 sa tuwing sila ay na-admit sa isang ospital.

Kung hindi ninyo nakuha ang abisong ito, hingin ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan ninyo ng tulong, tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina. Pwede rin ninyong tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 1-877-486-2048.

- **Basahin nang mabuti ang abiso** at magtanong kung hindi niyo naiintindihan. Sinasabi sa inyo ng abiso ang tungkol sa inyong mga karapatan bilang isang pasyente sa ospital, kasama ang inyong mga karapatan sa:
  - Kumuha ng mga serbisyong saklaw ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng inyong pananatili sa ospital. May karapatan kayong malaman kung anu-ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito at saan ninyo makukuha ang mga ito.
  - Maging bahagi ng anumang mga desisyon tungkol sa tagal ng inyong pananatili sa ospital.
  - Alamin kung saan iuulat ang anumang mga alalahanin na mayroon kayo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga sa ospital.
  - Umapela kung sa palagay ninyo ay pinalabas kayo nang napakaaga sa ospital.
- **Lagdaan ang abiso** upang ipakita na natanggap ninyo ito at nauunawaan ang inyong mga karapatan.
  - Kayo o isang taong kumikilos sa inyong ngalan ang maaaring lumagda sa abiso.
  - Ang paglagda sa abiso **lamang** ang magpapakita na natanggap ninyo ang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Ang paglagda ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon kayo sa isang petsa ng paglabas na maaaring sinabi sa inyo ng inyong doktor o ng kawani ng ospital.
- **Itago ang inyong kopya** ng nilagdaang abiso upang magkaroon kayo ng impormasyon kung kailangan ninyo ito.

Kung lalagdaan ninyo ang paunawa nang higit sa dalawang araw bago ang araw na lumabas kayo sa ospital, makakatanggap kayo ng isa pang kopya bago kayo ma-discharge.

Maaari kayong tumingin sa isang kopya ng abiso nang maaga kung kayo ay:

- Tumawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.

- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung gusto ninyong saklawin namin ang inyong mga inpatient na serbisyo sa ospital nang mas matagal, gumawa ng apela. Nirerepaso ng Quality Improvement Organization (QIO) ang Antas 1 na Apela upang malaman kung angkop ang inyong planong petsa ng paglabas.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor at iba pang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Sinusuri at tumutulong ang mga dalubhasang ito sa pagpapahusay sa kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Hindi sila bahagi ng aming plano.

Sa California, ang QIO ay Livanta. Tawagan sila sa (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668]. Ang impormasyon para makontak ay nasa abiso na, “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare Tungkol sa Iyong Mga Karapatan,” at sa **Kabanata 2**.

Tumawag sa QIO bago kayo lumabas sa ospital at hindi lalampas sa inyong nakaplanong petsa ng paglabas.

- **Kung tatawag kayo bago kayo lumabas**, maaari kayong manatili sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng paglabas nang hindi ito binabayaran habang hinihintay niyo ang desisyon ng QIO tungkol sa inyong apela.
- **Kung hindi kayo tatawag para mag-apela**, at magpasya kayong manatili sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng paglabas, maaari ninyong bayaran ang lahat ng gastos para sa pangangalaga sa ospital na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng paglabas.
- Dahil ang mga pamamalagi sa ospital ay saklaw ng Medicare at Medi-Cal, kung hindi diringgin ng Quality Improvement Organization ang inyong kahilingan na ipagpatuloy ang inyong pamamalagi sa ospital, o naniniwala kayong agaran ang inyong sitwasyon, may kasamang agaran at seryosong banta sa inyong kalusugan, o kayo. ay nasa matinding pananakit, maaari rin kayong magsampa ng reklamo o humiling sa California Department of Managed Health Care (DMHC) ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Sumangguni sa **Seksyon**

F4 upang alamin kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso.

Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito. Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:

- Tumawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- Tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222.

Humiling ng mabilis na pagsusuri. Kumilos nang mabilis at makipag-ugnayan sa QIO para humiling ng mabilis na pagsusuri sa inyong paglabas sa ospital.

> Ang legal na termino para sa **"mabilis na pagsusuri"** ay **"kaagad na pagsusuri"** o **"pinabilis na pagsusuri."**

Ano ang mangyayari sa panahon ng mabilis na pagsusuri?

- Tatanungin kayo o ang inyong kinatawan ng mga tagasuri sa QIO kung bakit sa tingin ninyo ay dapat magpatuloy ang pagsaklaw pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas. Hindi ninyo kailangang magsulat ng pahayag, ngunit maaari ninyong gawin.
- Tinitingnan ng mga tagasuri ang inyong medikal na impormasyon, makikipag-usap sa inyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng ospital at ng aming plano.
- Pagsapit ng tanghali ng araw pagkatapos sabihin sa aming plano ng mga tagasuri ang tungkol sa inyong apela, makakatanggap kayo ng sulat na may nakaplanong petsa ng paglabas. Ibinibigay din ng sulat ang mga dahilan kung bakit sa tingin ng inyong doktor, g ospital, at namin ay iyon ang tamang petsa ng paglabas na medikal na naaangkop para sa inyo.

> Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay **"Detalyadong Abiso ng Paglabas."** Maaari kayong makakuha ng sample sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Pwede rin ninyong tingnan online ang isang halimbawa ng abiso sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila, ibibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Ibibigay namin ang inyong saklaw na mga serbisyo sa ospital para sa inpatient hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Naniniwala sila na ang inyong nakaplanong petsa ng paglabas ay medikal na naaangkop.
- Ang aming pagsaklaw para sa inyong mga serbisyo sa ospital ng inpatient ay magtatapos sa tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.
- Maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng pangangalaga sa ospital na makukuha ninyo pagkalipas ng tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.
- Maaari kayong gumawa ng Antas 2 na Apela kung tinanggihan ng QIO ang inyong Antas 1 na Apela **at** mananatili kayo sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng paglabas.

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hilingin sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa inyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Dapat ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos nang na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa inyong Antas 1 na Apela. Maaari **lamang** ninyong hilingin ang pagsusuring ito kung mananatili kayo sa ospital pagkatapos ng petsa na natapos ang inyong pagkakasaklaw para sa pangangalaga.

Ang mga tagasuri ng QIO ay:

- Titingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sasabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Dapat namin kayong bayaran sa bahagi namin sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital mula tanghali noong araw pagkatapos ng petsang tinanggihan ng QIO ang inyong Antas 1 na Apela.
- Ibibigay namin ang inyong saklaw na mga serbisyo sa ospital para sa inpatient hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 1 na Apela at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari rin kayong magsampa ng reklamo sa o humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang ipagpatuloy ang inyong pamamalagi sa ospital. Sumangguni sa **Seksyon E4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso.

Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa mga Apela sa Antas 3. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa partikular na mga medikal na serbisyo

Ang seksyong ito ay tungkol lamang sa tatlong uri ng mga serbisyo na maaari ninyong makuha:

- mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan
- pangangalaga ng sanay na tagapag-alaga sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga, **at**
- pangangalaga ukol sa panunumbalik ng kalusugan bilang isang outpatient sa isang inaprubahan ng Medicare na CORF. Karaniwang nangangahulugan ito na nagpapagamot kayo para sa isang sakit o aksidente o nagpapagaling kayo mula sa isang malaking operasyon.

Sa alinman sa tatlong uri ng mga serbisyong ito, may karapatan kayong makakuha ng mga saklaw na serbisyo hangga't sinabi ng doktor na kailangan ninyo ang mga ito.

Kapag magpasya kaming ihinto ang pagsaklaw sa alinman sa mga ito, dapat naming sabihin sa inyo **bago** matapos ang inyong mga serbisyo. Kapag natapos ang inyong saklaw para sa serbisyong iyon, ihihinto namin ang pagbabayad dito.

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos namin ang pagsaklaw sa inyong pangangalaga nang mas maaga, **maaari ninyong iapela ang aming desisyon**. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito kung paano humiling ng apela.

I1. Advance na abiso bago matapos ang inyong saklaw

Padadalhan namin kayo ng nakasulat na paunawa na matatanggap ninyo ng hindi bababa sa dalawang araw bago namin ihinto ang pagbabayad para sa inyong pangangalaga. Tinatawag itong "Paunawa ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare." Sinasabi sa inyo ng nakasulat na abiso ang petsa kung kailan namin ihihinto ang pagsaklaw sa pangangalaga sa inyo.

Dapat ninyong lagdaan o ng inyong kinatawan ang abiso upang ipakita na natanggap ninyo ito. Ang paglagda sa abiso **lamang** ang nagpapakita na natanggap ninyo ang impormasyon. Ang paglagda ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon kayo sa aming desisyon.

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos namin ang pagsaklaw sa inyong pangangalaga sa lalong madaling panahon, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito ang tungkol sa proseso ng Antas 1 na Apela at kung ano ang gagawin.

- **Sundin ang mga takdang petsa.** Mahalaga ang mga takdang petsa. Unawain at sundin ang mga takdang petsa na naaangkop sa mga bagay na dapat ninyong gawin. Dapat ding sundin ng aming plano ang mga takdang petsa. Kung sa tingin ninyo ay hindi namin nasunod ang aming mga takdang petsa, maaari kayong maghain ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K** para sa impormasyon tungkol sa mga reklamo.
- **Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito.** Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:
  - Tumawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.
  - Tawagan ang HICAP sa 1-800-434-0222.
- **Makipag-ugnayan sa QIO.**
  - Sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa QIO at kung paano makipag-ugnayan sa kanila.

  - Hilingin sa kanila na suriin ang inyong apela at magpasya kung babaguhin ang desisyon ng aming plano.

- **Kumilos nang mabilis at humiling ng "mabilis na apela.** Tanungin ang QIO kung medikal na naaangkop para sa amin na tapusin ang pagsaklaw ng inyong mga medikal na serbisyo.

Ano ang inyong takdang petsa para sa pakikipag-ugnayan sa organisasyong ito

- Dapat kayong makipag-ugnayan sa QIO upang simulan ang inyong apela sa tanghali ng araw bago ang petsa ng bisa sa "Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare" na ipinadala namin sa inyo.

- Kung hindi dinggin ng Quality Improvement Organization ang inyong kahilingan na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o naniniwala kayo na ang inyong sitwasyon ay apurahan o nagsasangkot ng agaran at malubhang banta sa inyong kalusugan o kung kayo ay nasa matinding sakit, maaari kayong magsampa ng reklamo sa at humiling sa California Department of Managed Health Care (DMHC) ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri. Sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso.

> Ang legal na termino para sa nakasulat na paunawa ay **"Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare".** Para makakuha ng sample na kopya, tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina o tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. O kumuha online ng kopya sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Ano ang mangyayari sa panahon ng mabilis na apela

- Tatanungin kayo ng mga tagasuri sa QIO o ang inyong kinatawan kung bakit sa tingin ninyo ay dapat magpatuloy ang pagsaklaw. Hindi ninyo kailangang magsulat ng pahayag, ngunit maaari ninyong gawin.

- Titingnan ng mga tagasuri ang inyong medikal na impormasyon, makikipag-usap sa inyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.

- Magpapadala rin ang aming plano sa inyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag sa aming mga dahilan sa pagtatapos ng pagsaklaw ng inyong mga serbisyo. Makukuha ninyo ang paunawa sa pagtatapos ng araw na ipaalam sa amin ng mga tagasuri ang inyong apela.

> Ang legal na termino para sa pagpapaliwanag ng abiso ay **"Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw".**

- Ibinibigay ng mga taga-review ang kanilang desisyon sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Ibibigay namin ang inyong mga saklaw na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Ang inyong saklaw ay magtatapos sa petsa na sinabi namin sa inyo.
- Ihihinto namin ang pagbabayad ng gastos sa pangangalagang ito sa petsa na nasa abiso.
- Kayo mismo ang magbabayad ng buong halaga ng pangangalagang ito kung magpasya kayong ipagpatuloy ang pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na tagapag-alaga, o mga serbisyo ng CORF pagkatapos ng petsa ng pagtatapos ng inyong saklaw.
- Kayo ang magpapasya kung gusto niyong ipagpatuloy ang mga serbisyong ito at gumawa ng Antas 2 na Apela.

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hilingin sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa inyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Dapat ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos nang na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa inyong Antas 1 na Apela. Maaari **lamang** ninyong hilingin ang pagsusuring ito kung magpapatuloy kayo sa pangangalaga pagkatapos ng petsa na natapos ang inyong pagkakasaklaw para sa pangangalaga.

Ang mga tagasuri ng QIO ay:

- Titingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

- Sasabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Ibabalik namin sa inyo ang ibinayad ninyong bahagi namin sa gastos sa pangangalaga mula sa sinabi naming petsa ng pagtatapos ng saklaw.
- Magbibigay kami ng saklaw para sa pangangalaga hangga't ito ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyon na wakasan ang inyong pangangalaga at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung nais ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari kayong magsampa ng reklamo at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang ipagpatuloy ang pagsaklaw sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso. Maaari kayong maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bilang karagdagan sa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa mga Apela sa Antas 3. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

J. Pagdala sa inyong apela higit sa Antas 2

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare

Kung gumawa kayo ng Antas 1 na Apela at Level 2 na Apela para sa mga serbisyo o item ng Medicare, at pareho ninyong tinanggihan ang inyong mga apela, maaaring may karapatan kayo sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng serbisyo o item ng Medicare na inyong inapela ay hindi nakakatugon sa isang partikular na minimum na halaga ng dolyar, hindi na kayo makakaapela pa. Kung ang halaga ng dolyar ay sapat na mataas, maaari ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela. Ang sulat na matatanggap ninyo mula sa IRO para sa inyong Antas 2 na Apela

ay nagpapaliwanag kung sino ang dapat kontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig sa ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang abogadong tagahatol na nakikipagtulungan sa pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng ALJ o tagahatol na abogado sa inyong apela**,** may karapatan kaming umapela ng isang Antas 3 na desisyon na pabor sa inyo.

- Kung magpasya kaming **iapela** ang desisyon, padadalhan namin kayo ng kopya ng kahilingan sa Antas 4 na Apela kasama ng anumang mga kasamang dokumento. Maaari naming hintayin ang desisyon sa Antas 4 na Apela bago pahintulutan o ibigay ang serbisyong pinagtatalunan.
- Kung magpasya kaming **huwag iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ibigay sa inyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng ALJ o abogadong tagahatol.
    - Kung **Hindi** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong matatanggap ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Susuriin ng Medicare Appeals Council (Konseho) ang inyong apela at bibigyan kayo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng Konseho sa inyong Antas 4 na Apela o tinanggihan ang aming kahilingan na suriin ang isang desisyon sa Antas 3 na Apela na pabor sa inyo, may karapatan kaming umapela sa Antas 5.

- Kung magpasya kaming **iapela** ang desisyon, sasabihin namin sa inyo nang nakasulat.

- Kung magpasya kaming **huwag iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ibigay sa inyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Konseho.

Kung **Hindi** ang sagot ng Konseho o tinanggihan ang aming kahilingan sa pagsusuri, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong inyong matatanggap kung maaari kayong magpatuloy sa Antas 5 na Apela at kung ano ang gagawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng isang hukom ng Korte ng Pederal na Distrito ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang huling desisyon. Walang ibang mga antas ng apela na higit pa sa Korte ng Pederal na Distrito

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal

Mayroon rin kayong iba pang mga karapatan sa pag-apela kung ang inyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o bagay na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal. Ang sulat na matatanggap ninyo mula sa Dibisyon ng Pagdinig ng Estado ay magsasabi sa inyo kung ano ang gagawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon ng Pagdinig ng Estado at gusto ninyong suriin ito ng ibang hukom, maaari kayong humiling ng muling pagdinig at/o humiling ng hudisyal na pagsusuri.

Upang humiling ng muling pagdinig, magpadala ng nakasulat na kahilingan (isang sulat) sa:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

Dapat ipadala ang sulat na ito sa loob ng 30 araw pagkatapos matanggap ang inyong desisyon. Ang takdang petsa na ito ay maaaring pahabain ng hanggang 180 araw kung mayroon kayong magandang dahilan sa pagiging huli.

Sa inyong kahilingan sa muling pagdinig, sabihin ang petsa na nakuha ninyo ang inyong desisyon at kung bakit dapat pagbigyan ang muling pagdinig. Kung gusto ninyong magpakita ng karagdagang ebidensya, ilarawan ang karagdagang ebidensya at ipaliwanag kung bakit hindi ito

inilabas dati at paano nito mababago ang pasya. Maaari kayong makipag-ugnayan sa mga legal na serbisyo para sa tulong.

Para humiling ng hudisyal na pagsusuri, dapat kayong maghain ng petisyon sa Kataas-taasang Hukuman (sa ilalim ng Code of Civil Procedure Section 1094.5) sa loob ng isang taon pagkatapos matanggap ang inyong desisyon. Ihain ang inyong petisyon sa Superior Court para sa county na pinangalanan sa inyong pasya. Maaari ninyong ihain ang petisyong ito nang hindi humihiling ng muling pagdinig. Walang kinakailangang mga bayarin sa paghahain. Maaari kayong singilin ng mga makatwirang bayad sa abugado at gastos kung maglalabas ang Hukuman ng pinal na pasya na pabor sa inyo. Kung nagsagawa ng muling pagdinig at hindi kayo sang-ayon sa pasya mula sa muling pagdinig, maaari kayong humiling ng pagsusuri ng hukuman ngunit hindi kayo maaaring humiling ng isa pang muling pagdinig.

J3. Apela sa Mga Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Medicare Part D

Maaaring naaangkop sa inyo ang seksyong ito kung gumawa kayo ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela, at ang parehong mga apela ninyo ay tinanggihan.

Kung ang halaga ng gamot na inyong inapela ay nakakatugon sa isang tiyak na halaga ng dolyar, maaari kayong magpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela. Ipinapaliwanag ng nakasulat na sagot na matatanggap ninyo sa inyong Antas 2 na Apela kung sino ang dapat kontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig sa ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang abogadong tagahatol na nakikipagtulungan sa pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela**:**

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang saklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung **Hindi** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong matatanggap ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Susuriin ng Konseho ang inyong apela at binibigyan kayo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng Konseho sa inyong apela:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang saklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung **Hindi** ang sagot ng Konseho sa inyong apela, maaaring hindi pa matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong inyong matatanggap kung maaari kayong magpatuloy sa Antas 5 na Apela at kung ano ang gagawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng isang hukom ng Korte ng Pederal na Distrito ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang huling desisyon. Walang ibang mga antas ng apela na higit pa sa Korte ng Pederal na Distrito

K. Paano gumawa ng reklamo

K1. Anong uri ng mga problema ang dapat na ireklamo

Ang proseso ng reklamo ay ginagamit lamang para sa ilang uri ng mga problema, tulad ng mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, mga oras ng paghihintay, pangangasiwa ng pangangalaga, at customer service. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng mga problemang pinapangasiwaan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng inyong medikal na pangangalaga	• Hindi kayo masaya sa kalidad ng pangangalaga, gaya ng pangangalagang nakuha ninyo sa ospital.
Paggalang sa inyong privacy	• Sa tingin ninyo ay hindi iginalang ng isang tao ang inyong karapatan sa privacy o nagbahagi ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa inyo.
Kawalang-galang, hindi magandang customer service, o iba pang negatibong pag-uugali	• Binastos kayo o hindi iginalang ng isang tagabigay o kawani ng pangangalagang pangkalusugan. • Pinakitungohan ka ng hindi maganda ng aming mga kawani. • Sa tingin ninyo ay itinutulak kayo palabas sa aming plano.
Accessibility at tulong sa wika	• Hindi ninyo pisikal na ma-access ang mga serbisyo at pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan sa tanggapan ng isang doktor o tagabigay. • Ang inyong doktor o tagapagkaloob ay hindi nagbibigay ng interpreter para sa hindi wikang hindi English na inyong sinasalita (tulad ng American Sign Language o Spanish). • Ang iyong tagapagkaloob ay hindi nagbibigay sa inyo ng iba pang makatwirang kaluwagan na inyong kailangan at hinihiling.
Mga oras ng paghihintay	• Nahihirapan kayong makakuha ng appointment o maghintay ng masyadong mahaba para makuha ito. • Pinapahintay kayo nang masyadong matagal ng mga doktor, pharmacist, o iba pang propesyonal sa kalusugan, Customer Service, o iba pang mga kawani ng plano.

Reklamo	Halimbawa
Kalinisan	• Sa tingin ninyo ay hindi malinis ang klinika, ospital o tanggapan ng doktor.
Impormasyon na inyong makukuha mula sa amin	• Sa tingin ninyo ay nabigo kaming bigyan kayo ng abiso o liham na dapat ay natanggap ninyo. • Sa tingin ninyo ay masyadong mahirap maunawaan ang nakasulat na impormasyong ipinadala namin sa inyo.
Pagiging napapanahon na nauugnay sa mga pagpapasya sa saklaw o apela	• Sa tingin ninyo ay hindi namin natutugunan ang aming mga takdang petsa para sa paggawa ng pagpapasya sa saklaw o pagsagot sa inyong apela. • Sa tingin ninyo, pagkatapos matanggap ang pagpapasya sa saklaw o apela na pabor sa inyo, hindi namin natutugunan ang mga takdang petsa para sa pag-apruba o pagbibigay sa inyo ng serbisyo o pagbabayad sa inyo para sa ilang partikular na medikal na serbisyo. • Sa tingin ninyo ay hindi namin naipadala ang inyong kaso sa IRO sa tamang oras.

May iba't ibang uri ng mga reklamo. Maaari kayong gumawa ng panloob na reklamo at/o panlabas na reklamo. Ang panloob na reklamo ang isinasampa at sinusuri ng aming plano. Ang isang panlabas na reklamo ay isinasampa at sinusuri ng isang organisasyong hindi kaakibat sa aming plano. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paggawa ng panloob at/o panlabas na reklamo, maaari kayong tumawag sa Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

> Ang legal na termino para sa isang "reklamo" ay isang **"karaingan."**
>
> Ang legal na termino para sa “paggawa ng reklamo” ay **“paghahain ng karaingan.”**

K2. Panloob na mga reklamo

Upang gumawa ng panloob na reklamo, tawagan ang Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Maaari kayong gumawa ng reklamo anumang oras maliban kung ito ay tungkol sa

isang gamot sa Medicare Part D. Kung ang reklamo ay tungkol sa isang gamot sa Medicare Part D, dapat ninyo itong gawin **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ninyong magkaroon ng problema na gusto ninyong ireklamo.

- Kung mayroon pa kayong kailangang gawin, sasabihin sa inyo ng Customer Service.
- Maaari niyo ring isulat ang inyong reklamo at ipadala ito sa amin. Kung inilagay ninyo sa sulat ang inyong reklamo, tutugon kami sa inyong reklamo sa sulat.
- Narito kung paano ito gumagana:
  - Hakbang 1: Maghain ng Karaingan
  - Upang simulan ang proseso, tumawag sa isang kinatawan ng Customer Service sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos ng kaganapan at hilingin na maghain ng karaingan. Maaari rin kayong maghain ng reklamo nang nakasulat sa loob ng 60 araw ng kalendaryo mula sa kaganapan sa pamamagitan ng pagpapadala nito sa:

    Blue Shield TotalDual Plan
    Appeals & Grievances Department
    P.O. Box 927
    Woodland Hills CA 91365-9856
    FAX: (916) 350-6510

  - Kung makikipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng fax o mail, mangyaring tawagan kami upang humiling ng Form sa Apela at Karaingan ng Blue Shield TotalDual Plan. Padadalhan namin kayo ng sulat na magsasabi sa inyo na natanggap namin ang abiso ng inyong alalahanin sa loob ng 5 araw sa kalendaryo at ibibigay sa inyo ang pangalan ng taong nagtatrabaho nito. Karaniwan namin itong nilulutas sa loob ng 30 araw sa kalendaryo.
  - Kung humiling kayo ng "pinabilis na karaingan" dahil nagpasya kaming hindi kayo bibigyan ng "mabilis na pasya" o "mabilis na apela", ipapasa namin ang inyong kahilingan sa isang medikal na direktor na walang kinalaman sa aming orihinal na pasya. Maaari naming itanong kung mayroon kayong karagdagang impormasyon na hindi available sa oras na humiling kayo ng "mabilis na paunang pasya" o "mabilis na apela." Susuriin ng medikal na direktor ng ang inyong kahilingan at magpapasya kung naaangkop ang aming orihinal na pasya. Padadalhan namin kayo ng sulat kasama ang aming pasya sa loob ng 24 na oras ng inyong paghiling ng isang "pinabilis na karaingan." Dapat naming tugunan ang inyong hinaing sa lalong madaling panahon na kinakailangan ng inyong kaso batay sa inyong katayuan sa

kalusugan, ngunit hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong reklamo.

Hakbang 2: Pagdinig ng Karaingan

- Kung hindi kayo nasisiyahan sa paglutas ng inyong karaingan na may kaugnayan sa isang isyu sa kalidad ng pangangalaga, maaari kayong gumawa ng nakasulat na kahilingan sa Blue Shield Medicare Appeals & Grievances Department para sa isang pagdinig sa karaingan. Sa loob ng 31 araw ng kalendaryo ng inyong nakasulat na kahilingan, bubuo kami ng panel para dinggin ang inyong kaso. Iimbitahan kayong dumalo sa pagdinig, na kinabibilangan ng isang walang kinalamang doktor at isang kinatawan mula sa Appeals and Grievance Resolution Department. Maaari kayong dumalo nang personal o sa pamamagitan ng teleconference. Pagkatapos ng pagdinig, padadalhan namin kayo ng sulat ng huling resolusyon.
- Kung hindi kayo nasisiyahan sa resolusyon ng inyong hinaing na hindi kasama ang kalidad ng pangangalaga, tulad ng mga oras ng paghihintay, kawalang-galang, serbisyo sa customer o kalinisan, maaari kayonng makipag-ugnayan sa Customer Service Department ng Blue Shield TotalDual Plan upang humiling ng karagdagang pagsusuri.

Ang legal na termino para sa “mabilis na reklamo” ay **“pinabilis na karaingan.”**

Kung maaari, sasagutin namin kaayo kaagad. Kung tumawag kayo sa amin para sa isang reklamo, maaaring mabigyan namin kayo ng sagot sa parehong tawag sa telepono. Kung kinakailangan naming sumagot nang mabilis dahil sa kondisyon ng inyong kalusugan, gagawin namin iyon.

- Sinasagot namin ang karamihan sa mga reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung hindi kami gagawa ng desisyon sa loob ng 30 araw sa kalendaryo dahil kailangan namin ng higit pang impormasyon, aabisuhan namin kayo sa pamamagitan ng sulat. Magbibigay din kami ng update sa katayuan at ng tinatantiyang oras bago ninyo makuha ang sagot.
- Kung gumawa kayo ng reklamo dahil tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang "mabilis na pasya sa pagsaklaw" o isang "mabilis na apela," awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng "mabilis na reklamo" at tumugon sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

- Kung gumawa kayo ng reklamo dahil naglaan kami ng dagdag na oras para gumawa ng pasya sa pagsaklaw o apela, awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng "mabilis na reklamo" at tutugon sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

Kung hindi kami sang-ayon sa ilang bahagi o sa lahat ng inyong reklamo, sasabihin namin sa inyo at ibibigay ang aming mga dahilan. Tutugon kami kung sumasang-ayon kami sa reklamo o hindi.

K3. Panlabas na mga reklamo

Medicare

Maaari ninyong sabihin sa Medicare ang tungkol sa inyong reklamo o ipadala ito sa Medicare. Available ang Form ng Reklamo ng Medicare sa: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Hindi ninyo kailangang maghain ng reklamo sa Blue Shield TotalDual Plan bago maghain ng reklamo sa Medicare.

Sineseryoso ng Medicare ang inyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito upang makatulong sa pagpapahusay sa kalidad ng programa ng Medicare.

Kung mayroon kayong anumang iba pang mga feedback o alalahanin, o kung pakiramdam ninyo ay hindi tinutugunan ng planong pangkalusugan ang inyong problema, maaari din kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaaring tumawag ang mga user ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Medi-Cal

Maaari kayong maghain ng reklamo sa California Department of Health Care Services (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-452-8609. Maaaring tumawag sa 711 ang mga TTY user. Tumawag Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m.

Maaari kang maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC). Ang DMHC ay responsable sa pagkontrol sa mga planong pangkalusugan. Maaari kayong tumawag sa DMHC Help Center para sa tulong sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Para sa mga hindi agarang bagay, maaari kayong maghain ng reklamo sa DMHC kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa inyong Antas 1 na apela o kung hindi nalutas ng plano ang inyong reklamo pagkatapos ng 30 araw sa kalendaryo. Gayunpaman, maaari kayong makipag-ugnayan sa DMHC nang hindi naghahain ng Antas 1 na apela kung kailangan ninyo ng tulong sa isang reklamong may kinalaman sa isang agarang isyu o isa na may kinalaman sa agaran at malubhang banta sa inyong kalusugan, kung kayo ay may malubhang sakit, kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming plano. pagpapasya tungkol sa inyong reklamo, o kung hindi nalutas ng aming plano ang inyong reklamo pagkatapos ng 30 araw sa kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan upang humingi ng tulong sa Help Center:

- Tumawag sa 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibiduwal na hindi nakakarinig, mahina ang pandinig, o may problema sa pagsasalita ang walang bayad na TTY na numero, 1-877-688-9891. Libre ang tawag.
- Bisitahin ang website ng Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan sa (www.dmhc.ca.gov).

Tanggapan para sa Karapatang Sibil (Office for Civil Rights o OCR)

Maaari kayong magreklamo sa OCR ng Department of Health and Human Services (HHS) kung sa tingin niny ay hindi kayo pinakitunguhan nang patas. Halimbawam, maaari kayong magreklamo tungkol sa access ng may kapansanan o tulong sa wika. Ang numero ng telepono para ng OCR ay 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697. Pwede ninyong bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa higit pang impormasyon.

Maaari din kayong makipag-ugnayan sa lokal na tanggapan ng OCR sa:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Sentro para sa Pagtugon sa Customer: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Maaari rin kayong magkaroon ng mga karapatan sa ilalim ng Americans with Disability Act (ADA) at sa ilalim ng Amendments Act of 2008 (P.L. 110-325). Maaari ninyong kontakin ang Medi-Cal Ombuds Program para sa tulong. Ang numero ng telepono ay 1-888-452-8609.

QIO

Kapag ang inyong reklamo ay tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mayroon kayong dalawang pagpipilian:

- Maaari kayong magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga nang direkta sa QIO.
- Maaari kayong magreklamo sa QIO at sa aming plano. Kung gumawa kayo ng reklamo sa QIO, nakikipagtulungan kami sa kanila upang lutasin ang inyong reklamo.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at pagbutihin ang pangangalaga na ibinibigay sa mga pasyente ng Medicare. Upang matuto nang higit pa tungkol sa QIO, sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Sa California, ang QIO ay tinatawag na Livanta. Ang numero ng telepono para sa Livanta ay (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Kabanata 10: Pagtapos sa inyong pagiging miyembro sa aming plano

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano at ang inyong mga opsyon sa saklaw sa kalusugan pagkatapos ninyong umalis sa aming plano. Kung aalis kayo sa aming plano, mananatili pa rin kayo sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't kayo ay karapat-dapat. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano 285

B. Paano tapusin ang membership sa aming plano 286

C. Paano makakuha ng serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay 287

C1. Ang inyong mga serbisyo ng Medicare 287

C2. Ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal 292

D. Ang inyong mga medikal na item, serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang inyong membership sa aming plano 292

E. Iba pang mga sitwasyon sa pagtapos ng inyong pagiging miyembro sa aming plano 292

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilan sa kalusugan 294

G. Ang inyong karapatang magreklamo kung tinapos namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano 295

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtapos ng pagiging miyembro ninyo sa plano 295

A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Maaaring tapusin ng karamihan ng mga taong may Medicare ang kanilang pagiging miyembro sa mga partikular na panahon ng taon. Dahil mayroon kayong Medi-Cal, mayroon kayong pagpipilian upang tapusin ang innyong pagiging miyembro sa aming plano anumang buwan ng taon.

Bilang karagdagan, maaari ninyong tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano sa mga sumusunod na panahon:

- Ang **Taunang Panahon ng Pagpapatala**, na tumatagal mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pumili kayo ng bagong plano sa panahong ito, ang inyong pagiging miyembro sa aming plano ay magtatapos sa Disyembre 31 at ang inyong pagiging miyembro sa bagong plano ay magsisimula sa Enero 1.
- Ang **Panahon ng Bukas na Enrollment ng Medicare Advantage (MA)**, na tumatagal mula Enero 1 hanggang Marso 31 at para din sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na naka-enroll sa isang plano, mula sa buwan ng pagbibigay ng pribilehiyo sa Part A at Part B hanggang sa huling araw ng ika-3 buwan ng pagkakaroon ng pribilehiyo. Kung pumili kayo ng bagong plano sa panahong ito, ang inyong pagiging miyembro sa bagong plano ay magsisimula sa unang araw ng kasunod na buwan.

Maaaring may ibang mga sitwasyon kung saan kayo ay karapat-dapat na gumawa ng pagbabago sa inyong pagpapa-enroll. Halimbawa, kapag:

- umalis kayo sa aming lugar ng serbisyo,
- ang inyong pagiging karapat-dapat para sa Medi-Cal o Karagdagang Tulong ay nagbago, **o**
- kapag kayo ay lumipat kamakailan lang sa, kasalukuyang tumatanggap ng pangangalaga sa, o kaaalis pa lang sa nursing facility o sa isang pangmatagalang ospital ng pangangalaga.

Matatapos ang pagiging miyembro ninyo sa huling araw ng buwan kung kailan nakuha namin ang inyong kahilingang palitan ang inyong plano. Halimbawa, kung makuha namin ang inyong kahilingan sa Enero 18, ang inyong saklaw sa aming plano ay magtatapos sa Enero 31. Magsisimula ang inyong bagong saklaw sa unang araw ng susunod na buwan (Pebrero 1, sa halimbawang ito).

Kung aalis kayo sa aming plano, makakakuha kayo ng impormasyon tungkol sa inyong:

- Mga opsyon sa Medicare sa record sa **Seksyon C1.**
- Mga opsyon at serbisyo sa Medi-Cal sa **Seksyon C2.**

Makakakuha kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano ninyo maaaring tapusin ang nyong pagiging miyembro sa pagtawag sa: Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina na ito. Ang numero para sa mga gumagamit ng TTY ay nakalista din.

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP. Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077.
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman sa 1-888-452-8609, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. o mag-email saMMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

TANDAAN: Kung kayo ay nasa isang programa sa pamamahala ng gamot (drug management program o DMP), maaaring hindi ninyo mabago ang mga plano. Sumangguni sa Kabanata 5 ng *Handbook ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa mga programa sa pagmo-monitor ng gamot.

B. Paano tapusin ang membership sa aming plano

Kung magpapasya kayong tapusin ang inyong pagiging miyembro maaari kayong magpatala sa isa pang Medicare na plano o lumipat sa Original Medicare. Gayunpaman, kung gusto ninyong lumipat mula sa aming plano patungo sa Original Medicare ngunit hindi kayo pumili ng isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, dapat ninyong hilingin na maalis sa pagkakatala mula sa aming plano. Mayroong dalawang paraan na maaari ninyong hilingin na umalis sa pagkakatala:

- Maaari kayong humiling sa amin sa pamamagitan ng sulat. Makipag-ugnayan sa Customer Service sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung kailangan ninyo ng karagdagang impormasyon kung paano ito gagawin.

- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga user ng TTY (mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita) ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kapag tumawag kayo sa 1-800-MEDICARE, maaari rin kayong magpatala sa isa pang planong pangkalusugan o gamot ng Medicare. Nasa chart sa pahina 242 ang karagdagang impormasyon sa pagkuha ng mga serbisyo ng Medicare kapag umalis kayo sa aming plano.
- Tumawag sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077.
- Kasama sa Seksyon C sa ibaba ang mga hakbang na maaari ninyong gawin upang magpatala sa ibang plan, na magtatapos din sa pagiging miyembro ninyo sa aming plan.

C. Paano makakuha ng serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay

Mayroon kayong mga pagpipilian tungkol sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal kung pipiliin ninyong umalis sa aming plano.

C1. Ang inyong mga serbisyo ng Medicare

Mayroon kayong tatlong opsyon na nakalista sa ibaba para sa pagkuha ng inyong mga serbisyong Medicare anumang buwan ng taon. Mayroon kayong karagdagang opsyon na nakalista sa ibaba sa mga partikular na panahon ng taon kabilang ang **Taunang Panahon ng Enrollment** at ang **Panahon ng Bukas na Enrollment ng Medicare Advantage** o iba pang mga situwasyon na inilarawan sa **Seksyon A**. Sa pagpili ng isa sa mga opsyong ito, awtomatiko ninyong tinatapos ang inyong membership sa aming plano.

1. Maaari kayong lumipat sa: **Ang Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) ay isang uri ng Medicare Advantage plan. Ito ay para sa mga taong parehong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa iisang plano. Pinag-iisa ng mga Medi-Medi Plan ang lahat ng mga benepisyo at serbisyo sa dalawang programa, kabilang ang lahat ng mga saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.** **Tandaan**: Ang terminong Medi-Medi Plan ay pangalan ng pinagsamang dual eligible special needs plan (D-SNP) sa California.	**Naririto ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Para sa mga katanungan tungkol sa Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Mag-enroll sa isang bagong Medi-Medi Plan. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkakatala sa aming plano ng Medicare kapag nagsisimula na ang inyong saklaw sa bagong plano. Magbabago ang inyong Medi-Cal na plano upang tumugma sa inyong Medi-Medi Plan.

2. Maaari kayong lumipat sa: **Original Medicare na may hiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare**	**Naririto ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Mag-enroll sa isang bagong plano ng inireresetang gamot ng Medicare. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkakatala sa aming plano kapag nagsisimula na ang inyong saklaw ng Original Medicare.

3. Maaari kayong lumipat sa: **Original Medicare na walang hiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare** **TANDAAN:** Kung lumipat kayo sa Original Medicare at hindi nagpatala sa isang hiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare, maaaring ipatala kayo ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung sasabihin ninyo sa Medicare na ayaw ninyong sumali. Dapat lamang ninyong tanggihan ang saklaw ng inireresetang gamot kung mayroon kayong saklaw ng gamot mula sa iba pang pinagmumulan, tulad ng tagapag-empleyo o unyon. Kung mayroon kayong mga tanong kung kailangan ninyo ng saklaw ng gamot, tawagan ang California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkakatala sa aming plano kapag nagsisimula na ang inyong saklaw ng Original Medicare.

4. Maaari kayong lumipat sa: **Anumang planong pangkalusugan ng Medicare** sa mga partikular na panahon ng taon kabilang ang **Taunang Panahon ng Enrollment** at ang **Panahon ng Bukas na Enrollment ng Medicare Advantage** o iba pang mga sitwasyong inilarawan sa Seksyon A.	**Naririto ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Para sa mga katanungan tungkol sa Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Mag-enroll sa isang bagong Medicare na plano. Awtomatiko kayong aalisin sa pagkakatala sa aming plano ng Medicare kapag nagsisimula na ang inyong saklaw sa bagong plano. Ang inyong Medi-Cal na plano ay maaaring magbago.

C2. Ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano makukuha ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal pagkatapos ninyong umalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077. Itanong kung paano nakakaapekto ang pagsali sa ibang plano o ang pagbalik sa Original Medicare sa kung paano ninyo makukuha ang inyong saklaw ng Medi-Cal.

D. Ang inyong mga medikal na item, serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang inyong membership sa aming plano

Kung umalis kayo sa aming plano, maaaring magtagal bago matapos ang inyong pagiging miyembro at magsimula ang inyong bagong saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Sa panahong ito, patuloy ninyong kukunin ang inyong mga inireresetang gamot at pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magsimula ang inyong bagong plano.

- Gamitin ang aming mga tagapagkaloob na nasa network upang makatanggap ng medikal na pangangalaga.
- Gamitin ang mga parmasyang nasa network namin kabilang ang serbisyo ng parmasyang naghahtid sa bahay upang kunin ang inyong mga inireresetang gamot.
- Kung naospital kayo sa araw na magtatapos ang pagiging miyembro ninyo sa Blue Shield TotalDual Plan, sasaklawin ng aming plano ang inyong pananatili sa ospital hanggang sa makalabas ka. Mangyayari ito kahit na magsimula ang inyong bagong saklaw sa kalusugan bago kayo palabasin.

E. Iba pang mga sitwasyon sa pagtapos ng inyong pagiging miyembro sa aming plano

Ito ang mga kaso na kailangan naming tapusin ang inyong membership sa aming plano:

- Kung mayroong pagtigil sa inyong saklaw sa Medicare Part A at Medicare Part B.
- Kung hindi na kayo kwalipikado para sa Medi-Cal. Ang aming plano ay para sa mga taong kwalipikado para sa parehong Medicare at Medi-Cal. Tandaan: kung hindi na kayo kuwalipikado para sa Medi-Cal maaari kayong pansamantalang

magpatuloy sa aming plano na may mga benepisyo ng Medicare, mangyaring tingnan ang impormasyon sa ibaba tungkol sa panahon ng pagtukoy.

- Ang mga benepisyaryo ng Medicare na nagpatala sa Blue Shield TotalDual Plan ay dapat maging kwalipikado para sa parehong Medicare Part A at Part B at Medi-Cal (Medicaid). Kung hindi na kayo karapat-dapat para sa Medi-Cal (Medicaid), aabisuhan namin kayo tungkol sa pagkawala ng katayuan ng Medi-Cal (Medicaid) at patuloy naming sasaklawin ang inyong mga benepisyo sa Medicare hanggang sa magawa niyong muling maging kwalipikado para sa Medi-Cal (Medicaid) sa loob ng susunod na 6 na buwan pagkatapos ng abiso ng pagkawala ng katayuan ng mga espesyal na pangangailangan. Maaari kayong makakita ng pagtaas ng mga gastusing mula sa sariling bulsa (coinsurance, copay, premium, o deductible) sa loob ng 6 na buwan na kayo ay nasa plan pa rin ngunit walang saklaw ng Medi-Cal.
- Pinapalawak namin ang pagkakataong lumipat sa isa sa aming mga non-HMO D-SNP na plano. Ang non-HMO D-SNP plano ay inaalok sa mga benepisyaryo na may karapatan sa Medicare Part A at Medicare Part B, ngunit walang mga benepisyo ng Medi-Cal (Medicaid). Pinapayagan ng Medicare ang Espesyal na Panahon ng Pagpapatala (Special Enrollment Period o SEP) para sa mga benepisyaryo ng Medicare na hindi na karapat-dapat para sa Medi-Cal (Medicaid).
- Kung hindi kayo muling naging kwalipikado para sa Medi-Cal (Medicaid) o tinanggap ang pagkakataong lumipat sa isang non-HMO D-SNP na plano sa loob ng 6 na buwan pagkatapos ng abiso ng pagkawala ng status ng mga espesyal na pangangailangan, hindi kayo kusang aalisin sa pagkakatala sa Blue Shield TotalDual Plan.

- Kung umalis kayo sa aming lugar ng serbisyo.
- Kung wala kayo sa aming lugar ng serbisyo sa loob ng higit sa anim na buwan.
  - Kung lumipat kayo o bumiyahe nang matagal, tumawag sa Customer Service upang malaman kung nasa lugar ng serbisyo ng aming plano ang lugar kung saan kayo lilipat o bibiyahe.
- Kung nakulong kayo para sa isang kriminal na pagkakasala.
- Kung nagsinungaling kayo o hindi ibinigay ang impormasyon tungkol sa ibang insurance na mayroon kayo para sa mga gamot na kailangan ng reseta.

- Kung hindi kayo isang mamamayan ng Estados Unidos o hindi labag sa batas ang pananatili sa Estados Unidos.
    - Dapat isa kayong mamamayan ng Estados Unidos o legal na nakatira sa Estados Unidos upang maging miyembro ng aming plano.
    - Inaabisuhan kami ng Mga Sentro para sa Serbisyo ng (Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS) kung hindi kayo kwalipikado na manatiling miyembro sa batayang ito.
    - Dapat namin kayong alisin sa pagkakatala kung hindi ninyo matugunan ang kinakailangang ito.

Maaari lang namin kayong paalisin sa aming plano sa mga sumusunod na dahilan kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare at Medi-Cal:

- Kung sinasadya ninyong bigyan kami ng maling impormasyon habang nagpapatala kayo sa aming plano at naapektuhan ng impormasyong iyon ang pagiging karapat-dapat ninyo para sa aming plano.
- Kung patuloy kayong kumikilos sa paraang nakakaabala at ginagawang mahirap para sa amin na magbigay ng pangangalagang medikal para sa inyo at sa iba pang mga miyembro ng aming plano.
- Kung hahayaan ninyong gamitin ng ibang tao ang inyong ID Card ng Miyembro upang makakuha ng pangangalagang medikal. (Maaaring hilingin ng Medicare sa Inspector General na imbestigahan ang inyong kaso kung tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro para sa kadahilanang ito.)

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilan sa kalusugan

Hindi namin maaaring hilingin sa inyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilan na may kaugnayan sa inyong kalusugan. Kung sa tingin niny ay hinihiling namin sa inyo na umalis sa aming plano para sa kadahilanang nauugnay sa kalusugan, **tawagan ang Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari kayong tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

G. Ang inyong karapatang magreklamo kung tinapos namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung tinapos namin ang pagiging miyembro ninyo sa aming plano, dapat naming sabihin sa inyo ang aming mga dahilan sa sulat para sa pagtapos sa inyong pagiging miyembro. Dapat din naming ipaliwanag kung paano kayo makakapaghain ng karaingan o gumawa ng reklamo tungkol sa aming pasya na tapusin ang pagiging miyembro ninyo. Maaari din kayong sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa kung paano gumawa ng reklamo.

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtapos ng pagiging miyembro ninyo sa plano

Kung mayroon kayong mga tanong o gusto ng higit pang impormasyon sa pagtapos ng inyong membership, maaari kayong tumawag sa Customer Service sa numero sa ibaba ng pahinang ito.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga legal na abiso na naaangkop sa inyong pagiging miyembro sa aming plano. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Abiso tungkol sa mga batas 297

B. Abiso tungkol sa hindi pagtatangi 297

C. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang tagabayad at Medi-Cal bilang pinakahuling tagabayad 298

D. Abiso tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal sa ari-arian 299

E. Pangangasiwa ng Handbook *ng Miyembro* 299

F. Kooperasyon ng miyembro 299

G. Assignment 299

H. Pananagutan ng pinagtatrabahuhan 299

I. Pananagutan ng ahensya ng gobyerno 300

J. Departamento ng Veterans Affairs ng U.S. 300

K. Kompensasyon ng manggagawa o mga benepisyo ng pananagutan ng employer 300

L. Pagbawi ng sobrang ibinayad 300

M. Kapag ang isang ikatlong partido ang nagdulot ng inyong mga pinsala 300

N. Abiso tungkol sa Pakikilahok sa Pakikipagpalitan ng Impormasyong Pangkalusugan 302

O. Pag-uulat ng Pandaraya, Pag-aaksaya at Pang-aabuso 303

A. Abiso tungkol sa mga batas

Maraming batas ang nalalapat sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Maaaring makaapekto ang mga batas na ito sa inyong mga karapatan at responsibilidad kahit na ang mga batas ay hindi kasama o ipinaliwanag sa *Handbook ng Miyembro*. Ang mga pangunahing batas na nalalapat ay mga batas pederal at estado tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Maaari ding malapat ang iba pang mga batas pederal at batas ng estado.

B. Abiso tungkol sa hindi pagtatangi

Hindi namin kayo ididiskrimina o tinatrato nang iba dahil sa inyong lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, sex, kasarian, edad, sekswal na oryentasyon, kapansanan sa pag-iisip o pisikal, katayuan sa kalusugan, karanasan sa pag-claim, medikal na kasaysayan, genetic na impormasyon, ebidensya ng insurability, o heyograpikong lokasyon sa loob ng lugar ng serbisyo. Bilang karagdagan, hindi kami nandidiskrimina nang labag sa batas, at nagsasantabi ng mga tao, o kaya naman ay nag-iiba ng pakikitungo sa kanila dahil sa ninuno, kinikilalang pangkat etniko, kinikilalang kasarian, katayuan sa pag-aasawa, o medikal na kondisyon.

Kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon o kung mayroon kayong mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na patitikungo:

- Tumawag sa Departamento ng Kalusugan at Serbisyong Pantao, Tanggapan para sa Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Maaaring tumawag ang mga user ng TTY sa 1-800-537-7697. Puwede rin ninyong bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa higit pang impormasyon.
- Tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan, Department of Health Care Services, Tanggapan para sa Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Maaaring tumawag ang mga user ng TTY sa 711 (Telecommunications Relay Service). Kung naniniwala kayong nakaranas kayo ng pagtatangi at nais ninyong maghain ng karaingan sa diskriminasyon, kontakin ang:
  - Mag-email sa: CivilRights@dhcs.ca.gov
  - Punan ang form sa pagrereklamo o magpadala ng liham sa:

    Deputy Director, Office of Civil Rights

    Department of Health Care Services
    Office of Civil Rights
    P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413
Available ang mga form para sa reklamo sa:
dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Kung ang inyong hinaing ay tungkol sa diskriminasyon sa programang Medi-Cal, maaari rin kayong maghain ng reklamo sa Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, sa pamamagitan ng tawag, pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- Gamit ang telepono: Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi kayo nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, pakitawagan ang 711 (Telecommunications Relay Service).
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form sa pagrereklamo o magpadala ng liham sa:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Available ang mga form para sa reklamo sa
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Sa electronic na paraan: Mag-email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

Kung mayroon kayong kapansanan at kailangan ninyo ng tulong sa pag-access sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o isang provider, tawagan ang Customer Service. Kung mayroon kayong reklamo, gaya ng problema sa access sa wheelchair, makakatulong ang Customer Service.

C. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang tagabayad at Medi-Cal bilang pinakahuling tagabayad

Minsan kinakailangan bayaran muna ng ibang tao ang mga serbisyong ibinibigay namin sa inyo. Halimbawa, kung naaksident kayo sa sasakyan o kung kayo ay nasugatan sa trabaho, kinakailangang magbayad muna ang insurance o Workers Compensation.

May karapatan at responsibilidad kaming mangolekta para sa mga sinasaklaw na serbisyo ng Medicare kung saan hindi ang Medicare ang unang tagabayad.

Sumusunod kami sa mga batas at regulasyon ng pederal at estado na may kaugnayan sa legal na pananagutan ng mga ikatlong partido para sa mga serbisyo sa pangangalagang

pangkalusugan sa mga miyembro. Ginagawa namin ang lahat ng makatwirang hakbang upang matiyak na ang Medi-Cal ang pinakahuling tagabayad.

D. Abiso tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal sa ari-arian

Ang programa ng Medi-Cal ay dapat humingi ng bayad mula sa mga probated estate ng ilang mga namatay na miyembro para sa mga benepisyo ng Medi-Cal na natanggap sa o pagkatapos ng kanilang ika-55 na kaarawan. Kasama sa pagbabayad ang Fee-For-Service at mga bayad sa pinamamahalaang pangangalaga/capitation para sa mga serbisyo ng pasilidad ng pag-aalaga, mga serbisyo sa bahay at komunidad, at mga nauugnay na serbisyo sa ospital at inireresetang gamot na natanggap noong pasyente ang miyembro sa isang pasilidad ng pag-aalaga o tumatanggap ng mga serbisyo sa tahanan at komunidad. Ang pagbabayad ay hindi maaaring lumampas sa halaga ng probated estate ng isang miyembro.

Upang malaman ang higit pa, pumunta sa website ng pagbawi ng ari-arian ng Department of Health Care Services sawww.dhcs.ca.gov/er o tumawag sa 916-650-0590.

E. Pangangasiwa ng Handbook *ng Miyembro*

Maaari kaming magpatibay ng mga makatuwirang patakaran, pamamaraan, at interpretasyon para isulong ang maayos at mahusay na pangangasiwa ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

F. Kooperasyon ng miyembro

Dapat ninyong kumpletuhin ang anumang mga aplikasyon, form, mga pahayag, release, awtorisasyon, lien form at iba pang dokumento na hinihiling namin sa mga normal na proseso o tulad ng tinukoy sa *Handbook ng Miyembro* na ito.

G. Assignment

Hindi ninyo maaaring italaga ang *Handbook ng Miyembro* na ito o ang alinman sa mga karapatan, interes, claim para sa bayarin, mga benepisyo, o obligasyon na nakasaad dito nang walang nakasulat na paunang pahintulot mula sa amin.

H. Pananagutan ng pinagtatrabahuhan

Para sa anumang mga serbisyo na hinihiling ng batas na ibigay ng isang employer, hindi namin babayaran ang employer, at kapag sinasaklaw namin ang anumang ganoong mga serbisyo maaari naming bawiin ang halaga ng mga serbisyo mula sa employer.

I. Pananagutan ng ahensya ng gobyerno

Para sa anumang mga serbisyo na hinihiling ng batas na ibigay lamang ng o matanggap lamang mula sa isang ahensya ng gobyerno, hindi namin babayaran ang ahensya ng gobyerno, at kapag sinasaklaw namin ang anumang naturang mga serbisyo maaari naming bawiin ang halaga ng mga serbisyo mula sa ahensya ng gobyerno.

J. Departamento ng Veterans Affairs ng U.S.

Para sa anumang mga serbisyo para sa mga kundisyon na hinihiling ng batas na ibigay ng Departmento ng Veterans Affairs, hindi namin babayaran ang Departmento ng Veterans Affairs, at kapag sinasaklaw namin ang anumang naturang mga serbisyo maaari naming bawiin ang halaga ng mga serbisyo mula sa Departmento ng Veterans Affairs.

K. Kompensasyon ng manggagawa o mga benepisyo ng pananagutan ng employer

Maaari kayong maging karapat-dapat para sa mga pagbabayad o iba pang benepisyo sa ilalim ng kompensasyon ng mga manggagawa o batas sa pananagutan ng employer. Magbibigay kami ng mga saklaw na gamot sa Part D kahit na hindi malinaw kung karapat-dapat kayo sa mga benepisyo, ngunit maaari naming bawiin ang halaga ng anumang Mga Saklaw na Serbisyo mula sa mga sumusunod na mapagkukunan:

1. Mula sa anumang mapagkukunan na nagbibigay ng mga benepisyo o kung kanino dapat bayaran ang isang benepisyo.

2. Mula sa inyo, sa lawak na ang isang benepisyo ay ibinibigay o babayaran o hinihiling na ibigay o babayaran kung masigasig ninyong hinangad na itatag ang inyong mga karapatan sa mga benepisyo sa ilalim ng anumang kabayaran ng manggagawa o batas sa pananagutan ng employer.

L. Pagbawi ng sobrang ibinayad

Maaari naming bawiin ang anumang sobrang ibinayad na ginawa namin para sa mga serbisyo mula sa sinumang tumatanggap ng gayong sobrang bayad o mula sa sinumang tao o organisasyong obligadong magbayad para sa mga serbisyo.

M. Kapag ang isang ikatlong partido ang nagdulot ng inyong mga pinsala

Kung nasugatan ka o nagkasakit dahil sa ginawa o pagkukulang ng ibang tao (“ikatlong partido”), ang Blue Shield, ayon sa Mga Serbisyong kailangan bilang resulta ng pinsala, ay magbibigay ng Mga Benepisyo ng Plano at magkakaroon ng pantay na karapatan sa pagsasauli, pag-reimburse o iba pang available na solusyon para mabawi ang mga halagang binayaran ng Blue Shield para sa Mga Serbisyong ibinigay sa inyo mula sa anumang pagbawi (tinukoy sa ibaba) na nakuha ninyo o sa ngalan ninyo, mula sa o sa ngalan ng ikatlong partido na responsable para sa pinsala o karamdaman o mula sa di-insure/kulang na insurance na saklaw para sa motorista.

Ang karapatang ito sa pagsasauli, reimbursement o iba pang available na solusyon ay laban sa anumang pagpapagaling na natanggap ninyo bilang resulta ng pinsala o karamdaman, kabilang ang anumang halagang iginawad sa o natanggap sa pamamagitan ng paghatol ng hukuman, iginawad sa arbitrasyon, kasunduan o anumang iba pang kaayusan, mula sa alinmang ikatlong partido o ikatlong partidong insurer, o mula sa walang insurance o hindi na insured na saklaw ng motorista, na may kaugnayan sa sakit o pinsala (ang "Pagpapagaling"), nang hindi isinasaalang-alang kung kayo ay "lubos na napagaling" ng Pagpapagaling. Ang karapatan sa pagsasauli, reimbursement o iba pang available na solusyon ay may kinalaman sa bahaging iyon ng kabuuang Pagbawi na dapat bayaran para sa Mga Benepisyo na binayaran kaugnay ng naturang pinsala o karamdaman, na kinakalkula alinsunod sa California Civil Code Section 3040.

Kinakailangan ninyong:

1. Ipaalam sa Blue Shield nang nakasulat ang anumang aktwal o potensyal na paghahabol o legal na aksyon na inaasahan ninyong iharap o dinala laban sa ikatlong partido na nagmumula sa mga di-umano'y gawa o pagtanggal na nagdulot ng pinsala o pagkakasakit, nang hindi lalampas sa 30 araw pagkatapos magsumite o magsampa ng reklamo o legal na aksyon laban sa ikatlong partido; at,

2. Sumang-ayon na ganap na makipagtulungan at magsagawa ng anumang mga form o dokumento na kailangan upang ipatupad ang karapatang ito sa pagsasauli, reimbursement o iba pang available na solusyon; at,

3. Sumang-ayon sa sulat na i-reimburse ang Blue Shield para sa Mga Benepisyo na ibinayad ng Blue Shield mula sa anumang Pagbawi kapag nakuha ang Pagbawi mula sa o sa ngalan ng ikatlong partido o ng insurer ng ikatlong partido, o mula sa hindi insured o hindi na insured na saklaw ng motorista; at,

4. Magbigay ng lien na kinakalkula alinsunod sa California Civil Code section 3040. Ang lien ay maaaring isampa sa ikatlong partido, ahente o abogado ng ikatlong partido, o sa hukuman, maliban kung ipinagbabawal ng batas; at,

5. Pana-panahong tumugon sa mga kahilingan ng impormasyon tungkol sa paghahabol laban sa ikatlong partido, at abisuhan ang Blue Shield, sa pamamagitan ng sulat, sa loob ng sampung (10) araw pagkatapos makuha ang anumang Pagbawi.

Ang pagkabigong sumunod sa 1. Hanggang 5., sa itaas ay hindi dapat kumilos sa anumang paraan bilang isang pagwawaksi, pagpapalabas, o pag-alis ng mga karapatan ng Blue Shield.

N. Abiso tungkol sa Pakikilahok sa Pakikipagpalitan ng Impormasyong Pangkalusugan

Lumalahok ang Blue Shield sa Manifest MedEx Health Information Exchange (“HIE”) na ginagawang available ang impormasyon ng kalusugan ng mga miyembro nito sa Manifest MedEx para ma-access ng kanilang mga awtorisadong tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan. Ang Manifest MedEx ay isang hiwalay, na non-profit na organisasyon na nagpapanatili ng isang statewide database ng mga elektronikong rekord ng pasyente na kinabibilangan ng impormasyong pangkalusugan na iniambag ng mga doktor, pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan, mga plano sa serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, at mga kompanya ng insurance sa kalusugan. Ang mga awtorisadong tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan (kabilang ang mga doktor, nurse, at ospital) ay maaaring ligtas na ma-access ang impormasyon ng kalusugan ng kanilang mga pasyente sa pamamagitan ng Manifest MedEx HIE upang suportahan ang pagkakaloob ng ligtas, mataas na kalidad na pangangalaga.

Iginagalang ng Manifest MedEx ang karapatan ng mga Miyembro sa pagkapribado at sumusunod sa mga naaangkop na batas sa pagkapribado ng estado at pederal. Gumagamit ang Manifest MedEx ng mga advanced na sistema ng seguridad at modernong mga diskarte sa pag-encrypt ng data upang protektahan ang privacy ng mga Miyembro at ang seguridad ng kanilang personal na impormasyon.

Ang bawat Miyembro ng Blue Shield ay may karapatang utusan ang Manifest MedEx na huwag ibahagi ang kanilang impormasyon sa kalusugan sa kanilang mga tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan. Bagama't ang pag-opt out sa Manifest MedEx ay maaaring maglimita sa kakayahan ng inyong tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan na mabilis na ma-access ang mahalagang impormasyon sa pangangalagang pangkalusugan tungkol sa inyo, ang insurance sa kalusugan ng isang miyembro o saklaw ng benepisyo ng planong pangkalusugan ay hindi maaapektuhan ng pagpili na mag-opt-out sa Manifest MedEx. Walang doktor o ospital na kalahok sa Manifest MedEx ang tatanggi ng pangangalagang medikal sa isang pasyente na pipiliing hindi lumahok sa Manifest MedEx HIE.

Ang mga miyembrong hindi gustong ipakita ang kanilang impormasyon sa pangangalagang pangkalusugan sa Manifest MedEx ay dapat punan ang online na form sa https://www.manifestmedex.org/opt-out o tumawag sa Manifest MedEx sa (888) 510-7142, 7:00

a.m. hanggang 7:00 p.m. PST, Lunes hanggang Biyernes. TTY: 711 para sa may kapansanan sa pandinig.

O. Pag-uulat ng Pandaraya, Pag-aaksaya at Pang-aabuso

Ano ang pandaraya, pag-aaksaya, at pang-aabuso (fraud, waste, and abuse o FWA)?

- Ang **pandaraya** ay sinadyang maling representasyon na maaaring magresulta sa mga di-awtorisadong gastos ng programa sa pangangalagang pangkalusugan.

- Ang **pag-aaksaya** ay hindi angkop na paggamit ng mga pondo o mapagkukunan ng pangangalagang pangkalusugan nang walang makatuwirang pangangailangan na gawin ito.

- Ang **pang-aabuso** ay nakagawaing gawain na hindi naaayon sa maayos na gawaing pang-medikal o pang-negosyo na maaaring direkta o di-direktang magresulta sa mga di-awtorisadong gastos ng programa sa pangangalagang pangkalusugan.

Protektahan ang inyong sarili at ang inyong mga benepisyo

- Huwag kailanman ibigay ang inyong numero ng Social Security, Medicare o planong pangkalusugan o impormasyon sa bangko sa tao na hindi ninyo kilala.

- Huwag pumayag sa anumang mga pagsusuri sa laboratoryo na hindi iniutos ng inyong doktor.

- Ilegal ang pagtanggap ng anumang bagay na may halaga kapalit ng mga medikal na serbisyo.

Alamin ang pandaraya sa genetic na pagsusuri

Ang mga scammer ay lumalapit sa mga hindi pinaghihinalaang nakatala sa mga lokal na health fair, pasilidad ng senior housing, sentro ng komunidad, mga ahensya ng kalusugan sa tahanan, at iba pang mapagkakatiwalaang lokasyon upang magsagawa ng pandaraya sa genetic na pagsusuri. Madaya nilang ipinapangako na babayaran ng Medicare ang pagsusuri, at kailangan niyo lang magbigay ng cheek swab, ID, at impormasyon ng Medicare upang matanggap ang inyong mga resulta ng pagsusuri.

Sa kasamaang palad, ngayon ang mga scammer na ito ay alam ang inyong planong pangkalusugan o numero sa Medicare, at maaari nilang singilin ang Medicare ng libu-libong dolyar para sa mga pagsusuri o kahit na mga serbisyo na hindi ninyo natatanggap. Mayroon din silang personal na genetic na impormasyon.

Upang mag-ulat ng pinaghihinalaang pandaraya, pag-aaksaya, at pang-aabuso, mangyaring makipag-ugnayan sa:

- **Hotline ng Medicare ng Blue Shield of California laban sa pandaraya: (855) 331-4894 (TTY: 711)** o sa pamamagitan ng email: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.

- **Medicare sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877- 486-2048).

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga pangunahing terminong ginamit sa inyong *Handbook ng Miyembro* kasama ang mga kahulugan ng mga ito. Ang mga termino ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunud-sunod. Kung hindi ninyo mahanap ang terminong hinahanap ninyo o kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon kaysa sa kabilang sa kahulugan, makipag-ugnayan sa Customer Service.

Agarang kailangang pangangalaga: Pangangalagang makukuha ninyo para sa hindi inaasahang karamdaman, pinsala o kondisyon na hindi emergency ngunit nangangailangan agad ng pangangalaga. Maaari kayong kumuha ng agarang kailangang pangangalaga sa mga provider na wala sa network kung hindi kayo makakapunta sa kanila dahil sa inyong panahon, lugar, o situwasyon, hindi ito posible, o hindi makatuwiran na makakuha ng mga serbisyo mula sa mga provider na nasa network (halimbawa kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng plano at nangangailangan kayo ng agarang medikal na kailangang mga serbisyo para sa isang di-inaasahang kondisyon ngunit hindi medikal na emergency).

Ambulatory na surgical center: Pasilidad na nagbibigay ng outpatient na operasyon sa mga pasyenteng hindi nangangailangan ng pangangalaga sa ospital at hindi inaasahang nangangailangan ng higit sa 24 oras na pangangalaga.

Apela: Isang paraan para tutulan ninyo ang aming aksiyon kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami. Maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang isang pasya sa saklaw sa pamamagitan ng paghahain ng apela. Ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* ay nagpapaliwanag ng mga apela, kabilang na kung paano gumawa ng apela.

Bahagi sa Gastusin: Ang bahagi ng gastos sa pangangalagang pangkalusugan na posibleng kailangan ninyong bayaran bawat buwan bago magkaroon ng bisa ang inyong mga benepisyo. Nag-iiba ang halaga ng inyong bahagi sa gastusin depende sa inyong kita at mga mapagkukunan.

Bahaging gastos**:** Halagang kailangan ninyong bayaran kapag kumuha kayo ng ilang partikular na serbisyo o mga inireresetang gamot. Kabilang sa mga bahaging gastos ang mga copay.

Biosimilar: Biyolohikal na gamot na katulad, ngunit hindi parehong-pareho, sa orihinal na biyolohikal na produkto. Ang biosimilar ay ligtas at mabisa tulad ng orihinal na produkto. Ang ilang mga biosimilar ay maaaring maging kapalit ng orihinal na biyolohikal na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta. (Tingnan ang “Interchangeable Biosimilar”).

Biyolohikal na Produkto: Inireresetang gamot na gawa mula sa natural at may-buhay na bagay tulad ng selula ng hayop, selula ng halaman, bakterya, o lebadura. Ang mga biyolohikal na produkto ay mas kumplikado kaysa sa iba pang mga gamot at hindi maaaring makopya nang eksakto, kaya ang mga alternatibong form ay tinatawag na mga biosimilar. (Tingnan din ang “Orihinal na Biyolohikal na Produkto” at “Biosimilar”).

Branded na gamot: Inireresetang gamot na ginawa at ibinebenta ng kompanyang orihinal na gumawa ng gamot. Mayroong mga parehong sangkap na tulad ng sa mga generic na bersyon ng mga gamot ang mga gamot na may brand. Ang mga generic na gamot ay karaniwang ginagawa at ibinebenta ng ibang mga kompanya ng gamot.

Coordinator ng pangangalaga: Pangunahing indibiduwal na nakikipagtulungan sa inyo, sa planong pangkalusugan, at sa inyong provider ng pangangalaga upang matiyak na matatanggap ang pangangalagang kailangan ninyo.

Copay: Hindi nagbabagong halaga na babayaran ninyo bilang bahagi ng gastos sa tuwing kukuha kayo ng ilang partikular na serbisyo o inireresetang gamot. Halimbawa, maaari kayong magbayad ng $2 o $5 para sa isang serbisyo o inireresetang gamot.

Customer Service: Isang departamento sa aming plano na responsable sa pagsagot sa inyong mga tanong tungkol sa membership, benepisyo, karaingan, at apela. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa Customer Service.

Dahil binabayaran namin ang buong gastos para sa inyong mga serbisyo, **hindi** ninyo utang ang anumang cost-sharing. Hindi kayo dapat singilin ng mga provider ng anumang bagay para sa mga serbisyong ito.

Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS): Ang departamento ng estado sa California na nangangasiwa sa Programang Medicaid (kilala bilang Medi-Cal).

Disenrollment: Ang proseso ng pagtapos sa pagiging miyembro ninyo sa aming plano. Maaaring boluntaryo (sarili ninyong pasya) o hindi boluntaryo (hindi ninyo pasya) ang pag-alis sa pagkakatala.

Dual eligible special needs plan (D-SNP): Planong pangkalusugan na nagseserbisyo sa mga indibiduwal na kwalipikado sa parehong Medicare at Medicaid. Ang aming plano ay isang D-SNP.

Emergency: Isang medikal na emerhensiya kapag kayo, o sinumang tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at gamot, ay naniniwala na mayroon kayong mga sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensiyon upang maiwasan ang kamatayan, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng o malubhang pinsala sa paggana ng katawan (at kung buntis kayo, pagkawala ng hindi pa isinisilang na sanggol). Ang mga sintomas ay maaaring isang karamdaman, pinsala, matinding pananakit, o isang medikal na kondisyon na mabilis na lumalala.

Enrollee sa Medicare-Medi-Cal: Isang taong kwalipikado sa saklaw ng Medicare at Medicaid. Ang naka-enroll sa Medicare-Medicaid ay tinatawag ding "dobleng kwalipikado na indibiduwal".

Espesyal na parmasya: Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* upang malaman ang higit pa tungkol sa mga espesyal na parmasya.

Espesyalista: Isang doktor na nagkakaloob ng pangangalagang pangkalusugan para sa partikular na sakit o bahagi ng katawan.

Generic na gamot: Isang inireresetang gamot na aprubado ng pederal na pamahalaan na gamitin bilang kapalit ng isang branded na gamot. Ang isang generic na gamot ay may parehong mga sangkap na tulad ng sa gamot na may brand. Karaniwang mas mura ito at kasing bisa ng branded na gamot.

***Handbook ng Miyembro* at Impormasyon sa Paglalabas ng Impormasyon:** Ang dokumentong ito, kasama ang inyong form ng pag-enroll at anumang iba pang attachment, o rider, na nagpapaliwanag sa inyong saklaw, kung ano ang dapat naming gawin, ang inyong mga karapatan, at kung ano ang dapat ninyong gawin bilang miyembro ng aming plano.

Hiwalay na Medikal na Repaso (Independent Medical Review, IMR): Kung tanggihan namin ang inyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, maaari kayong gumawa ng apela. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon at ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo ng Medi-Cal, kabilang ang mga supply at gamot ng DME, maaari kayong humiling ng IMR sa Department of Managed Health Care ng California. Ang IMR ay isang pagsusuri sa inyong kaso ng mga doktor na hindi parte ng aming plano. Kung pabor sa inyo ang desisyon ng IMR, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyo o paggamot na inyong hiniling. Wala kayong babayaran para sa isang IMR.

Hiwalay na organisasyon para sa pagrepaso (Independent review organization, IRO): Isang hiwalay na organisasyon na nakipagkasundo sa Medicare na sumuri sa antas 2 na apela. Hindi ito konektado sa amin at hindi ito isang ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang magdedesisyon kung ang pasyang ginawa namin ay tama o kung dapat ba itong baguhin. Pinamamahalaan ng Medicare ang trabaho nito. Ang pormal na pangalan ay **Hiwalay na Grupo na Nagrerepaso o Independent Review Entity.**

Hospisyo: Isang programa ng pangangalaga at suporta upang matulungan ang mga taong may malubhang karamdaman na mamuhay nang komportable. Ang malubhang karamdaman ay nangangahulugang ang isang tao ay napatunayang may nakamamatay na sakit, ibig sabihin ay mayroong 6 buwan nalang para mabuhay o mas mababa pa.

- Ang isang nakatala na may malubhang karamdaman ay may karapatang pumili ng hospisyo.
- Ang isang espesyal na sinanay na pangkat ng mga propesyonal at tagapag-alaga ay nagbibigay ng buong pangangalaga para sa tao, kabilang ang pisikal, emosyonal, panlipunan, at espirituwal na mga pangangailangan.
- Hinihiling kaming bigyan kayo ng listahan ng mga tagapagkaloob ng hospisyo sa inyong heyograpikong lugar.

Hukom sa administratibong batas: Isang hukom na nagrerepaso sa antas 3 na apela.

Inpatient: Isang terminong ginagamit kapag **p**ormal kayong na-admit sa ospital para sa propesyonal na medikal na serbisyo. Kung hindi kayo pormal na na-admit, maaari kayong ituring na isang outpatient sa halip na isang inpatient kahit na magdamag kayong nanatili.

Integrated D-SNP: Isang dual-eligible special needs plan na sumasaklaw sa mga serbisyo ng Medicare at sa karamihan o sa lahat ng serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng isang planong pangkalusugan na pwedeng ibigay sa partikular na grupo ng indibiduwal na parehong kwalipikado sa Medicare at Medicaid. Ang mga indibidwal na ito ay kilala bilang mga indibidwal na karapat-dapat sa buong benepisyo.

Interdisciplinary na Pangkat ng Pangangalaga (ICT o Pangkat ng pangangalaga): Maaaring kabilang sa isang pangkat ng pangangalaga ang mga doktor, nurse, tagapayo o iba pang mga propesyonal sa kalusugan na nariyan upang tulungan kayong makuha ang pangangalagang kailangan ninyo. Tinutulungan din kayo ng inyong pangkat ng pangangalaga na gumawa ng plano ng pangangalaga.

Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC): Ang departamento ng estado sa California na responsable para sa pangangasiwa ng mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng mga Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Reviews o IMR).

Kalusugan ng Pag-uugali: Isang pangkalahatang termino na tumutukoy sa kalusugan ng isip at mga serbisyo kaugnay sa sakit dulot ng paggamit ng nakapipipinsalang sangkap.

Karagdagang Tulong: Programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan upang bawasan ang gastos sa iniresetang gamot sa Part D ng Medicare, gaya ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidy sa Mababa ang Kita,” o “LIS.”

Karaingan: Isang reklamong ginawa ninyo tungkol sa amin o isa sa aming mga nasa network na tagabigay o parmasyang nasa network. Kabilang dito ang isang reklamo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga o kalidad ng serbisyong ibinibigay ng inyong planong pangkalusugan.

Katulong sa kalusugan sa tahanan: Isang taong nagbibigay ng mga serbisyong hindi nangangailangan ng mga kasanayan ng isang lisensyadong nurse o therapist, gaya ng tulong sa personal na pangangalaga (tulad ng pagligo, paggamit ng banyo, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga iniutos na ehersisyo). Ang mga katulong sa kalusugan sa tahanan ay walang lisensya sa pag-aalaga o nagbibigay ng therapy.

Konseho ng mga Apela ng Medicare (Konseho): Isang konseho na nagrerepaso sa antas 4 na apela. Ang Konseho ay bahagi ng Pederal na gobyerno.

***Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* (*Listahan ng Gamot*):** Isang listahan ng mga reseta at over-the-counter (OTC) na gamot na sinasaklaw namin. Pinipili namin ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Sinasabi sa inyo ng Listahan ng Gamot kung mayroong anumang mga panuntunang kailangan ninyong sundin upang makuha ang inyong mga gamot. Ang Listahan ng Gamot ay tinatawag din minsan na "formulary".

Lugar ng serbisyo: Isang lugar kung saan tinatanggap ng planong pangkalusugan ang mga miyembro kung nililimitahan nito ang pagiging miyembro batay sa kung saan nakatira ang mga tao. Para sa mga planong nililimitahan kung sinong mga doktor at aling mga hospital ang maaari ninyong gamitin, sa pangkalahatan ito rin ang lugar kung saan maaari kayong makatanggap ng mga karaniwang (hindi emergency) serbisyo. Ang mga tao lamang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ang maaaring mag-enroll sa aming plano.

Mali/hindi naaangkop na pagsingil: Isang sitwasyon kung saan sinisingil kayo ng provider (gaya ng doktor o ospital) nang higit sa halaga ng bahaging gastos (cost-sharing) para sa mga serbisyo. Tawagan ang Customer Service kung nakakuha kayo ng anumang singil na hindi ninyo naiintindihan.

Mapagpapalit na Biosimilar: Isang biosimilar na maaaring ipalit sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta dahil natutugunan nito ang mga karagdagang pangangailangan kaugnay sa potensiyal na awtomatikong pagpapalit. Ang awtomatikong pagpapalit sa parmasya ay sumasailalim sa batas ng estado.

Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME): Ilang item na ino-order ng inyong doktor para magamit sa sarili ninyong tahanan. Ang mga halimbawa ng mga item na ito ay mga wheelchair, saklay, powered mattress system, mga supply para sa diabetes, mga kama sa ospital na inorder ng tagapagkaloob para gamitin sa bahay, mga IV infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at supply, nebulizer, at walker.

Medicaid (o Medikal na Tulong): Programang pinapatakbo ng pederal na gobyerno at ng estado na tumutulong sa mga taong limitado ang kita at mapagkukunan na magbayad para sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta at medikal na gastos. Ang Medi-Cal ay ang programang Medicaid ng Estado ng California.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programa ng Medicaid ng California. Ang Medi-Cal ay pinamamahalaan ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na pamahalaan.

- Tinutulungan nito ang mga taong may limitadong mga kita at mapagkukunan na bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at gastusing medikal.
- Sinasaklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare.
- Ang mga programa ng Medicaid ay nag-iiba sa bawat estado, ngunit karamihan sa mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan ay sinasaklaw kung kayo ay kwalipikado para sa parehong Medicare at Medi-Cal.

Medicare Advantage: Programa ng Medicare, na kilala rin bilang "Medicare Part C" o "MA", na nag-aalok ng MA plan sa pamamagitan ng mga pribadong kompanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kompanyang ito upang saklawin ang inyong mga benepisyo sa Medicare.

Medicare Part A: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa karamihan ng pangangailangang medikal na pangangalaga sa ospital, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, pangangalagang pangkalusugan sa bahay at hospisyo.

Medicare Part B: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa mga serbisyo (tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo, operasyon, at pagbisita sa doktor) at mga supply (tulad ng mga wheelchair at walker) na medikal na kinakailangan upang gamutin ang isang sakit o kondisyon. Sinasaklaw din ng Medicare Part B ang maraming serbisyo sa ukol sa pag-iwas at screening.

Medicare Part C: Ang programa ng Medicare, na kilala rin bilang "Medicare Advantage" o "MA", na nagbibigay-daan sa mga pribadong kompanya ng pangkalusugang insurance na magbigay ng benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng MA Plan.

Medicare Part D: Ang programa ng Medicare sa benepisyo para sa inireresetang gamot. Tinatawag naming “Part D” ang programang ito nang maikli. Sinasaklaw ng Medicare Part D ang mga inireresetang gamot para sa outpatient, mga bakuna, at ilang mga supply na hindi saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B o Medi-Cal. Kasama sa aming plano ang Medicare Part D.

Medicare: Ang pederal na programa ng insurance sa kalusugan para sa mga edad 65 pataas, ilang indibidwal na wala pang edad 65 na may partikular na kapansanan at mga may end-stage renal disease (sa pangkalahatan ay mga may permanenteng pagpalya ng kidney na nangangailangan ng dialysis o pag-transplant ng kidney). Maaaring makuha ng mga taong may Medicare ang saklaw sa kalusugan ng Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o pinamamahalaang plano sa pangangalaga (tingnan ang “Planong pangkalusugan”).

Medikal na kinakailangan: Inilalarawan nito ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan ninyo upang maiwasan, masuri, o magamot ang isang medikal na kondisyon o upang mapanatili ang kasalukuyang kalagayan ng kalusugan ninyo. Kabilang dito ang pangangalaga na pumipigil sa inyong pumunta sa isang ospital o pasilidad ng pag-aalaga. Nangangahulugan din itong natutugunan ng mga serbisyo, supply o gamot ang mga kinikilalang pamantayan ng medikal na kasanayan.

Medi-Medi Plan: Ang Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) ay isang uri ng Medicare Advantage plan. Ito ay para sa mga taong parehong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa iisang plano. Isinasaayos ng Medi-Medi Plans ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa parehong programa, kasama ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal.

Mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (Activities of daily living, ADL): Mga ginagawa ng mga tao sa isang normal na araw, tulad ng pagkain, paggamit ng banyo, pagbibihis, pagligo, o pagsipilyo ng ngipin.

Mga gamot ng Part D: Tingnan ang "Mga gamot ng Medicare Part D."

Mga gamot sa Medicare Part D: Ang mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Partikular na hindi isinasama ng Kongreso ang ilang kategorya ng mga gamot sa pagkakasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Maaaring saklawin ng Medi-Cal ang ilan sa mga gamot na ito.

Mga gastusing mula sa sariling bulsa: Ang kahilingang bahaging gastos para sa mga miyembro upang magbayad para sa bahagi ng mga serbisyo o gamot na nakukuha nila ay tinatawag ding kahilingang gastusing mula sa sariling bulsa. Tingnan ang kahulugan ng "bahaging gastos" sa itaas.

Mga Ibinukod na Serbisyo: Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng planong pangkalusugan na ito.

Mga limitasyon sa dami: Limitasyon sa dami ng gamot na maaari ninyong kunin. Maaari naming limitahan ang dami ng gamot na sasaklawin namin bawat reseta.

Mga Opsyonal na Serbisyo ng Plano ng Pangangalaga (Care Plan Optional Services, CPO Services): Mga karagdagang serbisyo na opsyonal sa ilalim ng inyong Plano sa Pangangalaga para sa Indibiduwal (ICP). Ang mga serbisyong ito ay hindi kapalit ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta na awtorisado ninyong makuha sa Medi-Cal.

Mga over-the-counter (OTC) na gamot: Ang mga over-the-counter na gamot ay mga gamot o medisina na mabibili ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

Part A: Tingnan ang "Medicare Part A."

Part B: Tingnan ang “Medicare Part B.”

Part C: Tingnan ang “Medicare Part C.”

Part D: Tingnan ang “Medicare Part D.”

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports, LTSS): Nakakatulong ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na mapabuti ang pangmatagalang medikal na kondisyon. Karamihan sa mga serbisyong ito ay tumutulong sa inyo na manatili sa inyong tahanan upang hindi na ninyo kailangang pumunta sa isang pasilidad ng pag-aalaga o ospital. Kasama sa LTSS na saklaw ng aming plano ang Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Adult (Community-Based Adult Services, CBAS), na kilala rin bilang pangangalagang pangkalusugan para sa panahon ng pagiging adult, Mga Pasilidad ng

Pag-aalaga (Nursing Facilities, NF), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang mga programang IHSS at 1915(c) waiver ay Medi-Cal LTSS na ibinibigay sa labas ng aming plano.

Mga plano ng Medi-Cal: Mga planong sumasaklaw lamang sa mga benepisyo ng Medi-Cal, tulad ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kagamitang medikal, at transportasyon. Nakahiwalay ang mga benepisyo ng Medicare.

Mga saklaw na gamot: Ang terminong ginagamit namin para sa lahat ng inirereseta at over-the-counter (OTC) na gamot na saklaw ng aming plano.

Mga saklaw na serbisyo ng Medicare: Ang mga serbisyong saklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B. Dapat saklawin ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kasama ang aming plano, ang lahat ng serbisyong saklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B.

Mga saklaw na serbisyo: Ang pangkalahatang termino na ginagamit namin upang tukuyin ang lahat ng pangangalagang pangkalusugan, pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, inirereseta at over-the-counter na mga gamot, kagamitan, at iba pang serbisyong saklaw ng aming plano.

Mga sensitibong serbisyo: Mga serbisyong may kinalaman sa kalusugan ng isip o pag-uugali, sekswal at reproductive na kalusugan, pagpaplano ng pamilya, mga impeksiyon na naipapasa sa pamamagitan ng pagtatalik (sexually transmitted infections o STIs), HIV/AIDS, sekswal na pag-atake at pagpapalaglag, sakit dulot ng paggamit ng nakapipinsalang substansiya, pangangalaga sa pagpapatunay ng kasarian, at pang-aabuso ng kapareha.

Mga Sentro para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Ang pederal na ahensiyang responsable sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* kung paano kontakin ang CMS.

Mga serbisyo ng rehabilitasyon: Paggamot na matatanggap ninyo upang makatulong sa pagpapagaling mula sa isang karamdaman, aksidente, o malaking operasyon. Sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* upang malaman ang higit pa tungkol sa mga serbisyo ng rehabilitasyon.

Mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Tahanan (In Home Supportive Services, IHSS): Tutulong ang IHSS Program na magbayad para sa mga serbisyong ibinibigay sa inyo upang mananatili kayong ligtas sa sarili ninyong tahanan. Ang IHSS ay isang alternatibo sa pangangalaga sa labas ng tahanan, tulad ng mga tahanan ng pag-aalaga o pasilidad ng lupon at pangangalaga. Ang mga uri ng serbisyong maaaring pahintulutan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo ng personal na pangangalaga (tulad ng pangangalaga sa bituka at pantog, paliligo, mga serbisyo ng pag-aayos ng sarili at paramedical), pagsama sa mga medikal

na appointment, at pangangasiwang nagbibigay ng proteksyon para sa may kapansanan sa pag-iisip. Ang mga ahensiya ng serbisyong panlipunan ng county ang nangangasiwa sa IHSS.

Mga tier ng gamot: Mga grupo ng gamot sa aming Listahan ng Gamot. Ang mga generic, branded, o over-the-counter (OTC) na gamot ay mga halimbawa ng mga tier ng gamot. Ang bawat gamot sa Listahan ng Gamot ay nasa isa sa limang tier.

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano): Indibiduwal na may Medicare at Medi-Cal na kwalipikadong makatanggap ng mga saklaw na serbisyo, na nag-enroll sa aming plano, at ang enrollment ay kumpirmado ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) at ng estado.

Nursing home o pasilidad sa pangangalaga: Isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga hindi kayang tumanggap ng pangangalaga sa kanilang bahay ngunit hindi kailangang ma-ospital.

Ombudsman: Isang opisina sa inyong estado na tumatayo bilang tagapagtaguyod ninyo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kayong problema o reklamo at maaari kayong matulungang maintindihan kung ano ang gagawin. Libre ang mga serbisyo ng taga-ombudsman. Makakahanap kayo ng higit pang impormasyon sa **Kabanata 2 at 9** sa *Handbook ng Miyembro*.

Organisasyon ng pagpapabuti sa kalidad (Quality improvement organization, QIO): Isang grupo ng mga doktor at iba pang mga dalubhasa sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na paghusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Binabayaran sila ng pederal na pamahalaan ang QIO upang suriin at paghusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa QIO.

Original Medicare (tradisyonal na Medicare o bayad-para sa serbisyo ng Medicare): Nag-aalok ang gobyerno ng Original Medicare. Sa Original Medicare, ang mga serbisyo ay sinasaklaw sa pamamagitan ng pagbabayad sa mga doktor, ospital, at iba pang mga provider ng halaga ng pangangalagang pangkalusugan na itinatakda ng Kongreso.

- Maaari kayong magpatingin sa sinumang doktor, ospital, o iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. May dalawang bahagi ang Orihinal na Medicare: Medicare Part A (insurance sa ospital) at Medicare Part B (medikal na insurance).
- Available ang Orihinal na Medicare kahit saan sa Estados Unidos.
- Kung ayaw ninyong sumali sa aming plano, maaari ninyong piliin ang Original Medicare.

Original na Biyolohikal na Produkto: Isang biyolohikal na produkto na aprubado ng Food and Drug Administration (FDA) at siyang pagkukumparahan ng mga manufacturer na gumagawa ng biosimilar na bersyon. Tinatawag din itong sangguniang produkto.

Pagbubukod: Pahintulot na makakuha ng saklaw para sa isang gamot na hindi karaniwang sinasaklaw o para gamitin ang gamot nang walang ilang partikular na panuntunan at limitasyon.

Pagdinig ng Estado: Kung hihilingin ng inyong doktor o iba pang mga provider ang serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin aaprubahan, o hindi namin ipagpapatuloy ang pagbabayad sa serbisyo ng Medi-Cal na mayroon na kayo, maaari kayong humiling ng isang Pagdinig ng Estado. Kung pabor sa inyo ang pasiya ng Pagdinig ng Estado, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyong hinihiling ninyo.

Pagpapasya sa saklaw: Paiya tungkol kung anong mga benepisyo ang sasaklawin namin. Kabilang dito ang mga desisyon tungkol sa mga saklaw na gamot at serbisyo o ang halagang binabayaran namin para sa inyong mga serbisyong pangkalusugan. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro* kung paano humiling sa amin ng pasya sa pagsaklaw.

Pagsasanay para sa kultural na kakayahan: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang pagtuturo sa aming mga provider ng pangangalagang pangkalusugan na tumutulong sa kanila na mas maunawaan ang inyong karanasan, mga pamantayan, at paniniwala upang iangkop ang mga serbisyo para matugunan ang inyong mga pangangailangan sa lipunan, kultura, at wika.

Pagtatasa sa panganib sa kalusugan (health risk assessment, HRA): Isang pagsusuri ng inyong medikal na kasaysayan at kasalukuyang kondisyon. Ginagamit ito upang malaman ang tungkol sa inyong kalusugan at kung paano ito maaaring magbago sa hinaharap.

Pagtukoy ng organisasyon: Ang aming plano ay gumagawa ng pagtukoy ng organisasyon kapag kami, o isa sa aming mga provider, ay nagpasya kung ang mga serbisyo ay saklaw o kung magkano ang babayaran ninyo para sa mga saklaw na serbisyo. Ang mga pagtukoy ng organisasyon ay tinatawag na “mga pagpapasya sa saklaw”. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang mga pagpapasya sa saklaw.

Pangangasiwa sa Therapy na Paggamot (Medication Therapy Management, MTM): Isang natatanging grupo ng mga serbisyo o grupo ng mga serbisyong ibinibigay ng mga provider ng pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga pharmacist, para matiyak ang pinakamahusay na resulta ng pagpapagaling sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon.

Pang-emergency na pangangalaga: Mga saklaw na serbisyo na ibinibigay ng isang sinanay na provider upang magbigay ng mga pang-emergency na serbisyo at ng kailangan para gamutin ang isang emerhensiya sa medikal o kalusugan ng pag-uugali.

Pangkat ng pangangalaga: Tingnan ang "Interdisciplinary na Pangkat ng Pangangalaga."

Parmasyang nasa network: Parmasya (tindahan ng gamot) na nakipagkasundong ibigay ang mga inireresetang gamot para sa mga miyembro ng aming plano. Tinatawag namin silang "mga parmasyang nasa network" dahil pumayag silang makipagtulungan sa aming plano. Kadalasan, sinasaklaw lang namin ang inyong mga reseta kapag nakuha mula sa parmasyang nasa network namin.

Parmasyang wala sa network: Parmasya na hindi sumang-ayon na makipagtulungan sa aming plano na magsaayos o magbigay ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo mula sa mga parmasya na wala sa network maliban kung may nalalapat na partikular na kondisyon.

Pasilidad ng Komprehensibong Rehabilitasyon ng Outpatient (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo ng rehabilitasyon pagkatapos ng karamdaman, aksidente o malaking operasyon. Nagbibigay ito ng iba't ibang serbisyo, kasama ang physical therapy, social o psychological na serbisyo, respiratory therapy, occupational therapy, speech therapy at mga ebaluwasyon sa kapaligiran ng bahay.

Pasilidad ng may kasanayang nurse (skilled nursing facility, SNF): Mga sanay na pag-aalaga at mga serbisyo ng rehabilitasyon na ibinibigay nang tuluy-tuloy at araw-araw, sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga. Kasama sa mga halimbawa ng pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga ay ang physical therapy o mga intravenous (IV) na iniksyon na maaaring ibigay ng rehistradong nurse o doktor.

Pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF): Isang pasilidad ng pag-aalaga na may mga empleyado at kagamitan upang magbigay ng sanay na pag-aalaga at, kadalasan, mga serbisyo sa rehabilitasyon mula sa may kasanayan at iba pang nauugnay na serbisyo sa kalusugan.

Paunang pahintulot (Prior authorization, PA): Pag-apruba na dapat ninyong kunin mula sa amin bago kayo makatanggap ng isang serbisyo o gamot o gumamit ng isang provider na wala sa network. Maaaring hindi saklawin ng aming plano ang serbisyo o gamot kung hindi muna kayo kukuha ng pag-apruba.

Sinasaklaw lamang ng aming plano ang ilang serbisyong medikal sa network kung ang inyong doktor o iba pang tagapagkaloob sa network ay kumuha ng PA mula sa amin.

- Ang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa **Kabanata 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Sinasaklaw lamang ng aming plano ang ilang gamot kung kumuha kayo ng PA mula sa amin.

- Ang mga saklaw na gamot na nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* at ang mga panuntunan ay nai-post sa aming website.

Personal na impormasyong pangkalusugan (tinatawag ding Protektadong Impormasyong Pangkalusugan) (Protected Health Information, PHI): Impormasyon tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan, tulad ng inyong pangalan, address, social security number, pagbisita sa doktor, at medikal na rekord. Tingnan ang aming Abiso sa Mga Kasanayan sa Pagkapribado para sa higit pang impormasyon kung paano namin pinoprotektahan, ginagamit, at inilalabas ang inyong PHI, gayundin ang mga karapatan sa inyong PHI.

Plano ng pangangalaga: Tingnan ang "Plano sa Pangangalaga para sa Indibiduwal."

Plano sa Pangangalaga para sa Indibiduwal (Individualized Care Plan ICP o Plano ng Pangangalaga): Isang plano para sa mga serbisyong kukunin ninyo at kung paano ninyo kukunin ang mga ito. Maaaring kasama sa inyong plano ang mga serbisyong medikal, serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at pangmatagalang serbisyo at suporta.

Planong pangkalusugan: Isang samahang binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, tagabigay ng mga pangmatagalang serbisyo, at iba pang mga tagabigay. Mayroon din itong mga coordinator ng pangangalaga upang tulungan kayong imonitor ang lahat ng inyong provider at serbisyo. Nagtutulungan silang lahat upang maibigay ang pangangalaga na inyong kailangan.

Programa ng Tulong para sa Gamot ng AIDS (AIDS Drug Assistance Program o ADAP) Isang programa na tumutulong sa mga karapat-dapat na indibiduwal na may HIV/AIDS na magkaroon ng nagliligtas-buhay na gamot sa HIV.

Programa para sa Pangkalahatang Pangangalaga para sa mga Matatanda (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Programa na magkasamang sinasaklaw ang mga benepisyo ng Medicare at Medicaid para sa mga edad 55 pataas na nangangailangan ng mas mataas na antas ng pangangalaga upang manirahan sa bahay.

Programa sa pag-iwas sa diabetes ng Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Nakabalangkas na programa sa pagbabago ng paggawi sa kalusugan na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa diyeta, pagdagdag sa pisikal na aktibidad, at mga estratehiya para mapanatili ng mababang timbang at malusog na pamumuhay.

Programa sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Isang programang nagbibigay ng libre at patas na impormasyon at pagpapayo tungkol sa Medicare.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng inyong *Handbook ng Miyembro* kung paano makipag-ugnayan sa HICAP.

Programa sa pamamahala ng gamot (Drug management program, DMP): Isang programa na tumutulong upang tiyaking ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang gamot na madalas na inaabuso.

Prosthetics at Orthotics: Mga medikal na kagamitan na inorder ng inyong doktor o provider ng pangangalagang pangkalusugan kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, braces sa braso likod at leeg; artipisyal na paa; artipisyal na mata; at mga device na kailangan upang palitan ang isang panloob na parte ng katawan o paggana, kabilang ang mga suplay sa ostomy at enteral at parenteral nutrition therapy.

Provider na Naghahatid sa Bahay: Ang ilang mga plano ay maaaring mag-alok ng programa ng paghahatid sa bahay para makuha ninyo ang hanggang 3 buwang supply ng saklaw na inireresetang gamot na direktang ipapadala sa inyong tahanan. Maaaring isa itong mura at kumbinyenteng paraan upang punan ang mga reseta na regular ninyong kinukuha.

Provider na nasa network: Ang “Provider” ay ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para sa mga doktor, nurse, at iba pang nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa termino ang mga ospital, ahensya ng kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, kagamitang medikal, at pangmatagalang serbisyo at suporta.

- Binigyan sila lisensya o ginawang sertipikado ng Medicare at ng estado upang magbigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
- Tinatawag namin silang "mga tagapagkaloob na nasa network" kapag sumang-ayon silang makipagtulungan sa aming planong pangkalusugan, tinanggap ang aming bayad, at hindi naniningil ng dagdag na halaga sa mga miyembro.
- Habang kayo ay miyembro ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga provider na nasa network upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo. Ang mga tagapagkaloob na nasa network ay tinatawag ding “mga tagapagkaloob ng plano”.

Provider na wala sa network o **Wala sa network na pasilidad:** Isang provider o pasilidad na hindi empleyado, pagmamay-ari, o pinapatakbo ng aming plano at hindi nakakontrata para magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* ang mga provider o pasilidad na wala sa network.

Provider ng pangunahing pangangalaga (Primary care provider, PCP): Ang doktor o iba pang provider na una ninyong kinukonsulta para sa karamihan ng problema ninyo sa kalusugan. Tinitiyak nilang makukuha ninyo ang pangangalagang inyong kailangan para manatiling malusog.

- Maaari rin silang makipag-usap sa ibang mga doktor at tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa inyong pangangalaga at i-refer ka sa kanila.
- Sa karamihan sa mga planong pangkalusugan ng Medicare, dapat ninyong gamitin ang inyong pangunahing tagapagkaloob ng pangangalaga bago kayo magpatingin sa sinumang iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan.
- Sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga mula sa mga provider ng pangunahing pangangalaga.

Reklamo: Nakasulat o binigkas na pahayag na nagsasabing mayroon kayong problema o alalahanin sa mga serbisyo o pangangalaga na sinasaklaw para sa inyo. Kabilang dito ang anumang alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, kalidad ng inyong pangangalaga, aming mga tagapagkaloob na nasa network, o aming mga parmasya na nasa network. Ang pormal na pangalan para sa "pagrereklamo" ay "paghahain ng karaingan".

Rekomendasyon: Ang rekomendasyon ay ang pag-apruba namin o ng inyong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP) na gumamit ng isang provider maliban sa inyong PCP. Kung hindi muna kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin sasaklawin ang mga serbisyo. Hindi ninyo kailangan ng rekomendasyon para gumamit ng ilang espesyalista, gaya ng mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan. Malalaman ninyo ang higit pang impormasyon tungkol sa mga rekomendasyon sa **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro*.

Serbisyo sa Komunidad na Pang-adulto (Community-based adult services, CBAS): Outpatient na programa ng serbisyo sa isang pasilidad na naghahatid ng sanay na pangangalaga ng tagapag-alaga, mga serbisyong panlipunan, mga occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/tagapag-alaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang serbisyo sa mga kuwalipikadong miyembro na nakakatugon sa mga angkop na pamantayan sa pagiging kuwalipikado.

Step therapy: Isang panuntunan sa saklaw na hinihilingan kayong subukin muna ang ibang gamot bago namin saklawin ang gamot na hinihiling ninyo.

Subsidy para sa may mababang kita (Low-income subsidy, LIS): Tingnan ang “Karagdagang Tulong”

Supplemental Security Income (SSI): Isang buwanang benepisyong binabayaran ng Social Security sa mga limitado ang kita at mapagkukunan na mayroon silang kapansanan, bulag, o edad 65 pataas. Ang mga benepisyo sa SSI ay hindi kapareho ng mga benepisyo sa Social Security.

Tier ng bahaging gastos: Isang grupo ng mga gamot na may parehong copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* (kilala rin bilang Listahan ng Gamot) ay nasa isa

sa limang mga tier ng bahaging gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier ng bahaging gastos, mas malaki ang inyong gastos para sa gamot.

Tool sa Kasalukuyang Benepisyo: Isang portal o computer application kung saan maaaring mahanap ng mga naka-enroll ang kumpleto, tumpak, napapanahon, klinikal na naaangkop, espesipikong gamot na saklaw para sa naka-enroll at impormasyon tungkol sa benepisyo. Kabilang dito ang mga halaga ng bahaging gastos, mga alternatibong gamot na maaaring gamitin para sa parehong kondisyon sa kalusugan bilang isang ibinibigay na gamot, at mga limitasyon sa saklaw (paunang awtorisasyon, step therapy, mga limitasyon sa dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan

TUMAWAG SA	1-800-452-4413 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Ang Customer Service ay mayroon ding libreng mga serbisyo ng interpreter ng wika na available para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lang sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo.
FAX	(877) 251-6671
SUMULAT	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
WEBSITE	blueshieldca.com/medicare

Abiso ng Walang Diskriminasyon

Ang diskriminasyon ay labag sa batas. Ang Blue Shield of California ay sumusunod sa mga naaangkop na batas ng estado at pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandidiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, lipi, relihiyon, biyolohikal na kasarian, katayuan sa pag-aasawa, pagbubuntis o kaugnay na kondisyon, seksuwal na katangian, pangkasariang stereotype, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, sekswal na oryentasyon, edad, o kapansanan. Ang Blue Shield of California ay hindi nagbubukod ng mga tao o kaiba ang trato sa kanila dahil sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, lipi, relihiyon, biyolohikal na kasarian, katayuan sa pag-aasawa, pagbubuntis o kaugnay na kondisyon, seksuwal na katangian, pangkasariang stereotype, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, sekswal na oryentasyon, edad, o kapansanan.

Nagbibigay ang Blue Shield of California:

- Mga libreng tulong at serbisyo para sa mga taong hirap makipag-usap nang epektibo sa amin, katulad ng:
  - ✓ Mga kwalipikadong tagasalin ng sign language
  - ✓ Nakasulat na impormasyon sa iba pang format (malaking letra, audio, magagamit na elektronikong format, iba pang format)
- Mga serbisyo sa wika para sa mga taong ang pangunahing wika ay hindi English, tulad ng:
  - ✓ Mga kwalipikadong tagasalin
  - ✓ Nakasulat na impormasyon sa iba pang wika

Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito, makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield of California gamit ang numero sa likod ng iyong member ID card.

Kung naniniwala kang nabigo ang Blue Shield of California na maibigay ang mga serbisyong ito o nandiskrimina ito sa ibang paraan batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, lipi, relihiyon, biyolohikal na kasarian, katayuan sa pag-aasawa, pagbubuntis o kaugnay na kondisyon, seksuwal na katangian, pangkasariang stereotype, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, sekswal na oryentasyon, edad, o kapansanan, maaari kang maghain ng karaingan sa:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011
Telepono: (844) 831-4133 (TTY: 711), Fax: (844) 696-6070
Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Maaari kang personal na maghain ng karaingan o sa pamamagitan ng koreo, fax, o email. Kung kailangan mo ng tulong sa paghahain ng karaingan, ang Tagapag-ugnay ng Mga Karapatang Sibil ay available para tulungan ka.

Maaari ka ring maghain ng reklamo kaugnay ng mga karapatang sibil sa U.S. Department of Health and Human Services (Kagawaran ng Kalusugan at Mga Serbisyong Pantao), Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil, sa elektronikong pamamaraan sa Portal ng Reklamo ng Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil, na makukuha sa **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o sa pamamagitan ng koreo o telepono sa:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
Phone: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Ang mga form ng reklamo ay makukuha sa **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.**

Form Approved
OMB# 0938-1421

blue california

Multi-Language Insert
Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-452-4413. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-452-4413。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-452-4413. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-452-4413. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن اي اسئلة تتعلق بالصحة او جدول الادوية لدينا. للحصول
ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-452-4413. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-452-4413 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-452-4413. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-452-4413. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-452-4413. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-452-4413. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サーービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-452-4413 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-452-4413. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo Díí ats'íís baa áháýą́ éí doodago azee' bee aa áháyą́ bína'ídíłkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojį' 1-800-776-4466 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yáłti'i níká adoolwoł. Díí t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ մոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կամ դեղերի պլանի հետ կապված ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերեն իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سؤالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیست با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555