

CareAdvantage

Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)



2020 Aklat-Gabay ng Miyembro

H7885_MMP_15108_01_20_TA_C Accepted
Last Updated 08/07/2019

Puwedeng Tumulong sa Inyo Ang aming Yunit ng CareAdvantage

Tumawag sa amin sa **1-866-880-0606** (walang bayad) o sa **650-616-2174**
May Kapansanan sa Pandinig: **TTY 1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**

- Bukas ang aming mga call center mula Lunes hanggang Linggo,
8:00 a.m. hanggang **8:00 p.m.**
- Bukas ang aming opisina mula Lunes hanggang Biyernes,
8:00 a.m. hanggang **5:00 p.m.**

Humiling ng Libro na Malalaki ang Pagkakalimbag ng mga Letra

Kung gusto ninyong makakuha ng librong ito na malalaki ang mga letra sa pagkakalimbag, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

Pahayag sa Pagiging Pribadong ng Impormasyon

Tinitiyak ng Health Plan of San Mateo ang pagiging pribado ng inyong medikal na rekord. Para sa karagdagang katanungan at impormasyon, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa mga Miyembro.

Handbook ng Miyembro ng CareAdvantage CMCCareAdvantage Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) CareAdvantage CMC

Enero 1, 2020 – Disyembre 31, 2020

Ang inyong Pagkakasakop sa Kalusugan at Gamot sa ilalim ng CareAdvantage Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) CareAdvantage CMC

Panimula sa Handbook ng Miyembro

Nakasaad sa handbook na ito ang tungkol sa inyong pagkakasakop sa ilalim ng CareAdvantage CMC hanggang Disyembre 31, 2020. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo ng pangangalaga ng kalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng pag-iisip at pang-aabuso sa ipinagbabawal na gamot), pagkakasakop ng inireresetang gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta ay tumutulong sa inyo upang maaari kayong manatili sa bahay kaysa pumunta sa tahananang tagapangalaga o ospital. Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta ay kinabibilangan ng Mga Serbisyo para sa Nasa Hustong Gulang na Nakabatay sa Komunidad (Community-Based Adult Services o CBAS), Pagpapalano at Pamamahala sa Pangangalaga (Care Planning and Management o CPM), at Mga Pasilidad ng Pangangalaga (Nursing Facility o NF). Makikita ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito nang sunud-sunod batay sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Ito ay isang mahalagang dokumentong legal. Pakitago ito sa isang ligtas na lugar.

Ang Cal MediConnect Plan na ito ay iniaalok ng Health Plan of San Mateo (HPSM). Kapag sinabi ng *Handbook ng Miyembro* na ito na “kami,” “tayo,” o “atin,” nangangahulugan itong HPSM. Kapag sinasabi nitong “plano” o “aming plano,” nangangahulugan itong CareAdvantage CMC.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the CareAdvantage Unit **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** or dial **7-1-1**, Monday through Sunday, 8:00 a.m. to 8 p.m. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, dispone de servicios de asistencia de idioma sin cargo. Llame al **1-866-880-0606**, TTY **1-800-855-3000**, o marque **7-1-1**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita.

注意：如果您說中文，我們可免費提供語言協助服務。請致電 **1-866-880-0606**，TTY 聽力及語言障礙專線 **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上 8:00；該電話為免費服務。



Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.

PANSININ: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga paglilingkod para sa pagtulong sa wika, nang libre na makakamit ninyo. Tumawag sa **1-866-880-0606** para sa TTY tumawag sa **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вы можете бесплатно воспользоваться услугами языковой поддержки. Звоните по номеру телефона **1-866-880-0606**. (Пользователям телетайпа (TTY) следует звонить по номеру **1-800-735-2929** или набирать **7-1-1**). Звонить можно в любой день недели с 8:00 до 20:00. Звонок бесплатный.

You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, and/or audio. Call the CareAdvantage Unit at **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** or dial **7-1-1**, Monday through Sunday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m. The call is free.

Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, Braille o audio. Llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1**. La llamada es gratuita.

您可以免費以其他形式取得本資訊，如大號字體、盲人用點字或錄音。致電 CareAdvantage Unit，應話是 **1-866-880-0606**，服務時間為週一至週日上午 8:00 至晚上。有聽力或語言障礙者應撥打 TTY 電話 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。該電話為免費電話服務。

Maaari mong makuha nang libre ang impormasyong ito sa iba pang anyo, kagaya ng malalaking letra, braille, o audio. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, Lunes hanggang Linggo, mula 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**. Libre ang tawag.

Вы можете получить эту информацию бесплатно в другом формате, например в виде текста, набранного крупным шрифтом или шрифтом Брайля, или в виде аудиозаписи. Позвоните в подразделение CareAdvantage Unit по номеру **1-866-880-0606** в любой день недели с 8:00 до 20:00. Пользователям телетайпа (TTY) следует звонить по номеру **1-800-735-2929** или набирать **7-1-1**. Звонки по этому номеру бесплатные.

Mga Pagtatatuwa

- ❖ Ang CareAdvantage Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ay isang planong pangkalusugan na nakakontra kapwa sa Medicare at Medi-Cal upang mabigyan ng mga benepisyo ng dalawang programang ito ang mga taong nagpapatala.
- ❖ Ang pagkakasakop sa ilalim ng CareAdvantage CMC ay kwalipikado bilang pagkakasakop sa kalusugang tinatawag na “minimum na kinakailangang pagkakasakop.” Natutugunan nito ang hinihingi ng Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) na kabahaging pananagutan ng indibidwal. Bisitahin ang website ng Internal Revenue Service (IRS) sa www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kinakailangan para sa bahaging sasagutin ng indibidwal.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- ❖ Posibleng maglapat ng mga limitasyon, co-pay, at paghihigpit. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage o basahin ang Handbook ng Miyembro ng CareAdvantage CMC. Ang ibig sabihin nito, posibleng kinakailangan ninyong bayaran ang ilang serbisyo at kailangan ninyong sundin ang ilang partikular na patakaran upang bayaran ng CareAdvantage CMC ang inyong mga serbisyo.
- ❖ Posibleng magbago sa kabuuan ng taon ang Listahan ng Mga Sakop na Gamot at/o mga parmasya at tagapagbigay ng serbisyo ng samahan. Padadalhan namin kayo ng abiso bago kami magsagawa ng pagbabago na makakaapekto sa inyo.
- ❖ Posibleng magbago ang mga benepisyo at/o co-pay sa Enero 1 ng bawat taon.
- ❖ Ang mga co-pay para sa mga inireresetang gamot ay maaaring magbago batay sa antas ng Karagdagang Tulong na inyong natatanggap. Mangyaring makipag-ugnayan sa plano para sa higit pang detalye.



This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

A. Welcome sa CareAdvantage CMC	17
B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal	17
B1. Medicare	17
B2. Medi-Cal	17
C. Mga kagandahan ng planong ito	18
D. Lugar ng serbisyo ng CareAdvantage CMC	19
E. Paano kayo nagiging kwalipikadong miyembro ng plano	19
F. Ano ang dapat asahan sa unang pagsali ninyo sa planong pangkalusugan	19
G. Ang Inyong Pangkat sa Pangangalaga at Plano ng Pangangalaga	20
G1. Pangkat ng Pangangalaga	20
G2. Plano ng Pangangalaga	21
H. Buwanang premium sa plano ng CareAdvantage CMC	21
I. Ang Handbook ng Miyembro	21
J. Iba pang impormasyong makukuha ninyo mula sa amin	21
J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro ng CareAdvantage CMC	22
J2. Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya	22
J3. Listahan ng Mga Sakop na Gamot	23
J4. Ang Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo	24
K. Paano pananatiliing napapanahon ang rekord ng inyong membership	24
K1. Pagkapribado ng personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information o PHI)	25

Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at mapagkukunan ng impormasyon at tulong

A. Paano makikipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage	29
A1. Kailan makikipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage	29
B. Paano makikipag-ugnayan sa Tagapamahala ng inyong Kaso	32
B1. Kailan makikipag-ugnayan sa inyong Tagapamahala ng Kaso	32
C. Paano makikipag-ugnayan sa Nurse Advice Call Line	34
C1. Kailan makikipag-ugnayan sa Linya ng Pagpapayo ng Nars	34
D. Paano makikipag-ugnayan sa Behavioral Health Crisis Line	35
D1. Kailan makikipag-ugnayan sa Linya ng Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali	35

E. Paano makikipag-ugnayan sa Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o (HICAP)	36
E1. Kailan makikipag-ugnayan sa HICAP.....	36
F. Paano makikipag-ugnayan sa Samahan para sa Pagpapaunlad ng Kalidad (Quality Improvement Organization o (QIO).....	37
F1. Kailan makikipag-ugnayan sa Livanta	37
G. Paano makikipag-ugnayan sa Medicare	38
H. Paano makikipag-ugnayan sa Medi-Cal Health Care Options.....	39
I. Paano makikipag-ugnayan sa Cal MediConnect Ombuds Program	40
J. Paano makikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Matatanda at Nasa Hustong Gulang ng County.....	41
K. Paano makikipag-ugnayan sa inyong Plano ng Pangangalagang May Espesyalidad sa Kalusugan ng Pag-iisip ng County, na Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (Behavioral Health and Recovery Services o BHRS) ng San Mateo County	42
K1. Makipag-ugnayan sa espesyalistang plano ng kalusugan ng pag-iisip ng county (BHRS) tungkol sa:.....	42
L. Paano makikipag-ugnayan sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan ng California	43
M. Iba pang mapagkukunan	44

Kabanata 3: Paggamit sa pagkakasakop ng plano para sa inyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang sakop na serbisyo

A. Impormasyon tungkol sa “mga serbisyo,” “mga sakop na serbisyo,” “mga tagapagbigay ng serbisyo,” at “mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network”	47
B. Mga panuntunan upang masakop ng plano ang inyong pangangalagang pangkalusugan, pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports o LTSS).....	47
C. Impormasyon tungkol sa tagapamahala ng kaso ninyo	49
C1. Ano ang ginagawa ng tagapamahala ng kaso	49
C2. Paano kayo makikipag-ugnayan sa inyong tagapamahala ng kaso	49
C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong tagapamahala ng kaso.....	49
D. Pangangalaga mula sa mga pangunahing tagapagbigay ng serbisyong pangangalaga, espesyalista, iba pang medikal na tagapagbigay ng serbisyong nasa network, at mga medikal na tagapagbigay ng serbisyong wala sa network	49
D1. Pangangalaga mula sa isang pangunahing tagapagbigay ng serbisyo sa pangangalaga	50
D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng samahan	52

D3. Ano ang dapat gawin kapag umalis sa aming plano ang isang tagabigay ng serbisyo.....	53
D4. Paano makakakuha ng pangangalaga mula mga tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan	54
E. Paano kumuha ng mga pangmatagalangserbisyo at suporta (LTSS).....	54
F. Paano kumuha ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan ng pag-uugali (problema sa kalusugan ng pag-iisip at pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot)	55
F1. Anu-anong mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ng Medi-Cal na ipinagkakaloob sa labas ng CareAdvantage CMC sa pamamagitan ng Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (BHRS) ng County ng San Mateo?	55
G. Paano kumuha ng mga serbisyo sa transportasyon.....	57
H. Paano kumuha ng mga sakop na serbisyo kapag mayroon kayong medikal na emergency o agarang pangangailangan sa pangangalaga, o sa panahon ng sakuna	57
H1. Pangangalaga kapag mayroon kayong medikal na emergency Kahulugan ng medikal na emergency	57
H2. Agarang kinakailangang pangangalaga	59
H3. Pangangalaga habang may sakuna.....	60
I. Ano ang dapat gawin kung direkta kayong sinisingil para sa mga serbisyong sakop ng aming plano.....	61
I1. Ano ang dapat gawin kung ang mga serbisyo ay hindi sakop ng aming plano	61
J. Pagsakop ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan kapag bahagi kayo ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....	61
J1. Kahulugan ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral	61
J2. Pagbabayad para sa mga serbisyo kapag kayo ay nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....	62
J3. Pag-aaral tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral	63
K. Paano masasakop ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan kapag tumatanggap kayo ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalagang pangkalusugan	63
K1. Kahulugan ng panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan	63
K2. Pagkuha ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan.....	63
L. Matibay na kagamitang medikal (DME)	64
L1. DME bilang miyembro ng aming plano	64
L2. Pagmamay-ari ng DME kapag lumipat kayo sa Original Medicare o Medicare Advantage	65

Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyo

A. Ang inyong mga sakop na serbisyo	68
B. Mga panuntunan laban sa mga tagapagbigay ng serbisyong naniningil sa inyo para sa mga serbisyo	68
C. Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano	68
D. Ang Chart ng Mga Benepisyo	70
E. Mga sakop na benepisyo sa labas ng CareAdvantage CMC	115
E1. Mga Paglipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions o CCT).....	115
E2. Programa sa Ngipin ng Medi-Cal	115
E3. Pangangalaga sa Hospisyo.....	116
F. Mga benepisyong hindi sakop ng CareAdvantage CMC, Medicare, o Medi-Cal	117

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

A. Pagkuha ng inyong mga inireresetang gamot	122
A1. Pagkuha ng inyong reseta sa isang parmasya ng samahan	122
A2. Paggamit sa inyong ID Card ng Miyembro kapag kumuha kayo ng reseta	122
A3. Ano ang dapat gawin kung lumipat kayo sa ibang parmasya ng samahan.....	122
A4. Ano ang dapat gawin kung umalis sa samahan ang inyong parmasya	122
A6. Paggamit ng mga serbisyong pag-order sa pamamagitan ng koreo upang makuha ang inyong mga gamot	123
A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot.....	123
A8. Paggamit ng parmasyang wala sa samahan ng plano	124
A9. Pagbabayad sa inyo kung nagbayad kayo para sa isang reseta	124
B. Ang Listahan ng Gamot ng plano	124
B1. Mga gamot sa Listahan ng Gamot	124
B2. Paano maghanap ng gamot sa Listahan ng Gamot	125
B3. Mga gamot na wala sa Listahan ng Gamot.....	125
B4. Mga tier ng bahagi sa gastos sa Listahan ng Gamot.....	126
C. Mga limitasyon sa ilang gamot.....	126
D. Mga dahilan para hindi masakop ang inyong gamot	128
D1. Pagkuha ng pansamantalang supply	128

E. Mga pagbabago sa pagkakasakop ng inyong mga gamot.....	130
F. Pagkakasakop ng gamot sa mga espesyal na sitwasyon	132
F1. Kung kayo ay nasa ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa isang pamamalagi na sakop ng aming plano	132
F2. Kung kayo ay nasa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga.....	132
F3. Kung kayo ay nasa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare	133
G. Mga programa sa kaligtasan sa gamot at pamamahala ng mga gamot.....	133
G1. Mga programa para matulungan ang mga miyembro na gamitin nang ligtas ang mga gamot....	133
G2. Mga programa upang matulungan ang mga miyembro na pamahalaan ang kanilang mga gamot	134

Kabanata 6: Ano ang babayaran ninyo para sa inyong mga inireresetang gamot ng Medicare at Medi-Cal

A. Ang Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo (Explanation of Benefits o EOB).....	138
B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot.....	138
C. Mga Yugto sa Pagbabayad ng Gamot para sa mga gamot sa Bahagi D ng Medicare.....	139
C1. Aming mga antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran).....	140
C2. Mga mapagpipilian ninyo sa parmasya	140
C3. Pagkuha ng pangmatagalang panustos ng gamot.....	140
C4. Ano ang babayaran ninyo.....	140
D. Yugto 1: Unang Yugto ng Pagkakasakop.....	142
D1. Mga mapagpipilian ninyo sa parmasya	142
D2. Pagkuha ng pangmatagalang panustos ng gamot	142
D3. Ano ang babayaran ninyo	143
D4. Katapusan ng Yugto ng Panimulang Pagkakasakop	144
E. Yugto 2: Ang Yugto ng Catastrophic na Pagkakasakop	144
F. Ang inyong mga gastos sa gamot kung wala pang isang buwang supply ang irereseta sa inyo ng doktor ninyo	144
G. Tulong sa bahagi sa gastos sa inireresetang gamot para sa mga taong may HIV/AIDS	145
G1. Ano ba ang Programang Tulong sa Gamot ng AIDS (AIDS Drug Assistance Program o ADAP)	145
G2. Ano ang dapat gawin kung hindi ka nakatala sa ADAP	145
G3. Ano ang dapat gawin kung nakatala na kayo sa ADAP	145

H. Mga Bakuna.....	145
H1. Ano ang dapat ninyong malaman bago kayo magpabakuna	146
H2. Ano ang babayaran ninyo para sa isang pagbabakunang sakop ng Bahagi D ng Medicare.....	146

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

A. Paghiling sa aming bayaran ang inyong mga serbisyo o gamot	148
B. Pagpapadala ng kahilingan para sa pagbabayad	150
C. Mga desisyon sa pagsakop.....	150
D. Mga apela.....	151

Kabanata 8: Ang inyong mga karapatan at responsibilidad

A. Ang karapatan ninyong makakuha ng impormasyon para makatugon sa inyong mga pangangailangan	155
B. Ang tungkulin naming tiyaking makakakuha kayo ng napapanahong access sa mga sakop na serbisyo at gamot	156
C. Ang tungkulin naming protektahan ang inyong personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information o PHI)	157
C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI	157
C2. Mayroon kayong karapatan na makita ang inyong mga medikal na rekord.....	157
D. Ang tungkulin naming magbigay sa inyo ng impormasyon tungkol sa aming plano, sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, at sa inyong mga sakop na serbisyo	158
E. Kawalan ng kakayahan ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network na singilin kayo nang direkta	159
F. Ang karapatan ninyong umalis sa aming Cal MediConnect Plan	159
G. Ang karapatan ninyong magdesisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan	159
G1. Ang inyong karapatang malaman ang tungkol sa inyong mga opsyon sa paggamot at magdesisyon tungkol sa inyong pangangalaga sa kalusugan	159
G2. Ang inyong karapatang sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung kayo ay hindi makapagdesisyon mag-isa para sa pangangalaga sa kalusugan	160
G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinunod ang inyong mga utos	161
H. Ang karapatan ninyong magreklamo at humiling sa aming pag-isipan ulit ang aming mga naging desisyon	161
H1. Ano ang dapat gawin kung sa palagay niyo ay hindi patas ang pakikitungo sa inyo o kung gusto ninyo ng karagdagang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan	161
I. Ang mga responsibilidad ninyo bilang miyembro ng plano.....	162

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

Ano ang nasa kabanatang ito?	165
Kung mayroon kayong problema o alalahanin sa inyong kalusugan o mga pangmatagalang serbisyo at suporta.....	165
Seksyon 1: Panimula.....	169
• Seksyon 1.1: Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema	169
• Seksyon 1.2: Paano naman ang mga legal na termino?.....	169
Seksyon 2: Saan tatawag upang humingi ng tulong	170
• Seksyon 2.1: Saan kukuha ng karagdagang impormasyon at tulong.....	170
Seksyon 3: Mga problema sa inyong mga benepisyo.....	172
• Seksyon 3.1: Dapat ba ninyong gamitin ang proseso para sa mga desisyon sa pagkakasakop at apela? O gusto ninyong magreklamo?.....	172
Seksyon 4: Mga desisyon sa pagkakasakop at apela	173
• Seksyon 4.1: Malawakang pananaw sa mga desisyon sa pagkakasakop at mga apela	173
• Seksyon 4.2: Paghingi ng tulong sa mga desisyon sa pagkakasakop at apela.....	173
• Seksyon 4.3: Aling seksyon sa kabanatang ito ang makakatulong sa inyo?	174
Seksyon 5: Mga problema tungkol sa mga serbisyo, mga bagay, at mga gamot (hindi kasali ang mga gamot na sakop ng Bahagi D).....	177
• Seksyon 5.1: Kailan dapat gamitin ang seksyong ito	177
• Seksyon 5.2: Paghingi ng desisyon sa pagkakasakop	178
• Seksyon 5.3: Antas 1 na Apela para sa mga serbisyo, bagay, at gamot (hindi kasali ang mga gamot na sakop ng Bahagi D).....	181
• Seksyon 5.4: Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo, bagay, at gamot (hindi kasali ang mga gamot na sakop ng Bahagi D).....	185
• Seksyon 5.5: Mga problema sa pagbabayad.....	191
Seksyon 6: Mga gamot sa Bahagi D.....	193
• Seksyon 6.1: Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong mga problema sa pagkuha ng gamot na sakop ng Bahagi D o gusto ninyong ibalik namin ang inyong ibinayad para sa gamot na sakop ng Bahagi D	193
• Seksyon 6.2: Ano ang isang pagbubukod?	195
• Seksyon 6.3: Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod.....	196

• Seksyon 6.4: Paano humiling ng desisyon sa pagkakasakop hinggil sa gamot na sakop ng Bahagi D o pagbalik ng bayad para sa gamot na sakop ng Bahagi D, kabilang ang pagbubukod.....	197
• Seksyon 6.5: Antas 1 na Apela para sa mga gamot na sakop ng Bahagi D.....	200
• Seksyon 6.6: Antas 2 na Apela para sa mga gamot na sakop ng Bahagi D.....	203
Seksyon 7: Paghiling sa aming sakupin ang mas matagal na pamamalagi sa ospital	205
• Seksyon 7.1: Pag-alam ng inyong mga karapatan sa Medicare.....	205
• Seksyon 7.2: Antas 1 na Apela upang baguhin ang inyong petsa ng paglabas sa ospital	206
• Seksyon 7.3: Antas 2 na Apela upang baguhin ang inyong petsa ng paglabas sa ospital	209
• Seksyon 7.4: Ano ang mangyayari kung napalampas ko ang deadline ng pag-apela?.....	210
Seksyon 8: Ano ang dapat gawin kung sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga ng sanay na tagapag-alaga, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF)	212
• Seksyon 8.1: Sasabihin namin sa inyo nang mas maaga kapag matatapos na ang inyong pagkakasakop.....	212
• Seksyon 8.2: Paghain ng Antas 1 na Apela upang maipagpatuloy ang inyong pangangalaga....	213
• Seksyon 8.3: Paghain ng Antas 2 na Apela upang maipagpatuloy ang inyong pangangalaga....	215
• Seksyon 8.4: Paano kung napalampas ninyo ang deadline para sa paggawa ng inyong Antas 1 na Apela	217
Seksyon 9: Pagdadala ng inyong apela sa antas na mas mataas sa Antas 2	219
• Seksyon 9.1: Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at bagay ng Medicare	219
• Seksyon 9.2: Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at bagay ng Medi-Cal.....	219
Seksyon 10: Paano maghain ng reklamo.....	221
• Seksyon 10.1: Mga panloob na reklamo.....	223
• Seksyon 10.2: Mga panlabas na reklamo	224

Kabanata 10: Pagwawakas ng inyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect plan

A. Kailan ninyo maaaring wakasan ang inyong membership sa Cal MediConnect plan.....	228
B. Paano wakasan ang inyong membership sa aming Cal MediConnect plan.....	229
C. Paano kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay	229
C1. Mga paraan upang makuha ang inyong mga serbisyo ng Medicare.....	229
C2. Paano makuha ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal	232

D. Patuloy na makatanggap ng inyong mga medikal na serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magwakas ang inyong membership	233
E. Iba pang sitwasyon kung kailan mawawakasan ang inyong membership.....	233
F. Mga panuntunan sa paghiling sa inyong umalis sa aming Cal MediConnect plan batay sa anumang kadahilanang may kaugnayan sa kalusugan.....	234
G. Ang karapatan ninyong magreklamo kung wawakasan namin ang inyong membership sa aming plano.....	235
H. Paano makakakuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng inyong membership sa plano	235

Kabanata 11: Mga legal na abiso

A. Paunawa tungkol sa mga batas	238
B. Paunawa tungkol sa hindi pandiskrimina	238
C. Paunawa tungkol sa pagiging pangalawang tagapagbayad ng Medicare at sa pagiging panghuling tagapagbayad ng Medi-Cal	238

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa CareAdvantage CMC, isang planong pangkalusugan na sumasakop sa lahat ng inyong serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, at sa inyong pagiging miyembro nito. Sinasabi rin nito sa inyo kung anong aasahan at kung anong iba pang impormasyon ang makukuha ninyo mula sa CareAdvantage CMC. Makikita ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito nang sunud-sunod batay sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Welcome sa CareAdvantage CMC	17
B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal.....	17
B1. Medicare	17
B2. Medi-Cal	17
C. Mga kagandahan ng planong ito	18
D. Lugar ng serbisyo ng CareAdvantage CMC	19
E. Paano kayo nagiging kwalipikadong miyembro ng plano	19
F. Ano ang dapat asahan sa unang pagsali ninyo sa planong pangkalusugan.....	19
G. Ang Inyong Pangkat sa Pangangalaga at Plano ng Pangangalaga.....	20
G1. Pangkat ng Pangangalaga	20
G2. Plano ng Pangangalaga	21
H. Buwanang premium sa plano ng CareAdvantage CMC	21
I. Ang <i>Handbook ng Miyembro</i>	21
J. Iba pang impormasyong makukuha ninyo mula sa amin.....	21
J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro ng CareAdvantage CMC.....	22
J2. <i>Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya</i>	22
J3. <i>Listahan ng Mga Sakop na Gamot</i>	23
J4. Ang <i>Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo</i>	24

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



K. Paano pananatiliing napapanahon ang rekord ng inyong membership	24
K1. Pagkapribado ng personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information o PHI).....	25

A. Welcome sa CareAdvantage CMC

Ang CareAdvantage CMC ay isang Cal MediConnect Plan. Ang Cal MediConnect Plan ay isang organisasyong binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, tagabigay ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, tagabigay ng serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at iba pang tagabigay ng serbisyo. Mayroon din itong mga coordinator ng pangangalaga at pangkat sa pangangalaga upang tulungan kayong pamahalaan ang lahat ng inyong tagabigay ng serbisyo at serbisyo. Nagtutulungan silang lahat upang ibigay ang pangangalaga na kailangan ninyo.

Ang CareAdvantage CMC ay inaprubahan ng Estado ng California at ng Mga Center para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS) upang maibigay sa inyo ang mga serbisyo bilang bahagi ng Cal MediConnect.

Ang Cal MediConnect ay isang pagsubok na programa na magkasabay na sinusubaybayan ng California at ng pamahalaang pederal upang makapagbigay ng mas mahusay na pangangalaga sa mga taong parehong mayroong Medicare at Medi-Cal. Sa ilalim ng pagsubok na ito, gustong subukan ng pamahalaang estado at pederal ang mga bagong paraan upang mapabuti ang paraan ng inyong pagtanggap sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal

B1. Medicare

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

- Mga taong may 65 taon ang edad o mas matanda,
- Ilang taong mas bata sa 65 taon ang edad ngunit may mga tiyak na kapansanan, at
- Mga taong nasa huling yugto ng sakit sa bato (pagpalya ng bato).

B2. Medi-Cal

Ang pangalan ng programa ng Medicaid ng California ay Medi-Cal. Ang Medi-Cal ay pinapangasiwaan ng estado at ito ay binabayaran ng estado at ng pamahalaang pederal. Tumutulong ang Medi-Cal sa mga taong may mga limitadong kita at mapagkukunan ng yaman at/o tulong upang mabayaran ang Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports o LTSS) at mga gastusing medikal. Sakop nito ang mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi sakop ng Medicare.

Ang bawat estado ang magpapasya:

- kung anong ituturing na kita at mga mapagkukunan,
- sino ang magiging kwalipikado,
- anong mga serbisyo ang sakop, at
- ang gastusin para sa mga serbisyo.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Maaaring magdesisyon ang mga estado kung paano papatakbuhan ang kanilang mga programa, hangga't sumusunod sila sa mga panuntunan ng pederal na pamahalaan.

Ang Medicare at California ang nag-apruba sa CareAdvantage CMC. Makatanggap kayo ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa pamamagitan ng aming plano sa kundisyong:

- Pinili naming ipagkaloob ang plano, at
- Pinapayagan kami ng Medicare at Estado ng California na ipagpatuloy ang pagkakaloob ng planong ito.

Kahit na tumigil ang aming plano sa pagtakbo sa hinaharap, hindi maapektuhan ang inyong pagiging kwalipikado sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

C. Mga kagandahan ng planong ito

Makukuha na ninyo ngayon ang lahat ng inyong mga nasasakupang serbisyo ng Medicare at Medi-Cal mula sa CareAdvantage CMC, kabilang ang mga inireresetang gamot. **Hindi ninyo kailangan magdagdag ng bayad upang makasali sa planong pangkalusugan na ito.**

Tutulong ang CareAdvantage CMC na gumana nang mas mahusay nang magkasama ang inyong mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal at gumana nang mas mahusay para sa inyo. Kabilang sa ilang kagandahan ang:

- Magagawa ninyong makipagtulungan sa **isang** planong pangkalusugan para sa **lahat** ng inyong kinakailangan sa insurance sa kalusugan.
- Magkakaroon kayo ng isang pangkat ng pangangalaga kung saan tumulong kayo sa pagbuo. Maaaring kasama sa inyong pangkat ng pangangalaga ang inyong sarili, ang inyong tagabigay ng pangangalaga, mga doktor, mga nars, mga tagapayo, o iba pang propesyonal sa kalusugan.
- Magkakaroon kayo ng access sa isang coordinator ng pangangalaga. Ito ay isang taong makikipagtulungan sa inyo, sa CareAdvantage CMC, at sa inyong pangkat ng pangangalaga upang makatulong sa paggawa ng plano ng pangangalaga.
- Magagawa ninyong pangasiwaan ang inyong sariling pangangalaga sa pamamagitan ng tulong mula sa inyong pangkat ng pangangalaga at coordinator ng pangangalaga.
- Makikipagtulungan sa inyo ang pangkat ng pangangalaga at coordinator ng pangangalaga upang makabuo ng plano ng pangangalaga na partikular na idinisenyo upang matugunan ang inyong mga pangangailangan sa kalusugan. Tutulong ang pangkat ng pangangalaga sa pagtutugma ng mga serbisyo na kailangan ninyo. Ito ay nangangahulugan, halimbawa:
 - Sisiguraduhin ng inyong pangkat ng pangangalaga na alam ng inyong mga doktor ang tungkol sa lahat ng gamot na iniinom ninyo upang maaari nilang tiyakin na tama ang iniinom ninyong gamot, at sa gayon ay mababawasan ng inyong mga doktor ang anumang mga masamang epekto sa inyo na maaaring maidulot ng mga gamot.
 - Sisiguraduhin ng inyong pangkat ng pangangalaga na ang mga resulta ng inyong pagsusuri ay naibahagi sa lahat ng inyong doktor at ibang tagabigay ng serbisyo, kapag naaangkop.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



D. Lugar ng serbisyo ng CareAdvantage CMC

Ang aming lugar ng serbisyo ay ang San Mateo County.

Ang mga taong nakatira lang sa aming lugar ng serbisyo ang maaaring sumali sa CareAdvantage CMC.

Kung lilipat kayo sa lugar na hindi sakop ng aming serbisyo, hindi kayo maaaring manatili sa planong ito. Tingnan ang Kabanata 8, para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga epekto ng pag-alis sa aming lugar ng serbisyo. Kakailanganin ninyong makipag-ugnayan sa inyong lokal na manggagawa para sa pagiging kwalipikado sa county (county eligibility worker):

Tumawag sa **1-800-223-8383** upang makipag-ugnayan sa Ahensya ng Mga Serbisyong Pantao ng San Mateo County, na lokal na tanggapan ng Medi-Cal.

E. Paano kayo nagiging kwalipikadong miyembro ng plano

Kayo ay kwalipikado sa aming plano hangga't kayo ay:

- Nakatira sa aming lugar ng serbisyo, **at**
- 21 taong gulang at mas matanda sa panahon ng pagpapatala, **at**
- Mayroon kayong Bahagi A ng Medicare at Bahagi B ng Medicare, **at**
- Kasalukuyang kwalipikado para sa Medi-Cal, **at**
- Isang mamamayan ng United States o nasa United States ayon sa batas.

Maaaring may karagdagang panuntunan sa pagiging kwalipikado sa inyong county. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

F. Ano ang dapat asahan sa unang pagsali ninyo sa planong pangkalusugan

Sa unang pagsali ninyo sa plano, sasailalim kayo sa pagtatasa ng panganib sa kalusugan (health risk assessment o HRA) sa unang *90 araw*.

Inaatasan kaming kumpletuhin ang isang HRA para sa inyo. Ang HRA na ito ang batayan para sa pagbuo ng inyong pansariling plano ng pangangalaga (individual care plan o ICP). Kasama sa HRA ang mga tanong upang matukoy ang inyong mga pangangailangang medikal, LTSS, at pangangailangan ng kalusugan at kakayahan ng pag-uugali.

Kami ay lalapit sa inyo upang makumpleto ang HRA. Ang HRA ay maaaring makumpleto sa pamamagitan ng personal na pagbisita, pagtawag sa telepono, o pagpadala sa koreo.

Kami ay magpapadala sa inyo ng karagdagang impormasyon tungkol sa HRA na ito.



Kung bago para sa inyo ang CareAdvantage CMC, maaari ninyong ipagpatuloy sa loob ng partikular na tagal ng panahon ang pagpapatingin sa mga doktor na pinupuntahan ninyo sa kasalukuyan. Mapapanatili ninyo ang inyong mga kasalukuyang tagabigay ng serbisyo at pahintulot sa serbisyo sa panahon ng inyong pagpapatala hanggang 12 buwan kung matutugunan ang lahat ng sumusunod na kundisyon:

- Kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong tagabigay ng serbisyo ay direktang hihiling sa amin upang ipagpatuloy ang pagpapatingin sa inyong kasalukuyang tagabigay ng serbisyo.
- Mapatotohanan naming mayroon kayong kasalukuyang ugnayan sa isang pangunahin o espesyalistang tagabigay ng pangangalaga, nang may ilang pagbubukod. Kapag sinabi naming kasalukuyang ugnayan, ang ibig sabihin nito ay nagpatingin kayo sa isang tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan nang kahit isang beses lang sa loob ng 12 buwan bago ang petsa ng inyong panimulang pagpapatala sa CareAdvantage CMC.
 - Tutukuyin namin ang isang kasalukuyang ugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa inyong impormasyong pangkalusugan na mayroon kami o impormasyong ibinibigay ninyo sa amin.
 - Kami ay may 30 araw upang tumugon sa inyong kahilingan. Maaari din ninyong hilingin sa amin na gumawa ng mas mabilis na desisyon at dapat kaming tumugon sa loob ng 15 araw.
 - Dapat kayong magpakita o ang inyong tagabigay ng serbisyo ng dokumentasyon ng isang kasalukuyang ugnayan at sumang-ayon sa ilang partikular na tuntunin kapag ginawa ninyo ang kahilingan.

Tandaan: Hindi maaaring magkaroon ng ganitong kahilingan para sa mga tagapagbigay ng serbisyo ng Matitibay na Kagamitang Medikal (Durable Medical Equipment o DME), transportasyon, iba pang karagdagang serbisyo, o mga serbisyong hindi kasama sa Cal MediConnect.

Pagkatapos ng panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga, kakailanganin ninyong magpatingin sa mga doktor at iba pang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ng CareAdvantage CMC, maliban na lang kung gumawa kami ng kasunduan sa inyong doktor na wala sa samahan. Ang tagabigay ng serbisyo ng samahan ay ang tagabigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Tingnan ang Kabanata 3 para sa karagdagang impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga.

G. Ang Inyong Pangkat sa Pangangalaga at Plano ng Pangangalaga

G1. Pangkat ng Pangangalaga

Kailangan niyo ba ng tulong sa pagkuha ng pangangalagang kailangan ninyo? Matutulungan kayo ng isang pangkat ng pangangalaga. Maaaring kasama sa pangkat ng pangangalaga ang inyong doktor, coordinator ng pangangalaga, o ibang tauhang pangkalusugan na pinili ninyo.

Ang coordinator ng pangangalaga ay ang taong sinanay upang tulungan kayong pamahalaan ang pangangalaga na kailangan ninyo. Makakakuha kayo ng coordinator ng pangangalaga kapag nagpatala kayo sa CareAdvantage CMC. Ire-refer din kayo ng taong ito sa mga mapagkukunan ng tulong ng komunidad, kung hindi ibinibigay ng CareAdvantage CMC ang mga serbisyong kailangan ninyo.

Maaari ninyo kaming tawagan sa **650-616-2060** upang humiling ng pangkat sa pangangalaga.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



G2. Plano ng Pangangalaga

Ang inyong pangkat ng pangangalaga ay makikipagtulungan sa inyo upang makabuo ng isang plano ng pangangalaga. Ang isang plano ng pangangalaga ang magsasabi sa inyo at sa inyong mga doktor kung anong mga serbisyo ang kailangan ninyo, at kung paaano ninyo makukuha ang mga ito. Kasama rito ang inyong mga pangangailangang medikal, may kaugnayan sa kalusugan ng pag-uugali, at LTSS. Ang inyong plano ng pangangalaga ay gagawin para sa inyo at inyong mga pangangailangan.

Kabilang sa inyong plano ng pangangalaga ang:

- Inyong mga layunin sa pangangalagang pangkalusugan.
- Isang timeline kung kailan ninyo kukunin ang mga serbisyong kailangan ninyo.

Pagkatapos ng inyong pagtatasa ng panganib sa kalusugan, ang inyong pangkat ng pangangalaga ay makikipagkita sa inyo. Makikipag-usap sila sa inyo tungkol sa mga serbisyong kailangan ninyo. Maaari din nilang sabihin sa inyo ang tungkol sa mga serbisyong maaari ninyong isaalang-alang na kunin. Ang inyong plano ng pangangalaga ay ibabatay sa inyong mga pangangailangan. Makikipagtulungan sa inyo ang inyong pangkat ng pangangalaga upang i-update ang inyong plano ng pangangalaga ng kahit man lang taun-taon.

H. Buwanang premium sa plano ng CareAdvantage CMC

Walang buwanang premium sa plano ang CareAdvantage CMC.

I. Ang Handbook ng Miyembro

Ang *Handbook ng Miyembro* na ito ay bahagi ng aming kontrata sa inyo. Nangangahulugan itong dapat nating sundin ang lahat ng panuntunan sa dokumentong ito. Kung sa palagay ninyo ay may ginawa kaming bagay na taliwas sa mga panuntunang ito, maaari kayong maghain ng apela, o hamon, sa aming pagkilos. Para sa impormasyon tungkol sa kung paano mag-apela, tingnan ang Kabanata 9, o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Maaari kayong humingi ng *Handbook ng Miyembro* sa pamamagitan ng pagtawag sa CareAdvantage Unit sa **1-866-880-0606**. Maaari din ninyong tingnan ang *Handbook ng Miyembro* sa www.hpsm.org/careadvantage o i-download ito mula sa website na ito.

May bisa ang kontrata sa mga buwang nakatala kayo sa CareAdvantage CMC sa pagitan ng Enero 1, 2020 at Disyembre 31, 2020.

J. Iba pang impormasyong makukuha ninyo mula sa amin

Dapat ay mayroon na kayong ID Card ng Miyembro ng CareAdvantage CMC, impormasyon tungkol sa kung paano magkakaroon ng access sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, at *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro ng CareAdvantage CMC

Sa ilalim ng aming plano, magkakaroon kayo ng isang card para sa inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, kabilang ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta, ilang partikular na serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at mga inireresetang gamot. Kailangan ninyong ipakita ang card na ito kapag kumukuha kayo ng anumang mga serbisyo o iniresetang gamot. Narito ang isang halimbawa ng card upang ipakita sa inyo kung ano ang magiging hitsura ng sa inyo:

 Healthy is for everyone Member Name: Member ID: Health Plan (80840): 7740 283 982 Date of Birth: PCP Name: PCP Phone: PCP Effective Date: H7885-001	 Effective Date:  Prescription Drug Coverage RxBin 012353 RxPCN 06850000 Dental Benefits (Denti-Cal) 1-800-322-6384	In case of emergency, call 9-1-1 or seek appropriate emergency care. CareAdvantage Unit: 1-866-880-0606 (toll free) or 650-616-2174 CareAdvantage Unit TTY: 1-800-735-2929 (toll free) or 7-1-1 Behavioral Health: 1-800-686-0101 (toll free) 24-Hour Nurse Advice: 1-833-846-8773 (toll free) Website: www.hpsm.org/careadvantage Send claims to: Submit pharmacy manual claims to: Argus Health Systems Department 685 P.O. Box 419019 Kansas City, MO 64141 1-888-635-8362 Submit medical claims to: HPSM Claims Department 801 Gateway Blvd, Suite 100 South San Francisco, CA 94080 HPSM Provider Line: 650-616-2106 Toll-free: 1-833-MY-HPSM-1 (694-7761)
---	--	--

Kung masisira, mawawala, o mananakaw ang inyong card ng CareAdvantage, tawagan kaagad ang Yunit ng CareAdvantage at padadalhan namin kayo ng bagong card. Maaari ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**.

Hangga't miyembro kayo ng aming plano, hindi ninyo kailangang gamitin ang inyong pula, puti, at asul na card ng Medicare o ang inyong card ng Medi-Cal upang makakuha ng mga serbisyo ng Cal MediConnect. Itago ang mga card na iyon sa isang ligtas na lugar, kung sakaling kailanganin ninyo ang mga ito sa ibang panahon. Kung ipapakita ninyo ang inyong card ng Medicare sa halip na ang inyong ID Card ng Miyembro ng CareAdvantage CMC, maaaring singilin ng tagabigay ng serbisyo ang Medicare sa halip na ang aming plano, at maaari kayong makatanggap ng bill. Tingnan ang Kabanata 7 upang makita kung ano ang dapat gawin kung makatanggap kayo ng bill mula sa isang tagabigay ng serbisyo.

Pakitandaan, para sa mga espesyalistang serbisyo para sa kalusugan ng pag-iisip na maaari ninyong makuha mula sa plano ng kalusugan ng pag-iisip (mental health plan o MHP) ng county, kakailanganin ninyo ang inyong card ng Medi-Cal upang ma-access ang mga serbisyong iyon.

J2. Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya

Nakalista sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ang mga tagapagbigay ng serbisyo at parmasya sa network ng CareAdvantage CMC. Habang kayo ay miyembro ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga tagabigay ng serbisyo ng samahan upang makakuha ng mga nasasakupang serbisyo. Mayroong ilang pagbubukod sa unang pagkakataong sumali kayo sa aming plano (tingnan ang pahina 182).

Maaari kayong humingi ng *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* sa pamamagitan ng pagtawag sa Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**. Maaari din ninyong tingnan ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* sa www.hpsm.org/careadvantage o i-download ito mula sa website na ito.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Nakalista sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ang iba't ibang klase ng mga doktor, nars, at propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan ayon sa kanilang espesyalisasyon (halimbawa, allergy o radiology). Ipapakita sa bawat listahan ang pangunahing impormasyon tungkol sa lokasyon, mga oras, at numero ng telepono ng tagabigay ng serbisyo o parmasya, at kung tumatanggap ba ito ng mga bagong pasyente. Ipapakita rin sa mga listahan kung aling (mga) wika ang sinasalita ng isang tagabigay ng serbisyo o kawani ng parmasya bukod sa Ingles, accessibility para sa may kapansanan, kung malapit sa pampublikong sasakyan ang lokasyon, at nakatapos ng pangkulturang pagsasanay sa kahusayan.

Kahulugan ng mga tagabigay ng serbisyo ng samahan

- Kasama sa mga tagabigay ng serbisyo ng samahan ng CareAdvantage CMC ang:
 - Mga doktor, nars, at iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan na maaari ninyong puntahan bilang miyembro ng aming plano;
 - Mga klinika, ospital, pasilidad ng pangangalaga, at iba pang lugar na nagbibigay ng mga serbisyong pangkalusugan sa aming plano; at
 - LTSS, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, ahensya ng kalusugang pantahanan, supplier ng matibay na medikal na kagamitan, at iba pang nagbibigay ng mga produkto at serbisyo na makukuha ninyo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

Ang mga tagabigay ng serbisyo ng samahan ay sumang-ayon sa pagtanggap ng bayad mula sa aming plano para sa mga nasasakupang serbisyo bilang buong kabayaran.

Kahulugan ng mga parmasya ng samahan

- Ang mga parmasya ng samahan ay mga parmasya (mga tindahan ng gamot) na sumang-ayon na magpuno ng mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* upang mahanap ang parmasyang nasa network na gusto ninyong gamitin.
- Maliban kung may emergency, kailangan ninyong kunin ang inyong mga reseta sa isa sa aming mga parmasya ng samahan kung gusto ninyong tulungan kayo ng aming plano na bayaran ang mga ito.

Tumawag sa CareAdvantage Unit sa **1-866-880-0606** para sa karagdagang impormasyon. Ang Yunit ng CareAdvantage at ang website ng CareAdvantage CMC ay makapagbibigay sa inyo ng pinakanapapanahong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga parmasya at tagabigay ng serbisyo ng samahan.

J3. Listahan ng Mga Sakop na Gamot

Ang plano ay may *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*. Para maikli, tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot”. Malalaman ninyo rito kung aling mga inireresetang gamot ang sakop sa CareAdvantage CMC.

Sinasabi rin sa inyo ng Listahan ng Gamot kung mayroong anumang panuntunan o paghihigpit sa anumang gamot, tulad ng limitasyon sa dami ng makukuha ninyo. Tingnan ang Kabanata 5 para sa karagdagang impormasyon sa mga panuntunan at paghihigpit.



Bawat taon, padadalhan namin kayo ng impormasyon kung paano i-access ang Listahan ng Gamot, ngunit maaaring may maganap na ilang pagbabago sa buong taon. Upang malaman ang pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang sakop, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage o tumawag sa **1-866-880-0606**.

J4. Ang Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo

Kapag ginamit ninyo ang inyong mga benepisyo sa mga inireresetang gamot na sakop ng Bahagi D, papadalhan namin kayo ng buod na ulat upang matulungan kayo na maintindihan at masubaybayan ang mga ibinayad ninyo para sa inyong mga inireresetang gamot na sakop ng Bahagi D. Ang buod na ulat na ito ay tinatawag na *Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo* (Explanation of Benefits o EOB).

Malalaman ninyo sa *Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo* ang kabuuang halagang nagastos ninyo, o nagastos ng iba sa ngalan ninyo, para sa inyong mga inireresetang gamot na nasa Bahagi D at ang kabuuang halagang binayaran namin para sa bawat isa sa inyong mga inireresetang gamot na nasa Bahagi D sa loob ng isang buwan. May karagdagang impormasyon sa Kabanata 6 tungkol sa *Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo* at kung paano ito makakatulong sa inyo sa pagsubaybay ng inyong sakop sa gamot.

Available din ang *Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo* kapag humingi kayo nito. Upang makakuha ng kopya, mangyaring makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**.

K. Paano pananatiliing napapanahon ang rekord ng inyong membership

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

Kailangan ng mga tagabigay ng serbisyo at parmasya na nasa samahan ng plano ang tamang impormasyon tungkol sa inyo. **Ginagamit nila ang inyong rekord ng pagiging miyembro upang malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang kinukuha ninyo at magkano ang inyong gagastusin.** Dahil dito, napakahalagang matulungan ninyo kaming mapanatiling napapanahon ang inyong impormasyon.

Ipagbigay-alam sa amin ang tungkol sa mga sumusunod:

- Mga pagbabago sa inyong pangalan, inyong address, o inyong numero ng telepono
- Mga pagbabago sa anumang iba pang mga sakop ng insurance sa kalusugan, gaya ng mula sa inyong pinagtatrabahuhan, sa pinagtatrabahuhan ng inyong asawa, o bayad-pinsala ng manggagawa.
- Anumang mga claim sa pananagutan, gaya ng mga claim mula sa aksidente sa sasakyan.
- Pagpasok sa isang tahanang tagapangalaga o ospital.
- Pangangalaga sa isang ospital o emergency room.
- Mga pagbabago sa kung sino ang inyong tagabigay ng pangangalaga (o sinumang may responsibilidad sa inyo)
- Bahagi kayo o naging bahagi ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Kung magkakaroon ng anumang pagbabago sa impormasyon, mangyaring ipagbigay-alam ito sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-866-880-0606**.

K1. Pagkapribado ng personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information o PHI)

Maaaring kasama sa inyong rekord ng pagiging miyembro ang personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information o PHI). Iniaatas ng mga batas ng estado at pederal na pamahalaan na panatilihin naming pribado ang inyong PHI. Sinisigurado naming protektado ang inyong PHI. Para sa karagdagang detalye kung paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI, tingnan ang Kabanata 8.



This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at mapagkukunan ng impormasyon at tulong

Panimula

Ang kabanatang ito ay magbibigay sa inyo ng impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa mahahalagang mapagkukunan ng impormasyon na makakatulong sa inyong sagutin ang inyong mga tanong tungkol sa CareAdvantage CMC at inyong mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari niyo ring gamitin ang kabanatang ito upang makakuha ng impormasyon tungkol sa kung paano makipag-ugnayan sa inyong coordinator ng pangangalaga at iba pang maaaring magsulong sa inyong ngalan. Makikita ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito nang sunud-sunod batay sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Paano makikipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.....	29
A1. Kailan makikipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.....	29
B. Paano makikipag-ugnayan sa Tagapamahala ng inyong Kaso	32
B1. Kailan makikipag-ugnayan sa inyong Tagapamahala ng Kaso	32
C. Paano makikipag-ugnayan sa Nurse Advice Call Line.....	34
C1. Kailan makikipag-ugnayan sa Linya ng Pagpapayo ng Nars	34
D. Paano makikipag-ugnayan sa Behavioral Health Crisis Line.....	35
D1. Kailan makikipag-ugnayan sa Linya ng Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali	35
E. Paano makikipag-ugnayan sa Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP)	36
E1. Kailan makikipag-ugnayan sa HICAP	36
F. Paano makikipag-ugnayan sa Samahan para sa Pagpapaunlad ng Kalidad (Quality Improvement Organization o QIO)	37
F1. Kailan makikipag-ugnayan sa Livanta	37
G. Paano makikipag-ugnayan sa Medicare.....	38
H. Paano makikipag-ugnayan sa Medi-Cal Health Care Options.....	39
I. Paano makikipag-ugnayan sa Cal MediConnect Ombuds Program	40



J. Paano makikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Matatanda at Nasa Hustong Gulang ng County	41
K. Paano makikipag-ugnayan sa inyong Plano ng Pangangalagang May Espesyalidad sa Kalusugan ng Pag-iisip ng County, na Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (Behavioral Health and Recovery Services o BHRS) ng San Mateo County.....	42
K1. Makipag-ugnayan sa espesyalistang plano ng kalusugan ng pag-iisip ng county (BHRS) tungkol sa:.....	42
L. Paano makikipag-ugnayan sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan ng California	43
M. Iba pang mapagkukunan.....	44



A. Paano makikipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage

TUMAWAG SA	1-866-880-0606 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasaling-wika para sa mga taong hindi nakakapagsalita ng Ingles.
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 . Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pananalita. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono upang matawagan ito. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
FAX	650-616-2190
SUMULAT	CareAdvantage Unit Health Plan of San Mateo 701 Gateway Blvd., Suite 400 South San Francisco, CA 94080
WEBSITE	http://www.hpsm.org/careadvantage

A1. Kailan makikipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage

- Mga tanong tungkol sa plano
- Mga tanong tungkol sa mga claim, pagsingil o ID Card ng Miyembro

Mga desisyon sa pagkakasakop kaugnay ng inyong pangangalagang pangkalusugan

- Ang desisyon sa pagkakasakop tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan ay isang desisyon tungkol sa:
 - Ang inyong mga benepisyo at sakop na serbisyo, **o**
 - Ang halaga na babayaran namin para sa inyong mga serbisyong pangkalusugan.
- Tawagan kami kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa desisyon sa pagkakasakop tungkol sa inyong pangangalaga sa kalusugan.
- Upang matuto pa tungkol sa mga desisyon sa pagkakasakop, tingnan ang Kabanata 9

Mga apela tungkol sa inyong pangangalaga sa kalusugan

- Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na repasuhin ang isang desisyon namin tungkol sa inyong pagkakasakop at hilingin sa amin na baguhin ito kung sa inyong palagay ay nagkaroon kami ng isang pagkakamali.
- Upang matuto pa tungkol sa paghahain ng apela, tingnan ang Kabanata 9 Mga reklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
 - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o sa sinumang tagapagbigay ng serbisyo (kabilang ang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network o nasa network). Ang tagapagbigay ng serbisyo ng samahan ay ang tagapagbigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Maaari din kayong magreklamo sa amin o sa Organisasyon ng Pagpapahusay ng Kalidad tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap ninyo (tingnan ang Seksyon F sa ibaba).
 - Maaari kayong tumawag sa amin at ipaliwanag ang inyong reklamo. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**.
 - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa desisyon sa pagkakasakop tungkol sa inyong pangangalaga sa kalusugan, maaari kayong magsampa ng apela (tingnan ang seksyon sa itaas).
 - Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa CareAdvantage CMC sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online na form sa <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O kaya, maaari kayong tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** upang humingi ng tulong.
 - Maaari kayong magreklamo tungkol sa CareAdvantage CMC sa Cal MediConnect Ombuds Program sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-855-501-3077**.
 - Upang matuto pa tungkol sa pagrereklamo tungkol sa inyong pangangalaga sa kalusugan, tingnan ang Kabanata 9
- Mga desisyon sa pagkakasakop tungkol sa inyong mga gamot
 - Ang desisyon sa pagkakasakop tungkol sa inyong mga gamot ay isang desisyon tungkol sa:
 - Ang inyong mga benepisyo at sakop na gamot, o
 - Ang halaga ay babayaran namin para sa inyong mga gamot.
 - Nalalapat ito sa inyong mga gamot sa Bahagi D, mga inireresetang gamot sa Medi-Cal, at over-the-counter na gamot sa Medi-Cal.
 - Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga desisyon sa pagkakasakop hinggil sa inyong mga inireresetang gamot, tingnan ang Kabanata 9
- Mga apela tungkol sa inyong mga gamot
 - Ang apela ay isang pormal na paraan upang hilingin sa amin na baguhin ang desisyon sa pagkakasakop.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Para sa higit pang impormasyon sa pag-apela tungkol sa inyong mga inireresetang gamot, tingnan ang Kabanata 9.
- Mga reklamo tungkol sa inyong mga gamot
 - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o sa anumang parmasya. Kabilang dito ang reklamo tungkol sa inyong mga inireresetang gamot.
 - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa desisyon sa pagkakasakop tungkol sa inyong mga inireresetang gamot, maaari kayong umapela. (Tingnan ang seksyon sa itaas)
 - Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa CareAdvantage CMC sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online na form sa <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. O kaya, maaari kayong tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** upang humingi ng tulong.
 - Para sa higit pang impormasyon sa pagrereklamo tungkol sa inyong mga inireresetang gamot, tingnan ang Kabanata 9.
- Pagbabayad ng pangangalaga sa kalusugan o mga gamot na nabayaran na ninyo
 - Para sa higit pang impormasyon kung paano humiling sa amin na bayaran kayo, o upang bayaran ang isang bill na natanggap ninyo, tingnan ang Kabanata 7.
 - Kung humiling kayo sa amin na bayaran ang isang bill at tinanggihan namin ang anumang bahagi ng inyong kahilingan, maaari kayong maghain ng apela hinggil sa aming desisyon. Tingnan ang Kabanata 9 para sa karagdagang impormasyon sa mga apela.
- **Mga tanong tungkol sa inyong pagpapatala**
 - Makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage kung gusto ninyong itigil ang inyong pagiging miyembro sa aming plano o kung mayroong iba pang tanong tungkol sa pagpapatala.



B. Paano makikipag-ugnayan sa Tagapamahala ng inyong Kaso

Aktibong pinagtutugma ng Program ng Pagtutugma ng Pangangalaga ng HPSM ang mga kumplikadong pangangalaga upang makatulong sa pagpapadali ng pinakamahusay na kinalabasan batay sa klinika at ginagawa para sa aming mga miyembro. Alam ng mga kawani ng programa ang mga impormasyon tungkol sa benepisyo ng bawat miyembro at nagsisikap sila para maging madali ang paggamit ng mga benepisyong iyon sa pinakamainam na paraan.

TUMAWAG SA	650-616-2060 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasaling-wika para sa mga taong hindi nakakapagsalita ng Ingles.
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 . Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pananalita. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono upang matawagan ito. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
FAX	650-829-2060
SUMULAT	Care Coordination Unit Health Plan of San Mateo 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080
WEBSITE	http://www.hpsm.org/careadvantage

B1. Kailan makikipag-ugnayan sa inyong Tagapamahala ng Kaso

- Mga tanong tungkol sa inyong pangangalaga sa kalusugan
- Mga tanong tungkol sa pagkuha ng mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali (karamdaman sa kalusugan ng pag-iisip at pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot)
- Mga tanong tungkol sa transportasyon
- Mga tanong tungkol sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS)

Kabilang sa LTSS ang Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services o CBAS), Pagpapalano at Pamamahala ng Pangangalaga (Care Planning and Management o CPM), at Mga Pasilidad sa Pangangalaga (Nursing Facilities o NF).



Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.

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

Upang maging kwalipikado para sa LTSS, sa pangkalahatan, dapat ay 18 taong gulang kayo o mas matanda pa at dapat ay nakatala kayo sa Medi-Cal Managed Care Plan tulad ng Health Plan of San Mateo (HPSM). Paminsan-minsan maaari kayong makakuha ng tulong sa inyong pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalaga sa kalusugan at pamumuhay. Maaari kayong makakuha ng mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyo para sa Nasa Hustong Gulang na Nakabatay sa Komunidad (Community-Based Adult Services o CBAS),
- Pagpaplano at Pamamahala sa Pangangalaga (Care Planning and Management o CPM),
- Pangangalaga ng sanay na tagapag-alaga,
- Physical therapy,
- Occupational therapy,
- Speech therapy,
- Mga panlipunang serbisyo na medikal, at
- Pangangalagang pangkalusugan sa bahay.



C. Paano makikipag-ugnayan sa Nurse Advice Call Line

Ang HPSM ay nagbibigay ng 24 na oras, 7 araw bawat linggo na access sa mga serbisyo ng Linya ng Pagpapayo ng Nars (Nurse Advice Line o NAL) sa pamamagitan ng vendor nito. Ang mga serbisyo ng NAL ay nagbibigay ng access sa mga medikal na katanungan ng triage at pinapadali ang naaangkop na pagsubaybay sa pangangalaga ng tagabigay ng serbisyo ng miyembro.

TUMAWAG SA	1-833-846-8773 Libre ang tawag na ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasaling-wika para sa mga taong hindi nakakapagsalita ng Ingles.
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 . Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pananalita. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono upang matawagan ito. 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

C1. Kailan makikipag-ugnayan sa Linya ng Pagpapayo ng Nars

- Mga tanong tungkol sa inyong pangangalaga sa kalusugan



D. Paano makikipag-ugnayan sa Behavioral Health Crisis Line

Para sa tulong sa paghahanap ng mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-iisip at/o pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot para sa isang taong maaaring nakakaranas ng sakit sa pag-iisip at/o kundisyon ng pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot, o para sa isang taong inaalala mo, tumawag sa ACCESS Call Center ng Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling para sa impormasyon, isang pagtatasa at isang referral na batay sa mga pangangailangan ng indibidwal.

TUMAWAG SA	1-800-686-0101. Libre ang tawag na ito. Ang oras ng aming opisina ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasaling-wika para sa mga taong hindi nakakapagsalita ng Ingles.
TTY	1-800-943-2833. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pananalita. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono upang matawagan ito. Ang oras ng aming opisina ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

D1. Kailan makikipag-ugnayan sa Linya ng Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali

- Mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot
- Ang mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-iisip ay kinabibilangan ng pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient, serbisyo para sa pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot para sa outpatient, pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa inpatient, at bahagyang pamamalagi sa ospital.

Para sa mga tanong tungkol sa inyong mga serbisyo ng pangangalaga sa county na may espesyalidad sa kalusugan ng pag-iisip, pumunta sa pahina 42.



Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.

E. Paano makikipag-ugnayan sa Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP)

Ang Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP) ay nagbibigay ng libreng payo tungkol sa insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare. Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong at matutulungan nila kayong maunawaan ang dapat gawin upang mapangasiwaan ang inyong problema. Ang HICAP ay may mga sinanay na tagapayo sa bawat county, at libre ang mga serbisyo ng mga ito.

Ang HICAP ay hindi konektado sa alinmang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan.

TUMAWAG SA	1-800-434-0222 o 650-627-9350. Lunes hanggang Biyernes, 8:30 a.m. hanggang 4:30 p.m.
SUMULAT	1710 S. Amphlett Blvd., #100 San Mateo, CA 94402
WEBSITE	http://www.cahealthadvocates.org/hicap/san-mateo/

E1. Kailan makikipag-ugnayan sa HICAP

- Mga tanong tungkol sa inyong Cal MediConnect plan o iba pang tanong sa Medicare
 - Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong tungkol sa paglipat sa isang bagong plano at matutulungan nila kayong:
 - maintindihan ang inyong mga karapatan,
 - maintindihan ang mga mapagpipilian sa inyong plano,
 - maghain ng mga reklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan o paggamot, **at**
 - lutasin ang mga problema sa inyong mga bill.

F. Paano makikipag-ugnayan sa Samahan para sa Pagpapaunlad ng Kalidad (Quality Improvement Organization o QIO)

Ang estado natin ay mayroong organisasyong tinatawag na Livanta. Ito ay grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na tumutulong sa pagpapahusay ng kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Ang Livanta ay hindi konektado sa aming plano.

TUMAWAG SA	1-877-588-1123
TTY	1-855-877-6668 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pananalita. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Livanta BFCC-QIO Program 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
WEBSITE	http://www.livanta.com

F1. Kailan makikipag-ugnayan sa Livanta

- Mga tanong tungkol sa inyong pangangalaga sa kalusugan
 - Maaari kayong magreklamo tungkol sa pangangalagang natanggap ninyo kung:
 - mayroon kayong problema sa kalidad ng pangangalaga,
 - may palagay na masyadong maagang matatapos ang pamamalagi ninyo sa ospital, o
 - sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na tagapag-alaga, o mga serbisyo ng malawakang rehabilitasyon para sa outpatient na pasyente (comprehensive outpatient rehabilitation facility o CORF).

G. Paano makikipag-ugnayan sa Medicare

Ang Medicare ay ang programa ng insurance sa kalusugan ng pederal na pamahalaan para sa mga taong 65 taong gulang o mas matanda, ibang taong mas bata sa 65 na may mga kapansanan, at mga taong nasa huling yugto ng sakit sa bato (permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o transplant sa bato).

Ang ahensya ng pederal na pamahalaan na nangangasiwa sa Medicare ay ang Center for Medicare & Medicaid Services, o CMS.

TUMAWAG SA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY	1-877-486-2048. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pananalita. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono upang matawagan ito.
WEBSITE	http://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, tahananang tagapangalaga, doktor, ahensya ng kalusugang pantahanan, at pasilidad para sa dialysis. Kinabibilangan ito ng mga booklet na maari ninyong i-print nang direkta mula sa inyong computer. Maaari niyo ring makita ang mga kontak ng Medicare sa inyong estado sa pamamagitan ng pagpili sa “Mga Form, Tulong at Mapagkukunan ng Impormasyon” at pagkatapos ay i-click ang “Mga numero ng telepono at website.” Ang website ng Medicare ay mayroong mga sumusunod na tool upang tulungan kayong makahanap ng mga plano sa inyong lugar: Tagahanap ng Plano ng Medicare: Nagkakaloob ng naka-personalize na impormasyon tungkol sa mga plano ng Medicare para sa inireresetang gamot, mga planong pangkalusugan ng Medicare, at mga polisa ng Medigap (Medicare Supplement Insurance) sa inyong lugar. Piliin ang “Humanap ng mga plano ng kalusugan at gamot.” Kung wala kayong computer, ang inyong lokal na aklatan o ang senior center ay maaring makatulong sa inyo na bisitahin ang website na ito gamit ang computer nito. O kaya, maaari ninyong tawagan ang Medicare sa numerong nasa itaas at sabihin sa kanila ang hinahanap ninyo. Hahanapin nila ang impormasyon sa website, ipi-print ito, at ipadadala sa inyo.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



H. Paano makikipag-ugnayan sa Medi-Cal Health Care Options

Matutulungan kayo ng Medi-Cal Health Care Options kung may mga tanong kayo tungkol sa pagpili ng Cal MediConnect plan o kung mayroon kayong iba pang isyu sa pagpapatala.

TUMAWAG SA	1-844-580-7272 May mga makakausap na kinatawan ng Health Care Options mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
TTY	1-800-430-7077 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pananalita. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
WEBSITE	https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Paano makikipag-ugnayan sa Cal MediConnect Ombuds Program

Kumikilos ang Cal MediConnect Ombuds Program bilang isang tagapagsulong sa ngalan ninyo. Maaari silang sumagot ng mga tanong kung mayroon kayong problema o reklamo at makakatulong sa inyong maunawaan kung ano ang dapat gawin. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay makakatulong din sa inyong mga problema sa serbisyo o pagsingil. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay walang kaugnayan sa aming plano o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Libre ang kanilang mga serbisyo.

TUMAWAG SA	1-855-501-3077. Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
TTY	1-855-847-7914. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pananalita. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Legal Aid Society of San Mateo County 330 Twin Dolphin Drive, Suite 123 Redwood City, CA 94065
WEBSITE	http://www.healthconsumer.org

J. Paano makikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Matatanda at Nasa Hustong Gulang ng County

Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong mga benepisyo sa Mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Tahanan (In-Home Supportive Services o IHSS), makipag-ugnayan sa kagawaran ng Mga Serbisyo para sa Matatanda at Nasa Hustong Gulang ng San Mateo County.

Ibinibigay ang Mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Tahanan (In-Home Supportive Services o IHSS) sa pamamagitan ng Mga Serbisyo para sa Matatanda at Nasa Hustong Gulang ng San Mateo County. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa mga serbisyong may kaugnayan sa IHSS, tawagan ang Linya ng TIES ng Serbisyo para sa Matatanda at Nasa Hustong Gulang sa **1-800-675-8437**. Ito ang 24 na oras na linya ng pagtugon para sa impormasyon at emergency ng County ng San Mateo. I-dial ang **7-1-1** para sa California Relay Service TTY.

Maaaring kasama sa mga uri ng mga serbisyo ang pagtulong sa paghahanda ng mga pagkain, pagligo, pagsuot ng damit, paglalaba, pamimili o pagbiyahe. Maaari ding magbigay ng ilang uri ng paramedikong serbisyo, tulad ng pangangalaga ng sugat. Ang IHSS ay maaari ding magbigay ng pamproteksyong pangangasiwa para sa mga taong kailangan ang kanilang tagabigay ng serbisyo upang subaybayan sila para sa mga mapanganib na pag-uugali tulad ng paglilibot sa labas ng bahay at pakaligaw.

TUMAWAG SA	1-800-675-8437 . Libre ang tawag na ito. 24 na oras, 7 araw sa isang linggo.
TTY	I-dial ang 7-1-1
SUMULAT	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
WEBSITE	http://www.smchealth.org/services-aging-and-adult#ihss

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



K. Paano makikipag-ugnayan sa inyong Plano ng Pangangalagang May Espesyalidad sa Kalusugan ng Pag-iisip ng County, na Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (Behavioral Health and Recovery Services o BHRS) ng San Mateo County

Ang mga espesyalistang serbisyo para sa kalusugan ng pag-iisip ng Medi-Cal ay makukuha ninyo sa pamamagitan ng plano ng kalusugan ng pag-iisip (mental health plan o MHP) ng county, kung matutugunan ninyo ang mga pamantayan sa medikal na pangangailangan.

TUMAWAG SA	1-800-686-0101. Libre ang tawag na ito. Ang oras ng aming opisina ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasaling-wika para sa mga taong hindi nakakapagsalita ng Ingles.
TTY	1-800-943-2833. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pananalita. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono upang matawagan ito. Ang oras ng aming opisina ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

K1. Makipag-ugnayan sa espesyalistang plano ng kalusugan ng pag-iisip ng county (BHRS) tungkol sa:

- Mga tanong tungkol sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na ipinagkakaloob ng county.

Ang mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-iisip ay kinabibilangan ng pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient, serbisyo para sa pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot para sa outpatient, pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa inpatient, at bahagyang pamamalagi sa ospital.

L. Paano makikipag-ugnayan sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan ng California

Ang Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan ng California (California Department of Managed Health Care o DMHC) ang responsable sa pangangasiwa ng mga plano ng pangangalagang pangkalusugan. Maaaring makatulong sa inyo ang Help Center ng DMHC sa mga apela at reklamo laban sa inyong planong pangkalusugan tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal.

TUMAWAG SA	1-888-466-2219 May mga makakausap na kinatawan ng DMHC mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
TTY	1-877-688-9891 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pananalita. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang 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	http://www.hmohelp.ca.gov

M. Iba pang mapagkukunan

Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa inyong pagiging kwalipikado sa Medi-Cal, maaari kayong makipag-ugnayan sa mga sumusunod:

- Kung mayroon kayong Medi-Cal sa pamamagitan ng Ahensya ng Mga Serbisyong Pantao ng San Mateo County, dapat kayong makipag-ugnayan sa **1-800-223-8383**.
- Kung mayroon kayong Medi-Cal sa pamamagitan ng mga benepisyo ng SSI, dapat kayong makipag-ugnayan sa inyong lokal na tanggapan ng Pangasiwaan ng Segurong Panlipunan sa **1-800-772-1213**.



Kabanata 3: Paggamit sa pagkakasakop ng plano para sa inyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang sakop na serbisyo

Panimula

Ang kabanatang ito ay mayroong mga partikular na termino at panuntunang dapat ninyong malaman upang makakuha ng pangangalaga sa kalusugan at iba pang sakop na serbisyo sa CareAdvantage CMC. Nakasaad din dito ang tungkol sa inyong tagapamahala ng kaso, paano kayo makakakuha ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng mga tagapagbigay ng serbisyo at sa ilalim ng ilang partikular na espesyal na sitwasyon (kasama na ang pangangalaga mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo o parmasyang wala sa network), ano ang dapat gawin kapag direkta kayong sinisingil para sa mga serbisyong sakop ng aming plano, at ang mga panuntunan para sa pagmamay-ari ng Matibay na Kagamitang Medikal (Durable Medical Equipment o DME). Makikita ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito nang sunud-sunod batay sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa “mga serbisyo,” “mga sakop na serbisyo,” “mga tagapagbigay ng serbisyo,” at “mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network”	47
B. Mga panuntunan upang masakop ng plano ang inyong pangangalagang pangkalusugan, pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports o LTSS)	47
C. Impormasyon tungkol sa tagapamahala ng kaso ninyo	49
C1. Ano ang ginagawa ng tagapamahala ng kaso	49
C2. Paano kayo makikipag-ugnayan sa inyong tagapamahala ng kaso	49
C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong tagapamahala ng kaso	49
D. Pangangalaga mula sa mga pangunahing tagapagbigay ng serbisyong pangangalaga, espesyalista, iba pang medikal na tagapagbigay ng serbisyong nasa network, at mga medikal na tagapagbigay ng serbisyong wala sa network.....	49
D1. Pangangalaga mula sa isang pangunahing tagapagbigay ng serbisyo sa pangangalaga.....	50
D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng samahan.....	52
D3. Ano ang dapat gawin kapag umalis sa aming plano ang isang tagapagbigay ng serbisyo.....	53
D4. Paano makakakuha ng pangangalaga mula mga tagapagbigay ng serbisyo na wala sa samahan	54
E. Paano kumuha ng mga pangmatagalangserbisyo at suporta (LTSS)	54



F. Paano kumuha ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan ng pag-uugali (problema sa kalusugan ng pag-iisip at pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot).....	55
F1. Anu-anong mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ng Medi-Cal na ipinagkakaloob sa labas ng CareAdvantage CMC sa pamamagitan ng Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (BHRS) ng County ng San Mateo?	55
G. Paano kumuha ng mga serbisyo sa transportasyon.....	57
H. Paano kumuha ng mga sakop na serbisyo kapag mayroon kayong medikal na emergency o agarang pangangailangan sa pangangalaga, o sa panahon ng sakuna	57
H1. Pangangalaga kapag mayroon kayong medikal na emergency Kahulugan ng medikal na emergency	57
H2. Agarang kinakailangang pangangalaga	59
H3. Pangangalaga habang may sakuna.....	60
I. Ano ang dapat gawin kung direkta kayong sinisingil para sa mga serbisyong sakop ng aming plano	61
I1. Ano ang dapat gawin kung ang mga serbisyo ay hindi sakop ng aming plano	61
J. Pagsakop ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan kapag bahagi kayo ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....	61
J1. Kahulugan ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....	61
J2. Pagbabayad para sa mga serbisyo kapag kayo ay nasa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....	62
J3. Pag-aaral tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral	63
K. Paano masasakop ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan kapag tumatanggap kayo ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalagang pangkalusugan	63
K1. Kahulugan ng panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan	63
K2. Pagkuha ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan.....	63
L. Matibay na kagamitang medikal (DME)	64
L1. DME bilang miyembro ng aming plano	64
L2. Pagmamay-ari ng DME kapag lumipat kayo sa Original Medicare o Medicare Advantage...	65



A. Impormasyon tungkol sa “mga serbisyo,” “mga sakop na serbisyo,” “mga tagapagbigay ng serbisyo,” at “mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network”

Ang mga serbisyo ay pangangalaga sa kalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, inireresetang gamot at gamot na nabibili nang walang reseta, kagamitan, at iba pang serbisyo. Ang **mga sakop na serbisyo** ay alinman sa mga serbisyong ito na binabayaran ng aming plano. Ang sakop na pangangalaga sa kalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and support o LTSS) ay nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4.

Ang mga tagabigay ng serbisyo ay ang mga doktor, nurse, at iba pang taong nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kabilang din sa terminong mga tagapagbigay ng serbisyo ang mga ospital, mga ahensya para sa kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, medikal na kagamitan, at ilang partikular na pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS).

Ang mga tagabigay ng serbisyo ng samahan ay ang mga tagabigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Sumang-ayon ang mga tagabigay ng serbisyo na ito na tanggapin ang aming bayad bilang buong bayad. Direkta kaming sinisingil ng mga tagabigay ng serbisyo ng samahan para sa pangangalagang ibinibigay nila sa inyo. Kapag nagpatingin kayo sa tagabigay ng serbisyo ng samahan, karaniwan ay wala kayong babayaran para sa mga sakop na serbisyo.

B. Mga panuntunan upang masakop ng plano ang inyong pangangalagang pangkalusugan, pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports o LTSS)

Sakop ng CareAdvantage CMC ang lahat ng serbisyong sakop ng Medicare at Medi-Cal. Kabilang dito ang kalusugan ng pag-uugali at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS).

Sa pangkalahatan, babayaran ng CareAdvantage CMC ang mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at LTSS na kukunin ninyo kung susundin ninyo ang mga panuntunan ng plano. Upang sakupin ng aming plano:

- Ang pangangalagang kukunin ninyo ay dapat na isang **benepisyo ng plano**. Nangangahulugan itong dapat kasama ito sa Chart ng Mga Benepisyo ng plano. (Ang chart ay nasa Kabanata 4 ng handbook na ito).
- Dapat na matukoy ang pangangalaga bilang **medikal na kinakailangan**. Ang ibig sabihin namin sa medikal na kinakailangan ay ang mga serbisyong kailangan ninyo upang maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang inyong kundisyon o upang mapanatili ang kasalukuyang status ng inyong kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na nakakapagpigil sa inyong pananatili sa ospital o tahananang tagapangalaga. Nangangahulugan din ito na ang mga serbisyo, supply, o gamot ay nakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan sa medikal na kasanayan.

- Para sa mga medikal na serbisyo, dapat ay mayroong **pangunahing tagapagbigay ng pangangalaga (PCP)** na nagbilin sa inyo sa pangangalaga o nagsabi sa inyong magpatingin sa ibang doktor. Bilang miyembro ng plano, kailangan ninyong pumili ng tagabigay ng serbisyo ng samahan upang maging inyong PCP.
 - Kadalasan, ang inyong PCP ng samahan ay dapat magbigay sa inyo ng pag-apruba bago kayo maaaring magpatingin sa ibang tao na hindi inyong PCP o gumamit ng iba pang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ng plano. Tinatawag itong **referral**. Kapag hindi kayo makakuha ng pag-apruba, maaaring hindi sakupin ng CareAdvantage CMC ang mga serbisyo. Hindi ninyo kailangan ng referral upang magpatingin sa ilang partikular na espesyalista, gaya ng mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan. Upang matuto pa tungkol sa mga referral, tingnan ang pahina 50.
 - Hindi ninyo kailangan ng referral mula sa inyong PCP para sa pangangalagang pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga o upang magpatingin sa isang tagabigay ng serbisyo para sa kalusugan ng kababaihan. Maaari kayong kumuha ng ibang uri ng pangangalaga nang walang referral mula sa inyong PCP. Upang matuto pa tungkol dito, tingnan ang pahina 50.
 - Upang matuto pa tungkol sa pagpili ng PCP, tingnan ang pahina 50.
- **Dapat ninyong kunin ang inyong pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo ng samahan.** Sa karaniwan, hindi sasakupin ng plano ang pangangalaga mula sa isang tagabigay ng serbisyo na hindi nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Narito ang ilang kaso kung kailan hindi nalalapat ang panuntunang ito:
 - Sinasakop ng plano ang pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga mula sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Upang matuto nang higit pa at malaman kung ano ang ibig sabihin ng pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga, tingnan ang Seksyon H, pahina 57.
 - Kung kailangan ninyo ng pangangalaga na sakop ng aming plano at hindi ito maibibigay sa inyo ng aming mga tagabigay ng serbisyo ng samahan, maaari ninyong kunin ang pangangalaga mula sa tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan. Sa ganitong sitwasyon, sasakupin namin ang pangangalaga na parang ipinagkaloob ito sa inyo ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Upang matuto tungkol sa pagkuha ng pag-apruba upang magpatingin sa isang tagabigay ng serbisyong wala sa samahan, tingnan ang Seksyon D, pahina 49.
 - Sinasakop ng plano ang mga serbisyo para sa dialysis ng bato kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng plano sa loob ng maikling panahon. Makukuha ninyo ang mga serbisyong ito sa isang Medicare- certified na pasilidad para sa dialysis.

- Sa kauna-unahan ninyong pagsali sa plano, maaari ninyong hilingin na ipagpatuloy ang pagpapatingin sa inyong mga kasalukuyang tagabigay ng serbisyo. Maliban sa ilang pagbubukod, inaatasan kaming aprubahan ang kahilingang ito kung mapapatunayan namin na dati na kayong sineserbisyuhan ng mga tagapagbigay ng serbisyong iyon (tingnan ang Kabanata 1, pahina 15. Kung maaaprubahan namin ang inyong kahilingan, maaari kayong patuloy na magpatingin sa mga tagapagbigay ng serbisyong pinupuntahan ninyo sa ngayon sa loob ng hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyon, makikipag-ugnayan sa inyo ang tagapamahala ng kaso ninyo upang matulungan kayong maghanap ng mga tagapagbigay ng mga serbisyong nasa aming network. Pagkalipas ng 12 buwan, hindi na namin sasakupin ang inyong pangangalaga kung patuloy kayong magpatingin sa mga tagabigay ng serbisyo na wala sa aming samahan.

C. Impormasyon tungkol sa tagapamahala ng kaso ninyo

Aktibong pinagtutugma ng Program ng Pagtutugma ng Pangangalaga ng HPSM ang mga kumplikadong pangangalaga upang makatulong sa pagpapadali ng pinakamahusay na kinalabasan batay sa klinika at ginagawa para sa aming mga miyembro. Alam ng mga kawani ng programa ang mga impormasyon tungkol sa benepisyo ng bawat miyembro at nagsisikap sila para maging madali ang paggamit ng mga benepisyong iyon sa pinakamainam na paraan.

C1. Ano ang ginagawa ng tagapamahala ng kaso

Ang tagapamahala ng kaso ay isang clinician o iba pang sinanay na taong nagtatrabaho para sa aming plano na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo ng pagkoordinang pangangalaga.

C2. Paano kayo makikipag-ugnayan sa inyong tagapamahala ng kaso

- Maaari kayong tumawag sa **650-616-2060**. Ang oras ng aming opisina ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
- Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **1-800-735-2929** o mag-dial ng **7-1-1**. Libre ang tawag na ito.
- Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasaling-wika para sa mga taong hindi nakakapagsalita ng Ingles.

C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong tagapamahala ng kaso

- Maaari kayong tumawag sa **1-866-880-0606** upang humiling na palitan ang inyong Tagapamahala ng Kaso.

D. Pangangalaga mula sa mga pangunahing tagapagbigay ng serbisyong pangangalaga, espesyalista, iba pang medikal na tagapagbigay ng serbisyong nasa network, at mga medikal na tagapagbigay ng serbisyong wala sa network

D1. Pangangalaga mula sa isang pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga

Kailangan ninyong pumili ng pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga (primary care provider o PCP) na magbibigay at mamahala sa inyong pangangalaga.

Kahulugan ng isang “PCP,” at ano ang ginagawa ng isang PCP para sa inyo

Kapag kayo ay naging miyembro ng CareAdvantage CMC, inaasahang kayo ay pipili ng tagabigay ng serbisyo ng plano na kinontrata upang maging inyong PCP. Ang inyong PCP ay isang pediatrician, isang general practitioner, isang family practitioner, isang internist, o sa ilang sitwasyon, isang OB/GYN doctor, nurse practitioner, o assistant ng doktor, na nakatutugon sa mga kinakailangan ng estado at sinanay upang makapagbigay sa inyo ng pangunahing pangangalagang medikal. Gaya ng ipinaliwanag namin sa ibaba, kukunin ninyo ang inyong karaniwan o pangunahing pangangalaga mula sa inyong PCP. Patuloy ding aayusin ng inyong PCP ang iba pang mga sakop na serbisyo na inyong makukuha bilang miyembro ng CareAdvantage CMC. Ang inyong PCP ay ang magbibigay ng halos lahat ng inyong pangangalaga at tutulong sa inyo na ayusin ang iba pang mga sakop na serbisyo na inyong makukuha bilang miyembro ng CareAdvantage CMC. Kabilang dito ang:

- Mga x-ray
- Mga eksaminasyon sa laboratoryo
- Mga therapy
- Pangangalaga mula sa mga doktor na mga espesyalista
- Mga pagpapaospital, at
- Pagsubaybay na pangangalaga

Ang "pagsasaayos" sa inyong mga serbisyo ay kinabibilangan ng pagtitingin o pagkokonsulta sa ibang mga tagabigay ng serbisyo ng CareAdvantage CMC tungkol sa inyong pangangalaga at kung ano na ang nangyayari sa mga ito. Dagdag pa rito, may mga espesyal na programa at serbisyo sa CareAdvantage CMC na maaaring angkop para sa inyo. Ang inyong CareAdvantage CMC PCP ang pinakamahusay na makakaalam kung dapat bang irekomenda sa inyo ang mga programang ito o hindi. Ang pagsasaayos ng inyong pangangalaga, at pangangalaga sa inyo kapag kayo ay may sakit o mahusay ang pakiramdam ay bahagi ng pagbibigay ng pangangalagang nakatuon sa pasyente sa isang “medikal na tahanan.” Ito ang gusto naming ipagkaloob sa bawat miyembro ng CareAdvantage CMC. Sa ilang kaso, maaaring kailanganing kumuha ng inyong PCP ng paunang awtorisasyon (paunang pag-apruba) mula sa amin para sa ilang serbisyo. Dahil ang inyong PCP ang magbibigay at mag-aayos ng inyong pangangalagang medikal, kailangan ninyong ipadala ang lahat ng nakalipas ninyong mga medikal na rekord sa tanggapan ng inyong PCP. Ang Kabanata 8 ay magsasabi sa inyo kung paano namin poprotektahan ang pagiging pribado ng inyong mga medikal na rekord at ang personal na impormasyong pangkalusugan.

Ang inyong pagpipilian sa PCP

Maaari ninyong piliin ang PCP kung saan kayo kasalukuyang nagpapatingin kung makita ninyo ang kanyang pangalan sa Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo. Maaari din kayong pumili ng bagong tagabigay ng serbisyo mula sa Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo. Ang Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo ay may nakatutulong na impormasyon tungkol sa bawat tagabigay ng serbisyo at mga tanggapan at klinika kung saan sila nagtatrabaho. Upang makatanggap ng karagdagang impormasyon upang makatulong sa inyo na makapili ng PCP, maaari ninyong tawagan ang tanggapan ng tagabigay ng serbisyo. Kung may partikular na ospital na gusto ninyong gamitin, tiyakin munang nasa ospital na iyon ang inyong PCP. Ang CareAdvantage Navigator, isang kinatawan ng Yunit ng CareAdvantage, ay makapagbibigay rin sa inyo ng impormasyong nakatutulong sa inyo na makapili ng PCP. Ang pangalan at numero ng telepono ng tanggapan ng inyong PCP ay naka-print sa inyong ID Card ng CareAdvantage CMC. Maaari ninyong palitan ang inyong PCP ayon sa ipapaliwanag sa ibang bahagi ng seksyong ito.

Opsyong palitan ang inyong PCP

Maaari ninyong palitan ang inyong PCP sa anumang dahilan, anumang oras. Posible ring umalis ang inyong PCP sa samahan ng aming plano. Kung ang inyong PCP ay umalis sa samahan ng aming plano, matutulungan namin kayong humanap ng bagong PCP na nasa loob ng samahan ng aming plano kung umalis sa aming samahan ang samahang kinabibilangan ninyo ngayon.

Upang palitan ang inyong PCP, tumawag sa Yunit ng CareAdvantage. Magsusuri ang CareAdvantage Navigator upang makatiyak na tumatanggap ng mga bagong pasyente ang PCP na gusto ninyong lipatan. Ang pagpapalit ng PCP ay magiging epektibo sa unang araw ng susunod na buwan. Kung kayo ay tatawag, siguraduhing sabihin sa CareAdvantage Navigator kung kayo ay nagpapatingin sa mga espesyalista o tumatanggap ng iba pang sakop na serbisyong nangangailangan ng pag-apruba ng inyong PCP (gaya ng mga serbisyo sa pantahanang pangkalusugan at matibay na kagamitang medikal). Tutulong ang CareAdvantage Navigator na tiyaking maipagpapatuloy ninyo ang espesyal na pangangalaga at iba pang serbisyong natatanggap ninyo kapag pinalitan ninyo ang inyong PCP. Magsusuri din sila upang makatiyak na ang PCP na gusto ninyong lipatan ay tumatanggap ng mga bagong pasyente. Kung ang PCP ay hindi tumatanggap ng mga bagong pasyente, dapat ninyong tawagan ang PCP at tanungin kung tatanggapin kayo ng PCP. Babaguhin ng Yunit ng CareAdvantage ang inyong talaan ng pagiging miyembro upang maipakita ang pangalan ng inyong bagong PCP at sasabihin sa inyo kung kailan magkakaroon ng bisa ang paglipat sa inyong bagong PCP. Padadalhan din namin kayo ng bagong ID Card ng CareAdvantage CMC na nagpapakita ng pangalan at numero ng telepono ng inyong bagong PCP.

Ang mga serbisyo na maaari ninyong makuha nang hindi kinakailangang kumuha muna ng pag-apruba mula sa inyong PCP

Kadalasan, kakailanganin ninyo ng pahintulot mula sa inyong PCP bago magpatingin sa iba pang mga tagabigay ng serbisyo. Ang pag-apruba ito ay tinatawag na **referral**. Makukuha ninyo ang mga serbisyo na nakalista sa ibaba kahit hindi kayo kumuha muna ng pahintulot mula sa inyong PCP:

- Mga serbisyong pang-emergency mula sa mga tagabigay ng serbisyo ng samahan o tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan.
- Agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo ng samahan.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan kapag hindi kayo makapunta sa mga tagabigay ng serbisyo ng samahan (halimbawa, kapag kayo ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plano).
- Mga serbisyo ng dialysis sa bato na inyong nakukuha sa isang pasilidad ng dialysis na sertipikado ng Medicare kung kayo ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plano. (Pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage bago kayo umalis sa lugar ng serbisyo. Matutulungan naming kayong kumuha ng dialysis habang kayo ay nasa ibang lugar.)
- Mga bakuna para sa trangkaso, pagbabakuna para sa hepatitis B, at pagbabakuna para sa pulmonya hangga't kukunin ninyo ang mga ito mula sa isang tagabigay ng serbisyo ng samahan.
- Mga serbisyo para sa karaniwang pangangalaga sa kalusugan ng kababaihan at pagpapalano ng pamilya. Kabilang dito ang mga pagsusuri sa suso, screening mammogram (mga x-ray ng suso), Pap test, at pelvic exam hangga't matatanggap ninyo ang mga ito mula sa isang tagabigay ng serbisyo ng samahan.
- Bukod pa rito, kung kwalipikado kayong makatanggap ng mga serbisyo mula sa mga Indian na tagabigay ng serbisyo sa kalusugan, maaari kayong magpatingin sa mga tagabigay ng serbisyong ito nang walang referral.
- Mga serbisyo ng pangangalaga sa paa na ipinapagkaloob ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network
- Acupuncture na ipinapagkaloob ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network
- Mga pagsusuri sa paningin na ipinapagkaloob ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network
- Mga pagsusuri sa pandinig na ipinapagkaloob ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network
- Mga serbisyong chiropractic para sa pagsasaayos ng gulugod upang maiwasto ang pagkakahanay nito na isinasagawa ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network

D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang tagabigay ng serbisyo ng samahan

Ang dalubhasa ay isang doktor na nagkakaloob ng pangangalaga sa kalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan. Maraming uri ng mga espesyalista. Narito ang ilang halimbawa:

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

Para sa ilang uri ng mga referral, maaaring kailangan ng inyong PCP na magpaaprubang maaga sa CareAdvantage CMC (tinatawag itong pagkuha ng “paunang pahintulot”). Mangyaring pumunta sa Kabanata 4, pahina 69 para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang pahintulot.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Dahil nariyan ang inyong PCP upang pangalagaan ang inyong pangkalahatang kalusugan, dapat ay alam niya ang lahat ng inyong alalahanin sa kalusugan. Iyon ang dahilan kaya lubos naming inirerekomendang makipag-usap kayo sa inyong PCP bago kayo pumunta sa isang espesyalista. May ilang serbisyo na maaari ninyong matanggap anumang oras nang walang nakasulat na referral.

Ipinaliwanag namin ito dati sa Seksyon D. Kung gusto ng espesyalista na bumalik kayo para sa higit pang pangangalaga, tiyakin muna sa inyong PCP na gusto ng inyong PCP na magsagawa kayo ng higit pang pagpapatingin sa espesyalista.

Kung gusto ninyong gumamit ng mga partikular na espesyalista, alamin kung nagpapadala ang inyong PCP ng mga pasyente sa mga espesyalistang iyon. Ang bawat PCP ng plano ay may mga partikular na espesyalista na kanilang ginagamit para sa mga referral. Nangangahulugan ito na ang PCP na maaari ninyong piliin ang maaaring tumukoy ng mga espesyalistang pupuntuhan ninyo. Sa pangkalahatan, maaari ninyong palitan ang inyong PCP anumang oras kung gusto ninyong magpatingin sa isang espesyalista sa Plano kung saan hindi kayo inire-refer ng inyong kasalukuyang PCP. Sa ibang bahagi ng seksyong ito, sa ilalim ng “Paano kayo makakalipat sa ibang PCP,” sasabihin namin sa inyo kung paano papalitan ang inyong PCP. Kung mayroong mga partikular na ospital na gusto ninyong gamitin, kailangan ninyo munang alamin kung ginagamit ng inyong PCP ang mga ospital na ito.

D3. Ano ang dapat gawin kapag umalis sa aming plano ang isang tagabigay ng serbisyo

Maaaring umalis sa aming plano ang isang tagabigay ng serbisyo ng samahan kung saan kayo nagpapatingin. Kung aalis sa aming plano ang isa sa inyong mga tagabigay ng serbisyo, mayroon kayong ilang karapatan at proteksyon na nakabuod sa ibaba:

- Kahit na maaaring magbago ang mga tagabigay ng serbisyo ng aming samahan sa loob ng taon, kailangan naming makapagbigay sa inyo ng walang tigil na access sa mga kwalipikadong tagabigay ng serbisyo.
- Magsusumikap kami nang walang masamang layunin na bigyan kayo ng hindi bababa sa 30 araw na abiso upang magkaroon kayo ng panahon na pumili ng bagong tagabigay ng serbisyo.
- Tutulungan namin kayo sa pagpili ng bagong kwalipikadong tagabigay ng serbisyo upang maipagpatuloy ang pamamahala ng inyong pangangailangan sa pangangalaga sa kalusugan.
- Kung kayo ay sumasailalim sa medikal na paggamot mayroon kayong karapatang humiling na hindi mahihinto ang tinatanggap ninyong medikal na kinakailangang paggamot at makikipagtulungan kami sa inyo upang matiyak ito.
- Kung naniniwala kayong hindi kami nakapagbigay sa inyo ng kwalipikadong tagabigay ng serbisyo bilang pamalit sa dati ninyong tagabigay ng serbisyo o hindi angkop ang pamamahala sa inyong pangangalaga, mayroon kayong karapatan maghain ng apela sa aming desisyon.

Kung nalaman ninyo na aalis sa aming plano ang isa sa inyong tagabigay ng serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa amin upang matulungan namin kayo sa paghanap ng bagong tagabigay ng serbisyo at sa pamamahala ng inyong pangangalaga. Maaari kayong tumawag sa Yunit ng CareAdvantage para humingi ng tulong sa **1-866-880-0606**.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



D4. Paano makakakuha ng pangangalaga mula mga tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan

Maaari kayong i-refer ng inyong PCP sa isang tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan kapag ang inyong mga pangangailangang medikal ay hindi matutugunan sa pamamagitan ng tagabigay ng serbisyo ng samahan ng CareAdvantage CMC. Sa ilang kaso, kakailanganin ng inyong PCP na kumuha ng awtorisasyon mula sa CareAdvantage CMC. Ang inyong PCP ay maaaring humiling ng awtorisasyon mula sa HPSM sa pamamagitan ng pagkumpleto ng Form ng Kahilingan ng Awtorisasyon para sa Pagpapagamot at i-fax ito sa HPSM.

Para sa mga referral sa labas ng samahan, ang inyong PCP ay maaaring magsumite ng Form ng Kahilingan ng Awtorisasyon at i-fax ito sa HPSM.

Kung pupunta kayo sa isang tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan, dapat ay kwalipikado ang tagabigay ng serbisyo na lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.

- Hindi namin mababayaran ang tagabigay ng serbisyo na hindi kwalipikadong lumahok sa Medicare at/o Medi-Cal.
- Kung pupunta kayo sa isang tagabigay ng serbisyo na hindi kwalipikadong lumahok sa Medicare, kailangan ninyong bayaran ang buong gastusin sa mga serbisyong kukunin ninyo.
- Kailangan sabihin sa inyo ng tagabigay ng serbisyo kung hindi sila kwalipikadong lumahok sa Medicare.

E. Paano kumuha ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS)

Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports o LTSS) ay kinabibilangan ng Mga Serbisyo para sa Nasa Hustong Gulang na Nakabatay sa Komunidad (Community-Based Adult Services o CBAS), Pagpaplano at Pamamahala sa Pangangalaga (Care Planning and Management o CPM), at Mga Pasilidad ng Pangangalaga (Nursing Facility o NF). Ang mga serbisyo ay maaaring maganap sa inyong tahanan, komunidad, o sa pasilidad. Inilalarawan ang iba't ibang uri ng LTSS sa ibaba:

- **Mga Serbisyo sa Komunidad para sa Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services o CBAS):** Programang serbisyo sa pasilidad para sa outpatient na naghahatid ng may-kasanayang pangangalaga, mga serbisyong panlipunan, occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta ng pamilya/tagapag-alaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang serbisyo kung makakatugon kayo sa mga naaangkop na pamantayan sa pagiging kwalipikado.
- **Pagpaplano at Pamamahala sa Pangangalaga (Care Planning and Management o CPM):** Isang programang partikular sa California na nagbibigay ng Mga Serbisyong Nakabase sa Tahanan at sa Komunidad (Home and Community-Based Services o HCBS) sa matatandang kliyente na mahina na ang katawan at maaari nang mamalagi sa pasilidad ng pangangalaga ngunit mas gustong manirahan sa komunidad.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Ang mga indibidwal na kwalipikado sa Medi-Cal na 65 taong gulang o mas matanda pa na may mga kapansanan ay maaring maging kwalipikado para sa programang ito. Ang programang ito ay isang alternatibo sa paglalagay sa pasilidad ng pangangalaga.
- Ang mga serbisyo ng MSSP ay maaaring kinabibilangan ng ngunit hindi limitado sa: Pang-nasa Hustong Gulang na Day Care/ Support Center, tulong sa pabahay gaya ng mga pisikal na pag-angkop at mga pantulong na device, tulong sa gawaing-bahay at personal na pangangalaga, pamamahala sa proteksyon, pamamahala sa pangangalaga, at iba pang uri ng mga serbisyo.
- **Pasilidad ng Pangangalaga (Nursing Facility o NF):** Isang pasilidad na nangangalaga sa mga taong posibleng manganib kung nasa bahay lang pero hindi kailangang mamalagi sa ospital.

Tutulungan kayo ng inyong tagapamahala ng kaso na maunawaan ang bawat programa. Upang matuto pa tungkol sa alinman sa mga programang ito, maaari kayong tumawag sa **650-616-2060**. Ang oras mula Lunes hanggang Biyernes ay 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**. Libre ang tawag na ito. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasaling-wika para sa mga taong hindi nakakapagsalita ng Ingles.

F. Paano kumuha ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan ng pag-uugali (problema sa kalusugan ng pag-iisip at pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot)

Magkakaroon kayo ng access sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na medikal na kinakailangan na sakop ng Medicare at Medi-Cal. Ang CareAdvantage CMC ay nagpapakaloob ng paggamit ng mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sakop ng Medicare. Hindi ibinibigay ng CareAdvantage CMC ang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na sakop ng Medi-Cal, ngunit magagamit ito ng mga kwalipikadong miyembro ng CareAdvantage CMC sa pamamagitan ng Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (Behavioral Health and Recovery Services o BHRS) ng San Mateo County.

Maaari kayong tumawag sa BHRS ACCESS Call Center sa **1-800-686-0101** (TDD: **1-800-943-2833**) para sa karagdagang impormasyon. Ang oras ng aming opisina ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

F1. Anu-anong mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ng Medi-Cal na ipinagkakaloob sa labas ng CareAdvantage CMC sa pamamagitan ng Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (BHRS) ng County ng San Mateo?

Ang mga espesyalistang serbisyo para sa kalusugan ng pag-iisip ng Medi-Cal ay makukuha ninyo sa pamamagitan ng plano ng kalusugan ng pag-iisip (mental health plan o MHP) ng county kung matutugunan ninyo ang mga pamantayan sa pagiging medikal na kinakailangan ng mga espesyalistang serbisyo para sa kalusugan ng pag-iisip. Kabilang sa mga espesyalistang serbisyo para sa kalusugan ng pag-iisip ng Medi-Cal na ibinibigay ng BHRS ang:

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip (pagtasa, therapy, rehabilitasyon, collateral, at pagbuo ng plano)
- Mga serbisyo para sa pagsuporta sa paggamot
- Pang-araw na masidhing paggamot
- Pang-araw na rehabilitasyon
- Pamamagitan kapag may krisis
- Pagpapatatag ng krisis
- Mga serbisyo ng pantahanang paggamot para sa adulto
- Mga serbisyo ng pantahanang paggamot sa panahon ng krisis
- Mga serbisyong psychiatric sa pasilidad ng kalusugan
- Mga serbisyong psychiatric para sa pasyenteng naoospital
- Nakatuong pamamahala sa kaso

Ang mga serbisyo ng Drug Medi-Cal ay makukuha ninyo sa pamamagitan ng BHRS kung matugunan ninyo ang mga pamantayan sa pagiging medikal na kinakailangan ng Drug Medi-Cal. Kabilang sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na ibinibigay ng BHRS ang:

- Mga serbisyo para sa masidhing paggamot sa mga outpatient
- Mga serbisyo ng pantahanang paggamot
- Mga serbisyo sa paggamot sa pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot para sa outpatient
- Mga serbisyo sa paggamot sa pag-abuso ng narkotiko
- Mga serbisyo ng naltrexone para sa mga taong nalulong sa opyo

Maliban sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na nakasaad sa itaas, maaari kayong makakuha ng serbisyo para sa boluntaryong pagtatanggal ng lason sa katawan para sa inpatient kung matugunan ninyo ang mga pamantayan para sa medikal na pangangailangan.

Maaari kayong tumawag sa BHRS ACCESS Call Center sa **1-800-686-0101** (TDD: **1-800-943-2833**) para sa karagdagang impormasyon. Ang oras ng aming opisina ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

Dapat kayong makipag-ugnayan sa BHRS ACCESS Call Center kung kailangan ninyo ng tulong sa pagkuha ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali. Responsable ang BHRS sa pagtukoy ng medikal na pangangailangan ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at tutulong sa pag-refer sa inyo sa tagabigay ng serbisyo na kailangan ninyo upang makatanggap ng pangangalaga sa kalusugan ng pag-uugali.



Kung may problema kayo sa tagapagbigay ng serbisyo ng BHRS, maaari kayong makipag-ugnayan sa BHRS ACCESS Call Center sa numerong nakasaad sa itaas, O KAYA maaari kayong tumawag sa CareAdvantage Unit sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. upang maghain ng karaingan.

G. Paano kumuha ng mga serbisyo sa transportasyon

Mayroon kayong mga walang limitasyong biyahe sa pamamagitan ng taxi patungo sa mga hindi pang-emergency na serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan, gaya ng mga pagpapatingin sa doktor, atbp. Pakitandaan na ang mga pagsakay na ito ay para lang sa mga serbisyong pangkalusugan at hindi para sa mga pagsakay sa ibang kadahilanan gaya ng pamimili o pagbisita sa mga kaibigan.

May mga nalalapat na limitasyon at ang mga biyaheng ito ay dapat na pahintulutan ng vendor na kinontrata ng HPSM, ang American Logistics Company (ALC) sa loob ng kahit dalawang (2) araw ng negosyo lang bago ang inyong appointment o serbisyo. Tawagan ang ALC sa **1-877-356-1080**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1**.

Maaaring magbayad ang Medi-Cal para sa medikal na kinakailangang hindi pang-emergency na transportasyon (non-emergency transportation o NEMT) kung hindi posible ang transportasyon sa ordinaryong pampubliko o pribadong sasakyan dahil sa inyong kundisyong medikal at pisikal. Kabilang sa ganoong hindi pang-emergency na medikal na transportasyon ang: mga medikal na serbisyong pang-transportasyon sa ambulansya, litter van, at wheelchair van. Sa batas, ang pinakamababang halaga ng serbisyo na makatutugon sa inyong pangangailangang medikal ay ang uri ng serbisyo ng transportasyon na maaaring pahintulutan ng CareAdvantage CMC.

Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**.

H. Paano kumuha ng mga sakop na serbisyo kapag mayroon kayong medikal na emergency o agarang pangangailangan sa pangangalaga, o sa panahon ng sakuna

H1. Pangangalaga kapag mayroon kayong medikal na emergency

Kahulugan ng medikal na emergency

Ang medikal na emergency ay isang kundisyong medikal na may mga sintomas gaya ng matinding pananakit o malubhang pinsala. Ang kundisyon ay napakalubha na, kung hindi ito mabigyan ng agarang medikal na pansin, alam ninyo o ng sinumang taong may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina na ito ay maaaring magresulta sa:

- Malubhang peligro sa inyong kalusugan o sa sanggol na nasa sinapupunan ninyo; **o kaya**
- Malubhang pinsala sa mga kakayahan ng katawan; **o kaya**
- Malubhang dysfunction ng anumang organo o parte ng katawan; **o kaya**
- Sa kaso ng buntis na babaeng humihilab na ang tiyan, kapag:

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- o walang sapat na oras upang ligtas kayong mailipat sa ibang ospital bago lumabas ang sanggol.
- o ang paglilipat sa ibang ospital ay maaaring maging banta sa inyong kalusugan o kaligtasan o sa inyong hindi pa isinisilang na anak.

Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong medikal na emergency

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 ambulansya kung kailangan ninyo ito. **Hindi** ninyo kailangang kumuha muna ng pag-apruba o referral mula sa inyong PCP.
- **Tiyaking sabihin ninyo sa aming plano ang tungkol sa inyong emergency sa lalong madaling panahon.** Kailangan naming i-follow up ang inyong pang-emergency na pangangalaga. Dapat kayong tumawag o may isang tao dapat na tumawag para sabihin sa amin ang tungkol sa inyong emergency na pangangalaga, na karaniwang sa loob ng 48 oras. Gayunpaman, hindi ninyo kailangang magbayad para sa mga pang-emergency na serbisyo dahil sa pagkaantala ng pagsasabi sa amin. Ang numero ng telepono ng inyong PCP ay nasa harapan ng inyong ID card ng CareAdvantage CMC.

Mga sakop na serbisyo sa isang medikal na emergency

Maaari kayong kumuha ng sakop na pang-emergency na pangangalaga sa tuwing kakailanganin ninyo ito, kahit saan sa Estados Unidos o mga teritoryo nito. Kung kailangan ninyo ng ambulansya upang makapunta sa emergency room, sakop ito ng aming plano. Upang matuto pa, tingnan ang Chart ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4.

Ang Medicare ay hindi nagkakaloob ng sakop para sa medikal na pang-emergency na pangangalaga sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito. Sasakupin ng Medi-Cal ang mga emergency sa Mexico at Canada. Sasakupin lang kayo kung kailangan ninyo ng emergency na serbisyo at kailangang maipasok sa ospital sa Canada o Mexico. Kung kayo ay nagbayad para sa mga emergency na serbisyo na kinakailangan ang pakakaospital sa Canada o Mexico, babayaran lang ng HPSM ang pinapahintulatang halaga ng Medi-Cal na maaaring mas maliit kaysa sa tunay ninyong binayaran.

Pagkatapos ng emergency, maaaring kailanganin ninyo ng follow-up na pangangalaga upang makasiguradong gagaling kayo. Sasakupin namin ang inyong follow-up na pangangalaga. Kung kinuha ninyo ang inyong pang-emergency na pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan, susubukan naming makakuha ng mga tagabigay ng serbisyo ng samahan na magpapatuloy sa inyong pangangalaga sa lalong madaling panahon.

Kapag nagamot na ang inyong pang-emergency na medikal na kundisyon sa isang ospital at wala nang emergency dahil nagamot na ang inyong kundisyon, maaaring hilingin sa inyo ng doktor na gumagamot sa inyo na manatili kayo sa ospital nang mas matagal pa bago kayo ligtas na makakaalis sa ospital. Kapag na-stabilize na kayo mula sa emergency na sitwasyon, ang mga serbisyong matatanggap ninyo sa panahong ito ay tinatawag na “mga serbisyo pagkatapos ma-stabilize.”

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Kung wala sa network ng CareAdvantage CMC ang ospital kung saan kayo tumanggap ng mga pang-emergency na serbisyo, makikipag-ugnayan sa amin ang hindi nakakontratang ospital upang ipaapruba ang pangangalaga sa inyo pagkatapos ma-stabilize sa hindi nakakontratang ospital. Mahalagang dala ninyo palagi ang inyong ID Card ng CareAdvantage CMC upang makaugnayan kami ng hindi kinontratang ospital. Kung hindi alam ng hindi kinontratang ospital na kayo ay isang miyembro ng CareAdvantage CMC, maaari kayong makatanggap ng nakasulat na abiso hinggil sa bayad.

Kung kayo ay ligtas na maililipat mula sa isang ospital na nasa samahan, kokonsulta kami sa inyong doktor upang ayusin at magbayad upang mailipat kayo mula sa hindi nakakontratang ospital papunta sa isang ospital o pasilidad ng pangangalaga na nasa samahan ng CareAdvantage CMC.

Kung kami ay magpasya na ang isang ospital o pasilidad ng pangangalaga na nasa samahan ay makakapagkaloob ng pag-aalaga na inyong kinakailangan at kayo ay hindi sumasang-ayon sa paglipat, ang hindi nakakontratang ospital ay maaaring magbigay sa inyo ng nakasulat na abiso na naglalahad na kailangan ninyong bayaran ang lahat ng serbisyo pagkatapos mapatatag ang kalagayan na ipinagkaloob sa inyo sa hindi nakakontratang ospital makalipas na ang emergency na kundisyon ay napatatag.

Maaaring hindi bayaran ng CareAdvantage CMC ang mga hindi awtorisadong pag-aalaga pagkatapos mapatatag ang kalagayan o kaugnay na transportasyon na ipinagkaloob ng hindi nakakontratang ospital at mga tagabigay ng serbisyo.

Pagkuha ng pang-emergency na pangangalaga kung hindi ito isang emergency

Minsan, maaaring mahirap malaman kung kayo ay may medikal na emergency o emergency sa kalusugan ng pag-uugali. Maaaring pumunta kayo para sa pang-emergency na pangangalaga at sasabihin naman ng doktor na hindi ito tunay na emergency. Hangga't makatuwirang ninyong naiisip na ang inyong kalusugan ay nasa seryosong panganib, sasakupin namin ang inyong pangangalaga.

Gayunpaman, pagkatapos sabihin ng doktor na hindi ito emergency, sasakupin lang namin ang inyong karagdagang pangangalaga kung:

- Pumunta kayo sa tagabigay ng serbisyo ng samahan, o
- Ang karagdagang pangangalaga na inyong nakuha ay itinuturing na “agarang kinakailangang pangangalaga” at sumunod kayo sa mga panuntunan para sa pagkuha sa pangangalagang ito. (Tingnan ang susunod na seksyon.)

H2. Agarang kinakailangang pangangalaga

Kahulugan ng agarang kinakailangang pangangalaga

Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay ang pangangalagang ibinibigay sa inyo para sa biglaang sakit, pinsala, o kundisyong hindi pang-emergency pero nangangailangan ng agarang pangangalaga. Halimbawa, maaari kayong magkaroon ng sumpung mula sa umiiral na kalagayan at kailangang magamot ito kaagad.

Agarang kinakailangang pangangalaga kapag kayo ay nasa lugar ng serbisyo ng plano

Kadalasan, sasakupin lang namin ang agarang kinakailangang pangangalaga kung:

- Kinukuha ninyo ang pangangalagang ito mula sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network, at
- Sinunod ninyo ang iba pang panuntunang inilarawan sa kabanatang ito.

Gayunpaman, kung hindi kayo makakapunta sa isang tagabigay ng serbisyo ng samahan, sasakupin namin ang agarang kinakailangang pangangalaga na inyong kukunin mula sa tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan.

Para sa hindi emergency, hindi inaasahang sakit, pinsala o kundisyon na nangangailangan ng madaliang pangangalagang medikal, dapat kayong makipag-ugnayan sa inyong pangunahing doktor sa pangangalaga. Bibigyan kayo ng inyong PCP ng mga tagubilin kung paano ninyo pinakamahusay na maa-access ang pangangalaga. Maaari niyo ring ma-access ang mga agarang kinakailangang serbisyo sa pamamagitan ng pagpunta sa sentro ng agarang pangangalaga. Kung hindi maa-access ang sentro ng agarang pangangalaga, maaari kayong pumunta sa sentro ng agarang pangangalaga sa labas ng aming samahan.

Agarang kinakailangang pangangalaga kapag kayo ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plano

Kapag kayo ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plano, maaaring hindi kayo makakuha ng pangangalaga mula sa tagabigay ng serbisyo ng samahan. Sa ganitong kaso, sasakupin ng aming plano ang agarang kinakailangang pangangalaga na nakuha ninyo mula sa sinumang tagabigay ng serbisyo.

Hindi sakop ng aming plano ang agarang kinakailangang pangangalaga o anumang pangangalaga na kinuha ninyo sa labas ng Estados Unidos.

Sa ilalim ng inyong benepisyo sa Medi-Cal, sasakupin lang kayo kung kailangan ninyo ng emergency na serbisyo at kailangang maipasok sa ospital sa Canada o Mexico.

H3. Pangangalaga habang may sakuna

Kung ang Gobernador ng inyong estado, ang Kalihim ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S., o ang Pangulo ng Estados Unidos ay nagpahayag ng estado ng sakuna o emergency sa inyong heograpikong lugar, kayo ay may karapatan pa rin sa pangangalaga mula sa CareAdvantage CMC.

Pakibisita ang aming website para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng kinakailangang pangangalaga sa panahon ng idineklarang sakuna: <https://www.hpsm.org/member/careadvantage-2020/where-can-i-get-care/emergency-medical-coverage>.

Sa panahon ng idineklarang sakuna, kung hindi kayo makakapunta sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network, papayagan namin kayong kumuha ng pangangalaga sa mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network nang wala kayong babayaran. Kung hindi kayo makakabili sa isang parmasya ng samahan sa panahon ng ipinahayag na sakuna, makukuha ninyo ang inyong mga inireresetang gamot sa isang parmasya na wala sa samahan. Pakitingnan ang Kabanata 5 para sa karagdagang impormasyon.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



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

Kung sa halip na sa plano ay sa inyo ipapadala ng tagapagbigay ng serbisyo ang bill, dapat ninyong hilingin sa amin na bayaran ang bill.

Hindi dapat kayo ang magbabayad ng bayarin. Kung kayo ang nagbayad, maaaring hindi kayo mabayaran ng plano.

Kung binayaran ninyo ang inyong mga sakop na serbisyo o kung nakatanggap kayo ng bill para sa buong halaga ng mga sakop na medikal na serbisyo, tingnan ang Kabanata 7 upang malaman kung ano ang dapat gawin.

II. Ano ang dapat gawin kung ang mga serbisyo ay hindi sakop ng aming plano

Sakop ng CareAdvantage CMC ang lahat ng serbisyong:

- Natukoy na medikal na kinakailangan, **at**
- Nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo ng plano (tingnan ang Kabanata 4), **at**
- Nakuha ninyo sa pamamagitan ng pagsunod sa mga panuntunan ng plano.

Kung kumuha kayo ng mga serbisyo na hindi sakop ng aming plano, **dapat kayo mismo ang magbayad sa buong halaga.**

Kung gusto ninyong malaman kung babayaran namin ang anumang serbisyong medikal o pangangalaga, mayroon kayong karapatang tanungin kami. Mayroon din kayong karapatang humiling nito sa pamamagitan ng pagsulat. Kung sabihin namin na hindi namin babayaran ang mga serbisyo ninyo, mayroon kayong karapatan na i-apela ang aming desisyon.

Ipinapaliwanag sa Kabanata 9 kung ano ang dapat gawin kung gusto ninyong sakupin namin ang isang medikal na kagamitan o serbisyo. Ipinabatid din nito sa inyo kung paano maghain ng apela sa aming desisyon sa pagkakasakop. Maaari din ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage upang matuto pa tungkol sa inyong mga karapatan sa paghahain ng apela.

Babayaran namin ang ilang serbisyo hanggang sa isang partikular na limitasyon. Kung lumagpas kayo sa limitasyon, kailangan ninyong bayaran ang buong gastos upang makakuha ng mas maraming ganitong uri ng serbisyo. Tumawag sa Yunit ng CareAdvantage upang malaman kung ano ang mga limitasyon at kung malapit mo nang maabot ang mga iyon.

J. Pagsakop ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan kapag bahagi kayo ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral

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

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding klinikal na pagsubok) ay isang paraan upang masubukan ng mga doktor ang mga bagong uri ng pangangalaga sa kalusugan o mga gamot.

Humihiling sila ng mga boluntaryong taong tutulong sa pag-aaral. Ang ganitong uri ng pag-aaral ay tumutulong sa mga doktor sa pagdedesisyon kung ang isang bagong uri ng pangangalaga sa kalusugan o gamot ay epektibo at kung ito ay ligtas gamitin.

Sa sandaling aprubahan ng Medicare ang pag-aaral na gusto ninyong salihan, 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 kayo ay maaaring sumali sa pag-aaral. Maaari kayong sumali sa pag-aaral hangga't natutugunan ninyo ang mga kinakailangang kondisyon. Dapat din ninyong maunawaan at tanggapin ang kailangan ninyong gawin para sa pag-aaral.

Habang kayo ay kasali sa pag-aaral, maaari kayong manatiling nakatala sa aming plano. Sa ganoong paraan patuloy kayong makakakuha ng pangangalaga mula sa aming plano na hindi kaugnay sa pag-aaral.

Kung gusto ninyong sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, *hindi* ninyo kailangang magpaapruha sa amin o sa inyong pangunahing tagapagbigay ng serbisyong pangangalaga. *Hindi* kinakailangang nasa network ang mga tagapagbigay ng serbisyo na nangangalaga sa inyo bilang kalahok ng pag-aaral.

Kailangan ninyong sabihin sa amin bago kayo magsimulang lumahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.

Kung binabalak ninyong sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, kayo o ang inyong tagapagkoordinang pangangalaga ay dapat makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage upang ipaalam sa amin na sasali kayo sa isang klinikal na pagsubok.

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

Kung kayo ay nagboluntaryo para sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, wala kayong babayaran para sa mga serbisyong sakop sa ilalim ng pag-aaral at ang Medicare ang magbabayad para sa mga serbisyo na sakop sa ilalim ng pag-aaral pati na rin ang mga karaniwang gastusin na may kaugnayan sa inyong pangangalaga. Kapag sumali kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, sasakupin kayo para sa karamihan ng mga item at serbisyong ipapagkaloob sa inyo bilang bahagi ng pag-aaral. Kabilang dito ang:

- Silid at pagkain sa pananatili sa ospital na babayaran ng Medicare kahit na wala kayo sa isang pag-aaral.
- Isang operasyon o iba pang pamamaraang medikal na bahagi ng pananaliksik na pag-aaral.
- Paggamot sa anumang epekto at mga komplikasyon ng bagong pangangalaga.

Kung kasali kayo sa isang pag-aaral na **hindi inaprubahan** ng Medicare, kailangan ninyong bayaran ang anumang gastusin para sa pagsali sa pag-aaral.



J3. Pag-aaral tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Maaari kayong matuto pa tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral sa pamamagitan ng pagbabasa sa “Medicare & Clinical Research Studies” sa website ng Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). Maaari din kayong tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

K. Paano masasakop ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan kapag tumatanggap kayo ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalagang pangkalusugan

K1. Kahulugan ng panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan

Ang panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga na karaniwang makukuha ninyo mula sa ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. Kung ang pagkuha ng pangangalaga sa ospital o sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga ay labag sa inyong paniniwala sa relihiyon, sasakupin namin ang pangangalaga sa isang panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan.

Maaari ninyong piliin na tumanggap ng pangangalaga sa kalusugan anumang oras sa anumang dahilan. Ang benepisyo ng ito ay para lang sa mga serbisyo sa inpatient ng Bahagi A ng Medicare (mga hindi medikal na serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan). Magbabayad lang ang Medicare para sa mga hindi medikal na serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan na ibinibigay ng mga panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan.

K2. Pagkuha ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan

Upng makakuha ng pangangalaga mula sa isang panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan, kailangan ninyong lumagda sa isang legal na dokumento na nagsasabing hindi kayo sang-ayon sa pagtanggap ng medikal na paggamot na “hindi kasama.”

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

Upang masakop ng aming plano, ang pangangalagang inyong nakukuha mula sa isang panrelihiyon at hindi medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan ay kailangang makatugon sa mga sumusunod na kundisyon:

- Ang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga ay dapat na sertipikado ng Medicare.
- Ang sakop ng mga serbisyo ng aming plano ay limitado sa mga hindi panrelihiyong aspeto ng pangangalaga.
- Kung kukuha kayo ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ipinagkakaloob sa inyo sa isang pasilidad, nalalapat ang mga sumusunod:
 - Dapat ay mayroon kayong medikal na kundisyon na magbibigay-daan sa inyong makatanggap ng mga sakop na serbisyo para sa pangangalaga sa ospital ng inpatient o pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga.
 - Dapat kayong humingi ng pag-apruba mula sa amin bago kayo ma-admit sa pasilidad o hindi sasakupin ang inyong pananatili.

Ilalapat ang mga limitasyon sa pagkakasakop sa Inpatient na Ospital ng Medicare. Mangyaring sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4.

L. Matibay na kagamitang medikal (DME)

L1. DME bilang miyembro ng aming plano

Ang ibig sabihin ng DME ay ang ilang partikular na bagay na iniutos ng tagabigay ng serbisyo para magamit sa inyong sariling tahanan. Ang mga halimbawa ng mga bagay na ito ay ang mga wheelchair, saklay, powered mattress system, supply para sa diabetes, higaan sa ospital na iniutos ng isang tagabigay ng serbisyo para magamit sa tahanan, intravenous (IV) infusion pump, speech generating device, kagamitan para sa oxygen at mga supply, nebulizer, at walker.

Palaging kayo ang magmamay-ari sa ilang partikular na bagay, tulad ng mga prosthetic o artipisyal na parte ng katawan.

Sa seksyong ito, tinatalakay namin ang DME na dapat ninyong rentahan. Bilang miyembro ng CareAdvantage CMC, kadalasan ay hindi kayo magiging may-ari ng DME, kahit gaano katagal na ninyong nirentahan ito.

Kahit na nasa inyo na ang DME nang 12 magkakasunod na buwan sa ilalim ng Medicare bago kayo sumali sa aming plano, hindi pa rin ninyo magiging pag-aari ang kagamitan.

L2. Pagmamay-ari ng DME kapag lumipat kayo sa Original Medicare o Medicare Advantage

Sa programang Original Medicare, ang mga taong nagrerenta ng ilang partikular na uri ng DME ay nagiging may-ari nito pagkalipas ng 13 buwan. Sa isang plano ng Medicare Advantage, maaaring itakda ng plano ang bilang ng buwan na kailangang rentahan ng mga tao ang ilang partikular na uri ng DME bago nila ito maging pag-aari.

Paalala: Makikita ninyo ang kahulugan ng mga Original Medicare at Medicare Advantage Plan sa Kabanata 12. Makikita niyo rin ang karagdagang impormasyon tungkol sa mga ito sa Handbook na *Medicare & You 2020*. Kung wala kayong kopya ng booklet na ito, maaari kayong kumuha nito sa website ng Medicare (<http://www.medicare.gov>) o sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

Kinakailangan ninyong magbigay ng 13 bayad nang sunud-sunod sa ilalim ng Original Medicare, o kinakailangan ninyong ibigay ang bilang ng mga bayad nang sunud-sunod na itinakda ng plano ng Medicare Advantage, upang maging pag-aari ang DME na bagay kung:

- Hindi ninyo naging pag-aari ang DME na item habang kayo ay nasa aming plano, **at**
- Umalis kayo sa aming plano at kumuha ng inyong mga benepisyo sa Medicare sa labas ng anumang mga planong pangkalusugan sa programa ng Original Medicare o plano ng Medicare Advantage.

Kung nagbayad kayo para sa DME na bagay sa ilalim ng Original Medicare o isang plano ng Medicare Advantage bago kayo sumali sa aming plano, **ang mga ibinayad sa Original Medicare o Medicare Advantage ay hindi kasama sa mga bayad na kailangan ninyong ibigay pagkatapos umalis sa aming plano.**

- Kinakailangan ninyong magbigay ng 13 bagong bayad nang sunud-sunod sa ilalim ng Original Medicare, o ng bilang ng bagong bayad nang sunud-sunod na itinakda ng plano ng Medicare Advantage, upang maging pag-aari ang DME na bagay.
- Walang pagbubukod sa kasong ito kapag kayo ay bumalik sa Original Medicare o isang plano ng Medicare Advantage.

This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.



Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyo

Panimula

Sinasabi sa inyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sinasakop ng CareAdvantage CMC at anumang paghihigpit o limitasyon sa mga serbisyong iyon. Sinasabi rin nito sa inyo ang tungkol sa mga benepisyong hindi sakop sa ilalim ng aming plano. Makikita ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito nang sunud-sunod batay sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang inyong mga sakop na serbisyo	68
B. Mga panuntunan laban sa mga tagapagbigay ng serbisyong naniningil sa inyo para sa mga serbisyo.....	68
C. Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano.....	68
D. Ang Chart ng Mga Benepisyo.....	70
E. Mga sakop na benepisyo sa labas ng CareAdvantage CMC.....	115
E1. Mga Paglipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions o CCT).....	115
E2. Programa sa Ngipin ng Medi-Cal	115
E3. Pangangalaga sa Hospisyo.....	116
F. Mga benepisyong hindi sakop ng CareAdvantage CMC, Medicare, o Medi-Cal	117



A. Ang inyong mga sakop na serbisyo

Sinasabi sa inyo ng kabanatang ito kung anong mga serbisyo ang babayaran ng CareAdvantage CMC. Maaari din kayong matuto tungkol sa mga serbisyong hindi sakop. Makikita sa Kabanata 5 ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa gamot. Ipinapaliwanag din sa kabanatang ito ang mga limitasyon sa ilang serbisyo.

Dahil kumukuha kayo ng tulong mula sa Medi-Cal, wala kayong babayaran para sa inyong mga nasasakupang serbisyo hangga't sumusunod kayo sa mga panuntunan ng plano. Tingnan ang Kabanata 3 para sa mga detalye tungkol sa mga panuntunan ng plano.

Kung kailangan ninyo ng tulong upang maunawaan kung anong mga serbisyo ang sakop, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**.

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

Hindi namin pinapayagan na singilin kayo ng mga tagabigay ng serbisyo ng CareAdvantage CMC para sa mga sakop na serbisyo. Kami ay direktang nagbabayad sa aming mga tagabigay ng serbisyo, at pinoprotektahan namin kayo mula sa anumang paniningil. Ito ay totoo kahit na mas kaunti ang aming ibinayad sa tagabigay ng serbisyo kaysa sa sinisingil niya para sa isang serbisyo.

Hindi dapat kayo makatanggap ng bill mula sa isang tagabigay ng serbisyo para sa mga sakop na serbisyo. Kung gayon, tingnan ang Kabanata 7 o tagawan ang Yunit ng CareAdvantage.

C. Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano

Sinasabi sa inyo ng Chart ng Mga Benepisyo kung anong mga serbisyo ang babayaran ng plano. Nakalista sa talaan ang mga kategorya ng serbisyo ayon sa pagkakasunud-sunod sa alpabeto at ipinapaliwanag ang mga sakop na serbisyo.

Babayaran lang namin ang mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo kung matugunan ang mga sumusunod na panuntunan. Wala kayong anumang babayaran para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo, hangga't nakakatugon kayo sa mga kinakailangan sa pagkakasakop na inilalarawan sa ibaba.

- Ang inyong mga sakop na serbisyo sa Medicare at Medi-Cal ay dapat na ipagkaloob batay sa mga panuntunang itinakda ng Medicare at Medi-Cal.
 - Dapat ay medikal na kinakailangan ang mga serbisyo (kasama na ang medikal na pangangalaga, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at paggamit ng ipinagbabawal na gamot, pangmatagalang serbisyo at suporta, supply, kagamitan, at gamot). Ang ibig sabihin ng medikal na kinakailangan ay kailangan ninyo ang mga serbisyo upang maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang inyong kundisyon o upang mapanatili ang kasalukuyang status ng inyong kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na nakakapagpigil sa inyong pananatili sa ospital o tahanang tagapangalaga. Nangangahulugan din ito na ang mga serbisyo, supply, o gamot ay nakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan sa medikal na kasanayan. Ang isang serbisyo ay medikal na kinakailangan kapag makatuwiran at kinakailangan ito upang maprotektahan ang buhay, mapigilan ang mga malalang karamdaman o malubhang kapansanan, o upang maibsan ang malalang pananakit.
-

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Kinukuha ninyo ang inyong pangangalaga mula sa tagabigay ng serbisyo ng samahan. Ang tagabigay ng serbisyo ng samahan ay tagabigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa amin. Marami ang mga pagkakataong hindi namin babayaran ang pangangalagang natatanggap ninyo mula sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Ang Kabanata 3 ay may karagdagang impormasyon tungkol sa paggamit ng mga tagabigay ng serbisyo ng samahan at wala sa samahan.
- Mayroon kayong pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga (primary care provider o PCP) o isang pangkat ng pangangalaga na nagbibigay at namamahala sa inyong pangangalaga. Kadalasan, ang inyong PCP ay dapat magbigay sa inyo ng pag-apruba bago kayo maaaring magpatingin sa ibang tao na hindi inyong PCP o gumamit ng iba pang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ng plano. Tinatawag itong referral. Ang Kabanata 3 ay may karagdagang impormasyon tungkol sa pagkuha ng referral at ipinapaliwanag kung kailan hindi ninyo kailangan ng referral.
- Ang ibang mga serbisyo na nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo ay sakop lang kung ang inyong doktor o iba pang tagabigay ng serbisyo ng samahan ay kumuha muna ng pag-apruba mula sa amin. Tinatawag itong paunang awtorisasyon. Ang mga sakop na serbisyong nangangailangan muna ng paunang pahintulot ay marka ng asterisk (*) **at** naka-bold ang pagkaka-type sa Chart ng Mga Benepisyo.
- Ang lahat ng serbisyo para sa pag-iwas sa sakit ay libre. Makikita ninyo ang mansanas na ito 🍏 sa tabi ng mga serbisyo para sa pag-iwas sa sakit sa Chart ng Mga Benepisyo.
- Maaaring maging available ang mga serbisyo ng Care Plan Optional (CPO) sa ilalim ng inyong Pang-indibidwal na Plano ng Pangangalaga. Nagbibigay sa inyo ang mga serbisyong ito ng karagdagang tulong sa tahanan, tulad ng mga pagkain, tulong para sa inyo o sa tagapag-alaga ninyo, o mga hawakang bar at ramp sa shower. Makakatulong sa inyo ang mga serbisyong ito na mas makapamuhay nang mag-isa pero **hindi** nito pinapalitan ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports o LTSS) na may pahintulot kayong makuha sa ilalim ng Medi-Cal. Kasama sa mga halimbawa ng mga serbisyo ng CPO na inalok ng CareAdvantage CMC sa nakaraan ang: Modipikasyon sa tahanan, pag-aalaga/respite care. Kung kailangan ninyo ng tulong o kung gusto ninyong malaman kung paano makakatulong sa inyo ang mga serbisyo ng CPO, makipag-ugnayan sa inyong tagapagkoordinang pangangalaga.



D. Ang Chart ng Mga Benepisyo

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Pagsusuri para sa abdominal aortic aneurysm Magbabayad kami para sa isang beses na ultrasound screening para sa mga taong nasa panganib. Babayaran lang ng plano ang screening na ito kung mayroon kayong ilang partikular na salik ng panganib at kung makakakuha kayo ng referral para dito mula sa inyong doktor, physician assistant, nurse practitioner, o clinical nurse specialist. Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.	\$0
Acupuncture Babayaran namin ang hanggang dalawang serbisyo sa acupuncture ng outpatient sa anumang isang buwan sa kalendaryo, o mas madalas kung medikal na kinakailangan ang mga ito. Ang mga serbisyo ay ibinibigay bilang self-referral na benepisyo at hindi nangangailangan ng referral mula sa isang PCP, ibang doktor, o propesyonal sa kalusugan. Dapat ibigay ang mga ito ng isang tagabigay ng serbisyo ng CareAdvantage CMC.	\$0
Screening at pagpapayo sa labis na pag-inom ng alak Babayaran namin ang isang pagsusuri para sa sobrang pag-inom ng alak (SBIRT) para sa mga adulto na lubha ang pag-inom ng alak ngunit hindi naman dependent sa alak. Kabilang dito ang mga buntis na babae. Kung positibo ang inyong screening para sa labis na pag-inom ng alak, maaari kayong makakuha ng apat na maikling personal na session ng pagpapayo bawat taon (kung may kakayahan kayo at alerto habang pinapayuhan) kasama ang isang kwalipikadong pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga o practitioner sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga serbisyo ng ambulansya Kabilang sa mga sakop na serbisyo ng ambulansya ang mga serbisyo ng ground, fixed-wing, at rotary-wing na ambulansya. Dadalhin kayo ng ambulansya sa pinakamalapit na lugar na maaaring magbigay ng pangangalaga sa inyo. Ang inyong kundisyon ay dapat na ganap na malubha at maaaring malagay sa panganib ang inyong kalusugan o buhay dahil sa iba pang paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga. Kinakailangan ang aming pag-apruba para sa mga serbisyo ng ambulansya para sa ibang mga kaso. Sa mga sitwasyong hindi emergency, maaari kaming magbayad para sa ambulansya. Ang inyong kalagayan ay dapat sapat na malubha upang ang ibang paraan ng pagpunta sa lugar ng pangangalaga ay maaaring maglagay sa panganib sa inyong buhay o kalusugan. Kailangan ng paunang pahintulot para sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon.	\$0
 Taunang wellness na pagbisita Maaari kayong makakuha ng taunang pagsusuri ng kalusugan. Ito ay upang makagawa o mabago ang plano ng pag-iwas sa sakit batay sa inyong mga kasalukuyang mapanganib na salik. Bayaran namin ito nang isang beses bawat 12 buwan.	\$0
 Pagsukat sa mass ng buto Babayaran namin ang ilang medikal na pamamaraan para sa mga kwalipikadong miyembro (karaniwan, ang taong nanganganib na mawalan ng mass ng buto o nanganganib magkaroon ng osteoporosis). Tinutukoy sa mga pamamaraang ito ang mass ng buto, inaalang ang pagnipis ng buto, o kalidad ng buto. Babayaran namin ang mga serbisyo isang beses sa bawat 24 na buwan o mas madalas kung ang mga ito ay medikal na kinakailangan. Babayaran din namin ang isang doktor upang tumingin at magkomento sa mga resulta. Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Eksaminasyon sa kanser sa suso (mga mammogram) Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Isang baseline na mammogram sa mga edad na nasa pagitan ng 35 at 39 • Isang eksaminasyon ng mammogram kada 12 buwan para sa kababaihang edad 40 at mas matanda • Mga eksaminasyon sa suso sa klinika isang beses bawat 24 na buwan Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.	\$0
Mga serbisyo sa rehabilitasyon ng puso Babayaran namin ang mga serbisyo sa rehabilitasyon ng puso tulad ng ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo. Dapat matugunan ng mga miyembro ang ilang partikular na kundisyon ng doktor. Babayaran din namin ang mga programa para sa matinding rehabilitasyon ng puso, na karaniwang mas matindi kaysa sa mga programa ng rehabilitasyon ng puso.	\$0
 Pagbisita para sa pagbawas ng panganib sa sakit sa puso (terapiya para sa sakit sa puso) Binabayaran namin ang isang pagpapatingin sa isang taon, o higit pa kung medikal itong kinakailangan, sa inyong pangunahing tagapagbigay ng serbisyong pangangalaga upang makatulong na mapababa ang posibilidad ninyo sa sakit sa puso. Sa panahon ng pagbisita, maaaring gawin ng inyong doktor ang: • Talakayin ang paggamit ng aspirin, • Suriin ang presyon ng inyong dugo, at/o • Bigyan kayo ng mga payo upang tiyakin na kumakain kayo nang maayos.	\$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pagsusuri ng sakit sa puso Babayaran namin ang mga pagsusuri ng dugo para sa sakit sa puso isang beses kada limang taon (60 buwan). Ang mga pagsusuri ng dugo ay nagsusuri din ng mga diperensya na nagiging sanhi ng mataas na panganib magkaroon ng sakit sa puso. Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pagpapalano at Pamamahala ng Pangangalaga (Care Planning and Management, CPM)* Ang CPM ay isang programang pamamahala ng kaso na nagbibigay ng Mga Serbisyo sa Tahanan at Komunidad (Home and Community Based Services, HCBS) sa mga indibidwal na kwalipikado sa Medi-Cal. Upang maging kwalipikado, kayo ay dapat na 65 taong gulang o mas matanda pa, nakatira sa loob ng lugar na pinaglilingkuran ng isang site, maaaring paglilingkuran sa loob ng mga limitasyon sa gastusin ng CPM, naaangkop para sa mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga, kasalukuyang kwalipikado para sa Medi-Cal, at sertipikado o maaaring makakuha ng sertipiko para sa pagpasok sa isang pasilidad ng pangangalaga. Kabilang sa mga serbisyo ng CPM ang: • Pang-araw na Pangangalaga sa Adulto/Sentro ng Pagsuporta • Tulong sa pabahay • Katulong sa Pang-araw-araw na Gawain at Pansariling Pangangalaga • Pamprotektang Pagsubaybay • Pamamahala sa Pangangalaga • Pangangalaga Upang Makapahinga ang Tagapangalaga • Transportasyon • Mga Serbisyo sa Pagkain • Mga Panlipunan na Serbisyo • Mga Serbisyo sa Komunikasyon Limitado ang benepisyong ito sa maximum na \$4,285 bawat taon. Kailangan ang paunang awtorisasyon para sa CPM.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Pagsusuri sa kanser sa cervix at vagina Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Para sa lahat ng kababaihan : Mga pap test at pagsusuri sa pelvis isang beses tuwing 24 na buwan • Para sa mga kababaihang may mataas na panganib na magkaroon ng kanser sa cervix o vagina: isang Pap test bawat 12 buwan • Para sa mga kababaihang nagkaroon ng hindi normal na Pap test sa loob ng nakalipas na 3 taon at maaaring magkaanak: isang Pap test bawat 12 buwan Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.	\$0
Mga serbisyong chiropractic Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Pag-aayos ng gulugod para itama ang pagkakahanay ng buto Sinasakop ng Medi-Cal ang mga chiropractic na serbisyo para sa mga bata at kabataan hanggang sa kanilang ika-21 kaarawan. 24 na pagbisita ang sakop. Sakop din ang mga serbisyo para sa mga nasa hustong gulang na tumatanggap ng pangmatagalang pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga o intermediate care, para sa mga nasa hustong gulang na tumatanggap ng mga serbisyong ito sa klinika ng ospital para sa outpatient at para sa mga buntis na may kundisyong maaaring magdulot ng komplikasyon sa pagbubuntis. Ang mga serbisyo ay ibinibigay bilang self-referral na benepisyo at hindi nangangailangan ng referral mula sa isang PCP, ibang doktor, o propesyonal sa kalusugan. Dapat ibigay ang mga ito ng isang tagabigay ng serbisyo ng CareAdvantage CMC. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Pagsusuri sa kanser sa malaking bituka at tumbong Para sa mga taong 50 ang edad o mas matanda, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Flexible sigmoidoscopy (o pagsusuri na barium enema) kada 48 na buwan • Pagsusuri sa dugo sa dumi ng tao, bawat 12 buwan • Pagsusuri sa dugo sa dumi ng tao batay sa guaiac o immunochemical na pagsusuri sa dumi ng tao, bawat 12 buwan • Colorectal screening batay sa DNA, bawat 3 taon • Colonoscopy bawat sampung taon (ngunit hindi sa loob ng 48 buwan pagkatapos ng sigmoidoscopy) • Colonoscopy (o screening barium enema) para sa mga taong may mataas na posibilidad sa colorectal cancer, sa bawat 24 na buwan. Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606	\$0
Mga Serbisyo para sa Nasa Hustong Gulang na Nakabatay sa Komunidad (Community-Based Adult Services o CBAS)* Ang CBAS ay isang programa ng serbisyo para sa outpatient na nakabatay sa pasilidad kung saan dumadalo ang mga tao ayon sa isang iskedyul. Nagbibigay ito ng dalubhasang pangangalaga, mga panlipunang serbisyo, terapiya (kasama na ang occupational, physical, at speech), personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/tagabigay ng pangangalaga, serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang serbisyo. Babayaran namin ang CBAS kung matugunan ninyo ang mga pamantayan sa pagiging karapat-dapat. Tandaan: Kung hindi magagamit ang pasilidad ng CBAS, maaari naming ibigay ang mga serbisyong ito nang hiwalay.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Pagpapayo upang huminto sa paninigarilyo o paggamit ng tabako Kung gumagamit kayo ng tabako, walang mga senyales o sintomas ng sakit na may kaugnayan sa tabako, at gusto o kailangang huminto: - Babayaran namin ang dalawang pagtatangkang tumigil sa loob ng 12 buwan bilang serbisyo sa pag-iwas sa paninigarilyo. Ang serbisyong ito ay libre para sa inyo. Kinabibilangan ang bawat pagtatangkang tumigil ng apat na pagpapatingin para sa personal na pagpapayo. Kung kayo ay gumagamit ng tabako at na-diagnose ang inyong sakit na may kaugnayan sa tabako o umiinom ng gamot na maaaring naapektuhan ng tabako: - Babayaran namin ang dalawang pagpapayo sa pagtatangkang tumigil sa paninigarilyo sa loob ng 12 buwan. Kinabibilangan ang bawat pagtatangkang pagpapayo ng hanggang apat na personal na pagpapatingin. Kung kayo ay buntis, maaari kayong makatanggap ng walang limitasyong pagpapayo sa pagtigil sa paggamit ng tabako kung may paunang pahintulot.	\$0
Mga serbisyo sa ngipin Ang ilang mga serbisyo sa ngipin, kasama na ang mga pagpapalinis, paglalagay ng pasta, at pustiso, ay magagamit sa pamamagitan ng Programa ng Medi-Cal sa Ngipin. Tingnan ang Seksyon E para sa karagdagang impormasyon tungkol sa benepisyong ito.	
 Pagsusuri ng depresyon Babayaran namin ang eksaminasyon para sa matinding kalungkutan (depression) isang beses kada taon. Ang pagsusuri ay dapat na isagawa sa lugar ng pangunahing pangangalaga na makapagbibigay ng kasunod na paggamot at mga rekomendasyon.	\$0

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Pagsusuri ng diyabetes Babayaran namin ang eksaminasyon na ito (kasama na ang mga fasting glucose na pagsusuri) kung kayo ay mayroon ng alinman sa mga sumusunod na salik ng panganib: • Mataas na presyon ng dugo (hypertension) • Kasaysayan ng hindi normal na antas ng kolesterol at triglyceride (dyslipidemia) • Labis na katabaan • Kasaysayan ng mataas na asukal (glucose) sa dugo Ang mga pagsusuri ay maaring sakupin sa ilang mga kaso, tulad ng kung kayo ay sobrang mataba at may kasaysayan ng diyabetis sa pamilya. Depende sa mga resulta ng pagsusuri, maaari kayong maging karapat-dapat hanggang sa dalawang eksaminasyon ng diyabetis kada 12 buwan.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Mga pagsasanay para sa sariling pamamahala ng diyabetes, at mga serbisyo at panustos para sa diyabetes Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng taong may diyabetes (gumagamit ng insulin o hindi): • Mga supply para subaybayan ang asukal sa inyong dugo, kasama ang sumusunod: ○ Blood glucose monitor (isang kagamitan para sa pagsusuri ng asukal sa dugo) ○ Blood glucose test strip (papel na ginagamit sa pagsusuri ng asukal sa dugo) ○ Aparatong lancet at lancet (mga kagamitan para sa pagkuha ng dugo) ○ Ang gamot na glucose-control ay para sa pagsusuri kung ang mga test strip at monitor ay wastong-wasto • Para sa mga taong may diyabetis na mayroong malalang sakit sa paa dahil sa diyabetis, kami ang magbabayad para sa mga sumusunod: ○ Isang pares ng pangterapiya na custom na sapatos (kasama ang mga insert), kasama ang pagsukat, at dalawang dagdag na pares ng mga insert bawat taon sa kalendaryo, o ○ Isang pares ng malalim na sapatos (depth shoe), kasama ang pagsukat, at tatlong pares ng mga insert bawat taon (hindi kasama ang mga hindi custom na natatangal na insert na kasama sa mga ganitong sapatos) • Babayaran namin ang pagsasanay upang matulungan kayong mapamahalaan ang inyong diyabetis, sa ilang mga kaso. Upang malaman ang higit pa tungkol dito, makipag-ugnayan sa CareAdvantage Unit. Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606. Kailangan ng paunang awtorisasyon para sa mga supply para sa diabetes na wala sa pormularyo.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment o DME) at mga kaugnay na supply* (Para sa kahulugan ng “Matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment o DME),” tingnan ang Kabanata 12 ng handbook na ito.) Sakop ang mga sumusunod na bagay: • Mga wheelchair • Mga Saklay • Mga powered mattress system • Dry pressure pad para sa kutson • Mga supply para sa diabetes • Mga higaan sa ospital na iniutos ng isang tagabigay ng serbisyo na gagamitin sa bahay • Mga intravenous (IV) infusion pump at pole • Enteral pump at mga supply • Mga speech generating device • Mga kagamitan para sa oxygen at supply • Mga Nebulizer • Mga Walker • Standard curved handle o quad cane at mga pamalit na supply • Cervical traction (over the door) • Bone stimulator • Kagamitan para sa dialysis care Posibleng masakop ang iba pang item. Babayaran namin ang lahat ng DME na medikal na kinakailangan na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung ang aming tagapagtustos sa inyong lugar ay hindi nagbebenta ng partikular na tatak o pabrikante, maaari kayong humiling sa kanila kung maaari silang magsagawa ng espesyal na order para sa inyo.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pang-emergency na pangangalaga Ang ibig sabihin ng pang-emergency na pangangalaga ay ang mga serbisyon: • Ipinagkaloob ng tagapagbigay ng serbisyon may kasanayan sa pagbibigay ng mga pang-emergency na serbisyo, at • Kinakailangang gamutin na medikal na emerhensiya. Ang medikal na emerhensiya ay kondisyong medikal na may matinding pananakit o malubhang sugat. Ang kundisyon ay napakalubha na, kung hindi ito mabigyan ng agarang medikal na pansin, alam ng sinumang taong may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina na ito ay maaaring magresulta sa: • Malalang panganib sa inyong kalusugan o sa inyong hindi pa isinilang na anak; o • Malubhang pinsala sa mga kakayahan ng katawan; o kaya • Malubhang dysfunction ng anumang organo o parte ng katawan; o kaya • Sa kaso ng buntis na babaeng humihilab na ang tiyan, kapag: ○ Walang sapat na oras upang ligtas kayong mailipat sa ibang ospital bago lumabas ang sanggol. ○ Ang paglilipat sa ibang ospital ay maaaring banta sa inyong kalusugan o kaligtasan o sa inyong hindi pa isinilang na anak. Sakop ang mga pang-emergency na serbisyo sa United States at mga teritoryo nito. Masasakop lang kayo para sa mga pang-emergency na serbisyo sa labas ng United States at mga teritoryo nito kung kailangan ninyo ng mga pang-emergency na serbisyo at naospital kayo sa Canada o Mexico.	\$0 Kung tatanggap kayo ng pang-emergency na pangangalaga sa isang ospital na wala sa network at mangangailangan kayo ng pangangalaga sa inpatient pagkatapos ma-stabilize ang inyong emergency, (hal., dapat kayong bumalik sa isang ospital na nasa network para sa inyong pangangalaga upang patuloy na masagot ang bayad ninyo. Maaari lang kayong manatili sa ospital na wala sa samahan para sa inyong inpatient na pangangalaga kung aaprubahan ng plano ang inyong pananatili.)



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga serbisyo sa Pagpaplano ng Pamilya Pinapayagan kayo ng batas na pumili ng anumang tagabigay ng serbisyo para sa ilang mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Ito ay nangangahulugang anumang doktor, klinika, ospital, parmasya o tanggapan ng pagpaplano ng pamilya. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Pagsusuri sa pagpaplano ng pamilya at medikal na pagpapagamot • Laboratoryo ng pagpaplano ng pamilya at mga pagsusuri para sa pagkilala ng sakit • Mga paraan ng pagpaplano ng pamilya (IUD, mga implant, iniksyon, pildoras sa pagpigil sa pagbubuntis, patch, o ring) • Iniresetang supply para sa pagpaplano ng pamilya (condom, sponge, foam, film, diaphragm, cap) • Pagpapayo at diagnosis ng pagkabaog at mga may kaugnayang serbisyo • Pagpapayo, pagsusuri, at paggamot para sa impeksyong nakukuha sa pamamagitan ng pakikipagtalik (mga STI) • Pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang kundisyong may kaugnayan sa HIV • Permanenteng Pagpigil sa Pagbubuntis (Kayo ay dapat na 21 taong gulang o mas matanda pa upang mapili ang paraang ito ng pagpaplano ng pamilya. Dapat kayong lumagda ng form ng pahintulot sa sterilization ng pederal sa loob ng hindi bababa sa 30 araw, ngunit hindi hihigit sa 180 araw bago ang petsa ng operasyon.) • Pagpayo tungkol sa genetiks Babayaran din namin ang ilan sa mga serbisyo para sa pagpaplano ng pamilya. Gayunpaman, dapat kayong magpatingin sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa aming samahan para sa mga sumusunod na serbisyo: • Paggamot ng mga medikal na kondisyon ng pagkabaog (hindi kasama sa serbisyonang ito sa mga artipisyal na paraan upang mabuntis.) • Paggamot para sa AIDS at iba pang kundisyong may kaugnayan sa HIV • Genetic na pagsusuri	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Mga programang pang-edukasyon para sa kalusugan at wellness Nag-aalok kami ng maraming programa na nakatuon sa ilang mga kondisyon sa kalusugan. Kabilang sa mga ito ang: • Mga Klase ng Edukasyon para sa Kalusugan; • Mga Klase ng Edukasyon para sa Nutrisyon; • Pagtigil sa Paninigarilyo at Paggamit ng Tabako; at • Hotline para sa Pangangalaga Nag-aalok ang CareAdvantage CMC ng mga libreng klase sa edukasyon sa kalusugan na makatutulong sa inyo na mapanatili ang inyong kalusugan. May mga klase sa lahat ng lugar sa San Mateo County. Tuturuan kayo sa mga klaseng ito tungkol sa hika, diabetes, pangangalaga bago manganak, presyon ng dugo, cholesterol, at kung paano mahihinto ang paninigarilyo. Para sa karagdagang impormasyon, tumawag sa isang Health Educator ng HPSM sa 650-616-2165.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga serbisyo sa pandinig* Babayaran namin ang mga pagsusuri sa pandinig at balanse na ginawa ng inyong tagabigay ng serbisyo. Ang mga pagsusuri na ito ay magsasabi sa inyo kung kailangan ninyo ng medikal na pagpapagamot. Ang mga ito ay sakop bilang pang-outpatient na pangangalaga kung nakuha ninyo ang mga ito mula sa doktor audiologist, o iba pang kwalipikadong tagabigay ng serbisyo. Kung buntis kayo o nakatira sa isang pasilidad ng pangangalaga, babayaran din namin ang mga hearing aid, kasama na ang: • Mga mold, supply, at insert • Mga pagkumpuning nagkakahalaga ng mahigit sa \$25 bawat pagkumpuni • Paunang set ng mga baterya • Anim na pagpapatingin para sa pagsasanay, pagsasaayos, at pagsukat sa parehong vendor pagkatapos ninyong makuha ang hearing aid • Panahon ng pagsubok ng pagrenta ng mga hearing aid Dapat kayong makipag-usap sa inyong tagabigay ng serbisyo at humingi ng referral para sa mga pagsusuri sa pandinig at hearing aid. <i>Kailangan ng paunang pahintulot para sa mga hearing aid.</i> <i>Limitado ang benepisyo sa hearing aid sa maximum na \$1,510 sa bawat piskal na taon (sa pagitan ng Hulyo 1 at Hunyo 30) para sa parehong tainga, at kasama rito ang mga mold, supply para sa modipikasyon at accessory.</i>	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Eksaminasyon sa HIV Babayaran namin ang eksaminasyon ng HIV kada 12 buwan para sa mga taong: • Humihiling ng pagsusuri para sa HIV, o • May mataas na panganib na mahawaan ng HIV. Para sa mga babaeng buntis, babayaran namin hanggang tatlong eksaminasyon ng HIV sa panahon ng pagbubuntis. Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.	\$0
Ahensya ng pantahanang pangangalaga ng kalusugan Bago kayo makakuha ng mga serbisyo sa kalusugang pantahanan, kailangan sabihin sa inyo ng doktor na kailangan ninyo ang mga ito, at kailangan ipinagkakaloob ng ahensya ng kalusugang pantahanan ang mga ito. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil iba pang mga serbisyo na hindi nakalista dito: • Ang part-time o paulit-ulit na dalubhasang pangangalaga at mga serbisyo ng tumutulong sa pantahanang pangkalusugan (Babayaran sa ilalim ng benepisyo ng pangangalaga sa pantahanang pangkalusugan, inyong dalubhasang pangangalaga at mga serbisyo ng tumutulong sa pantahanang pangkalusugan kapag pinagsama ay dapat na may kabuuang mas mababa sa 8 oras bawat araw at 35 oras bawat linggo.) • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Mga medikal at panlipunan na serbisyo • Kagamitang medikal at mga supply	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pangangalaga sa hospisyo Maaari kayong kumuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Kayo ay may karapatang pumili ng ospisyo kung natukoy ng inyong tagabigay ng serbisyo at ng medikal na direktor ng ospisyo na kayo ay mayroong tinatayang kamatayan. Ito ay nangangahulugang kayo ay may sakit at malapit nang mamatay at inaasahang may natitirang anim na buwan o mas kaunting panahon upang mabuhay. Ang inyong doktor sa hospisyo ay maaaring isang tagabigay ng serbisyo ng samahan o isang tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan. Babayaran ng plano ang mga sumusunod habang kayo ay tumatanggap ng mga serbisyo ng hospisyo: • Mga gamot para sa paggamot ng mga sintomas at pananakit • Mabilisang pangangalaga upang makapahinga ang tagapangalaga • Pangangalagang pantahanan Sinisingil sa Medicare ang mga serbisyo ng hospisyo at serbisyong sakop ng Bahagi A o B ng Medicare. • Tingnan ang Seksyon F ng kabanatang ito para sa karagdagang impormasyon. Para sa mga serbisyong sakop ng CareAdvantage CMC ngunit hindi sakop ng Bahagi A o B ng Medicare: • Sasakupin ng CareAdvantage CMC ang mga serbisyong sakop ng plano na hindi sinasakop sa ilalim ng Bahagi A o B ng Medicare. Sasakupin ng plano ang mga serbisyo nauugnay man ang mga ito o hindi sa inyong tinatayang kamatayan. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito. Para sa mga gamot na maaaring sakupin sa ilalim ng benepisyo ng Bahagi D ng Medicare ng CareAdvantage CMC: • Ang mga gamot ay hindi kailanman sabay na sasakupin ng hospisyo at ng aming plano. Para sa karagdagang impormasyon, pakitingnan ang Kabanata 5. Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pangangalaga sa hospisyo (ipinagpatuloy) Paalala: Kung kailangan ninyo ng pangangalagang hindi galing sa hospisyo, dapat ninyong tawagan ang inyong Tagapamahala ng Kaso para maasikaso ang mga serbisyo. Ang hindi pang-hospisyo na pangangalaga ay pangangalaga na walang kaugnayan sa inyong pangwakas na prognosis. Sakop sa aming plano ang mga serbisyo ng konsultasyon sa hospisyo (isang beses lamang) para sa mga may mga malalang sakit na tao na hindi pinili ang benepisyo ng hospisyo.	
 Mga Pagbakuna Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Bakuna sa pulmonya • Mga bakuna laban sa trangkaso, isang beses sa bawat flu season sa taglagas at taglamig, na may mga karagdagang bakuna laban sa trangkaso kung medikal na kinakailangan • Bakuna sa Hepatitis B kung kayo ay mataas o may kataasan ang panganib na magkaroon ng hepatitis B • Ibang mga bakuna kung kayo ay nanganganib at sila ay nakakatugon sa mga tuntunin sa pagkakasakop ng Bahagi B ng Medicare Babayaran namin ang ibang mga bakuna na makakatugon sa panuntunan ng pagkakasakop sa Bahagi D ng Medicare. Basahin ang Kabanata 6 upang matuto pa. Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pang-inpatient na pangangalaga sa ospital* Kami ang magbabayad para sa mga sumusunod na serbisyo at iba pang medikal na kinakailangang serbisyo na hindi nakalista rito: • Medyo-pribadong silid (o pribadong silid kung kailangang medikal) • Mga pagkain, kabilang ang espesyal na diyeta • Mga regular na serbisyo sa pangangalaga • Ang gastos sa yunit ng espesyal na pangangalaga, tulad ng intensive care o coronary care unit • Mga gamot at medisina • Mga pagsusuri sa laboratoryo • Mga x-ray at iba pang serbisyo sa radiology • Mga kinakailangang supply sa pag-opera at medikal • Mga kagamitan, gaya ng mga wheelchair • Mga Serbisyo sa silid ng operasyon at sa silid ng pagpapagaling • Physical, occupational, at speech therapy • Mga serbisyo sa pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot para sa inpatient • Sa ilang kaso, ang mga sumusunod na uri ng transplant: cornea, bato, bato/lapay, puso, atay, бага, puso/baga, bone marrow, stem cell, at intestinal/multivisceral. Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0 Kailangan ninyong makakuha ng pag-apruba mula sa plano upang maipagpatuloy ang pagtanggap ng inpatient na pangangalaga sa isang ospital na wala sa samahan pagkatapos maayos ang inyong emergency.



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pang-inpatient na pangangalaga sa ospital (ipinagpatuloy) Kung kailangan ninyo ng operasyon para sa pagpapalit ng lamang-loob, irerepaso ang inyong kaso ng sentro ng operasyon para sa pagpapalit ng lamang-loob na inaprubahan ng Medicare at magdedesisyon ito kung kayo ay kandidato upang mabigyan ng operasyon para sa pagpapalit ng lamang-loob. Ang tagabigay ng serbisyo para sa transplant ay maaaring nasa loob o labas ng lugar ng serbisyo. Kung handang tanggapin ng mga lokal na tagabigay ng transplant ang presyo ng Medicare, lokal ninyong makukuha ang inyong mga serbisyo sa transplant sa lokal o nang hindi sakop sa pattern ng pangangalaga para sa inyong komunidad. Kung nagbibigay ang CareAdvantage CMC ng mga serbisyo sa transplant nang hindi sakop sa pattern ng pangangalaga para sa ating komunidad at pinili ninyong isagawa ang inyong transplant doon, aayusin o babayaran namin ang mga naaangkop na gastusin para sa panunuluyan at transportasyon para sa inyo at sa isa pang tao. • Dugo, kabilang ang pagtatago at pamamahala • Mga serbisyo ng doktor Kailangan ng paunang pahintulot para sa pang-inpatient na pangangalaga sa ospital.	



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip ng inpatient* Babayaran namin ang mga serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan na kailangan ang pagtigil sa ospital. • Kung kailangan ninyo ng mga serbisyo para sa inpatient sa nag-iisang nakatayo na ospital ng saykayatriko, babayaran namin ang unang 190 araw. Pagkatapos nito, ang lokal na ahensiya ng kalusugan ng pag-iisip ng county ang magbabayad para sa mga kinakailangan sa paggamot na serbisyong psychiatric para sa inpatient. Ang lokal na ahensiya ng kalusugan ng pag-iisip ng county ang mag-aayos para sa awtorisasyon ng pangangalaga na higit sa 190 araw. ○ Hindi nalalapat ang 190 araw na limitasyon sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip para sa inpatient na ibinibigay sa psychiatric unit ng pangkalahatang ospital. • Kung kayo ay 65 taong gulang o mas matanda pa, babayaran namin ang mga serbisyong natanggap ninyo sa isang Institusyon para sa Mga Sakit sa Pag-iisip (Institute for Mental Diseases o IMD). Kailangan ng paunang pahintulot mula sa Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (Behavioral Health and Recovery Services o BHRS) para sa pang-inpatient na pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip. Tawagan ang BHRS ACCESS Call Center sa 1-800-686-0101 para sa karagdagang impormasyon.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pang-inpatient na pananatili: Mga sakop na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (skilled nursing facility o SNF) sa panahon ng hindi sakop na pang-inpatient na pananatili* Kung hindi makatuwiran at hindi medikal na kinakailangan ang pang-inpatient na pamamalagi, hindi namin ito babayaran. Gayunpaman, para sa ilang partikular na sitwasyon kung saan hindi sakop ang pangangalaga sa inpatient, maaaring bayaran pa rin namin ang mga serbisyong matatanggap ninyo habang kayo ay nasa ospital o pasilidad ng pangangalaga. Upang malaman ang higit pa tungkol dito, makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil iba pang mga serbisyo na hindi nakalista dito: • Mga serbisyo ng doktor • Mga pagsusuri na kumikilala sa sakit o diagnostic, tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo • X-ray, radium, at isotope na paggamot kabilang ang mga materyales at serbisyo ng technician • Mga paglilinis sa sugat mula sa operasyon • Mga splint, molde at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa bali at dislokasyon • Mga prostetiks at mga kagamitan sa orthodontics (bukod sa ngipin), kabilang ang pagpalit o pagsasa-ayos ng ganitong mga aparato. Ito ay ang mga aparato na: ○ Pagpalit ng lahat o bahagi ng lamang-loob (kasali ang magkakatabi na tisyu), o ○ Pagpalit ng lahat o bahagi ng kakayahan ng hindi maaaring operahan o hindi na gumagana na lamang-loob. • Mga brace para sa binti, braso, likod, at leeg, mga truss at artipisyal na mga binti, braso, at mata. Kabilang ang mga kinakailangan na pag-aayos, pagkukumpuni, at pagpapalit dahil sa pagkabasag, pagkasira, pagkawala, o pagbabago sa pisikal na kondisyon ng pasyente • Physical therapy, speech therapy, at occupational therapy • Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Kabilang dito ang mga serbisyong medikal at pag-opera. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606. Kinakailangan ng paunang pahintulot para sa ilang serbisyong ibinigay sa panahon ng hindi sakop na pang-inpatient na pananatili.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga serbisyo at supply para sa sakit sa kidney* Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Ang serbisyo ng edukasyon sa sakit sa bato na para maturo ang pangangalaga sa bato at matulungan ang mga miyembro na makapagdesisyon ng mainam para sa kanilang pangangalaga. Kayo ay dapat nasa ika-4 na yugto ng talamak na sakit sa bato, at inirekomenda ng inyong doktor. Sasakupin namin ang hanggang anim na sesyon ng mga serbisyo ng edukasyon sa sakit sa bato. • Mga dialysis na paggamot sa outpatient, kabilang ang mga dialysis na paggamot kapag pansamantalang wala sa lugar ng serbisyo, gaya ng ipinapaliwanag sa Kabanata 3. • Paggamot na dialysis sa inpatient kung kayo ay tinanggap sa ospital bilang inpatient para sa espesyal na pangangalaga • Pagsasanay sa sariling pag-dialysis, kabilang ang pagsasanay para sa inyo at sinumang tumutulong sa inyo para sa inyong Paggamot ng dialysis sa inyong tahanan • Kagamitan at mga supply para sa dialysis sa tahanan • Ilang mga tiyak na serbisyo sa suportang pantahanan, gaya ng kinakailangan na pagbisita ng mga manggagawang sinanay sa dialysis upang tiyakin ang inyong dialysis sa inyong tahanan, upang tumulong sa emergency, at suriin ang kagamitan sa dialysis at supply ng tubig. Ang unyong benepisyo para sa gamot na sakop ng Bahagi B ng Medicare ang magbabayad sa ilang mga gamot para sa dialysis. Para sa karagdagang impormasyon, tingnan ang “mga iniresetang gamot na sakop ng Bahagi B ng Medicare” sa talaan na ito.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Screening para sa kanser sa бага Babayaran ng plano ang screening para sa kanser sa бага bawat 12 buwan kung kayo ay: • 55-77 taong gulang, at • Nagpapatingin sa inyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo para sa pagpapayo at magkasamang paggawa ng pasya, at • Nanigarilyo nang hindi bababa sa 1 pakete sa isang araw sa loob ng 30 araw nang walang senyales o sintomas ng kanser sa бага o naninigarilyo ngayon o huminto na sa loob ng nakalipas na 15 taon. Pagkatapos ng unang screening, babayaran ng plano ang isa pang screening bawat taon kung may nakasulat na utos mula sa inyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo.	\$0
 Terapiya sa medikal na nutrisyon Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diyabetes o sakit sa bato na hindi nagpapa-dialysis. Ito ay para sa pagkatapos ng operasyon ng pagpapalit ng kidney kapag iniutos ng inyong doktor. Babayaran namin ang tatlong oras ng mga personal na serbisyo ng pagpapayo sa inyong unang taon ng inyong pagtanggap ng serbisyo para sa terapiya sa medikal na nutrisyon sa ilalim ng Medicare. (Kasama rito ang aming plano, anupamang Medicare Advantage plan, o Medicare.) Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan ang mga ito. Babayaran namin ang dalawang oras ng mga personal na serbisyo ng pagpapayo bawat taon pagkatapos noon. Kung magbabago ang inyong kundisyon, paggamot, o diagnosis, maaari kayong magkaroon ng higit pang oras ng paggamot kung iniutos ito ng isang doktor. Dapat ireseta ng isang doktor ang mga serbisyon ito at palitan ng bago ang utos bawat taon kung kinakailangan ang inyong paggamot sa susunod na taon sa kalendaryo. Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Programa ng Pag-iwas sa Diabetes ng Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program o MDPP) Babayaran ng plano ang mga serbisyo ng MDPP. Dinisenyo ang MDPP upang tulungan kayong palakasin ang malusog na pag-uugali. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa: • pangmatagalang pagbabago ng diyeta, at • mas maraming pisikal na aktibidad, at • mga paraan upang mapanatili ang pagbaba ng timbang at malusog na paraan ng pamumuhay.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga iniresetang gamot na sakop ng Bahagi B ng Medicare Ang mga gamot na ito ay sakop sa ilalim ng Bahagi B ng Medicare. Babayaran ng CareAdvantage CMC ang mga sumusunod na gamot: • Mga gamot na hindi karaniwang ibinibigay sa sarili ng pasyente at iniiniksyon o itinuturok sa ugat habang kayo ay tumatanggap ng serbisyo ng doktor, serbisyong pang-outpatient ng ospital, o serbisyo mula sa sentro para sa pang-outpatient na operasyon • Mga gamot na inyong ginagamit gamit ang mga matibay na kagamitang medikal (gaya ng nebulizer) na binigyang awtorisasyon ng plano • Mga sanhi ng pamumuo ng dugo na ibinibigay ninyo sa inyong sarili sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kayong hemophilia • Immunosuppressive na mga gamot para sa katatapos na transplant ng organ, kung kayo ay nakalista sa Bahagi A ng Medicare sa panahon ng transplant ng organ • Mga itinuturok na gamot para sa osteoporosis. Sinasagot ang bayad sa mga gamot na ito kung kayo ay hindi makaalis ng bahay, may bali sa buto na napatunayan ng doktor na may kaugnayan sa post-menopausal osteoporosis, at hindi kayo makapagturok ng gamot sa sarili ninyo • Mga Antigen • Ilang partikular na gamot na iniinom laban sa kanser at gamot laban sa pakiramdam na nasusuka • Ilang partikular na gamot para sa dialysis sa bahay, kabilang ang heparin, ang antidote para sa heparin (kapag medikal na kinakailangan), mga ipinapahid na anesthetic, at erythropoiesis-stimulating (gaya ng Epogen, Procrit, Epoetin Alfa, Aranesp, o Darbepoetin Alfa) • IV Immune Globulin para sa paggamot sa tahanan ng sakit sa pangunahing kakulangan sa panlaban ng katawan sa sakit Ipinapaliwanag sa Kabanata 5 ang benepisyo ng inireresetang gamot para sa outpatient. Ipinapaliwanag nito sa inyo ang mga panuntunan na dapat ninyong sundin para sakupin ang mga iniresetang gamot. Ipinapaliwanag sa Kabanata 6 kung ano ang babayaran ninyo para sa mga inireresetang gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng aming plano.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Hindi pang-emergency na medikal na transportasyon Ang benepisyong ito ay nagkakaloob ng pinaka-epektibo at madaling makuha na transportasyon. Maaaring kabilang dito ang: ambulansya, litter van, at van para sa wheelchair, mga serbisyo para sa pangmedikal na transportasyon, at pakikibagay sa para transit. Ang mga uri ng transportasyon ay awtorisado kapag: • Ang inyong medikal at/o pisikal na kondisyon ay pumipigil sa inyong maglakbay sa pamamagitan ng bus, pampasahero na kotse, taksi, o ibang uri ng pampubliko o pribadong transportasyon, at • Kinakailangan ang transportasyon para sa pagkuha ng kinakailangang medikal na pangangalaga. Kailangan ang paunang awtorisasyon. Kabilang sa mga serbisyo ng Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon (Non-Emergency Medical Transport o NEMT) ang ambulansya, litter/gurney van at wheelchair van na medikal na transportasyon para sa hindi pang-emergency na pangangalaga. Kinakailangan sa HPSM ang paunang pahintulot sa mga serbisyo ng NEMT. • Kailangan ng tagapagbigay ng serbisyonag nagkakaloob ng pangangalaga sa miyembro na kumpletuhin ang form sa paunang pahintulot at pahayag ng pagpapatunay ng doktor (physician certification statement o PCS) at isumite ito sa HPSM. • Maaaring magsumite ng kahilingan ang gumagamot na doktor para sa mga serbisyo ng NEMT sa loob ng hanggang 12 buwan kung kinakailangan ang paulit-ulit na transportasyon upang masuportahan ang plano ng paggamot ng miyembro. • <i>Pinapayagan</i> ang retro-active na pahintulot para sa mga serbisyo ng NEMT. Posibleng hindi payagan ang mga kahilingan para sa retro-active na pahintulot hal., dahil hindi matibay ang medikal na pangangailangan para rito.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Hindi medikal na transportasyon* Nagbibigay-daan ang benepisyong ito sa pagkakaloob ng transportasyon patungo sa mga medikal na serbisyo sa pamamagitan ng pampasaherong sasakyan, taxi, o iba pang klase ng pampubliko/pribadong transportasyon. Ang benepisyong ito ay hindi naglilimita sa inyong hindi pang-emerhensyang medikal na transportasyon. Nagbibigay ang NMT ng mga transportasyon sa mga miyembro para makapunta sila sa mga serbisyonang may kaugnayan sa pangangalagang pangkalusugan ng outpatient gaya ng mga appointment sa doktor, appointment para sa pangangalaga ng ngipin, serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, pisikal na therapy, klinikal na laboratoryo, parmasya, atbp. Hindi babayaran ang mga biyahe papunta sa mga serbisyonang walang kaugnayan sa pangangalaga sa kalusugan. Maaaring may mga limitasyon. Upang humiling ng transportasyon, tumawag sa nakakontratang tagapagbigay ng serbisyo ng HPSM, ang American Logistics Company (ALC), sa 1-877-356- 1080, nang hindi bababa sa dalawang (2) araw ng negosyo bago ang inyong appointment o tumawag sa lalong madaling panahon kapag mayroon kayong agarang appointment. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1- 800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. 1. Ang mga oras ng call center ng ALC ay Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. 2. Kung hihiling ng sasakyang taxi, dapat itong gawin nang hindi bababa sa 2 araw ng negosyo bago ang hinihiling na iskedyul ng oras ng pagsundo. 3. Kung magkakansela ng sasakyan, dapat itong gawin nang hindi bababa sa 2 oras bago ang oras ng pagsundo. 4. Dapat dumaan sa ALC ang lahat ng paghiling ng sasakyan para sa NMT. Pahihintulutan lang ang mga transportasyon sa pamamagitan ng mga kumpanya/driver na nakakontra sa ALC. Hindi sasakupin ang ibang uri ng NMT. 5. Dapat munang mabigyan ng paunang pahintulot ng Yunit ng CareAdvantage ang mga sumusunod na pagbiyahe bago ang pag-iskedyul:	\$0 kapag pinahintulutan ng ALC ang transportasyon, nakakontratang tagapagbigay ng serbisyo ng HPSM. Hindi babayaran ng HPSM ang nagastos sa mga biyaheng hindi pinahintulutan ng ALC.



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
a. Mga biyaheng nagmumula at/o natatapos sa labas ng San Mateo, San Francisco at/o Santa Clara b. Mga biyaheng mahigit sa 50 milya ang one-way na layo kahit saan pa ang destinasyong County. 6. Hindi babayaran ang mga miyembro para sa mga nagastos nila sa mga hindi pinahintulutang (hindi aprubado ng kawani ng ALC) transportasyon. <u>Paggamit ng NMT</u> 1. Kapag tatawag kayo sa ALC para sa transportasyon, itatanong sa inyo ng ALC ang: c. Inyong numero ng HPSM ID, ang petsa at oras kung kailan kailangan ang sasakyan, ang address kung saan susunduin at kung saan pupunta at kung kailangan ninyo ng round-trip na biyahe. • Iiskedyul ang oras ng pagsundo sa inyo nang hindi bababa sa animnapung (60) minuto bago ang oras ng inyong appointment. d. Kung may kinalaman sa kalusugan ang biyahe. • Hindi pahihintulutan ang mga biyaheng walang kinalaman sa kalusugan. e. Kung may ibang paraan kayo ng transportasyon papunta sa inyong appointment. f. Kung ang appointment ninyo ay sa tanggapan ng doktor o tanggapan para sa pangangalaga ng ngipin, parmasya, rehabilitation therapy center, diagnostic testing center, atbp. g. Hahanapin ng ALC sa mapa ang address ng pupuntahan upang makumpirma kung may kinalaman sa medikal na pangangalaga/kalusugan ang lokasyon. h. Kung kailangan ninyo ng curb-to-curb na serbisyo (at may cell phone kayo upang makausap ang inyong driver) o door-to-door na serbisyo. 2. Dapat ay naroon na kayo at naghihintay sa sasakyan sa oras ng pagsundong hiniling ninyo. Karaniwang nakaiskedyul ang pagsundo sa inyo ng sasakyan ninyo nang hindi bababa sa 60 minuto bago ang nakaiskedyul ninyong appointment para sa pangangalagang pangkalusugan.	



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
3. Maaaring may makasama kayo sa sasakyan na ibang miyembro ng HPSM na papunta rin sa destinasyon ninyo. 4. Kung mag-iiskedyul kayo ng round-trip na biyahe, dapat kayong tumawag sa ALC kapag handa na kayong magpasundo para sa inyong pagbalik. Ang biyaheng pabalik ay tinatawag na “will-call” na biyahe. 5. Maaari kayong magkaroon ng isang taong kasama sa sasakyan. Kapag tumawag kayo sa ALC upang mag-iiskedyul ng sasakyan, sabihin sa ALC na may kasama kayo. 6. Kung kailangan ninyong magkansela ng sasakyan, dapat kayong tumawag sa ALC nang hindi bababa sa dalawang (2) oras bago ang nakaiskedyul na oras ng pagsundo. Ito ay upang maiwasan ang hindi pagsipot para sa pagbiyahe. 7. Dahil sa hindi inaasahang trapiko o iba pang bagay, maaaring mahuli sa nakaiskedyul na oras ng pagsundo ang inyong sasakyan. • Para sa mga unang pagsundo para (paalis na biyahe) sa appointment na naiskedyul nang maaga, ituturing na nahuli sa oras ang sasakyan kung darating ang driver nang mahigit sa labinlimang (15) minuto na ang nakalipas mula sa nakaiskedyul na oras ng pagsundo sa inyo. • Para sa mga biyaheng pauwi mula sa isang appointment (tinatawag ding mga “will-call na biyahe”), ituturing na nahuli sa oras ang sasakyan kung darating ang driver nang mahigit sa apatnapu't limang (45) minuto ang nakalipas mula nang tumawag kayo sa ALC upang humiling ng will-call na biyaheng pauwi. Hindi nalalapat ang NMT kung: 1. Isang ambulansya, litter van, wheelchair van, o ibang uri ng NEMT ang medikal na kinakailangan upang makapunta sa lugar para sakop na serbisyo. 2. Kailangan ninyo ng tulong mula sa driver papunta at mula sa tirahan, sasakyan o lugar ng paggamot dahil sa pisikal o medikal na kundisyon. 3. Gumagamit kayo ng wheelchair at/o hindi ninyo kayang maglakad papunta at mula sa sasakyan nang walang tulong ng driver. 4. Hindi sakop ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo.	



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pag-aalaga sa pasilidad ng pangangalaga Ang pasilidad ng pangangalaga (NF) ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga sa mga taong hindi makakakuha ng pangangalaga sa bahay ngunit hindi kailangang manatili sa ospital. Kasama sa mga serbisyo na babayaran namin, ngunit hindi limitado sa, mga sumusunod: • Medyo-pribadong silid (o pribadong silid kung kailangang medikal) • Mga pagkain, kabilang ang espesyal na diyeta • Mga serbisyong pangangalaga • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Terapiya sa Paghinga • Mga gamot na ipinagkakaloob sa inyo bilang bahagi ng plano ng pangangalaga. (Kabilang dito ang mga gamot na likas na nasa katawan ng tao, tulad ng mga salik sa pamumuo ng dugo.) • Dugo, kabilang ang pagtatago at pamamahala • Mga pangmedikal at pang-opera na panustos na karaniwang ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga • Mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga • Mga x-ray at ibang mga serbisyo ng radyolohiya na karaniwang ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga • Paggamit ng mga kagamitan, gaya ng mga may gulong sa silya na karaniwang ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga • Mga serbisyo ng manggagamot • Matibay na kagamitang medikal • Mga serbisyong dental, kasama na ang mga pustiso • Mga benepisyo sa paningin • Mga pagsusuri sa pandinig • Pangangalagang chiropractic • Mga serbisyo sa podiatry Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pag-aalaga sa pasilidad ng pangangalaga (ipinagpatuloy) Kadalasan ninyong makukuha ang pangangalaga mula sa mga pasilidad ng samahan. Gayunpaman, maaari kayong makakuha ng inyong pangangalaga mula sa pasilidad na hindi kasali sa aming samahan. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga sa pagbabayad ng aming plano: • Ang tahananang tagapangalaga o ang patuloy na pangangalaga sa komunidad ng mga retirado kung saan kayo nakatira bago kayo pumunta sa ospital (hangga't nagkakaloob ang mga ito ng pasilidad ng pangangalaga). • Ang isang pasilidad ng pangangalaga kung saan nakatira ang inyong asawa nuong panahon na kayo ay umalis sa ospital.	
 Eksaminasyon para sa sobrang katabaan at terapiya upang bumaba ang timbang Kung may body mass index ng 30 o mas mataas, babayaran namin ang matinding pagpapayo para matulungan kayo na bumaba ang timbang. Dapat kayong kumuha ng pagpapayo sa isang pangunahing pangangalaga na kapaligiran. Sa ganoong paraan, maaari itong mapamahalaan gamit ang inyong buong plano sa pag-iwas sa sakit. Makipag-usap sa inyong pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga upang matuto pa.	\$0
Mga serbisyo ng programang paggamot sa pagkalulong sa opioid Magbabayad ang plano para sa mga sumusunod na serbisyo sa paggamot ng problemang pagkalulong sa opioid: • Mga gamot na aprubado ng Food and Drug Administration (FDA) at, kung naaangkop, pangangasiwa at pagbibigay sa inyo ng mga gamot na ito • Pagpapayo kaugnay ng pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot • Indibidwal at panggrupong therapy • Pagsusuri para sa mga gamot o kemikal sa inyong katawan (toxicology testing)	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga diyagnostikong pagsusuri sa outpatient at mga terapiyutikong serbisyo at mga supply Kami ang magbabayad para sa mga sumusunod na serbisyo at iba pang medikal na kinakailangang serbisyo na hindi nakalista rito: • Mga x-ray • Radiation (radium at isotope) na paggamot kabilang ang mga technician, mga materyales at mga supply • Mga supply sa pag-opera, gaya ng mga dressing • Mga splint, molde at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa bali at dislokasyon • Mga pagsusuri sa laboratoryo • Dugo, kabilang ang pagtatago at pamamahala • Iba pang diagnostic na pagsusuri sa outpatient	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga serbisyo sa ospital para sa outpatient* Babayaran namin ang mga medikal na kinakailangang serbisyo na ipagkakaloob sa inyo sa departamento ng ospital para sa outpatient para sa pag-diagnose o paggamot ng sakit o pinsala, gaya ng: • Mga serbisyo sa pang-emergency na departamento o klinika para sa outpatient, gaya ng pag-opera ng outpatient o mga serbisyo ng pag-obserba ○ Nakakatulong ang mga serbisyo ng pag-obserba para malaman ng doktor ninyo kung kailangan ninyong mamalagi sa ospital bilang “inpatient.” ○ Kung minsan, maaari kayong manatili sa ospital nang isang gabi at maituring pa ring isang “outpatient.” ○ Maaari kayong kumuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagiging inpatient o outpatient sa papel ng impormasyong ito: https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Mga pagsusuri sa laboratoryo at mga pagsusuri para sa pagkilala ng sakit na siningil ng ospital • Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip, kabilang ang pangangalaga sa programang hindi ganap na pagkakaospital, kung mapapatunayan ng doktor na kakailanganin ang inpatient na paggamot kung wala ito • Ang mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology ay sinisingil ng ospital • Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast • Mga screening at serbisyo sa pag-iwas sa sakit na nakalista sa kabuuan ng Chart ng Mga Benepisyo • Ilang mga gamot na hindi ninyo magagawang ibigay sa inyong sarili Kailangan ng paunang pahintulot para sa ilang serbisyo sa ospital sa outpatient.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip ng outpatient* Babayaran namin ang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na ipinagkaloob ng: • Psychiatrist o doktor na lisensyado ng estado • Klinikal na psychologist • Klinikal na social worker • Klinikal na dalubhasang nars • Isang nanunungkulang nars • Katulong na manggagamot (physician assistant o PA) • Iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip na kwalipikado sa Medicare batay sa pinapayagan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil iba pang mga serbisyo na hindi nakalista dito: • Mga serbisyo sa klinika • Pang-araw na pagpapagamot • Mga psychosocial rehab na serbisyo • Bahagyang pamamalagi sa ospital/mga masidhing programa para sa outpatient • Pagtatasa and pagpapagamot ng kalusugan ng pag-iisip sa indibidwal at grupo • Sikolohikal na pagsusuri kapag kinakailangan sa pagpapagamot upang suriin ang kinalabasan ng kalusugan ng pag-iisip • Mga serbisyo sa outpatient para masubaybayan ang terapiya ng gamot • Laboratoryo, mga gamot, mga panustos at mga karagdagang sustansya (supplement) para sa outpatient • Mga konsultasyon na may kaugnayan sa pag-iisip (psychiatric)	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga serbisyong rehabilitasyon para sa outpatient* Kami ang magbabayad para sa physical therapy, occupational therapy, at speech therapy. Makakakuha kayo ng mga serbisyo para sa rehabilitasyon ng outpatient mula sa departamento ng ospital para sa outpatient, mga independiyenteng tanggapan ng therapist, malawakang rehabilitasyon para sa outpatient na pasyente (CORF) at ibang mga pasilidad. Kailangan ng paunang pahintulot para sa mga serbisyo sa rehabilitasyon ng outpatient.	\$0
Mga serbisyo sa pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot outpatient* Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil iba pang mga serbisyo na hindi nakalista dito: • Screening at pagpapayo sa labis na pag-inom ng alak • Pagpapagamot ng pang-aabuso sa ipinagbabawal na gamot • Grupo o indibidwal na pagpapayo ng isang kwalipikadong clinician • Hindi malubhang pagtatanggal ng lason sa katawan sa ilalim ng pantahanang programa ng pagkalulong • Mga serbisyo para sa alak at/o gamot sa sentro ng masidhing pagpapagamot ng outpatient • Pagpapagamot ng pinatagal na pagbibigay ng Naltrexone (vivitrol) Kailangan ng paunang pahintulot mula sa Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (Behavioral Health and Recovery Services o BHRS) ng San Mateo County para sa mga serbisyo sa pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot ng outpatient. Tawagan ang BHRS ACCESS Call Center sa 1-800-686-0101 para sa karagdagang impormasyon.	\$0
Pag-opera sa outpatient* Babayaran namin ang operasyon at serbisyo para sa outpatient na ipinagkakaloob sa pasilidad para sa outpatient ng ospital at sentro para sa pang-outpatient na operasyon. Kailangan ng paunang pahintulot para sa pag-opera sa outpatient.	\$0

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga serbisyo sa hindi ganap na pagkakaospital* Ang bahagyang pagkakaospital ay isang istrukturang programa sa aktibong psychiatric na paggamot. Ibinibigay ito bilang isang serbisyo sa outpatient ng ospital o sa isang center para sa kalusugan ng pag-iisip ng komunidad. Ito ay mas matindi kumpara sa pangangalagang natatanggap sa tanggapan ng inyong doktor o therapist. Ito ay makakatulong sa inyo upang hindi kayo mamalagi sa ospital. Kailangan ng paunang pahintulot mula sa Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (Behavioral Health and Recovery Services o BHRS) ng San Mateo County para sa mga serbisyo sa bahagyang pagkakaospital. Tawagan ang BHRS ACCESS Call Center sa 1-800-686-0101 para sa karagdagang impormasyon. Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan sa pamamagitan ng BHRS.	\$0
Mga serbisyo ng doktor/tagabigay ng serbisyo, kabilang ang mga pagpapatingin sa tanggapan ng doktor* Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan o pag-oopera na kinakailangan sa paggamot na ipinagkaloob sa mga lugar na tulad ng: ○ Tanggapan ng Doktor o Physician ○ May Sertipikong Sentro para sa operasyon ng outpatient (Certified Ambulatory Surgical Center) ○ Departamento ng outpatient ng ospital • Konsultasyon, diagnosis, at paggamot ng isang espesyalista • Mga karaniwang eksaminasyon sa pandinig at balanse na isasagawa ng inyong pangunahing tagapagbigay ng serbisyong pangangalaga kung ipinapagawa ito ng doktor ninyo para malaman kung kailangan ninyo ng paggamot • Ilang telehealth na serbisyo, kabilang ang konsultasyon, pag-diagnose, at paggamot ng doktor o practitioner, para sa mga pasyenteng nasa mga lalawigan o iba pang lugar na aprubado ng Medicare Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina	\$0

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga serbisyo ng doktor/tagapagbigay ng serbisyo, kabilang ang mga pagpapatingin sa tanggapan ng doktor (ipinagpatuloy) • Mga telehealth na serbisyo sa mga miyembrong nagda-dialysis sa tahanan para sa buwanang pagkonsultang may kaugnayan sa end-stage renal disease sa isang renal dialysis center sa ospital o critical access hospital, renal dialysis center, o tahanan ng miyembro • Mga telehealth na serbisyo para i-diagnose, suriin, o gamutin ang mga sintomas ng stroke • Mga virtual na pangungumusta (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) ng inyong tagapagbigay ng serbisyo sa loob ng 5-10 minuto kung: ○ dati na kayong pasyente at ○ walang kinalaman ang pangungumusta sa pagpapatingin sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw at ○ hindi hahantong ang pangungumusta sa pagpapatingin sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa lalong madaling panahong appointment • Pagsusuri sa video at/o mga larawang ipinadala ninyo sa inyong doktor at pagpapaliwanag at pag-follow up ng inyong doktor sa loob ng 24 na oras kung: ○ dati na kayong pasyente at ○ walang kinalaman ang pagsusuri sa pagpapatingin sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw at ○ hindi hahantong ang pagsusuri sa pagpapatingin sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa lalong madaling panahong appointment • Pagkonsulta ng inyong doktor sa iba pang doktor sa pamamagitan ng telepono, Internet, o elektronikong talaan ng kalusugan kung dati na kayong pasyente • Pangalawang opinyon ng isa pang tagabigay ng serbisyo ng samahan bago ang isang medikal na pamamaraan	



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
- Hindi regular na pangangalaga ng ngipin. Ang mga nasasakupang serbisyo ay limitado sa mga sumusunod: - Pag-opera ng panga o mga kaugnay na parte - Pagsasaayos ng mga bali na panga o mga buto sa mukha - Pagbunot ng ngipin bago gawin ang radiation na paggamot ng kanser - Mga sasakupin na serbisyo kung ipinagkaloob ito ng doktor Kailangan ng paunang pahintulot para sa mga ambulatory na serbisyo sa surgical center at serbisyo ng departamento ng ospital sa outpatient. Maaaring bayaran ng Medi-Cal ang karagdagang doktor ng outpatient, at ang mga nasa gitnang nagsasanay kung sadyang kinakailangan sa paggamot. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.	
Mga serbisyo sa podiatry Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: - Pagkikilala at medikal o sa pamamagitan ng operasyon na paggamot sa pinsala at sakit sa paa (gaya ng balikong mga daliri sa paa o buto sa sakong) - Regular na pangangalaga sa paa para sa mga miyembrong may mga kundisyong nakakaapekto sa mga binti, gaya ng diabetes	\$0
 Mga pagsusuri sa screening para sa kanser sa prostate Para sa lalaking nasa edad 50 o mas matanda, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo isang beses kada 12 buwan: - Isang digital rectal exam - Isang prostate specific antigen (PSA) test	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga prosthetic device at mga kaugnay na supply* Pinapalitan ng mga prosthetic device ang lahat o bahagi ng parte ng katawan o kakayahan ng katawan. Babayaran namin ang mga sumusunod na aparato sa prostetik, at marahil iba pang mga aparato na hindi nakalista dito: • Mga bag para sa colostomy at mga panustos na may kaugnayan sa pangangalaga sa colostomy • Enteral at parenteral na pagpasok ng pagkain sa katawan, kabilang ang mga feeding supply kit, infusion pump, tubing at adaptor, mga solution, at mga supply para sa pag-iiniksyon sa sarili • Mga pacemaker • Mga Brace • Mga prosthetic na sapatos • Mga artipisyal na braso at binti • Mga prosthesis sa dibdib ng babae o suso (kabilang ang surgical brassiere matapos ang operasyon para tanggalin ang suso o mastectomy) • Mga prosthesis na pamalit sa lahat ng panlabas na bahagi ng mukha na tinanggal o nasira dahil sa sakit, pinsala, o depekto mula sa pagkasilang • Incontinence cream at mga diaper Babayaran din namin ang ilang mga panustos na may kaugnayan sa mga aparato ng prostetik. Babayaran din namin ang pagkukumpuni o pagpapalit ng mga aparato ng prostetik. Kami ay nag-aalok ng ilang pagkakasakop matapos ang pagtanggal ng katarata o operasyon sa katarata. Tingnan ang “Pangangalaga sa Paningin” sa ibang bahagi ng seksyong ito sa para sa mga detalye. Hindi namin babayaran ang mga kagamitang prostetik para sa ngipin. Ang Medi-Cal ay maaaring bayaran ang karagdagang matibay na kagamitang medikal na hindi sakop sa ilalim ng Medicare batay sa indibidwal na pangangailangan at paunang awtorisasyon. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880- 0606. Dapat kayong makipag-usap sa inyong tagabigay ng serbisyo at humingi ng referral para sa mga prosthetic device at may kaugnayang supply. Kailangan ng paunang pahintulot para sa mga prosthetic device at may kaugnayang supply.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Mga serbisyo sa pagpapagaling sa бага* Babayaran namin ang mga programa ng rehabilitasyon ng бага para sa mga miyembro na may katamtaman hanggang lubos na malubhang sakit ng talamak na paghahadlang sa бага (chronic obstructive pulmonary disease o COPD). Kailangang mayroon kayong kautusan para sa pagpapagaling sa бага mula sa doktor o tagabigay ng serbisyo na gumagamot ng COPD. Magbabayad kami para sa mga serbisyo para sa paghinga ng mga pasyenteng umaasa sa ventilator. Ang Medi-Cal ay sakop din ang mga serbisyo na kinakailangan sa paggamot na rehabilitasyon na kinabibilangan ng pangangalaga sa paghinga para sa mga miyembro na umaasa sa ‘ventilator’ kung kinakailangan sa paggamot. Upang makakuha ng karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1- 866-880-0606. Kailangan ng paunang pahintulot para sa mga serbisyo sa pagpapagaling sa бага.	\$0
 Eksaminasyon at pagpapayo para sa mga impeksyon na nakakahawa sa pamamagitan ng pakikipagtalik (STI) Babayaran namin ang mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Ang mga eksaminasyong ito ay sakop para sa mga babaeng buntis at para sa ilang tao na mataas ang panganib sa STI. Dapat iutos ng isang pangunahing tagabigay ng serbisyo ang mga pagsusuri. Sinasakop namin ang mga pagsusuring ito isang beses kada 12 buwan o sa ilang beses habang buntis. Babayaran namin hanggang sa dalawang sesyon ng personal na pinakamasidhing pagpapayo sa pag-uugali kada taon para sa mga adulto na aktibo sa pakikipagtalik na may mas mataas na peligro magkaroon ng STI. Ang bawat sesyon ay maaaring tumagal ng 20-30 minuto. Babayaran namin ang mga session ng pagpapayo na ito bilang serbisyo sa pag-iwas sa sakit kung ibinibigay ang mga ito ng isang pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga. Ang mga session ay dapat na nasa lugar para sa pangunahing pangangalaga, gaya ng tanggapan ng isang doktor.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Pag-aalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (skilled nursing facility o SNF)* Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at marahil iba pang mga serbisyo na hindi nakalista dito: • Medyo-pribadong silid, o pribadong silid kung kailangang medikal • Mga pagkain, kabilang ang espesyal na diyeta • Mga serbisyong pangangalaga • Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy • Mga gamot na ipinagkakaloob sa inyo bilang bahagi ng plano ng pangangalaga, kabilang dito ang mga gamot na likas na nasa katawan ng tao, tulad ng mga salik sa pamumuo ng dugo • Dugo, kabilang ang pagtatago at pamamahala • Mga panggamot at pang-opera na panustos na ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga • Mga pagsusuri sa laboratoryo na ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga • Mga x-ray at ibang mga serbisyo ng radyolohiya na ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga • Paggamit ng mga kagamitan, gaya ng mga may gulong sa silya, na karaniwang ibinibigay ng pasilidad ng pangangalaga • Mga serbisyo ng doktor/tagabigay ng serbisyo Kadalasan ninyong makukuha ang pangangalaga mula sa mga pasilidad ng samahan. Gayunpaman, maaari kayong makakuha ng inyong pangangalaga mula sa pasilidad na hindi kasali sa aming samahan. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga sa pagbabayad ng aming plano: • Ang tahananang tagapangalaga o ang patuloy na pangangalaga sa komunidad ng mga retirado kung saan kayo nakatira bago kayo pumunta sa ospital (hangga't nagbibigay ang mga ito ng pag-aalaga sa pasilidad ng pangangalaga) • Ang pasilidad ng pangangalaga kung saan nakatira ang inyong asawa sa panahon ng paglabas ninyo ng ospital Kailangan ng paunang pahintulot para sa pag-aalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
Therapy sa pamamagitan ng sinusubaybayang pag-ehehersisyo (Supervised exercise therapy o SET) Babayaran ng plano ang SET para sa mga miyembrong may symptomatic peripheral artery disease (PAD) na may referral para sa PAD mula sa doktor na responsable para sa paggamot sa PAD. Babayaran ng plano ang: • Hanggang 36 na session sa loob ng 12 linggo kung matutugunan ang lahat ng kinakailangan sa SET • May karagdagang 36 na session sa paglipas ng panahon kung matutukoy ng tagapagbigay ng serbisyong pangangalaga sa kalusugan na medikal itong kinakailangan Ang programang ng SET ay kinakailangang: • 30 hanggang 60 minutong session ng programang therapeutic na ehehersisyong pagsasanay para sa PAD sa mga miyembrong namumulikat ang binti dahil sa hindi maayos na pagdaloy ng dugo (claudication) • Lugar sa ospital para sa outpatient o sa tanggapan ng doktor • Isagawa ng kwalipikadong tauhan na sisiguraduhing mas mataas ang posibilidad ng kapakinabangan kaysa pinsala at may kasanayan sa therapy na ehehersisyo para sa PAD • Nasa ilalim ng direktang pagsubaybay ng isang doktor, assistant ng doktor, o nanunungkulang nurse/espesyalistang nurse sa klinika na may kasanayan sa parehong mga basic at advanced na pamamaraang pansuporta ng buhay	\$0
Agarang pangangalaga Ang agarang pangangalaga ay ang pangangalagang ibibigay upang gamutin ang: • Isang hindi emergency na nangangailangan ng agarang medikal na pangangalaga, o • Biglaang pagkakasakit, o • Pinsala, o • Kundisyong kailangan ng agarang pangangalaga. Kung nangangailangan kayo ng madaliang pangangalaga, dapat ninyong subukan munang kumuha ng tagabigay ng serbisyo ng samahan. Gayunpaman, maaari kayong gumamit ng mga tagapagbigay ng serbisyong wala sa network kapag hindi kayo makapunta sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network. Hindi sakop ang agarang pangangalaga sa labas ng Estados Unidos.	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Pangangalaga ng Paningin Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Isang regular na pagsusuri ng mata kada taon, at • Hanggang \$100 para sa salamin ng mata (mga frame at lente) o hanggang \$100 para sa contact lens kada dalawang taon. Mga serbisyo ng doktor para sa outpatient para sa pagkilala at paggamot ng mga sakit at mga pinsala sa mata. Halimbawa, kabilang dito ang mga taunang pagsusuri sa mata para sa diabetic retinopathy para sa mga taong may diabetes at paggamot para sa macular degeneration na may kaugnayan sa edad. Para sa mga taong may mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma, babayaran namin ang isang eksaminasyon ng glaucoma kada taon. Kasama sa mga taong may mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma ang: • Taong may kasaysayan ng glaucoma sa pamilya • Taong may diyabetis • Aprikanong-amerikano na may 50 taon gulang o mas matanda pa • Mga Hispanic Americans na 65 taong gulang o mas matanda pa Babayaran namin ang isang pares ng salamin sa mata o contact lens pagkatapos ng bawat operasyon ng katarata kapag ang doktor ay naglagay ng intraocular lens (lente na ipinapasok sa loob ng mata). (Kung mayroon kayong dalawang magkahiwalay na operasyon ng katarata, kailangan ninyong kumuha ng isang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng bawat opera. Hindi kayo maaaring kumuha ng dalawang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng ikalawang opera, kahit na hindi kayo kumuha ng isang pares ng salamin sa mata pagkatapos ng unang opera).	\$0



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 Pagbisita na pag-iwas sa Sakit (Preventive Visit) ng "Welcome sa Medicare" Sakop namin ang isang-beses na pagbisita para sa pag-iwas sa sakit ng “Maligayang Pagdating sa Medicare”. Kabilang sa pagbisita ang: • Isang pagsusuri sa inyong kalusugan, • Ang edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga serbisyo sa pag-iwas sa sakit na kailangan ninyo (kabilang ang ilang mga eksaminasyon at iniksyon), at • Mga referral para sa ibang pangangalaga kung kinakailangan. Tandaan: Sasakupin lang namin ang pagbisita para sa pag-iwas sa sakit na “Maligayang Pagdating sa Medicare” sa unang 12 buwan na mayroon kayong Bahagi B ng Medicare. Kapag nagpa-appointment kayo, sabihin sa tanggapan ng inyong doktor na gusto ninyong iiskedyul ang inyong pagbisita para sa pag-iwas sa sakit na “Maligayang Pagdating sa Medicare”.	\$0



E. Mga sakop na benepisyo sa labas ng CareAdvantage CMC

Ang mga sumusunod na serbisyo ay hindi sakop ng CareAdvantage CMC ngunit maaaring makuha sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

E1. Mga Paglipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions o CCT)

Ginagamit ng programang California Community Transitions (CCT) ang mga lokal na Nangungunang Organisasyon upang tulungan ang mga kwalipikadong beneficiary ng Medi-Cal, na nakatira na sa isang pasilidad ng inpatient sa loob ng hindi bababa sa 90 magkakasunod na araw, bumalik sa, at ligtas na nananatili sa, isang lugar sa komunidad. Pinopondohan ng programang CCT ang mga serbisyo sa pag-aayos ng paglipat sa panahon ng paunang paglipat at sa loob ng 365 araw pagkatapos ng paglipat upang tulungan ang mga beneficiary sa pagbalik sa isang lugar sa komunidad.

Maaari kayong tumanggap ng mga serbisyo sa pag-aayos ng paglipat mula sa alinmang Nangungunang Organisasyon ng CCT na naglilingkod sa county kung saan kayo nakatira. Makikita ninyo ang listahan ng Mga Nangungunang Organisasyon ng CCT at mga county na pinaglilingkuran ng mga ito sa website ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga sa Kalusugan sa:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx>.

Mga serbisyo ng CCT sa pag-aayos ng paglipat:

Babayaran ng Medi-Cal ang mga serbisyo sa pag-aayos ng paglipat. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong walang kaugnayan sa inyong paglipat sa CCT:

Sisingilin ng tagabigay ng serbisyo ang CareAdvantage CMC para sa inyong mga serbisyo. Ang CareAdvantage CMC ang magbabayad para sa mga serbisyong ipinagkakaloob matapos ang inyong transisyon. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Habang nakatatanggap kayo ng mga serbisyo sa pag-aayos ng paglipat sa CCT, babayaran ng CareAdvantage CMC ang mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo sa Seksyon D ng kabanatang ito.

Walang pagbabago sa pagkakasakop ng CareAdvantage CMC sa benepisyo sa gamot:

Ang mga gamot ay hindi sakop ng programang CCT. Patuloy kayong makatatanggap ng inyong karaniwang benepisyo sa gamot sa pamamagitan ng CareAdvantage CMC. Para sa karagdagang impormasyon, pakitingnan ang Kabanata 5.

Paalala: Kung kailangan ninyo ng pag-transition na pangangalagang hindi CCT, dapat kayong tumawag sa inyong tagapagkoordinang pangangalaga upang maayos ang mga serbisyo. Ang pangangalaga ng CCT na walang kaugnayan sa paglipat ay pangangalaga na walang kaugnayan sa inyong paglipat mula sa isang institusyon/pasilidad.

E2. Programa sa Ngipin ng Medi-Cal

Magagamit ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Programa sa Ngipin ng Medi-Cal (Denti-Cal); halimbawa, mga serbisyong gaya ng:

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Mga paunang eksaminasyon, X-ray, pagpapalinis, at paggamot ng fluoride
- Mga restoration at crown
- Root canal therapy
- Mga pustiso, pagbabago, pag-aayos, at paglalapat

Magagamit ang mga benepisyong sa ngipin sa fee-for-service ng Denti-Cal. Para sa karagdagang impormasyon, o kung kailanganin ninyo ng tulong sa paghahanap ng dentistang tumatanggap ng Denti-Cal, mangyaring makipag-ugnayan sa linya ng Denti-Cal Beneficiary Customer Service sa **1-800-322-6384** (dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-735-2922**). Libre ang tawag. Ang mga kinatawan ng programa ng Denti-Cal ay handa kayong tulungan mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., mula Lunes hanggang Biyernes. Maaari din kayong bumisita sa website ng Denti-Cal sa <https://www.denti-cal.ca.gov/> para sa karagdagang impormasyon.

Bukod pa sa fee-for-service ng Denti-Cal, maaari kayong kumuha ng mga benepisyong sa ngipin sa pamamagitan ng isang plano ng pinamamahalaang pangangalaga ng ngipin. Ang mga plano ng pinamamahalaang pangangalaga ng ngipin ay magagamit sa Los Angeles County. Kung gusto ninyo ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga plano ng pangangalaga sa ngipin, kung kailangan ninyo ng tulong sa pagtukoy ng inyong plano ng pangangalaga sa ngipin, o kung gusto ninyong magpalit ng plano ng pangangalaga sa ngipin, mangyaring makipag-ugnayan sa Health Care Options sa **1-800-430-4263** (dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-430-7077**), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Libre ang tawag.

E3. Pangangalaga sa Hospisyo

Maaari kayong kumuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Kayo ay may karapatang pumili ng hospisyo kung natukoy ng inyong tagabigay ng serbisyo at ng medikal na direktor ng hospisyo na kayo ay mayroong tinatayang kamatayan. Ito ay nangangahulugang kayo ay may sakit at malapit nang mamatay at inaasahang may natitirang anim na buwan o mas kaunting panahon upang mabuhay. Ang inyong doktor sa hospisyo ay maaaring isang tagabigay ng serbisyo ng samahan o isang tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan.

Tingnan ang Chart ng Mga Benepisyong sa Seksyon D ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung ano ang binabayaran ng CareAdvantage CMC habang kayo ay tumatanggap ng mga serbisyong pangangalaga ng hospisyo.

Para sa mga serbisyong hospisyo at mga serbisyo na sakop ng Bahagi A o B ng Medicare na may kaugnayan sa inyong pangwakas na prognosis:

- Sisingilin ng tagabigay ng serbisyong hospisyo ang Medicare para sa inyong mga serbisyo. Babayaran ng Medicare ang mga serbisyong hospisyo na may kaugnayan sa inyong tinatayang kamatayan. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong sakop ng Bahagi A o B ng Medicare na walang kaugnayan sa inyong pangwakas na prognosis (maliban sa pang-emergency na pangangalaga o agarang kinakailangang pangangalaga):

- Sisingilin ng tagabigay ng serbisyo ang Medicare para sa inyong mga serbisyo. Babayaran ng Medicare ang mga serbisyong sakop sa ilalim ng Bahagi A o B ng Medicare. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Para sa mga gamot na maaaring sakupin sa ilalim ng benepisyo ng Bahagi D ng Medicare ng CareAdvantage CMC:

- Ang mga gamot ay hindi kailanman sabay na sasakupin ng hospisyo at ng aming plano. Para sa karagdagang impormasyon, pakitingnan ang Kabanata 5.

Paalala: Kung kailangan ninyo ng pangangalagang hindi galing sa hospisyo, dapat ninyong tawagan ang inyong tagapagkoordinang pangangalaga para maayos ang mga serbisyo. Ang hindi pang-hospisyo na pangangalaga ay pangangalaga na walang kaugnayan sa inyong pangwakas na prognosis.

F. Mga benepisyong hindi sakop ng CareAdvantage CMC, Medicare, o Medi-Cal

Ang seksyon na ito ang magsasabi kung anong mga uri ng benepisyo ang hindi kasama sa plano. Ang ibig sabihin ng ibinukod ay hindi namin babayaran ang mga benepisyong ito. Hindi rin babayaran ng Medicare at Medi-Cal ang mga ito.

Inilalarawan sa listahan sa ibaba ang ilang serbisyo at bagay na hindi namin binabayaran sa ilalim ng anumang kundisyon at ilang ibinukod namin sa ilang sitwasyon lang.

Hindi namin babayaran ang mga ibinukod na benepisyo sa paggamot na nakalista sa seksyon na ito (o saanman sa *Handbook ng Miyembro* na ito) maliban kung nakatala sa ilalim ng mga tiyak na kondisyon. Kung sa palagay ninyo ay dapat naming bayaran ang isang serbisyo na hindi kasali sa pagkakasakop, maaari kayong maghain ng apela. Para sa impormasyon tungkol sa paghain ng apela, tingnan ang Kabanata 9.

Bilang dagdag sa mga hindi kasama o mga limitasyong inilarawan sa Talaan ng Mga benepisyo, ang mga sumusunod na mga bagay at mga serbisyo ay hindi sakop ng aming plano:

- Ang mga serbisyonang itinuturing na "makatuwiran at kailangan sa paggamot", ayon sa pamantayan ng Medicare at Medi-Cal, maliban na lang kung ang mga serbisyonang ito ay inilista ng aming plano bilang mga sakop na serbisyo.
- Ang mga pagsubok na medikal na pagpapagamot at operasyon, mga kagamitan at mga gamot, maliban kung sakop ng Medicare o sa ilalim ng pag-aaral ng klinikang pananaliksik na inaprubahan ng Medicare o ng aming plano. Tingnan ang Kabanata 3, mga pahina, para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral. Ang mga pagsubok na paggamot at kagamitan ay ang mga hindi karaniwang tinatanggap ng medikal na komunidad.
- Operasyon para sa sobrang katabaan, maliban kung ito ay medikal na kinakailangan at babayaran ito ng Medicare.
- Isang pribadong kwarto sa ospital, maliban kung ito ay medikal na kinakailangan.
- Mga pribadong nakatalagang nurse.
- Personal na mga bagay sa inyong kwarto sa ospital o pasilidad ng pangangalaga, gaya ng telepono o telebisyon.
- Full-time na pangangalaga sa inyong tahanan.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Ang mga bayaring sinisingil ng inyong mga kamag-anak o miyembro ng inyong tahanan.
- Mga pagkaing hinahatid sa iyong bahay.
- Pinili o boluntaryong mga pamamaraan o serbisyo sa pagpapabuti (kabilang ang pagbawas ng timbang, pagpapatubo ng buhok, seksuwal na pagganap, atletikong pagganap, layuning kosmetiko, laban sa pagtanda at pagganap ng isip) maliban kung medikal na kinakailangan.
- Kosmetikong pagtitistis o iba pang mga kosmetiko gawain, maliban kung ito ay kinakailangan dahil sa aksidenteng pinsala o upang mapabuti ang isang bahagi ng katawan na hindi tama ang hugis. Gayunpaman, babayaran namin ang pagbabagong-tatag ng suso matapos ang operasyon para tanggalin ang suso o mastectomy at para sa pagpapagamot ng kabilang suso upang maging magkatugma ang dalawang suso.
- Chiropractic na pangangalaga, maliban sa paghilot sa gulugod na naaayon sa mga alituntunin ng pagkakasakop.
- Regular na pangangalaga sa paa, maliban sa inilalarawan sa mga serbisyo sa Podiatry sa Chart ng Mga Benepisyo sa Seksyon D.
- Mga orthopedic na sapatos maliban kung ang sapatos ay bahagi ng brace ng binti at kabilang sa halaga ng brace o ng sapatos para sa taong may sakit sa paa na dahil sa diyabetis.
- Mga device na pangsuporta sa paa, maliban sa mga orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may sakit sa paa na dahil sa diabetes.
- Radial keratotomy, LASIK na operasyon, at iba pang pantulong para sa malabong paningin.
- Pagbaligtad ng pamamaraan para sa pagpigil na magkaanak, at mga supply para sa hindi kailangang reseta na mga gamot na kontraseptibo.
- Mga serbisyo ng naturopath (ang paggamit ng mga natural o alternatibong paggamot).
- Mga serbisyong ibinibigay sa mga beterano sa pasilidad ng Veterans Affairs (VA).
Gayunpaman, kapag kumuha ang beterano ng mga pang-emergency na serbisyo sa isang ospital ng VA at mas malaki ang bahagi sa gastos ng VA kaysa sa bahagi sa gastos ng aming plano, babayaran namin sa beterano ang halaga ng pagkakaiba. Responsable pa rin kayo para sa halaga ng cost sharing (pagtutulungan sa babayaran).



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

Panimula

Ipinapaliwanag sa kabanatang ito ang mga panuntunan para sa pagkuha ng inyong mga inireresetang gamot para sa outpatient. Ang mga gamot na ito na iniutos sa inyo ng tagabigay ng serbisyo na makukuha mula sa parmasya o sa pamamagitan ng mail order. Kasama sa mga ito ang mga gamot na sakop sa ilalim ng Bahagi D ng Medicare at Medi-Cal. Malalaman ninyo sa Kabanata 6 kung ano ang babayaran ninyo para sa mga gamot na ito. Makikita ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito sa alpabetong pagkakaayos sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Sakop din ng CareAdvantage CMC ang mga sumusunod na gamot, bagaman hindi tatalakayin ang mga ito sa kabanata na ito:

- Mga gamot na sakop ng Bahagi A ng Medicare. Kasama dito ang ilang gamot na ibinibigay sa inyo habang kayo ay nasa ospital o pasilidad ng pangangalaga.
- Mga gamot na sakop ng Bahagi B ng Medicare. Kasama dito ang ilang gamot para sa chemotherapy, ilang gamot na iniiniksyon na ibinibigay sa inyo kapag bumisita sa tanggapan ng doktor o ibang tagabigay ng serbisyo, at mga gamot na ibinibigay sa inyo sa klinika ng dialysis. Upang matuto pa tungkol sa mga sakop na gamot sa Bahagi B ng Medicare, tingnan ang Chart ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4.

Mga panuntunan para sa pagkakasakop ng gamot ng outpatient ng plano

Kadalasan naming sinasakop ang inyong mga gamot hangga't sumusunod kayo sa mga panuntunan sa seksyon na ito.

1. Kailangan na mayroon kayong doktor o iba pang tagabigay ng serbisyo para magbigay sa inyo ng reseta. Ang taong ito ay kadalasang inyong pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga (primary care provider o PCP). Ito ay maaaring isa pang tagabigay ng serbisyo kung na-refer kayo ng inyong pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga para sa pangangalaga.
2. Sa pangkalahatan, kailangan ninyong gamitin ang parmasya ng samahan sa pagpapapuno ng inyong reseta.
3. Ang inyong inireresetang gamot ay dapat nasa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* ng plano. Para maikli, tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot.”
 - Kung wala ito sa Listahan ng Gamot, maaari naming bayaran ito sa pamamagitan ng pagbibigay sa inyo ng pagbubukod.
 - Tingnan ang Kabanata 9 upang matutunan ang tungkol sa paghingi ng pagbubukod.
4. Ang inyong gamot ay dapat gamitin para sa isang medikal na tinatanggap na paggagamitan. Ibig sabihin nito, ang paggamit ng gamot ay aprubado ng Food and Drug Administration o suportado ng ilang partikular na medikal na sanggunian.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Talaan ng Mga Nilalaman

A. Pagkuha ng inyong mga inireresetang gamot	122
A1. Pagkuha ng inyong reseta sa isang parmasya ng samahan	122
A2. Paggamit sa inyong ID Card ng Miyembro kapag kumuha kayo ng reseta	122
A3. Ano ang dapat gawin kung lumipat kayo sa ibang parmasya ng samahan.....	122
A4. Ano ang dapat gawin kung umalis sa samahan ang inyong parmasya	122
A6. Paggamit ng mga serbisyong pag-order sa pamamagitan ng koreo upang makuha ang inyong mga gamot	123
A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot.....	123
A8. Paggamit ng parmasyang wala sa samahan ng plano	124
A9. Pagbabayad sa inyo kung nagbayad kayo para sa isang reseta.....	124
B. Ang Listahan ng Gamot ng plano	124
B1. Mga gamot sa Listahan ng Gamot	124
B2. Paano maghanap ng gamot sa Listahan ng Gamot	125
B3. Mga gamot na wala sa Listahan ng Gamot.....	125
B4. Mga tier ng bahagi sa gastos sa Listahan ng Gamot.....	126
C. Mga limitasyon sa ilang gamot	126
D. Mga dahilan para hindi masakop ang inyong gamot	128
D1. Pagkuha ng pansamantalang supply	128
E. Mga pagbabago sa pagkakasakop ng inyong mga gamot.....	130
F. Pagkakasakop ng gamot sa mga espesyal na sitwasyon	132
F1. Kung kayo ay nasa ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa isang pamamalagi na sakop ng aming plano	132
F2. Kung kayo ay nasa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga.....	132
F3. Kung kayo ay nasa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare	133
G. Mga programa sa kaligtasan sa gamot at pamamahala ng mga gamot	133



- G1. Mga programa para matulungan ang mga miyembro na gamitin nang ligtas ang mga gamot 133
- G2. Mga programa upang matulungan ang mga miyembro na pamahalaan ang kanilang mga gamot 134



A. Pagkuha ng inyong mga inireresetang gamot

A1. Pagkuha ng inyong reseta sa isang parmasya ng samahan

Kadalasan, magbabayad **lang** kami para sa mga inireresetang gamot kung kinuha ang mga ito sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network. Ang parmasya ng samahan ay isang parmasyang pumayag na magbigay ng mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Maaari kayong pumunta sa alinman sa aming mga parmasya ng samahan.

Upang makahanap ng parmasyang nasa network, maaari kayong tumingin sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, bumisita sa aming website, o makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.

A2. Paggamit sa inyong ID Card ng Miyembro kapag kumuha kayo ng reseta

Upang makakuha ng inyong inireresetang gamot, **ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro** sa inyong parmasyang nasa network. Sisingilin kami ng parmasya ng samahan para sa aming bahagi ng gastos ng inyong sakop na inireresetang gamot. Maaaring kailanganin ninyong magbayad sa parmasya ng co-pay kapag kinuha ninyo ang inyong inireresetang gamot.

Kung hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro kapag kinuha ninyo ang inyong reseta, hilingin sa parmasya na tawagan kami upang makuha ang mahalagang impormasyon.

Kung hindi makuha ng parmasya ang mahalagang impormasyon, maaaring kailangan ninyong bayaran ang buong halaga ng reseta sa pagkuha ninyo nito. Pagkatapos nito, maaari ninyong hilingin sa aming bayaran kayo para sa aming bahagi. Kung hindi ninyo mababayaran ang gamot, makipag-ugnayan kaagad sa Yunit ng CareAdvantage. Gagawin namin ang aming magagawa upang matulungan kayo.

- Upang malaman kung paano hilingin sa amin na ibalik ang nagastos ninyo, tingnan ang Kabanata 7.
- Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpupuno ng reseta, maaari ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

A3. Ano ang dapat gawin kung lumipat kayo sa ibang parmasya ng samahan

Kung magpapalit kayo ng parmasya at kailanganin ninyong kumuha ng inireresetang gamot, maaari kayong humingi ng bagong reseta isinulat ng inyong tagapagbigay ng serbisyo o maaari ninyong hilingin sa inyong parmasya na ipadala ang reseta sa bagong parmasya kung may mga natitira pang dapat kunin dito.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpalit ng inyong parmasya ng samahan, maaari ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

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

Kung umalis na sa samahan ng plano ang parmasya na ginagamit ninyo, kailangan ninyong maghanap ng bagong parmasya ng samahan.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Upang maghanap ng bagong parmasyang nasa network, maaari kayong tumingin sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, bumisita sa aming website, o makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.

A5. Paggamit ng espesyal na parmasya

Kung minsan, ang mga reseta ay dapat na kunin sa espesyalistang parmasya. Kabilang sa mga espesyalistang parmasya ang:

- Mga parmasyang nagbibigay ng gamot para sa home infusion therapy.
- Mga parmasyang nagsu-supply ng gamot para sa mga residente sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng isang tahananang tagapangalaga.
- Kadalasan, ang mga pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga ay mayroong kanilang sariling mga parmasya. Kung kayo ay residente ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, kailangan naming matiyak na makakakuha kayo ng mga gamot na kailangan ninyo sa parmasya ng pasilidad.
- Kung ang parmasya ng inyong pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay hindi kasali sa aming samahan, o kayo ay nahihirapan sa pagkuha ng inyong mga benepisyo sa gamot sa pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, mangyaring makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.
- Ang mga parmasiya na nagpapakaloob ng Serbisyong Pangkalusugan ng Indian o Programang Pangkalusugan ng Tribong Indiano Tagalunsod na Indian. Maliban sa mga emerhensiya, tanging mga Katutubong Amerikano o Alaska ang maaaring gumamit ng mga parmasiyang ito.
- Mga parmasiya na nagpapakaloob ng mga gamot na nangangailangan ng espesyal na pag-asikaso at mga tagubilin sa kanilang paggamit.

Upang maghanap ng espesyalistang parmasya, maaari kayong tumingin sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*, bumisita sa aming website, o makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.

A6. Paggamit ng mga serbisyong pag-order sa pamamagitan ng koreo upang makuha ang inyong mga gamot

Ang planong ito ay hindi nag-aalok ng serbisyong pag-order sa pamamagitan ng koreo.

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

Makakakuha kayo ng pangmatagalang supply ng mga pagpapanatiling gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plano. Ang mga pagpapanatiling gamot (maintenance drugs) ay mga gamot na iniinom ninyo nang regular, para sa malala o pangmatagalang kundisyong medikal.

Payag ang ilang mga parmasiya ng samahan na makakuha kayo ng pangmatagalang panustos ng mga pagpapanatiling gamot. Ang supply para sa 93 araw ay may kaparehong copay sa supply para sa isang buwan. Nakasaad sa inyo sa *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* kung aling mga parmasya ang makakapagbigay sa inyo ng pangmatagalang supply ng mga gamot sa pagmementena. Maaari rin kayong tumawag sa Yunit ng CareAdvantage para sa karagdagang impormasyon.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



A8. Paggamit ng parmasyang wala sa samahan ng plano

Sa pangkalahatan, binabayaran lang namin ang mga gamot na kinuha sa parmasyang wala sa samahan kapag hindi kayo nakapunta sa parmasya ng samahan. Mayroon kaming mga parmasya ng samahan sa labas ng aming pinaglilingkurang lugar kung saan makukuha ninyo ang inyong mga reseta ng gamot bilang miyembro ng aming plano.

Babayaran namin ang mga reseta na pinuno ng labas-ng-samahan na parmasiya sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Kapag sinubukang kumuha ng espesyal na gamot na wala sa parmasya ng samahan (bagama't bihira ito).
- Kapag sinubukang kumuha ng gamot na limitado ang pinagmumulan ng pamamahagi ayon sa batas (bagama't bihira ito).
- Kapag kumuha ng gamot sa isang emergency na sitwasyon kapag hindi maaaring puntahan, wala, o nagsara na ang mga parmasya ng samahan (halimbawa, kung may kalamidad).

Sa mga ganitong mga pangyayari, mangyaring alamin muna sa Yunit ng CareAdvantage upang malaman kung may malapit na parmasya ng samahan.

A9. Pagbabayad sa inyo kung nagbayad kayo para sa isang reseta

Kung kailangan ninyong pumunta sa isang parmasya ng samahan, karaniwan ay kailangan ninyong bayaran ang buong halaga sa halip na co-pay kapag kinuha ninyo ang inyong reseta. Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastusin.

Upang matuto pa tungkol dito, tingnan ang Kabanata 7.

B. Ang Listahan ng Gamot ng plano

Kami ay may *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*. Para maikli, tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot”.

Ang mga gamot sa Listahan ng Gamot ay pinili namin sa tulong ng grupo ng mga doktor at parmasya. Ipinababatid din sa inyo ng Listahan ng Gamot kung mayroong anumang panuntunan na kailangan ninyong sundin upang makuha ang inyong mga gamot.

Karaniwan ay babayaran namin ang gamot na nasa Listahan ng Gamot ng plano hangga't sinusunod ninyo ang iba pang panuntunan sa pagkakasakop na ipinaliwanag sa kabanatang ito.

B1. Mga gamot sa Listahan ng Gamot

Kasama sa Listahan ng Gamot ang mga gamot na sakop sa ilalim ng Bahagi D ng Medicare at ang ilang inireresetang gamot at gamot at produkto na hindi nangangailangan ng reseta (OTC) na sakop sa ilalim ng inyong mga benepisyo sa Medi-Cal.

Kabilang sa Listahan ng Gamot ang mga gamot na may tatak, halimbawa, Lipitor at mga generic na gamot, halimbawa, atorvastatin. Ang mga generic na gamot ay may mga aktibong sangkap na tulad ng mga gamot na may tatak. Sa pangkalahatan, kasingbisa ng mga ito ang mga gamot na may tatak at kadalasang mas mura.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Sakop din ng aming plano ang ilang partikular na gamot at produkto na OTC. Ang ilang OTC na gamot ay mas mura kaysa sa mga inireresetang gamot at kasingbisa ng mga ito. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

B2. Paano maghanap ng gamot sa Listahan ng Gamot

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

- Tingnan ang pinakabagong Listahan ng Gamot na ipinadala namin sa inyo sa koreo.
- Bumisita sa website ng plano sa www.hpsm.org/careadvantage. Ang Listahan ng Gamot na nasa website ay palaging ang pinakabago.
- Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage upang malaman kung ang isang gamot ay nasa Listahan ng Gamot ng plano o upang humiling ng kopya ng listahan.

B3. Mga gamot na wala sa Listahan ng Gamot

Hindi namin sakop ang lahat ng inireresetang gamot. May ilang sitwasyon kung saan napagpasyahan naming hindi isama ang isang gamot sa Listahan ng gamot. Maaari naming sakupin ang mga gamot na ito sa pamamagitan ng mga pagbubukod. Upang matuto pa tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod, tingnan ang Kabanata 9.

Sa ibang sitwasyon, may ilang gamot na wala sa Listahan ng Gamot dahil hindi kami pinahihintulutan ng batas na sakupin ang mga gamot na iyon.

Hindi magbabayad ang CareAdvantage CMC para sa mga gamot na wala kaming pahintulot na sakupin ayon sa batas. Tinatawag na **mga ibinukod na gamot** ang mga ito. Kung nakakuha kayo ng reseta para sa ibinukod na gamot, kayo mismo ang magbabayad para dito. Kung sa palagay ninyo ay dapat naming bayaran ang ibinukod na gamot dahil sa inyong sitwasyon, maaari kayong maghain ng apela. Upang malaman kung paano maghain ng apela, tingnan ang Kabanata 9.

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

1. Hindi maaaring bayaran ng sakop na gamot para sa outpatient (na kinabibilangan ng mga gamot sa Bahagi D at Medi-Cal) ng aming plano ang isang gamot na sasakupin na sa ilalim ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare. Ang mga gamot na sakop sa ilalim ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare ay sinasakop ng CareAdvantage CMC nang libre, ngunit hindi itinuturing na bahagi ng inyong mga benepisyo ng inireresetang gamot para sa outpatient ang mga ito.
2. Hindi maaaring sakupin ng aming plano ang gamot na binili sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito.
3. Ang paggamit ng gamot ay dapat naaprubahan ng Food and Drug Administration o sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian bilang paggamot para sa inyong kondisyon. Ang inyong doktor ay kailangan magreseta ng isang gamot upang gamutin ang inyong kondisyon, kahit na hindi ito naaprubahan sa paggamot ng kondisyon. Ito ay tinatawag na hindi inaprubahang paggamit (off-label use). Karaniwang hindi sakop ng aming plano ang mga gamot kapag inireseta ang mga gamot para sa hindi inaprubahang paggamit (off-label use).

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

- Mga gamot na ginagamit upang makatulong sa kakayahan na magka-anak
- Ang mga gamot na gamit para sa layunin ng pagpapaganda o upang isulong ang pagpapahaba ang buhok
- Ang mga gamot na ginagamit para sa paggamot sa sexual o erectile dysfunction, gaya ng Viagra®, Cialis®, Levitra®, at Caverject®
- Mga gamot para sa outpatient kapag sinasabi ng kumpanyang gumagawa ng gamot na sa kanila dapat kayo magpasuri o kumuha ng mga serbisyo

B4. Mga tier ng bahagi sa gastos sa Listahan ng Gamot

Ang bawat gamot sa aming Listahan ng Gamot ay nasa isa sa tatlong (3) tier ng bahagi sa gastos. Ang antas ay isang pangkat ng mga gamot na karaniwang pareho ang uri (halimbawa, mga gamot na may tatak, generic, o hindi nangangailangan ng reseta (over-the-counter o OTC)). Sa pangkalahatan, mas mataas ang antas ng cost-sharing, mas mahal ang gastos ninyo sa gamot.

- Kabilang sa unang antas ang mga generic na gamot. Ang mga generic na gamot sa unang tier ay mas mura kaysa sa branded na gamot sa pangalawang tier. Ito ang pinakamababang antas.
- Kabilang sa pangalawang antas ang mga gamot na may tatak. Ang mga gamot na may tatak sa pangalawang antas ay mas mahal kaysa sa mga generic na gamot sa unang antas. Ito ang pinakamataas na antas.
- Ang gamot sa pangatlong antas ay ang gamot na hindi sakop ng Medicare (hindi kasali sa Bahagi D) o mga gamot na nabibili nang walang reseta (over-the-counter o OTC) na sakop ng Medi-Cal.

Upang malaman kung sa aling antas ng cost-sharing kabilang ang inyong gamot, hanapin ang gamot sa aming Listahan ng Gamot.

Sinasabi sa Kabanata 6 ang halaga ng inyong babayaran para sa mga gamot sa bawat antas ng cost sharing.

C. Mga limitasyon sa ilang gamot

Para sa ilang tiyak na mga iniresetang gamot, may mga espesyal na alituntunin kung paano at kailan sasakupin ang mga ito ng plano. Sa pangkalahatan, hinihikayat kayo ng aming mga alituntunin na kumuha ng gamot na epektibo para sa inyong kondisyong medikal at ligtas at gumagana. Kapag kasing-epektibo ng mas mahal na gamot ang isang ligtas at mas murang gamot, inaasahan naming irereseta ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ang mas murang gamot.



Kung mayroong isang espesyal na alituntunin para sa inyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na kayo o ang inyong tagabigay ng serbisyo ay kailangang gumawa ng karagdagang hakbang upang aming sakupin ang gamot. Halimbawa, ang inyong tagabigay ng serbisyo ay kailangan munang sabihin sa amin ang inyong sakit o ipakita ang mga resulta ng pagsusuri sa dugo. Kung sa palagay ninyo o ng inyong tagabigay ng serbisyo na ang aming panuntunan ay hindi dapat ilapat sa inyong sitwasyon, dapat kayong humiling sa amin na gumawa ng eksepsyon. Maaari kaming sumang-ayon o hindi sumang-ayon sa paggamit ninyo ng gamot nang walang ginagawang karagdagang mga hakbang.

Upang matuto pa tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod, tingnan ang Kabanata 9.

1. Paglilimita sa paggamit ng mga gamot na may tatak kapag mayroong generic na gamot na magagamit

Karaniwan, ang “generic” na gamot ay pareho rin ang bisa tulad ng may tatak na gamot at karaniwang mas mura. Kung may generic na bersyon ang gamot na may tatak, ibibigay sa inyo ng aming mga parmasya ng samahan ang generic na bersyon.

- Karaniwang hindi namin sasakupin ang gamot na may tatak kung mayroong generic na gamot.
- Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng inyong tagabigay ng serbisyo ang medikal na dahilan kung bakit hindi naaangkop sa inyo ang generic na gamot babayaran namin ang gamot na may tatak.
- Ang inyong co-pay (kabahagi sa binabayaran) ay maaaring mas malaki para sa gamot na may tatak kumpara sa generic na gamot.

2. Pagkuha nang mas maagang pag-apruba ng plano

Para sa ilang mga gamot, kayo o ang inyong doktor ay kailangang kumuha ng pahintulot mula sa CareAdvantage CMC bago muli ninyo papunuan sa parmasya ang inireresetang gamot. Kung hindi kayo makakuha ng pag-apruba, maaaring hindi bayaran ng CareAdvantage CMC ang gamot.

3. Subukan muna ang ibang gamot

Sa pangkalahatan, gusto namin subukan ninyo ang mga mas murang gamot (na kadalasan ay kasing epektibo) bago namin sakupin ang mga gamot na mas mahal. Halimbawa, kung ang Gamot A at Gamot B ay parehong ginagamot ang kondisyong medikal, at ang Gamot A ay mas mura kaysa sa Gamot B, maaaring hilingin namin sa inyo na subukan muna ang Gamot A.

Kung hindi mainam sa inyo ang Gamot A, sasakupin namin ang Gamot B. Tinatawag itong step therapy.

4. Limitasyon sa dami

Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang dami ng gamot na maaari ninyong makuha. Tinatawag itong limitasyon sa dami. Halimbawa, maaari kaming maglagay ng limitasyon ng makukuha ninyo sa isang gamot sa bawat beses ng pagpuno ng inyong reseta.

Upang malaman kung nalalapat ang anumang panuntunan sa itaas sa mga gamot na iniinom o gusto ninyong inumin, tingnan ang Listahan ng Gamot. Para sa pinakabagong impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage o tingnan ang aming website sa www.hpsm.org/careadvantage.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



D. Mga dahilan para hindi masakop ang inyong gamot

Sinusubukan namin gawing maganda ang pagkakasakop ng inyong gamot, ngunit minsan ang isang gamot ay hindi maaaring sakupin sa paraan na gusto ninyo. Halimbawa:

- Ang gamot na gusto ninyong inumin ay hindi sakop ng aming plano. Maaaring wala sa Listahan ng Gamot ang gamot. Maaaring masakop ang generic na bersyon ng gamot, ngunit hindi ang may tatak na bersyon na gusto mo. Ang gamot ay maaaring bago at hindi pa namin ito nasusuri para sa kaligtasan at pagiging epektibo.
- Sinasakop ang gamot, ngunit may mga espesyal na panuntunan o limitasyon sa pagkakasakop para sa gamot na iyon. Ayon sa ipinaliwanag sa itaas na seksyon, ilan sa mga gamot na sakop ng plano ay may mga panuntunan na naglalagay ng limitasyon sa kanilang paggamit. Sa ilang mga kaso, maaaring gusto ninyo o ng inyong tagabigay ng serbisyo na humiling sa amin ng pagbubukod sa panuntunan.

May mga bagay kayong magagawa kung ang inyong gamot ay hindi nasasakupan sa paraan na nais ninyo itong masakop.

D1. Pagkuha ng pansamantalang supply

Sa ilang sitwasyon, maaari kaming magbigay sa inyo ng pansamantalang supply ng gamot kapag ang inyong gamot ay wala sa Listahan ng Gamot o kung may limitasyon ito sa ilang paraan. Makapagbibigay ito ng panahon na kausapin ninyo ang inyong tagabigay ng serbisyo tungkol sa pagkuha ng ibang gamot o upang humiling sa amin na isama sa pagkakasakop ang gamot.

Upang makakuha ng pansamantalang panustos ng 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 nasama sa Listahan ng Gamot, **o**
- ay may limitasyon na ngayon sa ilang paraan.

2. Dapat kayo ay nasa isa sa mga sitwasyong ito:

- Kasali kayo sa plano sa nakaraang taon at hindi kayo nakatira sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga
- Sasakupin namin ang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa unang 90 araw ng taon sa kalendaryo.**
- Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang 31 araw.
- Kung isinulat ang reseta ninyo para sa mas kaunting araw, papayagan namin ang maraming beses na pagkuha upang makapagbigay ng gamot na hanggang maximum na 31 araw. Kailangan ninyong kunin ang inireresetang gamot sa isang parmasya ng samahan.
- Maaaring ibigay ng mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ang inyong inireresetang gamot nang paunti-paunti sa bawat pagkakataon upang maiwasan ang pagkasayang.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Kayo ay bago sa aming plano at hindi nakatira sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga.
- Sasakupin namin ang pansamantalang supply ng inyong **gamot sa unang 90 araw ng inyong membership sa plano.**
- Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang 31 araw.
- Kung isinulat ang reseta ninyo para sa mas kaunting araw, papayagan namin ang maraming beses na pagkuha upang makapagbigay ng gamot na hanggang maximum na 31 araw. Kailangan ninyong kunin ang inireresetang gamot sa isang parmasya ng samahan.
- Maaaring ibigay ng mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ang inyong inireresetang gamot nang paunti-paunti sa isang pagkakataon upang maiwasan ang pag-aaksaya.
- Kasali kayo sa plano nang mahigit sa 180 araw at nakatira kayo sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga at nangangailangan kaagad ng supply.
- Sasakupin namin ang isang 31 araw na supply, o mas maikli kung ang inyong reseta ay isinulat para sa mas kaunting araw. Karagdagan ito sa pansamantalang supply na binanggit sa itaas.
- Kung kayo ay nagtatransisyon sa pagitan ng magkakaibang antas ng pangangalaga (halimbawa, patungo o paalis sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga o ospital) at kumuha kayo kamakailan ng reseta para sa isang bagong gamot, aming sasakupin ang inyong gamot sa isang panibagong 31 araw na supply habang nasa transisyon upang magamit ninyo sa inyong bagong panimula. Tutugunan nito ang anumang pagbubukod na maaaring lumitaw dahil sa maagang pagkuha ng inyong reseta.
- Upang humiling ng pansamantalang supply ng gamot, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

Kapag nakakuha kayo ng pansamantalang supply ng gamot, dapat kayong makipag-usap sa inyong tagabigay ng serbisyo upang magdesisyon kung ano ang gagawin kapag naubos na ang inyong supply. Narito ang inyong mapagpipilian:

- Maaari kayong lumipat sa isa pang gamot.
Mayroong iba't ibang pagkakasakop ng gamot sa aming plano na akma sa inyo. Maaari ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage upang humiling ng isang listahan ng mga sakop na gamot na gumagamot ng parehong kundisyong medikal. Ang listahan ay makatutulong sa inyong tagabigay ng serbisyo na mahanap ang sakop na gamot na maaaring epektibo sa inyo.
- O**
- Maaari kayong humiling ng pagbubukod.
Maaaring hilingin ninyo at ng inyong tagabigay ng serbisyo sa amin na gumawa ng pagbubukod. Halimbawa, maaari kayong humiling sa amin na bayaran ang isang gamot kahit na wala ito sa Listahan ng Gamot. O maaari kayong humiling sa amin ng pagkakasakop ng gamot nang walang limitasyon. Kung sinabi ng inyong tagabigay ng serbisyo na kayo ay mayroong magandang medikal na dahilan para sa eksepsyon, maaari siyang makatulong sa inyo sa paghiling ng eksepsyon.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Kung ang gamot na iniinom ninyo ay tatanggalin sa Listahan ng Gamot o magkakaroon ng limitasyon sa ilang paraan sa susunod na taon, papayagan namin kayong humiling ng pagbubukod bago ang susunod na taon.

- Sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa anumang mga pagbabago sa pagkakasakop ng inyong gamot para sa susunod na taon. Pagkatapos nito ay maaari ninyong hilingin sa aming magsagawa ng pagbubukod at sakupin ang gamot sa paraang gusto ninyo para sa susunod na taon.
- Sasagutin namin ang kahilingan ninyo para sa pagbubukod sa loob ng 72 oras pagkatanggap namin ng inyong kahilingan (o ang sumusuportang pahayag ng inyong tagapagreseta).

Upang matuto pa tungkol sa paghiling ng pagbubukod, tingnan ang Kabanata 9.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng pagbubukod, maaari kayong makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.

E. Mga pagbabago sa pagkakasakop ng inyong mga gamot

Karamihan sa mga pagbabago sa pagkakasakop ng gamot ay nangyayari tuwing Enero 1, ngunit maaari kaming magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa Listahan ng Gamot sa kabuuan ng taon. Posible ding baguhin namin ang aming mga patakaran tungkol sa mga gamot. Halimbawa, puwede naming:

- Pagpasyahan na humingi o hindi humingi ng paunang pag-apruba para sa isang gamot. (Ang paunang pag-apruba ang pahintulot mula sa CareAdvantage CMC bago kayo makakuha ng gamot.)
- Dagdagan o baguhin ang dami ng makukuha ninyong gamot (tinatawag itong limitasyon sa dami).
- Dagdagan o baguhin ang mga pagbubukod sa step therapy (mga hakbang na kailangan sa paggamot) ng isang gamot. (Ang ibig sabihin ng step therapy o mga hakbang na kailangan sa paggamot, kailangan ninyong subukan muna ang isang gamot bago namin sakupin ang ibang gamot.)

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga patakarang ito sa gamot, tingnan ang Seksyon C sa unang bahagi ng kabanatang ito.

Kung gumagamit kayo ng gamot na sakop sa **simula** ng taon, hindi namin aalisin o babaguhin sa pangkalahatan ang pagkakasakop sa gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon** maliban kung:

- magkakaroon ng bago at mas murang gamot sa market na kasing-epektibo ng gamot na nasa Listahan ng Gamot sa kasalukuyan, **o**
- malalaman naming hindi ligtas na gamitin ang isang gamot, **o**
- nag-alis ng gamot sa pamilihan.



Upang makakuha ng karagdagang impormasyon kung ano ang nangyayari kapag nagbago ang Listahan ng Gamot, anumang oras ay magagawa ninyong:

- Suriin ang aming napapanahong Listahan ng Gamot online sa www.hpsm.org/careadvantage o
- Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage upang suriin ang kasalukuyang Listahan ng Gamot sa **1-866-880-0606**.

Ang ilang pagbabago sa Listahan ng Gamot ay mangyayari **kaagad**. Halimbawa:

- Kung minsan, may bagong generic na gamot na lumalabas sa market na kasing-epektibo ng may tatak na gamot na nasa Listahan ng Gamot sa kasalukuyan. Kapag nangyayari iyon, maaari naming alisin ang may tatak na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot, ngunit hindi magbabago o kaya ay mababawasan ang inyong gastos para sa bagong gamot.
- Kapag idinagdag namin ang bagong generic na gamot, maaari din kaming magpasyang panatilihin ang may tatak na gamot sa listahan pero babaguhin namin ang mga panuntunan o limitasyon sa pagsakop nito.
- Maaaring hindi namin kayo masabihan bago namin gawin ang pagbabagong ito, ngunit magpapadala kami sa inyo ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabago kapag naisagawa na namin ito.
- Maaari kayong humiling ng “pagbubukod” mula sa mga pagbabagong ito o maaaring ang tagapagbigay ng serbisyo ninyo ang humiling nito. Magpapadala kami sa inyo ng abiso sa mga hakbang na maaari ninyong gawin upang makahiling ng pagbubukod. Pakitingnan ang Kabanata 9 ng handbook na ito para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga pagbubukod.
- **Inalis sa pamilihan ang isang gamot.** Kapag sinabi ng Pangasiwaan ng Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration o FDA) na hindi ligtas gamitin ang inyong iniinom na gamot o ang isang manufacturer ng gamot ay nag-alis ng gamot sa pamilihan, kaagad namin itong aalisin sa Listahan ng Gamot. Kung ginagamit ninyo ang gamot, ipapaalam namin ito sa inyo.

Maaari kaming magsagawa ng iba pang pagbabagong makakaapekto sa mga gamot na ginagamit ninyo. Sasabihin namin sa inyo nang maaga ang tungkol sa iba pang pagbabagong ito sa Listahan ng Gamot. Maaaring mangyari ang mga pagbabagong ito kung:

- Ang FDA ay nagbigay ng bagong gabay o mayroong mga bagong alituntunin sa klinika tungkol sa isang gamot.

Kapag isinagawa ang mga pagbabagong ito, kami ay:

- Magsasabi sa inyo sa loob ng hindi bababa sa 30 araw bago namin isagawa ang pagbabago sa Listahan ng Gamot o
- Magsasabi at magbibigay sa inyo ng supply ng gamot para sa 31 araw pagkaraan ninyong humiling na kukuha ulit kayo.



Magbibigay ito sa inyo ng sapat na panahon upang makipag-usap sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta. Maaari siyang makatulong sa inyong magpasya:

- Kung may katulad na gamot sa Listahan ng Gamot na maaari ninyong gamitin o
- Kung hihiling ng pagbubukod mula sa mga pagbabagong ito. Upang matuto pa tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod, tingnan ang Kabanata 9.

Maaaring may gawin kaming mga pagbabago sa mga gamot na ginagamit ninyo na hindi makakaapekto sa inyo sa ngayon. Para sa mga naturang pagbabago, kung gumagamit kayo ng gamot na sinasakop namin sa **simula** ng taon, hindi namin aalisin o babaguhin sa pangkalahatan ang pagkakasakop sa gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon**. Gayunpaman, hindi ito nalalapat sa mga gamot na kaagad na inalis sa Listahan ng Gamot.

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

F. Pagkakasakop ng gamot sa mga espesyal na sitwasyon

F1. Kung kayo ay nasa ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa isang pamamalagi na sakop ng aming plano

Kung kayo ay ipinasok sa ospital o sa pasilidad sa dalubhasang pangangalaga para sa pananatili na sakop ng aming plano, sa pangkalahatan sasakupin namin ang halaga ng inyong mga iniresetang gamot sa panahon ng inyong pananatili. Hindi ninyo kailangan magbayad ng co-pay (kabahagi sa binabayaran). Sa oras na lumabas ka na sa ospital o sa pasilidad sa dalubhasang pangangalaga, sasakupin namin ang inyong mga gamot hangga't ang mga gamot ay tumutugon sa aming mga alituntunin para sa pagkakasakop.

Upang matuto pa tungkol sa pagkakasakop ng gamot at ang halaga ng inyong babayaran, tingnan ang Kabanata 6.

F2. Kung kayo ay nasa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga

Karaniwan, ang pasilidad ng matagalang pangangalaga, gaya ng tahanang tagapangalaga ay mayroong sariling parmasya, o parmasya na nagsu-supply ng mga gamot para sa lahat ng mga residente nito. Kung kayo ay naninirahan sa pasilidad ng matagalang pangangalaga, maaari ninyong makuha ang inyong iniresetang mga gamot sa pamamagitan ng parmasya ng pasilidad kung bahagi ito ng inyong samahan.

Tingnan sa inyong *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* kung bahagi ng aming network ang parmasya ng inyong pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga. Kung hindi, o kung kailangan ninyo ng karagdagang impormasyon, makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.



F3. Kung kayo ay nasa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare

Ang mga gamot ay hindi kailanman sabay na sasakupin ng hospisyo at ng aming plano.

- Kung nakatala kayo sa isang hospisyo ng Medicare at nangangailangan ng gamot na para sa pangingirot, hilo, pampadumi, o pagkabalisa na hindi sakop ng inyong hospisyo dahil wala itong kaugnayan sa inyong walang kagalingang sakit at mga kaugnay na kundisyon, dapat munang makatanggap ng abiso ang aming plano mula sa tagapagreseta o sa inyong tagapagbigay ng serbisyo sa hospisyo na walang kaugnayan ang gamot bago sakupin ng aming plano ang gamot.
- Upang maiwasan ang mga pagkaantala sa pagtanggap ng anumang hindi nauugnay na gamot na dapat ay sakop ng aming plano, maaari kayong humiling sa inyong tagabigay ng serbisyo na hospisyo o nagbigay ng reseta na tiyaking natanggap namin ang abiso na ang gamot ay walang kaugnayan sa inyong pangwakas na karamdaman bago kayo kumuha ng reseta sa isang parmasya.

Kung umalis kayo sa hospisyo, dapat sakupin ng aming plano ang lahat ng inyong mga gamot. Upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa parmasya kapag natapos na ang inyong mga benepisyo sa hospisyo ng Medicare, dapat ninyong dalhin ang dokumentasyon sa parmasya upang matiyak na kayo ay umalis na sa hospisyo. Tingnan ang mga naunang bahagi ng kabanatang ito na nagsasabi tungkol sa mga panuntunan sa pagkuha ng pagkakasakop ng gamot sa ilalim ng Bahagi D.

Upang matuto pa tungkol sa mga benepisyo sa hospisyo, tingnan ang Kabanata 4.

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

G1. Mga programa para matulungan ang mga miyembro na gamitin nang ligtas ang mga gamot

Sa bawat pagkakataon ng inyong pagkuha ng reseta, kami ay naghahanap ng posibleng problema, tulad ng mga pagkakamali sa gamot o gamot na:

- Maaaring hindi na kailangan dahil umiinom kayo ng ibang gamot upang gamutin ang kaparehong kondisyong medikal
- Maaaring hindi ligtas para sa inyong edad o kasarian
- Makakasama sa inyo kung iiumin ninyo ang mga ito nang sabay-sabay
- May mga sangkap kung saan may allergy o maaaring may allergy kayo
- May dami ng opioid na gamot sa pangingirot na hindi ligtas para sa inyo

Kung makita namin ang posibleng problema sa inyong paggamit ng mga inireresetang gamot, makikipagtulungan kami sa inyong tagabigay ng serbisyo upang itama ang problema.



G2. Mga programa upang matulungan ang mga miyembro na pamahalaan ang kanilang mga gamot

Kung umiinom kayo ng gamot para sa iba't ibang medikal na kondisyon, maaari kayong maging karapat-dapat sa pagkuha ng mga serbisyo, nang walang gastos sa inyo, sa pamamagitan ng isang programa ng pamamahala ng terapiya ng gamot (Medication Therapy Management o MTM). Ang program na ito ay tumutulong sa inyo at sa inyong tagabigay ng serbisyo upang tiyakin na ang inyong mga gamot ay nagtutulungan upang mapabuti ang inyong kalusugan. Ang isang parmasyutiko o iba pang pangkalusugan na propesyonal ay magbibigay sa inyo ng isang komprehensibong pagrerepaso ng lahat ng inyong gamot at kakausapin kayo tungkol sa:

- Paano makukuha ang lubusan sa mga benepisyo mula sa mga gamot na iniinom ninyo
- Anumang mga alalahanin na mayroon kayo, tulad ng mga gastusin sa gamot at mga reaksiyon sa gamot
- Ano ang pinakamainam na pag-inom ng inyong mga gamot
- Anumang katanungan o problema na mayroon kayo tungkol sa inyong gamot na may reseta at gamot na nabibili nang walang reseta (over-the-counter)

Makakakuha kayo ng isang nakasulat na buod ng talakayang ito. Ang buod ay naglalaman ng plano sa pamamaraan ng paggamot na nagrerekomenda sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin upang gawing pinakamahasag ang inyong paggamit sa mga gamot. Makakakuha din kayo ng listahan ng personal na gamot na naglalaman ng lahat ng mga gamot na iniinom ninyo at kung bakit ninyo iniinom ang mga ito.

Magandang ideya ang pagpapa-schedule ng pagrerepaso ng inyong gamot bago sumapit ang inyong taunang “Wellness” na pagbisita, upang maaari ninyong maka-usap ang inyong doktor tungkol sa inyong plano sa pamamaraan ng paggamot at listahan ng mga gamot. Dalhin ang inyong plano sa pamamaraan ng paggamot at listahan ng mga gamot sa inyong pagbisita o sa anumang oras na kayo ay makikipag-usap sa inyong mga doktor, mga parmasyutiko, at iba pang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan. Gayundin, dalhin ang inyong listahan ng mga gamot kapag kayo ay pumunta sa ospital o emergency room.

Boluntaryo at libre ang mga programa sa pamamahala ng terapiya ng gamot (Medication Therapy Management, MTM) para sa mga miyembro. Kung angkop sa inyong mga pangangailangan ang aming programa, ipapa-enroll namin kayo sa programa at ipadadala sa inyo ang impormasyon. Kung ayaw ninyong sumali sa programa, mangyaring ipaalam sa amin, at tatanggalin namin kayo sa programa.

Kung mayroon kayong anumang katanungan tungkol sa mga programang ito, mangyaring makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.



Kabanata 6: Ano ang babayaran ninyo para sa inyong mga inireresetang gamot ng Medicare at Medi-Cal

Panimula

Ipinabatid ng kabanata na ito kung ano ang binabayaran ninyo para sa inyong mga inireresetang gamot para sa outpatient. Ang aming ibig sabihin sa “gamot” ay:

- Mga inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare, **at**
- Mga gamot at item na sakop sa ilalim ng Medi-Cal, **at**
- Mga gamot at bagay na sakop ng plano bilang mga karagdagang benepisyo.

Dahil kayo ay karapat-dapat para sa Medi-Cal, kayo ay makakakuha ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare upang tulungan kayong bayaran ang inyong mga inireresetang gamot na sakop sa Bahagi D ng Medicare.

Ang **Karagdagang Tulong** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na magkaroon ng mas mababang gastos sa inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare, gaya ng mga premium, naibabawas, at co-pay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Tulong Para sa Mababang Kita” (“Low-Income Subsidy” o “LIS”).

Makikita ang iba pang pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito na nasa alpabetong pagkakaayos sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Para sa karagdagang kaalaman tungkol sa inireresetang gamot, maaari kayong tumingin dito:

- Aming *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*.
 - Tinatawag namin itong “Listahan ng Gamot.” Ipinabatid nito sa inyo kung:
 - Alin sa mga gamot ang aming binabayaran
 - Alin sa tatlong (3) antas ng cost sharing (bahagi sa babayaran) ang kinabibilangan ng bawat gamot
 - Kung mayroong anumang mga limitasyon sa mga gamot
 - Kung kailangan ninyo ng kopya ng Listahan ng Gamot, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage. Makikita din ninyo ang Listahan ng Gamot sa aming website sa www.hpsm.com/careadvantage. Ang Listahan ng Gamot sa website ay palaging ang pinakabago.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Kabanata 5 ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
 - Ipinapaliwanag sa inyo ng Kabanata 5 kung paano kayo kukuha ng inyong mga inireresetang gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng aming plano.
 - Kasama dito ang mga panuntunan na kailangan ninyong sundin. Sinasabi rin nito kung aling mga uri ng mga inireresetang gamot ang hindi sakop ng aming plano.
- Ang aming *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.
 - Sa karamihan ng kaso, kailangan ninyong gumamit ng parmasya ng samahan upang makuha ang inyong mga sinasakupang gamot. Ang mga parmasya ng samahan ay ang mga parmasya na sumang-ayon makipagtulungan sa amin.
 - Ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* ay mayroong listahan ng mga parmasyang nasa network. Maaari kayong magbasa pa tungkol sa mga parmasyang nasa network sa Kabanata 5.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo (Explanation of Benefits o EOB)	138
B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot	138
C. Mga Yugto sa Pagbabayad ng Gamot para sa mga gamot sa Bahagi D ng Medicare	139
C1. Aming mga antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran)	140
C2. Mga mapagpipilian ninyo sa parmasya	140
C3. Pagkuha ng pangmatagalang panustos ng gamot	140
C4. Ano ang babayaran ninyo	140
D. Yugto 1: Unang Yugto ng Pagkakasakop	142
D1. Mga mapagpipilian ninyo sa parmasya	142
D2. Pagkuha ng pangmatagalang panustos ng gamot	142
D3. Ano ang babayaran ninyo	143
D4. Katapusan ng Yugto ng Panimulang Pagkakasakop	144
E. Yugto 2: Ang Yugto ng Catastrophic na Pagkakasakop	144
F. Ang inyong mga gastos sa gamot kung wala pang isang buwang supply ang irereseta sa inyo ng doktor ninyo	144



G. Tulong sa bahagi sa gastos sa inireresetang gamot para sa mga taong may HIV/AIDS	145
G1. Ano ba ang Programang Tulong sa Gamot ng AIDS (AIDS Drug Assistance Program o ADAP)	145
G2. Ano ang dapat gawin kung hindi ka nakatala sa ADAP	145
G3. Ano ang dapat gawin kung nakatala na kayo sa ADAP.....	145
H. Mga Bakuna	145
H1. Ano ang dapat ninyong malaman bago kayo magpabakuna.....	146
H2. Ano ang babayaran ninyo para sa isang pagbabakunang sakop ng Bahagi D ng Medicare..	146

A. Ang *Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo* (Explanation of Benefits o EOB)

Sinusubaybayan ng aming mga plano ang inyong mga iniresetang gamot. Sinusubaybayan namin ang dalawang uri ng gastos:

- Inyong **mga sariling gastos (out-of-pocket)**. Ito ang halaga ng pera na binayad ninyo, o ng ibang tao sa ngalan ninyo, para sa inyong mga reseta.
- Inyong **kabuuang gastusin para sa gamot**. Ito ang halaga ng pera na binayad ninyo, o ng ibang taong nagbabayad para sa inyo, para sa inyong mga reseta, at kasama ang halaga na binabayaran namin.

Kapag kumuha kayo ng mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano, magpapadala kami sa inyo ng ulat na tinatawag na *Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo*. Tinatawag namin itong EOB kapag pinaikli. Kasama sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwang ito**. Ipinababatid ng ulat kung ano ang mga nakuha ninyong iniresetang gamot. Ipinapakita nito ang kabuuang gastusin sa gamot, ano ang aming binayaran at kung ano ang binayaran ninyo at ng ibang tao para sa inyo.
- **“Umpisa ng Taon-hanggang-Ngayong Araw” na Impormasyon**. Ito ang inyong kabuuang gastusin sa gamot at ang kabuuang kabayaran na ginawa mula Enero 1.

Kami ay nagpapakaloob ng pagkakasakop ng gamot na hindi sakop sa ilalim ng Medicare.

- Ang mga pagbabayad para sa mga gamot na ito ay hindi isasama sa inyong kabuuang gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost).
- Binabayaran din namin ang ilang mga gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter drug o OTC drug). Wala kang dapat bayaran na kahit na anong halaga para sa mga gamot na ito.
- Upang malaman kung aling mga gamot ang sakop ng aming plano, tingnan ang Listahan ng Gamot.

B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot

Upang masubaybayan ang inyong mga gastusin sa gamot at pagbayad na inyong ginawa, ginagamit namin ang mga rekord na nakukuha namin mula sa inyo at mula sa inyong parmasya. Narito kung paano kayo makatutulong sa amin:

1. Gamitin ang inyong ID Card ng Miyembro.

Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro sa tuwing kukuha kayo ng reseta. Ito ay makakatulong sa amin upang malaman namin kung anong reseta ang inyong pinapuno at kung ano ang binabayaran ninyo.

2. Tiyaking nasa amin ang impormasyon na kailangan namin.

Ibigay ninyo sa amin ang mga kopya ng resibo ng gamot na binayaran ninyo. Maaari kayong humiling sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa aming bahagi sa gastusin ng gamot.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage. 138



Narito ang ilang mga pagkakataon kung kailan dapat ninyong ibigay sa amin ang mga kopya ng inyong mga resibo:

- Kapag bumili ka ng sakop na gamot sa isang samahan ng parmasya sa espesyal na presyo o gamit ang kard ng diskwento na hindi bahagi ng iyong benepisyo sa plano.
- Kapag binayaran ninyo ang co-pay (kabahagi sa binabayaran) para sa mga gamot na ibinibigay sa ilalim ng programa sa pagtulong sa pasyente ng pagawaan ng gamot.
- Kung bumili kayo ng nasasakupang gamot mula sa parmasya sa labas-ng-samahan.
- Kapag binayaran ninyo ang buong halaga ng nasasakupang gamot.

Upang malaman kung paano humiling sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa aming bahagi sa gastusin ng gamot, tingnan ang Kabanata 7.

3. Ipadala sa amin ang impormasyon tungkol sa mga pagbabayad na ginawa ng iba para sa inyo.

Ang mga pagbabayad ng ibang indibidwal at organisasyon ay nabibilang din sa inyong gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost). Halimbawa, isinasama sa inyong mga gastos mula sa sariling bulsa ang mga pagbabayad na sinasagot ng programang tulong sa gamot para sa AIDS, ang Indian Health Service, at ng karamihan sa mga kawanggawa. Ito ay nakatutulong sa inyo upang maging karapat-dapat sa pagkakasakop sa napakalaking gastos sa gamot. Kapag umabot kayo sa Yugto ng Pagkakasakop sa Napakalaking Gastos sa Gamot, ang CareAdvantage CMC ang magbabayad sa lahat ng inyong gastusin para sa inyong mga gamot na sakop ng Bahagi D para sa nalalabing bahagi ng taon.

4. Suriin ang mga ulat na ipinapadala namin sa inyo.

Kapag natanggap ninyo ang *Pagpapaliwanag Tungkol sa Mga Benepisyo* sa pamamagitan ng koreo, pakitiyak na kumpleto at tama ito. Kung sa palagay ninyo may mali o nawawala sa ulat, o kung mayroon kayong anumang tanong, mangyaring tawagan ang Yunit ng CareAdvantage. Siguraduhing itago ang mga ulat na ito. Ang mga ito ay mahalagang talaan ng inyong mga gastusin sa gamot.

C. Mga Yugto sa Pagbabayad ng Gamot para sa mga gamot sa Bahagi D ng Medicare

May dalawang antas ng pagbabayad para sa inyong pagkakasakop para sa inireresetang gamot ng Bahagi D ng Medicare na nasa ilalim ng CareAdvantage CMC. Nakabatay ang halagang ibabayad ninyo sa inyong antas sa panahong kukuha kayo o muli kayong kukuha ng reseta. Ang dalawang yugto ay:

Yugto 1: Unang Yugto ng Pagkakasakop	Yugto 2: Yugto ng Catastrophic na Pagkakasakop
Sa yugtong ito, babayaran namin ang bahagi ng mga gastusin sa inyong mga gamot, at kayo naman ang magbabayad ng inyong bahagi. Ang inyong bahagi ay tinatawag na co-pay. Kayo ay magsisimula sa yugtong ito kapag kinuha ninyo ang inyong unang reseta para sa taon.	Sa yugtong ito, babayaran namin ang lahat ng gastos sa inyong mga gamot hanggang Disyembre 31, 2020. Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag nabayaran na ninyo ang isang tiyak na halaga ng gastos mula sa mga sariling bulsa (out-of-pocket cost).

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.

C1. Aming mga antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran)

Ang mga antas ng cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran) ay mga grupo ng mga gamot na may parehong co-pay. Ang bawat gamot sa aming Listahan ng Gamot ay nasa isa sa tatlong (3) antas ng cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran). Sa pangkalahatan, mas mataas ang bilang ng antas, mas mahal ang co-pay (kabahagi sa binabayaran). Upang mahanap ang antas ng cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran) ng inyong mga gamot, maaari ninyong tingnan ang Listahan ng Gamot.

- Ang mga gamot na nasa Antas 1 ang may pinakamababang co-pay. Generic ang mga ito. Ang co-pay ay mula \$0 hanggang \$3.60, depende sa inyong kita.
- Ang mga gamot na nasa Antas 2 ang may mas mataas na co-pay. Ito ang mga may tatak na gamot. Ang co-pay ay mula \$0 hanggang \$8.95, depende sa inyong kita.
- Ang mga gamot na nasa Antas 3 ay mga hindi Medicare na gamot (hindi Bahagi D) o mga gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) na sakop ng Medi-Cal. Ang co-pay ng mga ito ay \$0.

C2. Mga mapagpipilian ninyo sa parmasya

Ang binabayaran ninyo para sa gamot ay depende kung saan ninyo nakuha ang gamot:

- isang parmasyang nasa network, o
- isang parmasyang wala sa samahan.

Sasakupin namin ang mga reseta na pinapunan sa mga parmasya sa labas-ng-samahan sa ilang mga limitadong sitwasyon lamang. Tingnan ang Kabanata 5 upang malaman kung kailan namin gagawin iyon.

Upang magkaroon ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga mapagpipiliang parmasyang ito, tingnan ang Kabanata 5 sa handbook na ito at ang aming *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.

C3. Pagkuha ng pangmatagalang panustos ng gamot

Para sa ilang mga gamot, kayo ay makakakuha ng matagalang supply (tinatawag din na “pinatagal na supply”) kapag pinapunan ninyo ang inyong inireresetang gamot. Ang pangmatagalang supply ay hanggang 93 araw na supply. Ang gastos ninyo ay pareho sa isang buwan na panustos.

Para sa mga detalye kung saan at paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot, tingnan ang Kabanata 5 o ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.

C4. Ano ang babayaran ninyo

Maaari kayong magbayad ng co-pay (kabahagi sa binabayaran) kapag kayo ay nagpapuno ng reseta. Kung ang halaga ng inyong sakop na gamot ay mas mura kaysa sa co-pay (kabahagi sa binabayaran), babayaran ninyo ang mas mababang halaga.

Maaari kayong makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage upang malaman kung magkano ang inyong co-pay (kabahagi sa binabayaran) para sa anumang sakop na gamot.



Ang inyong bahagi sa gastos kapag kumuha kayo ng pang-isang buwan o pangmatagalang supply ng sakop na inireresetang gamot mula sa:

	Isang farmasya ng samahan		Isang matagalang pangangalaga na farmasya ng samahan	Isang farmasyang wala sa network
	Isang buwan o hanggang 93 araw na supply		Hanggang 93 araw na supply	Hanggang 93 araw na supply. Ang pagkakasakop ay limitado sa ilang partikular na sitwasyon. Tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.
Cost-sharing Antas 1 <i>(mga generic na gamot)</i>	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.30 o \$3.60		Magbabayad kayo ng \$0, \$1.30 o \$3.60	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.30 o \$3.60
Cost-sharing Antas 2 <i>(may tatak na mga gamot)</i>	Magbabayad kayo ng \$0, \$3.90 o \$8.95		Magbabayad kayo ng \$0, \$3.90 o \$8.95	Magbabayad kayo ng \$0, \$3.90 o \$8.95
Cost-sharing Antas 3 <i>(mga gamot na sakop ng Medi- Cal)</i>	Magbabayad kayo ng \$0		Magbabayad kayo ng \$0	Magbabayad kayo ng \$0

Para sa impormasyon tungkol sa kung aling farmasya ang maaaring magbigay sa inyo ng mga pangmatagalang supply, tingnan ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Farmasya ng plano*.

D. Yugto 1: Unang Yugto ng Pagkakasakop

Sa panahon ng Unang Yugto ng Pagkakasakop, babayaran namin ang bahagi ng gastusin ng iyong mga inireresetang gamot, at babayaran ninyo ang iyong bahagi. Ang inyong bahagi ay tinatawag na co-pay. Ang co-pay (kabahagi sa binabayaran) ay nakadepende sa kung anong antas ng cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran) kabilang ang gamot at kung saan ninyo ito nakuha.

Ang mga antas ng cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran) ay mga grupo ng mga gamot na may parehong co-pay. Ang bawat gamot sa Listahan ng Gamot ng plano ay nasa isa sa tatlong (3) antas ng paghahati sa gastos. Sa pangkalahatan, mas mataas ang bilang ng antas, mas mahal ang co-pay (kabahagi sa binabayaran). Upang mahanap ang mga antas ng cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran) ng inyong mga gamot, maaari ninyong tingnan ang Listahan ng Gamot.

- Ang mga gamot na nasa Antas 1 ang may pinakamababang co-pay. Ito ang mga generic na gamot. Ang co-pay ay mula \$0 hanggang \$3.60, depende sa inyong kita.
- Ang mga gamot na nasa Antas 2 ang may mas mataas na co-pay. Ito ang mga may tatak na gamot. Ang co-pay ay mula \$0 hanggang \$8.95, depende sa inyong kita.
- Ang mga gamot sa Antas 3 ay mga gamot na hindi sakop ng Medicare (hindi kasali sa Bahagi D) o mga gamot na nabibili nang walang reseta (OTC) na sakop ng Medi-Cal. Ang co-pay ng mga ito ay \$0.

D1. Mga mapagpipilian ninyo sa parmasya

Ang binabayaran ninyo para sa gamot ay depende kung saan ninyo nakuha ang gamot:

- Isang parmasya ng samahan, o
- Isang parmasyang wala sa samahan.

Sasakupin namin ang mga reseta na pinapunan sa mga parmasya sa labas-ng-samahan sa ilang mga limitadong sitwasyon lamang. Tingnan ang Kabanata 5 upang malaman kung kailan namin gagawin iyon.

Upang magkaroon ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga mapagpipiliang parmasyang ito, tingnan ang Kabanata 5 sa handbook na ito at sa ang aming *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.

D2. Pagkuha ng pangmatagalang panustos ng gamot

Para sa ilang mga gamot, kayo ay makakakuha ng matagalang supply (tinatawag din na “pinatagal na supply”) kapag pinapunan ninyo ang inyong inireresetang gamot. Ang pangmatagalang supply ay hanggang 93 araw na supply. Ang gastos ninyo ay pareho sa isang buwan na panustos.

Para sa mga detalye kung saan at paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot, tingnan ang Kabanata 5 o ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.

D3. Ano ang babayaran ninyo

Sa panahon ng Pasimulang Yugto ng Pagkakasakop, kayo ay magbabayad ng co-pay (kabahagi sa binabayaran) tuwing pinapapuno ninyo ang inyong reseta. Kung ang halaga ng inyong sakop na gamot ay mas mura kaysa sa co-pay (kabahagi sa binabayaran), babayaran ninyo ang mas mababang halaga.

Maaari kayong makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage upang malaman kung magkano ang inyong co-pay (kabahagi sa binabayaran) para sa anumang sakop na gamot.

Ang inyong bahagi ng gastos kapag kayo ay nakakuha ng para sa isang buwan o pangmatagalang supply ng sakop na iniresetang gamot mula sa:

	Isang farmasya ng samahan		Isang matagalang pangangalaga na farmasya ng samahan	Isang farmasyang wala sa network
	Isang buwan o hanggang 93 araw na supply		Hanggang 93 araw na supply	Hanggang 93 araw na supply. Ang pagkakasakop ay limitado sa ilang partikular na sitwasyon. Tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.
Cost-sharing Antas 1 (mga generic na gamot)	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.30 o \$3.60		Magbabayad kayo ng \$0, \$1.30 o \$3.60	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.30 o \$3.60
Cost-sharing Antas 2 (may tatak na mga gamot)	Magbabayad kayo ng \$0, \$3.90 o \$8.95		Magbabayad kayo ng \$0, \$3.90 o \$8.95	Magbabayad kayo ng \$0, \$3.90 o \$8.95
Cost-sharing Antas 3 (mga gamot na Sakop ng Medi- Cal)	Magbabayad kayo ng \$0		Magbabayad kayo ng \$0	Magbabayad kayo ng \$0

Para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga farmasya ang maaaring magbigay sa inyo ng mga pangmatagalang supply, tingnan ang *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Farmasya*.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



D4. Katapusan ng Yugto ng Panimulang Pagkakasakop

Matatapos ang Panimulang Yugto ng Pagkakasakop kapag umabot na sa \$6,350 ang kabuuan ng inyong mga gastos mula sa sariling bulsa. Pagdating sa puntong ito, magsisimula na ang Yugto ng Pagkakasakop sa Napakalaking Gastos sa Gamot. Kami ang sasagot sa lahat ng inyong mga gastusin sa gamot mula dito hanggang sa katapusan ng taon.

Makakatulong sa inyo ang inyong mga ulat sa *Pagpapaliwanag ng Mga Benepisyo* para masubaybayan kung magkano na ang nagastos ninyo sa inyong mga gamot sa kasalukuyang taon. Ipaaalam namin sa inyo kung naaabot ninyo ang halagang \$6,350 na limitasyon. Maraming tao ang hindi umaabot sa halagang iyon sa isang taon.

E. Yugto 2: Ang Yugto ng Catastrophic na Pagkakasakop

Kapag naabot na ninyo ang limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) na \$6,350 para sa inyong mga iniresetang gamot, magsisimula na ang Yugto ng Catastrophic na Pagkakasakop. Mananatili kayo sa Yugto ng Catastrophic na Pagkakasakop hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo. Sa yugtong ito, babayaran ng plano ang lahat ng mga gastusin para sa inyong mga gamot sa Medicare.

F. Ang inyong mga gastos sa gamot kung wala pang isang buwang supply ang irereseta sa inyo ng doktor ninyo

Karaniwan binabayaran ninyo ang hating-bayad para masakop ang buong buwang supply ng sakop na gamot. Gayunpaman, maaaring magbigay ang inyong doktor ng reseta ng mas mababa sa isang buwang supply ng mga gamot.

- May mga pagkakataon na maaaring hilingin sa doktor ninyo na magreseta ng mas kaunti sa buong buwang supply ng gamot (halimbawa, kapag unang nagreseta ang doktor ninyo ng gamot na kilalang nagiging sanhi ng side effects).
- Kapag pumayag ang inyong doktor, hindi ninyo kailangang bayaran ang isang buwang supply ninyo para sa ilang mga gamot.

Kapag wala pang isang buwang supply ang gamot na kukunin ninyo, ang halagang babayaran ninyo ay ibabatay sa kung ilang araw na supply ang gamot na kukunin ninyo. Kakalkulahin namin ang halagang inyong babayaran bawat araw para sa inyong gamot (“pang-araw-araw na halaga ng cost-sharing”) at imu-multiply ito sa bilang ng mga araw ng gamot na kukunin ninyo.

- Narito ang isang halimbawa: Ipagpalagay nating ang co-pay sa inyong gamot para sa isang buwang supply (supply para sa 30 araw) ay \$1.30. Ang ibig sabihin nito ay ang halagang babayaran ninyo para sa inyong gamot ay mas malaki nang kaunti sa \$0.04 bawat araw. Kung kukuha kayo ng supply ng gamot para sa 7 araw, mas mataas nang kaunti sa \$.04 ang babayaran ninyo sa bawat araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na \$0.30.
- Ang araw-araw na cost-sharing ay pinapayagan kayo na masiguro na epektibo ang gamot para sa inyo bago ninyo bayaran ang buong buwang na supply.
- Maaari din ninyong hilingin sa inyong tagapagbigay ng serbisyo na magreseta sa inyo ng mas kaunti sa pang-isang buwang supply ng gamot, kung makakatulong ito sa inyong:

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- maplano nang mas maayos kung kailan kayo kukuha ulit ng inyong mga gamot,
- makoordina ang mga muling pagkuha kasabay ng iba pang gamot na ginagamit ninyo, at
- mabawasan ang dami ng beses ng pagpunta sa parmasya.

G. Tulong sa bahagi sa gastos sa inireresetang gamot para sa mga taong may HIV/AIDS

G1. Ano ba ang Programang Tulong sa Gamot ng AIDS (AIDS Drug Assistance Program o ADAP)

Ang Programa sa Tulong sa Gamot ng AIDS (ADAP) ay tumutulong upang matiyak na ang mga karapat-dapat na indibidwal na namumuhay nang may HIV/AIDS ay makakakuha ng gamot para sa AIDS na nakakaligtas ng buhay. Ang mga inireresetang gamot na sakop ng Bahagi D ng Medicare para sa Outpatient na sakop din ng ADAP ay kwalipikado para sa pagtulong sa cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran) ng reseta sa pamamagitan ng Kagawaran ng Pamublikong Kalusugan ng California, Opisina ng AIDS para sa mga indibidwal na nakatala sa ADAP.

G2. Ano ang dapat gawin kung hindi ka nakatala sa ADAP

Para sa impormasyon sa mga pamantayan ng pagiging kwalipikado, sakop na gamot, o kung paano magpatala sa programa, pakitawagan ang **1-844-421-7050** o pumunta sa website ng ADAP sa https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. Ano ang dapat gawin kung nakatala na kayo sa ADAP

Ang ADAP ay maaaring ipagpatuloy ang pagkakaloob ng tulong sa cost-sharing (pagtutulungan sa babayaran) ng reseta ng gamot na sakop ng Bahagi D ng Medicare sa mga kliyente ng ADAP para sa mga gamot na kasama sa pormularyo ng ADAP. Upang tiyakin na patuloy ninyong matatanggap ang tulong na ito, mangyaring abisuhan ang inyong lokal na manggagawa sa pagpapatala ng ADAP tungkol sa anumang pagbabago sa pangalan ng plano o numero ng policy ng inyong plano sa Bahagi D ng Medicare. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng pinakamalapit na tanggapan para sa pagpapatala sa ADAP at/o kawaning nangangasiwa sa pagpapatala sa ADAP, pakitawagan ang **1-844-421-7050** o pumunta sa website na nakalista sa itaas.

H. Mga Bakuna

Sakop namin ang mga bakuna na sakop ng Bahagi D ng Medicare. May dalawang bahagi sa aming pagkakasakop sa mga bakuna ng Bahagi D ng Medicare:

1. Ang unang bahagi ng pagkakasakop ay para sa halaga ng **bakuna mismo**. Ang bakuna ay inireresetang gamot.
2. Ang ikalawang bahagi ng pagkakasakop ay ang gastusin sa **pagbibigay sa inyo ng bakuna**. Halimbawa, minsan ay maaari ninyong makuha ang bakuna bilang iniksyong ibibigay sa inyo ng inyong doktor.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.

H1. Ano ang dapat ninyong malaman bago kayo magpabakuna

Inirerekumenda namin na tawagan kami muna sa Yunit ng CareAdvantage kapag nagpapalano kang magpabakuna.

- Masasabi namin sa inyo kung paano sasakupin ng aming plano ang inyong pagpapabakuna at ipapaliwanag ang inyong bahagi sa gastos.
- Maaari naming sabihin sa inyo kung paano mapababa ang inyong sariling gastusin sa paggamit ng mga tagabigay ng serbisyo at parmasya ng aming samahan. Ang mga parmasya ng samahan ay ang mga parmasya na sumang-ayong makipagtulungan sa aming plano. Ang tagabigay ng serbisyo ng samahan ay ang tagabigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Ang tagabigay ng serbisyo ng samahan ay dapat makipagtulungan sa CareAdvantage CMC upang matiyak na hindi kayo kailangang magbayad ng anumang gastos para sa bakuna na sakop ng Bahagi D.

H2. Ano ang babayaran ninyo para sa isang pagbabakunang sakop ng Bahagi D ng Medicare

Depende sa uri ng bakuna (kung ano ang inyong binabakunahan) ang inyong babayaran para sa bakuna.

- Ang ilang bakuna ay itinuturing na mga medikal na benepisyo sa halip na gamot. Sakop ang mga bakuna nang walang gastos sa inyo. Upang malaman ang tungkol sa pagkakasakop sa mga bakunang ito, tingnan ang Chart ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4.
- Ang ibang mga bakuna ay itinuturing na mga gamot sa Bahagi D ng Medicare. Mahahanap ninyo ang mga bakunang ito na nakalista sa Listahan ng Gamot ng plano.

Bibili kayo ng bakuna na sakop ng Bahagi D ng Medicare mula sa parmasya ng samahan at magpapainiksyon kayo sa parmasya.

1. Kukunin ninyo ang bakuna ng Bahagi D ng Medicare sa isang parmasya ng samahan at tuturuan kayo sa parmasya.

- Magbabayad kayo ng co-pay para sa bakuna.

2. Kukunin ninyo ang bakuna ng Bahagi D ng Medicare sa tanggapan ng inyong doktor at tuturuan kayo ng inyong doktor.

- Magbabayad kayo ng co-pay sa doktor para sa bakuna.
- Babayaran ng aming plano ang gastusin para sa pag-iniksyon ng bakuna sa inyo.
- Dapat tawagan ng tanggapan ng doktor ang aming plano sa ganitong sitwasyon upang maaari naming tiyakin na alam nila na magbabayad lang kayo ng co-pay para sa bakuna.

3. Makukuha ninyo mismo ang bakuna ng Bahagi D ng Medicare sa isang parmasya at madadala ito sa tanggapan ng doktor para maibakuna.

- Magbabayad kayo ng co-pay para sa bakuna.
- Babayaran ng aming plano ang gastusin para sa pag-iniksyon ng bakuna sa inyo.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



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

Panimula

Sinasabi sa inyo ng kabanatang ito kung paano at kailan ipapadala sa amin ang isang bill upang humiling ng bayad. Sinasabi rin nito sa inyo kung paano maghain ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa isang desisyon sa sakop. Makikita ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito nang sunud-sunod batay sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Paghiling sa aming bayaran ang inyong mga serbisyo o gamot	148
B. Pagpapadala ng kahilingan para sa pagbabayad	150
C. Mga desisyon sa pagsakop	150
D. Mga apela	151

A. Paghiling sa aming bayaran ang inyong mga serbisyo o gamot

Dapat singilin ng mga tagabigay ng serbisyo ng aming samahan ang plano para sa inyong mga sakop na serbisyo at gamot na nakuha na ninyo. Ang tagabigay ng serbisyo ng samahan ay ang tagabigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan.

Kung nakatanggap kayo ng bill para sa buong gastusin sa pangangalaga ng kalusugan o mga gamot, ipadala ang bill sa amin. Upang ipadala sa amin ang bayarin, tingnan ang pahina 150.

- Kung sakop ang mga serbisyo o gamot, direkta naming babayaran ang tagabigay ng serbisyo.
- Kung sakop ang mga serbisyo o gamot at nagbayad na kayo nang mahigit sa inyong bahagi sa gastos, may karapatan kayong pagbayaran ang sobrang nagastos ninyo.
- Sasabihin namin sa inyo kung **hindi** sakop ang mga serbisyo o gamot.

Makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage kung may anumang tanong kayo. Kung hindi ninyo alam kung ano ang dapat ninyong bayaran, o kung nakatanggap kayo ng bill at hindi ninyo alam kung ano ang dapat gawin, makakatulong kami. Maaari rin kayong tumawag kung nais ninyo na magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa hinihiling sa pagbabayad na naipadala na ninyo sa amin.

Narito ang mga halimbawa ng mga panahon kung saan kailangan ninyong hilingin amin na ibalik sa inyo ang ibinayad o bayaran ang bill na natanggap ninyo:

1. Kapag kumuha kayo ng pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga sa kalusugan mula sa tagapagbigay ng serbisyong wala sa network

Dapat ninyong hilingin sa tagabigay ng serbisyo na singilin kami.

- Kung buong halaga ang binayaran ninyo nang kumuha kayo ng pangangalaga, hilingin sa aming bayaran kayo para sa aming bahagi sa gastos. Ipadala sa amin ang bill kasama ang mga katibayan ng anumang mga pagbayad na ginawa ninyo.
- Maaari kayong makatanggap ng bill mula sa tagapagbigay ng serbisyo na naniningil sa inyo para sa bayarin na sa tingin ninyo ay hindi dapat kayo ang magbayad. Ipadala sa amin ang bill kasama ang mga katibayan ng anumang mga pagbayad na ginawa ninyo.
 - Kung dapat bayaran ang tagabigay ng serbisyo, direkta naming babayaran ang tagabigay ng serbisyo.
 - Kung nagbayad na kayo para sa serbisyo, babayaran namin kayo.

2. Kapag ang tagabigay ng serbisyo ay nagpadala sa inyo ng bill

Dapat kaming palaging singilin ng mga tagabigay ng serbisyo ng samahan. Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro ng CareAdvantage CMC kapag kumuha kayo ng anumang serbisyo o reseta. Nagaganap ang mali/hindi naaangkop na pagsingil kapag ang isang tagabigay ng serbisyo (gaya ng doktor o ospital) ay naningil sa inyo nang mahigit sa halaga ng cost sharing ng plano para sa mga serbisyo. **Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage kung kayo ay makakatanggap ng anumang bill.**

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Bilang miyembro ng CareAdvantage CMC, kailangan lang ninyong bayaran ang copay kapag kumuha kayo ng mga serbisyong sakop ng aming plano. Hindi namin pinapayagan ang mga tagabigay ng serbisyo na singilin kayo nang mahigit sa halagang ito. Ito ay totoo kahit na ang ibinayad namin sa tagabigay ng serbisyo ay mas mababa kaysa sa sisingilin ng tagabigay ng serbisyo para sa serbisyo. Kung magpapasya kaming huwag bayaran ang ilang sinisingil, hindi pa rin ninyo kailangang bayaran ang mga ito.
- Sa tuwing makakatanggap kayo ng bill mula sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network na sa palagay ninyo ay mahigit sa dapat ninyong bayaran, ipadala sa amin ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa tagapagbigay ng serbisyo at aayusin namin ang problema.
- Kung nabayaran na ninyo ang bill mula sa tagapagbigay ng serbisyong nasa network, ngunit may palagay kayo na masyadong malaki ang binayaran ninyo, ipadala sa amin ang bill at katibayan ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo. Ibabalik namin sa inyo ang diperensya sa pagitan ng halagang binayaran ninyo at ang halagang dapat lang ninyong bayaran sa ilalim ng plano.

3. Kapag gumamit kayo ng parmasyang wala sa samahan upang mapunan ang reseta

Kapag pumunta kayo sa parmasyang wala sa samahan, kailangan ninyong bayaran ang buong halaga ng inyong reseta.

- Sa ilang kaunting kaso, sasakupin namin ang mga reseta na napunan ng mga parmasyang wala sa samahan. Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag hiniling ninyo sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa aming bahagi sa gastusin.
- Pakitingnan ang Kabanata 5 upang matuto pa tungkol sa mga parmasyang wala sa samahan.

4. Kapag binayaran ninyo ang buong halaga ng reseta dahil hindi ninyo dala ang inyong ID card ng Miyembro

Kung wala sa inyo ang inyong ID card ng Miyembro, maaari ninyong hilingin sa parmasya na tawagan kami o tingnan sa plano ang impormasyon sa pagpapatala.

- Kung hindi makukuha ng parmasya ang impormasyong kailangan nila agad, maaaring kailangan ninyo na bayaran ang buong halaga ng reseta.
- Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag hiniling ninyo sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa aming bahagi sa gastusin.

5. Kapag binayaran ninyo ang buong halaga ng reseta para sa hindi nasasakupang gamot

Maaari ninyong bayaran ang buong halaga ng reseta dahil ang gamot ay hindi sakop.

- Maaaring wala ang gamot sa aming *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* (Listahan ng Gamot), o maaaring may kinakailangan o paghihigpit dito na hindi ninyo alam o sa palagay ninyo ay hindi dapat nalalapat sa inyo. Kung nagdesisyon kayo na kunin ang gamot, maaaring kailangan ninyo na bayaran ang buong halaga nito.

- Kung hindi kayo magbabayad para sa gamot ngunit sa tingin ninyo ay masasakop dapat ito, maaari kayong humiling ng pagpapasya sa pagkakasakop (tingnan ang Kabanata 9).
- Kung sa palagay ninyo at ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na kaagad ninyong kailangan ang gamot, maaari kayong humiling ng mabilisang pagpapasya sa pagkakasakop (tingnan ang Kabanata 9).
- Ipadala sa amin ang kopya ng inyong resibo kapag humiling kayo sa amin na ibalik ang inyong ibinayad. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailanganin naming kumuha ng karagdagang impormasyon mula sa inyong doktor o iba pang nagreseta upang maibalik ang inyong ibinayad para sa aming bahagi sa gastusin ng gamot.

Kapag kayo ay nagpadala sa amin ng kahilingan para sa kabayaran, aming rerepasuhin ang inyong kahilingan at magpapasya kung ang serbisyo o gamot ay dapat na masakop. Ito ay tinatawag na pagsasagawa ng “desisyon sa pagsasakop”. Kung napagpasyahan naming ito ay dapat sakupin, babayaran namin ang aming bahagi ng halaga ng serbisyo o gamot. Kung tanggihan namin ang inyong hiling para sa pagbayad, maaari ninyong i-apela ang aming desisyon.

Upang malaman kung paano umapela, tingnan ang Kabanata 9.

B. Pagpapadala ng kahilingan para sa pagbabayad

Ipadala sa amin ang inyong bill kasama ang mga katibayan ng anumang mga pagbayad na ginawa ninyo. Ang katibayan ng pagbabayad ay maaaring kopya ng tsekeng isinulat ninyo o resibo mula sa tagabigay ng serbisyo. **Magandang ideya na magkaroon ng kopya ng inyong bill at mga resibo para sa inyong rekord.** Maaari kayong humingi ng tulong sa inyong Tagapamahala ng Kaso.

Kasama ang anumang bill o resibo, ipadala sa amin sa pamamagitan ng koreo ang inyong kahilingan para sa pagbabayad sa address na ito:

CareAdvantage Unit

Health Plan of San Mateo

801 Gateway Blvd., Suite 100

South San Francisco, CA 94080

Dapat ninyong isumite ang inyong claim sa amin sa loob ng 90 araw mula sa petsang natanggap ninyo ang serbisyo, item, o gamot.

C. Mga desisyon sa pagsakop

Kapag nakuha namin ang inyong kahilingan para sa pagbabayad, gagawa kami ng pagpapasya sa pagkakasakop. Ang ibig sabihin nito ay aming pagpapasyahan kung ang inyong pangangalaga ng kalusugan o gamot ay sasakupin ng aming plano. Pagpapasyahan din namin ang halaga ng pera, kung mayroon man, na kailangan ninyong bayaran para sa pangangalaga ng kalusugan o gamot.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Ipagbibigay-alam namin sa inyo kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon mula sa inyo.
- Kung magpapasya kaming ang pangangalaga sa kalusugan o gamot ay sakop at sinunod ninyo ang lahat ng alituntunin upang makuha ito, babayaran namin ang aming bahagi sa gastusin para rito. Kung binayaran na ninyo ang serbisyo o gamot, magpapadala kami sa inyo ng tseke sa pamamagitan ng koreo bilang bayad para sa aming bahagi sa gastusin. Kung hindi pa kayo nagbabayad para sa serbisyo o gamot, direkta naming babayaran ang tagabigay ng serbisyo.

Ipinapaliwanag sa Kabanata 3 ang mga panuntunan para masakop ang inyong mga serbisyo.

Ipinapaliwanag sa Kabanata 5 ang mga panuntunan upang masakop ang inyong mga inireresetang gamot sa Bahagi D ng Medicare.

- Kung napagpasyahan naming huwag bayaran ang aming bahagi sa gastos sa serbisyo o gamot, papadalan namin kayo ng isang sulat na nagpapaliwanag kung bakit hindi namin ito babayaran. Ipapaliwanag din ng sulat ang inyong karapatan upang maghain ng apela.
- Upang matuto pa tungkol sa mga pagpapasya sa pagkakasakop, tingnan ang Kabanata 9.

D. Mga apela

Kung sa palagay ninyo ay nagkamali sa pagtanggap sa inyong kahilingan na mabayaran, maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang aming desisyon. Ito ay tinatawag na paghain ng apela. Maaari din kayong maghain ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa halaga na aming ibinayad.

Ang proseso ng apela ay isang pormal na proseso na may detalyadong mga pamamaraan at mahalagang huling araw ng pagpasa. Upang matuto pa tungkol sa mga apela, tingnan ang Kabanata 9.

- Kung gusto ninyong umapela hinggil sa pagbabalik ng ibinayad ninyo para sa serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, pumunta sa pahina 177.
- Kung gusto ninyong umapela hinggil sa pagbabalik ng ibinayad ninyo para sa isang gamot, pumunta sa pahina 193.



This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.



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 namin kilalanin ang inyong mga karapatan. Makikita ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito nang sunud-sunod batay sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang karapatan ninyong makakuha ng impormasyon para makatugon sa inyong mga pangangailangan	155
B. Ang tungkulin naming tiyaking makakakuha kayo ng napapanahong access sa mga sakop na serbisyo at gamot	156
C. Ang tungkulin naming protektahan ang inyong personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information o PHI)	157
C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI	157
C2. Mayroon kayong karapatan na makita ang inyong mga medikal na rekord	157
D. Ang tungkulin naming magbigay sa inyo ng impormasyon tungkol sa aming plano, sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, at sa inyong mga sakop na serbisyo	158
E. Kawalan ng kakayahan ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network na singilin kayo nang direkta	159
F. Ang karapatan ninyong umalis sa aming Cal MediConnect Plan	159
G. Ang karapatan ninyong magdesisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan	159
G1. Ang inyong karapatang malaman ang tungkol sa inyong mga opsyon sa paggamot at magdesisyon tungkol sa inyong pangangalaga sa kalusugan	159
G2. Ang inyong karapatang sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung kayo ay hindi makapagdesisyon mag-isa para sa pangangalaga sa kalusugan	160
G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinunod ang inyong mga utos	161
H. Ang karapatan ninyong magreklamo at humiling sa aming pag-isipan ulit ang aming mga naging desisyon	161



H1. Ano ang dapat gawin kung sa palagay niyo ay hindi patas ang pakikitungo sa inyo o kung gusto ninyo ng karagdagang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan	161
I. Ang mga responsibilidad ninyo bilang miyembro ng plano	162

A. Ang karapatan ninyong makakuha ng impormasyon para makatugon sa inyong mga pangangailangan

Dapat sabihin namin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa isang paraan na maaari ninyong maunawaan. Dapat sabihin namin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraan na mauunawaan ninyo, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage. Ang aming plano ay may mga tao na makakasagot sa mga katanungan gamit ang iba't ibang wika.
 - Maaari din kayong bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa ibang wika bukod sa Ingles at nasa mga format na gaya ng malaking print, braille, o audio. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag.

Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, Braille o audio. Llame al Departamento de CareAdvantage al **1-866-880-0606**, de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1**. La llamada es gratuita.

您可以免費以其他形式取得本資訊，如大號字體、盲人用點字或錄音。致電 CareAdvantage Unit，電話是 **1-866-880-0606**，服務時間為週一至 週日上午 8:00 至晚上 8:00。有聽力或語言障礙者應撥打 TTY 電話 **1-800-735-2929** 或 **7-1-1**。該電話為免費電話服務。

Maaari mong makuha nang libre ang impormasyong ito sa iba pang anyo, kagaya ng malalaking letra, braille, o audio. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, Lunes hanggang Linggo, mula 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**. Libre ang tawag.

Вы можете получить эту информацию бесплатно в другом формате, например в виде текста, набранного крупным шрифтом или шрифтом Брайля, или в виде аудиозаписи. Позвоните в подразделение CareAdvantage Unit по номеру **1-866-880-0606** в любой день недели с 8:00 до 20:00. Пользователям телетайпа (TTY) следует звонить по номеру **1-800-735-2929** или набирать **7-1-1**. Звонки по этому номеру бесплатные.

Kung nahihirapan kayong makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Maaari kang tumawag 24 na oras sa maghapon, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**. Ang Tanggapan ng Ombudsman ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal ay tumutulong sa mga taong nakatala sa Medi-Cal. Makakatulong sila sa inyo na maghain ng reklamo sa amin. Maaari ninyo silang tawagan sa 1-888-452-8609.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



B. Ang tungkulin naming tiyaking makakakuha kayo ng napapanahong access sa mga sakop na serbisyo at gamot

Bilang miyembro ng aming plano:

- Kayo ay may karapatang pumili ng tagapagbigay ng pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP) sa aming samahan. Ang tagapagbigay ng serbisyong nasa network ay ang tagapagbigay ng serbisyong nakikipagtulungan sa amin. Makakakita kayo ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagpili ng PCP sa Kabanata 3.
 - Tumawag sa Yunit ng CareAdvantage o tingnan ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya* upang magkaroon ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network at kung sinong mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- Ang mga babae ay may karapatang pumunta sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang walang referral. Ang referral ay isang pag-apruba mula sa inyong PCP upang magpatingin sa ibang tao na hindi inyong PCP.
- Mayroon kayong karapatang makakuha ng mga sakop na serbisyo mula sa tagapagbigay ng serbisyo ng samahan sa loob ng makatuwirang tagal ng panahon.
 - Kasama na rito ang karapatan na makakuha ng napapanahong mga serbisyo mula sa mga espesyalista.
- Kayo ay may karapatang tumanggap ng mga serbisyo o pangangalagang pang-emergency na agarang kinakailangan nang walang paunang pag-apruba.
- Mayroon din kayong karapatang kunin ang inyong mga reseta sa alinman sa aming parmasya ng samahan nang walang mahabang pagkaantala.
- Mayroon kayong karapatang malaman kung kailan kayo maaaring magpatingin sa isang tagapagbigay ng serbisyo na wala sa samahan. Upang matuto tungkol sa mga tagapagbigay ng serbisyo na wala sa samahan, tingnan ang Kabanata 3.
- Kapag unang beses kayong sumali sa aming plano, may karapatan kayong panatilihin ang inyong mga kasalukuyang tagapagbigay ng serbisyo at pahintulot sa serbisyo sa loob ng hanggang 12 buwan kung matutugunan ang ilang partikular na kundisyon. Upang matuto pa tungkol sa pagpapanatili ng inyong mga tagapagbigay ng serbisyo at pahintulot sa serbisyo, tingnan ang Kabanata 1.
- Mayroon kayong karapatan sa self-direct na pangangalaga nang may tulong mula sa inyong pangkat ng pangangalaga at coordinator ng pangangalaga.

Ipinabatid sa inyo ng Kabanata 9 kung ano ang maaari ninyong gawin kung sa palagay ninyo ay hindi kayo nakakakuha ng inyong mga serbisyo o gamot sa loob ng makatuwirang tagal ng panahon. Ipinabatid din ng Kabanata 9 kung ano ang magagawa ninyo kung tinanggihan namin ang pagkakasakop para sa inyong mga serbisyo o gamot at hindi kayo sumasang-ayon sa aming pasya.

C. Ang tungkulin naming protektahan ang inyong personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information o PHI)

Pinoprotektahan namin ang inyong personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information o PHI) tulad ng hinihiling ng batas ng pederal at estado.

Kabilang sa inyong PHI ang impormasyon na ibinigay ninyo sa amin nang kayo ay nagpatala sa plano. Kabilang din dito ang inyong mga medikal na rekord at ibang medikal at pangkalusugan na impormasyon.

Mayroon kayong karapatang makakuha ng impormasyon at mapamahalaan kung paano gagamitin ang inyong PHI. Nagbibigay kami sa inyo ng nakasulat na abiso tungkol sa mga karapatang ito at ipinapaliwanag din kung paano namin pinoprotektahan ang pagiging pribado ng inyong PHI. Ang abiso ay tinatawag na “Abiso ng Kasanayan sa Pagiging Pribado.”

C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI

Sinisiguro naming hindi nakikita o binabago ng di-awtorisadong tao ang inyong mga tala.

Kadalasan, hindi namin ibinibigay ang inyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay ng inyong pangangalaga o nagbabayad para sa inyong pangangalaga. Kung ginawa namin iyon, inaatasan kaming kumuha muna ng nakasulat na pahintulot mula sa inyo. Ang nakasulat na pahintulot ay maaaring inyong ibigay o ng sinumang may legal na kapangyarihan na magdesisyon para sa inyo.

May ilang tiyak na kaso na hindi namin kailangan kumuha muna ng nakasulat na pahintulot mula sa inyo. Ang mga pagbubukod na ito ay pinahihintulutan o iniaatas ng batas.

- Inatasan kaming ilabas ang PHI sa mga ahensya ng gobyerno na nagsusuri sa kalidad ng pangangalaga namin.
- Inatasan kaming ilabas ang PHI ayon sa kautusan ng hukuman.
- Inatasan kaming ibigay sa Medicare ang inyong PHI. Kung inilabas ng Medicare ang inyong PHI para sa pananaliksik o iba pang paggamit, ito ay gagawin ayon sa mga batas ng pederal na gobyerno.

C2. Mayroon kayong karapatan na makita ang inyong mga medikal na rekord

- Mayroon kayong karapatan na tingnan ang inyong mga medikal na rekord at makakuha ng kopya ng inyong mga rekord. Pinapayagan kami na singilin kayo para sa paggawa ng mga kopya ng inyong mga medikal na rekord.
- Mayroon kayong karapatang hilingin sa amin na i-update o iwasto ang inyong medikal na rekord. Kung hihilingin ninyo sa amin na gawin ito, makikipagtulungan kami sa inyong tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan upang magpasya kung kailangang gawin ang mga pagbabago.
- Mayroon kayong karapatan na malaman kung at paano ibinahagi sa ibang tao ang inyong PHI.

Kung mayroon kayong tanong o alalahanin tungkol sa pagiging pribado ng inyong PHI, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



D. Ang tungkulin naming magbigay sa inyo ng impormasyon tungkol sa aming plano, sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, at sa inyong mga sakop na serbisyo

Bilang miyembro ng CareAdvantage CMC, mayroon kayong karapatan na makakuha ng impormasyon mula sa amin. Kung hindi kayo nakakapagsalita ng Ingles, mayroon kaming mga serbisyo ng tagasaling-wika upang sagutin ang anumang mga tanong na mayroon kayo hinggil sa aming planong pangkalusugan. Upang kumuha ng interpreter, tumawag lang sa amin sa **1-866-880-0606**. Isa itong libreng serbisyo para sa inyo. Isinasalin-wika namin ang karamihan sa mga materyal ng CareAdvantage CMC sa Spanish, Tagalog, Chinese, at Russian. Maaari din namin kayong bigyan ng impormasyon sa malaking print, braille, o audio.

Kung gusto ninyo ng impormasyon tungkol sa alinman sa mga sumusunod, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage:

- Paano pumili o magpalit ng mga plano
- Ang aming plano, kasama na ang:
 - Impormasyon sa pananalapi
 - Paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plano
 - Ang bilang ng mga apela na ginawa ng mga miyembro
 - Paano umalis sa aming plano
- Ang aming mga tagabigay ng serbisyo ng samahan at ang aming parmasya ng samahan, kabilang ang:
 - Paano pumili o magpalit ng mga pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga
 - Mga kwalipikasyon ng aming mga tagabigay ng serbisyo at parmasya ng samahan
 - Paano namin binabayaran ang mga tagabigay ng serbisyo sa aming samahan
- Mga sakop na serbisyo at gamot at tungkol sa mga panuntunan na dapat ninyong sundin, kabilang ang:
 - Mga serbisyo at gamot na sakop ng aming plano
 - Mga limitasyon sa inyong pagkakasakop at mga gamot
 - Mga panuntunan na dapat ninyong sundin upang masakop ang mga serbisyo at gamot
- Bakit hindi sakop ang isang bagay at ano ang magagawa ninyo tungkol dito, kasama na ang paghiling sa amin na:
 - Ilagay sa sulat kung bakit ang isang bagay ay hindi kasali sa pagkakasakop
 - Baguhin ang aming nagawang desisyon
 - Bayaran ang natanggap ninyong bill

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



E. Kawalan ng kakayahan ng mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network na singilin kayo nang direkta

Hindi kayo maaaring pagbayarin ng mga doktor, ospital, at ibang mga tagabigay ng serbisyo sa aming samahan para sa mga nasasakupang serbisyo. Hindi rin sila maaaring maningil sa inyo kung mas kaunti ang aming ibinayad kaysa sa sinisingil ng tagabigay ng serbisyo. Upang malaman kung ano ang dapat gawin kung sisisingilin kayo ng tagapagbigay ng serbisyong nasa network para sa mga sakop na serbisyo, tingnan ang Kabanata 7.

F. Ang karapatan ninyong umalis sa aming Cal MediConnect Plan

Walang makakapilit sa inyong manatili sa aming plano kung ayaw ninyo.

- Mayroon kayong karapatang makuha ang pinakamarami ninyong serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan mula sa Orihinal na Medicare o plano ng Medicare Advantage.
 - Maaari ninyong makuha ang mga benepisyo para sa iniresetang gamot na sakop ng Bahagi D ng Medicare mula sa plano para sa iniresetang gamot o mula sa plano ng Medicare Advantage.
 - Tingnan ang Kabanata 10 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung kailan kayo maaaring sumali sa isang bagong Medicare Advantage o plano ng benepisyo ng iniresetang gamot.
 - Patuloy na ibibigay ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng Health Plan of San Mateo (HPSM).
-

G. Ang karapatan ninyong magdesisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan

G1. Ang inyong karapatang malaman ang tungkol sa inyong mga opsyon sa paggamot at magdesisyon tungkol sa inyong pangangalaga sa kalusugan

Mayroon kayong karapatan na makakuha ng buong impormasyon mula sa inyong mga doktor at iba pang mga tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan kapag kumuha kayo ng mga serbisyo. Dapat ipaliwanag sa inyo ng inyong mga tagabigay ng serbisyo ang inyong kundisyon at ang inyong mga pagpipilian sa paggamot sa paraan na maiintindihan ninyo. Mayroon kayong karapatang:

- **Alamin ang inyong mga pagpipilian.** Mayroon kayong karapatan na mapasabihan tungkol sa lahat ng uri ng paggamot.
 - **Malaman ang mga panganib.** Mayroon kayong karapatan na mapasabihan tungkol sa anumang panganib na maaaring mangyari. Dapat na mapasabihan kayo nang maaga kung may anumang serbisyo o paggamot na bahagi ng eksperimento sa pananaliksik. Mayroon kayong karapatang tanggihan ang mga pang-eksperimentong paggamot.
 - **Kumuha ng pangalawang opinyon.** Mayroon kayong karapatang magpatingin sa ibang doktor bago magpasya sa paggamot.
-

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- **Sumagot ng “hindi.”** Mayroon kayong karapatang tanggihan ang anumang paggamot. Kabilang dito ang karapatan na lumabas sa ospital o iba pang pasilidad sa pangangalaga, kahit na ipinayo ng inyong doktor na huwag ito gawin. Mayroon din kayong karapatang itigil ang paggamit sa isang inireresetang gamot. Kung tatanggihan ninyo ang paggamot o kung ititigil ninyo ang paggamit ng inireresetang gamot, hindi kayo matatanggal sa aming plano. Ngunit, kung tinanggihan ninyo ang paggamot o inihinto ang pag-inom ng iniresetang gamot, tatanggapin ninyo ang buong responsibilidad kung ano ang mangyari sa inyo.
- **Hilingin sa amin na ipaliwanag kung bakit tumanggi ang tagabigay ng serbisyo na magbigay ng pangangalaga.** Mayroon kayong karapatan na makatanggap ng paliwanag mula sa amin kung ang tagabigay ng serbisyo ay tinanggihan ang pangangalaga na sa tingin ninyo ay dapat ninyong matanggap.
- **Hilingin sa amin na sakupin ang isang serbisyo o gamot na tinanggihan o kadalasang hindi kasali sa pagkakasakop.** Ito ay tinatawag na pagpapasya sa pagkakasakop. Sinasabi ng Kabanata 9 kung paano hilingin sa plano ang desisyon sa pagkakasakop.

G2. Ang inyong karapatang sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung kayo ay hindi makapagdesisyon mag-isa para sa pangangalaga sa kalusugan

Minsan ay hindi makapagdesisyon ang mga tao tungkol sa kanilang pangangalaga sa kalusugan. Bago mangyari ito sa inyo, maaari ninyong:

- Punan ang form sa pagsusulat upang **bigyan ng karapatan ang isang taong magdesisyon sa ngalan ninyo para sa pangangalagang pangkalusugan.**
- **Bigyan ang inyong mga doktor ng mga tagubilin sa kasulatan** tungkol sa kung paano ninyo gustong pamahalaan nila ang inyong pangangalagang pangkalusugan kung mawawalan kayo ng kakayahang magdesisyon para sa inyong sarili.

Ang mga legal na dokumento na maaari ninyong gamitin upang ibigay ang inyong mga utos ay tinatawag na paunang direktiba (advance directive). Mayroong iba’t ibang uri ng mga paunang direktiba at iba’t ibang pangalan para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay habilin ukol sa buhay (living will) at kapangyarihan ng abugado para sa pangangalaga ng kalusugan.

Hindi ninyo kailangan gumamit ng paunang direktiba, ngunit maaari kayong gumamit kung gusto ninyo. Narito ang dapat gawin:

- **Kunin ang form.** Maaari kayong kumuha ng form mula sa inyong doktor, abugado, ahensya ng legal na serbisyo, o social worker. Maaari ding may mga form para sa paunang direktiba ang mga organisasyong nagbibigay ng impormasyon sa mga tao tungkol sa Medicare o Medi-Cal, gaya ng Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (HICAP) o Ahensya ng Mga Serbisyong Pantao ng San Mateo County.
- **Sagutan at lagdaan ang form.** Ang form ay isang legal na dokumento. Dapat ninyong pag-isipan ang pagkuha ng abugado upang tulungan kayong ihanda ito.
- **Bigyan ninyo ng mga kopya ang mga tao na alam ninyong kailangan malaman ang tungkol dito.** Dapat ninyong bigyan ng isang kopya ng form ang inyong doktor. Dapat din ninyong bigyan ng isang kopya ng form ang taong pinangalanan ninyo sa form na siyang magdedesisyon para sa inyo. Maaaring nais din ninyong magbigay ng mga kopya sa mga malalapit na kaibigan o sa mga miyembro ng pamilya. Siguruhing may kopya kayo sa tahanan.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Kung maoospital kayo at may nilagdaan kayong paunang direktiba, **magdala ng kopya nito sa ospital.**
 - Tatanungin kayo ng ospital kung may nilagdaan na kayong form ng paunang direktiba at kung dala ninyo ito.
 - Kung wala pa kayong nilagdaang form ng paunang direktiba, may mga form ang mga ospital at tatanungin kayo kung gusto ninyong lumagda nito.

Tandaan, desisyon ninyo kung magsasagot o hindi ng paunang direktiba.

G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinunod ang inyong mga utos

Kung lumagda kayo sa isang paunang direktiba, at naniniwala kayo na hindi sinunod ng doktor o ospital ang inyong mga tagubilin dito, maaari kayong magpasa ng reklamo sa Medical Board of California. Para sa impormasyon sa kung paano maghain ng reklamo, tumawag sa **1-800-633-2322**.

H. Ang karapatan ninyong magreklamo at humiling sa aming pag-isipan ulit ang aming mga naging desisyon

Ipinababatid ng Kabanata 9 kung ano ang maaari ninyong gawin kung mayroon kayong anumang problema o alalahanin tungkol sa inyong mga sakop na serbisyo o pangangalaga. Halimbawa, maaaring kailanganin ninyong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa pagkakasakop, maghain ng apela upang baguhin ang isang desisyon sa pagkakasakop, o maghain ng reklamo.

Mayroon kayong karapatang kumuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamo na isinampa ng ibang miyembro laban sa aming plano. Upang makuha ang impormasyong ito, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

H1. Ano ang dapat gawin kung sa palagay niyo ay hindi patas ang pakikitungo sa inyo o kung gusto ninyo ng karagdagang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan

Kung sa palagay ninyo ay hindi patas ang pakikitungo sa inyo – at **hindi** ito tungkol sa pandidiskriminasyon batay sa mga dahilang nakasaad sa pahina 156 – o kung gusto ninyo ng karagdagang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan, maaari kayong humingi ng tulong sa pamamagitan ng pagtawag:

- **Ang Yunit ng CareAdvantage.**
- **Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP).** Para sa mga detalye tungkol sa organisasyon na ito at kung paano makipag-ugnayan dito, tingnan ang Kabanata 2.
- **Ang Cal MediConnect Ombuds Program.** Para sa mga detalye tungkol sa organisasyon na ito at kung paano makipag-ugnayan dito, tingnan ang Kabanata 2.
- **Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227),** 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048.** (Maaari din ninyong basahin o i-download ang “Medicare Rights & Protections,” na makikita sa website ng Medicare sa <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606,** TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1,** Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



I. Ang mga responsibilidad ninyo bilang miyembro ng plano

Bilang miyembro ng plano, mayroon kayong responsibilidad na gawin ang mga nakalista sa ibaba. Kung mayroon kayong anumang tanong, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro*** upang malaman kung ano ang sakop at kung ano ang mga panuntunang kailangan ninyong sundin upang makakuha ng mga sakop na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa inyong:
 - Mga sakop na serbisyo, tingnan ang Kabanata 3 at 4. Ipinabatid ng mga kabanatang iyon sa inyo kung ano ang sakop, ano ang hindi sakop, ano ang mga panuntunan na kailangan ninyong sundin, at ano ang inyong babayaran.
 - Mga sakop na gamot, tingnan ang Kabanata 5 at 6.
- **Sabihin sa amin ang tungkol sa anupamang pagkakasakop sa kalusugan o inireresetang gamot** na mayroon kayo. Kailangan naming tiyaking ginagamit ninyo ang lahat ng inyong pagpipilian sa pagkakasakop kapag tinanggap ninyo ang pangangalaga sa kalusugan. Pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage kung mayroon kayong iba pang pagkakasakop.
- **Sabihin sa inyong doktor at iba pang tagapagbigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan** na nakatala kayo sa aming plano. Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro sa tuwing kumukuha kayo ng mga serbisyo o gamot.
- **Tulungan ang inyong mga doktor** at iba pang tagapagbigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na maibigay sa inyo ang pinakamahusay na pangangalaga.
 - Ibigay sa kanila ang impormasyon na kailangan nila tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan. Alamin ang lahat ng kaya ninyong malaman tungkol sa inyong problema sa kalusugan. Sundin ang mga plano sa paggamot at tagubilin na pinagkasunduan ninyo at ng inyong mga tagabigay ng serbisyo.
 - Tiyaikin na alam ng inyong doktor at ng ibang mga tagabigay ng serbisyo ang lahat ng gamot na inyong iniinom. Kabilang dito ang mga inireresetang gamot, gamot na nabibili nang walang reseta, mga bitamina, at mga karagdagang sustansya (supplement).
 - Kung mayroon kayong anumang tanong, tiyaking magtanong. Kailangan ipaliwanag sa inyo ng inyong mga doktor at ibang tagabigay ng serbisyo ang mga bagay sa isang paraan na naiintindihan ninyo. Kung kayo ay nagtanong at hindi naintindihan ang sagot na ibinigay, magtanong uli.
- **Maging maunawain.** Inaasahan naming igagalang ng lahat ng aming miyembro ang mga karapatan ng iba pang pasyente. Inaasahan din namin na kumilos kayo nang may paggalang sa tanggapan ng inyong doktor, sa ospital at sa tanggapan ng ibang mga tagabigay ng serbisyo.
- **Bayaran ang inyong utang.** Bilang miyembro ng plano, responsable kayo sa mga pagbabayad na ito:
 - Mga premium ng Bahagi A ng Medicare at Bahagi B ng Medicare. Para sa karamihan ng miyembro ng CareAdvantage CMC, ang Medi-Cal ang magbabayad ng inyong premium para sa Bahagi A at inyong premium para sa Bahagi B.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Para sa ilan sa inyong mga gamot na sakop ng plano, dapat ninyong bayaran ang inyong bahagi sa gastusin kapag kinuha na ninyo ang gamot. Ito ay co-pay (hindi nagbabagong halaga). Sinasabi ng Kabanata 6 kung ano ang dapat ninyong bayaran para sa inyong mga gamot.
- **Kung kumuha kayo ng anumang serbisyo o gamot na hindi sakop ng aming plano, dapat ninyong bayaran ang buong halaga.**
- Kung hindi kayo sang-ayon sa aming desisyon na huwag sakupin ang isang serbisyo o gamot, maaari kayong magsampa ng apela. Pakitingnan ang Kabanata 9 upang malaman kung paano maghain ng apela.
- **Sabihin sa amin kung lilipat kayo.** Kung lilipat kayo, mahalagang sabihin kaagad sa amin ang tungkol dito. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.
 - **Kung lumipat kayo sa labas ng aming lugar ng serbisyo, hindi kayo maaaring manatili sa planong ito.** Ang mga tao lang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ay maaaring kumuha ng CareAdvantage CMC. Sinasabi sa Kabanata 1 ang tungkol sa aming lugar ng serbisyo.
 - Maaari namin kayong tulungan na malaman kung lumipat kayo sa labas ng aming lugar ng serbisyo. Sa panahon ng espesyal na pagpapatala, maaari kayong lumipat sa Original Medicare o magpatala sa isang plano ng pangangalaga sa kalusugan o inireresetang gamot ng Medicare sa inyong bagong lokasyon. Maipapaalam namin sa inyo kung mayroon kaming plano sa inyong bagong lugar.
 - Gayundin, siguraduhin na ipaalam sa Medicare at Medi-Cal ang inyong bagong tirahan kapag lumipat kayo. Tingnan ang Kabanata 2 para sa mga numero ng telepono para sa Medicare at Medi-Cal.
 - **Kung lilipat kayo sa loob ng aming lugar ng serbisyo, kailangan pa rin naming malaman ito.** Kailangan naming mapanatiling napapanahon ang inyong rekord sa pagiging miyembro at alam namin kung paano makipag-ugnayan sa inyo.
- **Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para sa tulong kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin.**

This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.



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

Ano ang nasa kabanatang ito?

Ang kabanatang ito ay may impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Basahin ang kabanatang ito upang malaman kung ano ang gagawin kung:

- Mayroon kayong problema o reklamo tungkol sa inyong plano.
- Kailangan ninyo ng serbisyo, bagay, o gamot na sinabi ng inyong plano na hindi nito babayaran.
- Hindi kayo sumasang-ayon sa isang desisyon ng inyong plano tungkol sa pangangalaga sa inyo.
- Sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong mga sakop na serbisyo.
- May problema o reklamo kayo sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta sa inyo, kung saan kabilang ang mga serbisyo ng Pagpapalano at Pamamahala ng Pangangalaga (Care Planning and Management, CPM), Mga Nakabase sa Komunidad na Serbisyo Sa Nasa Hustong Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS), at Pasilidad ng Pangangalaga (Nursing Facility, NF).

Kung mayroon kayong problema o alalahanin, kinakailangan lang ninyong basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa inyong sitwasyon. Ang kabanatang ito ay hinati sa maraming seksyon upang matulungan kayong madaling mahanap ang nais ninyong makita.

Kung mayroon kayong problema o alalahanin sa inyong kalusugan o mga pangmatagalang serbisyo at suporta

Dapat ninyong matanggap ang pangangalagang pangkalusugan, gamot, at pangmatagalang serbisyo at suporta na pinagpasyahan ng inyong doktor at ibang mga tagapagbigay ng serbisyo na kinakailangan para sa pangangalaga sa inyo bilang bahagi ng inyong plano sa pangangalaga. **Kung nagkakaproblema kayo sa pangangalaga sa inyo, maaari kayong tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077 para sa tulong.** Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang iba't ibang opsyon ninyo para sa iba't ibang problema at reklamo, ngunit matatawagan ninyo anumang oras ang Cal MediConnect Ombuds Program upang tumulong sa paggabay sa inyong problema. Para sa mga karagdagang mapagkukunan ng impormasyon upang matugunan ang inyong mga alalahanin at paraan sa pakikipag-ugnayan sa kanila, tingnan ang Kabanata 2 para sa karagdagang impormasyon sa mga programa ng ombudsman.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Talaan ng Mga Nilalaman

Ano ang nasa kabanatang ito?	165
Kung mayroon kayong problema o alalahanin sa inyong kalusugan o mga pangmatagalang serbisyo at suporta	165
Seksyon 1: Panimula	169
• Seksyon 1.1: Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema	169
• Seksyon 1.2: Paano naman ang mga legal na termino?	169
Seksyon 2: Saan tatawag upang humingi ng tulong	170
• Seksyon 2.1: Saan kukuha ng karagdagang impormasyon at tulong	170
Seksyon 3: Mga problema sa inyong mga benepisyo	172
• Seksyon 3.1: Dapat ba ninyong gamitin ang proseso para sa mga desisyon sa pagkakasakop at apela? O gusto ninyong magreklamo?	172
Seksyon 4: Mga desisyon sa pagkakasakop at apela	173
• Seksyon 4.1: Malawakang pananaw sa mga desisyon sa pagkakasakop at mga apela	173
• Seksyon 4.2: Paghingi ng tulong sa mga desisyon sa pagkakasakop at apela	173
• Seksyon 4.3: Aling seksyon sa kabanatang ito ang makakatulong sa inyo?	174
Seksyon 5: Mga problema tungkol sa mga serbisyo, mga bagay, at mga gamot (hindi kasali ang mga gamot na sakop ng Bahagi D)	177
• Seksyon 5.1: Kailan dapat gamitin ang seksyong ito	177
• Seksyon 5.2: Paghingi ng desisyon sa pagkakasakop	178
• Seksyon 5.3: Antas 1 na Apela para sa mga serbisyo, bagay, at gamot (hindi kasali ang mga gamot na sakop ng Bahagi D)	181
• Seksyon 5.4: Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo, bagay, at gamot (hindi kasali ang mga gamot na sakop ng Bahagi D)	185
• Seksyon 5.5: Mga problema sa pagbabayad	191
Seksyon 6: Mga gamot sa Bahagi D	193



• Seksyon 6.1: Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong mga problema sa pagkuha ng gamot na sakop ng Bahagi D o gusto ninyong ibalik namin ang inyong ibinayad para sa gamot na sakop ng Bahagi D	193
• Seksyon 6.2: Ano ang isang pagbubukod?	195
• Seksyon 6.3: Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod.....	196
• Seksyon 6.4: Paano humiling ng desisyon sa pagkakasakop hinggil sa gamot na sakop ng Bahagi D o pagbalik ng bayad para sa gamot na sakop ng Bahagi D, kabilang ang pagbubukod.....	197
• Seksyon 6.5: Antas 1 na Apela para sa mga gamot na sakop ng Bahagi D.....	200
• Seksyon 6.6: Antas 2 na Apela para sa mga gamot na sakop ng Bahagi D.....	203
Seksyon 7: Paghiling sa aming sakupin ang mas matagal na pamamalagi sa ospital	205
• Seksyon 7.1: Pag-alam ng inyong mga karapatan sa Medicare.....	205
• Seksyon 7.2: Antas 1 na Apela upang baguhin ang inyong petsa ng paglabas sa ospital	206
• Seksyon 7.3: Antas 2 na Apela upang baguhin ang inyong petsa ng paglabas sa ospital	209
• Seksyon 7.4: Ano ang mangyayari kung napalampas ko ang deadline ng pag-apela?	210
Seksyon 8: Ano ang dapat gawin kung sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga ng sanay na tagapag-alaga, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF)	212
• Seksyon 8.1: Sasabihin namin sa inyo nang mas maaga kapag matatapos na ang inyong pagkakasakop	212
• Seksyon 8.2: Paghain ng Antas 1 na Apela upang maipagpatuloy ang inyong pangangalaga	213
• Seksyon 8.3: Paghain ng Antas 2 na Apela upang maipagpatuloy ang inyong pangangalaga	215
• Seksyon 8.4: Paano kung napalampas ninyo ang deadline para sa paggawa ng inyong Antas 1 na Apela.....	217



Seksyon 9: Pagdadala ng inyong apela sa antas na mas mataas sa Antas 2	219
• Seksyon 9.1: Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at bagay ng Medicare	219
• Seksyon 9.2: Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at bagay ng Medi-Cal	219
Seksyon 10: Paano maghain ng reklamo	221
• Seksyon 10.1: Mga panloob na reklamo.....	223
• Seksyon 10.2: Mga panlabas na reklamo.....	224



Seksyon 1: Panimula

• Seksyon 1.1: Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema

Isinasaad sa inyo sa kabanatang ito kung ano ang dapat gawin kung may problema kayo sa inyong plano o sa inyong mga serbisyo o pagbabayad. Inaprubahan ng Medicare at Medi-Cal ang mga prosesong ito. Ang bawat proseso ay may mga alituntunin, pamamaraan, at huling araw ng pagpasa na dapat namin at inyong sundin.

• Seksyon 1.2: Paano naman ang mga legal na termino?

Mayroong mahihirap maintindihan na legal na termino para sa ilan sa mga panuntunan at takdang oras sa kabanatang ito. Marami sa mga katawagang ito ay mahirap maintindihan, kaya kami ay gumamit ng mas simpleng salita bilang kapalit sa ilang mga tiyak na legal na termino. Hangga't maaari iniwasan namin ang paggamit ng mga daglat.

Halimbawa, maaari naming sabihin ang:

- “Pagrereklamo” sa halip na “pagsasampa ng karaingan.”
- “Pagdedesisyon sa pagkakasakop” sa halip na “pagpapasya ng organisasyon,” “pagtukoy ng benepisyo,” “pagtukoy sa panganib,” o “pagpapasya sa pagkakasakop”
- “Mabilisang desisyon sa pagkakasakop” sa halip na “pinabilis na pagpapasya”

Ang kaalaman sa mga tamang legal na termino ay makakatulong sa inyong makipag-usap nang mas malinaw, kaya ipinagkakaloob din namin ang mga ito.



Seksyon 2: Saan tatawag upang humingi ng tulong

• Seksyon 2.1: Saan kukuha ng karagdagang impormasyon at tulong

Maaaring maging nakalilito minsan na simulan o sundan ang proseso ng pagharap sa isang problema. Mas lalong nagiging totoo ito kung hindi mabuti ang pakiramdam ninyo o limitado ang inyong lakas. Sa ibang pagkakataon, maaaring wala kayong sapat na kaalamang kailangan ninyo upang magawa ang susunod na hakbang.

Maaari kayong humingi ng tulong sa Cal MediConnect Ombuds Program

Kung kailangan ninyo ng tulong, matatawagan ninyo ang Cal MediConnect Ombuds Program anumang oras. Masasagot ng Cal MediConnect Ombuds Program, isang programa ng ombudsman, ang inyong mga tanong at matutulungan nila kayong maunawaan ang dapat gawin upang mapangasiwaan ang inyong problema. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay walang kaugnayan sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Maaari silang makatulong sa inyo upang maunawaan kung aling proseso ang gagamitin. Ang numero ng telepono ng Cal MediConnect Ombuds Program ay 1-855-501-3077. Libre ang mga serbisyo. Tingnan ang Kabanata 2 para sa karagdagang impormasyon sa mga programa ng ombudsman.

Maaari kayong humingi ng tulong sa Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program; HICAP)

Maaari din kayong tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong at matutulungan nila kayong maunawaan ang dapat gawin upang mapangasiwaan ang inyong problema. Walang kaugnayan ang HICAP sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang HICAP ay may mga sinanay na tagapayo sa bawat county, at libre ang mga serbisyo ng mga ito. Ang numero ng telepono ng HICAP ay **1-800-434-0222**.

Paghingi ng tulong mula sa Medicare

Maaari ninyong tawagan nang direkta ang Medicare para sa tulong sa mga problema. Narito ang dalawang paraan upang humingi ng tulong mula sa Medicare:

- Tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. TTY: **1-877-486-2048**. Libre ang tawag.
- Bumisita sa website ng Medicare sa <http://www.medicare.gov>.

Maaari kayong humingi ng tulong mula sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Kalusugan ng California

Sa talatang ito, ang terminong "karaingan" ay nangangahulugang isang apela o reklamo hinggil sa mga serbisyo ng Medi-Cal, inyong planong pangkalusugan, o isa sa inyong tagabigay ng serbisyo.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Ang Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Kalusugan ng California ang responsable sa pangangasiwa ng mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung may karaingan kayo laban sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna ninyong tawagan ang inyong planong pangkalusugan sa **1-866-880-0606** at gamitin ang proseso sa karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa kagawaran. Ang paggamit dito sa pamamaraan ng karaingan ay hindi nagbabawal sa anumang mga potensyal na legal na karapatan o remedyo na maaari ninyong magamit. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan na may kinalaman sa emerhensiya, sa isang karaingan na hindi pa lubusang nalulutas ng inyong planong pangkalusugan, o sa isang karaingan na nanatiling hindi pa nalulutas nang higit 30 araw, maaari ninyong tawagan ang kagawaran upang humingi ng tulong. Maaari din kayong maging kwalipikado para sa isang Independiyenteng Pagrerepasong Medikal (Independent Medical Review o IMR). Kung kwalipikado kayo para sa IMR, bibigyan kayo ng proseso ng IMR ng walang kinikilingang pagrerepaso sa mga medikal na pagpapasyang ginawa ng planong pangkalusugan na nauugnay sa medikal na pangangailangan ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga pagpapasya sa pagkakasakop para sa mga paggamot na sinusubukan o sinisiyasat pa lang at mga pagtatalo sa pagbabayad para sa mga pang-emergency o agarang serbisyong medikal. Mayroon ding toll-free na numero ng telepono ang kagawaran (**1-888-HMO-2219**) at linya ng TTY (**1-877-688-9891**) para sa may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. May mga form sa pagrereklamo, form sa aplikasyon ng IMR, at tagubilin online sa Internet Web site ng kagawaran na <http://www.hmohelp.ca.gov>.

Pagkuha ng tulong mula sa Samahan para sa Pagpapaunlad ng Kalidad (Quality Improvement Organization o QIO)

Ang aming estado ay mayroong organisasyon na tinatawag na Livanta. Ito ay grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na tumutulong sa pagpapahusay ng kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Ang Livanta ay hindi konektado sa aming plano.

- Maaari ninyong tawagan ang Livanta para sa mga tanong tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan. Maaari kayong magreklamo tungkol sa pangangalagang natanggap ninyo kung: May problema kayo sa kalidad ng pangangalaga
- Sa tingin ninyo ang inyong pananatili sa ospital ay lubhang maagang matatapos
- Sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sinanay na tagapangalaga, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF).

Maaari kayong tumawag sa Livanta sa **1-877-588-1123** o bumisita sa website (www.livanta.com).



Seksyon 3: Mga problema sa inyong mga benepisyo

- **Seksyon 3.1: Dapat ba ninyong gamitin ang proseso para sa mga desisyon sa pagkakasakop at apela? O gusto ninyong magreklamo?**

Kung mayroon kayong problema o alalahanin, kinakailangan lang ninyong basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa inyong sitwasyon. Ang talaan sa ibaba ay makakatulong sa inyong makahanap ng wastong seksyon sa kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Ang inyo bang problema o alalahanin ay tungkol sa inyong mga benepisyo o pagkakasakop?

(Kabilang dito ang mga problema kung sakop ba o hindi ang partikular na pangangalagang medikal, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, o mga inireresetang gamot, ang paraan ng pagsakop sa mga ito, at ang mga problemang nauugnay sa pagbabayad para sa medikal na pangangalaga o mga inireresetang gamot.)

Oo.

Tungkol sa mga benepisyo
o pagsakop ang problema ko.

Pumunta sa **Seksyon 4: “Mga desisyon sa pagkakasakop at apela”** sa pahina 173.

Hindi.

Hindi tungkol sa mga benepisyo
o pagsakop ang problema ko.

Lumaktaw sa **Seksyon 10: “Paano maghain ng reklamo”** sa pahina 221.



Seksyon 4: Mga desisyon sa pagkakasakop at apela

• Seksyon 4.1: Malawakang pananaw sa mga desisyon sa pagkakasakop at mga apela

Ang proseso ng paghihingi ng desisyon sa pagkakasakop at pag-apela ay hinaharap ang tungkol sa mga problema na kaugnay sa inyong mga benepisyo. Kasama rin dito ang mga problema sa pagbabayad. Kayo ay hindi responsable para sa mga gastos sa Medicare maliban sa mga co-pay (kabahagi sa binabayaran) ng Bahagi D.

Ano ang pagpapasya sa pagkakasakop?

Ang isang desisyon sa pagkakasakop ay isang paunang desisyong isinasagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at pagsakop o tungkol sa halagang babayaran namin para sa inyong mga medikal na serbisyo, bagay, o gamot. Gumagawa kami ng pagpapasya sa pagkakasakop sa tuwing nagpapasya kami kung ano ang sasakupin para sa inyo at kung magkano ang babayaran namin.

Kung kayo o ang inyong doktor ay hindi sigurado sa pagsakop ng Medicare o Medi-Cal sa isang serbisyo, item, o gamot, maaari kayong humiling ng desisyon sa pagkakasakop bago ibigay ng doktor ang serbisyo, item, o gamot.

Ano ang apela?

Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa aming repasuhin ang aming desisyon at baguhin ito kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami. Halimbawa, maaari kaming magpasyang hindi sasakupin o hindi na sasakupin ng Medicare o Medi-Cal ang isang serbisyo, bagay, o gamot na hinihiling ninyo. Kung kayo o ang inyong doktor ay hindi sang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong mag-apela.

• Seksyon 4.2: Paghingi ng tulong sa mga desisyon sa pagkakasakop at apela

Sino ang maaari kong tawagan para humingi ng tulong hinggil sa mga desisyon sa pagkakasakop at paghain ng apela?

Maaari kayong humingi ng tulong sa sinuman sa mga taong ito:

- Tumawag sa **CareAdvantage** sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
- Tumawag sa **Cal MediConnect Ombuds Program** para sa libreng tulong. Tumutulong ang Cal MediConnect sa mga taong naka-enroll sa Cal MediConnect Ombuds Program na may problema sa serbisyo o bayarin. Ang numero ng telepono ay **1-855-501-3077**.
- Tumawag sa **Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP)** para sa libreng tulong. Isang hiwalay na organisasyon ang HICAP. Hindi ito konektado sa planong ito. Ang numero ng telepono ay **1-800-434-0222**.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Tumawag sa **Help Center sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan (DMHC)** para sa libreng tulong. Ang DMHC ay responsable sa pangangasiwa ng mga planong pangkalusugan. Ang DMHC ay tumutulong sa mga taong nakatala sa Cal MediConnect sa apela sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa singilin. Ang numero ng telepono ay **1-888-466-2219**. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na hindi makarinig, hirap makarinig, o may problema sa pagsasalita ang toll-free na numero ng TTY na **1-877-688-9891**.
- Kausapin ang **inyong doktor o ibang tagapagbigay ng serbisyo**. Ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ay maaaring humiling ng pagpapasya sa pagkakasakop o apela sa ngalan ninyo.
- Kausapin ang isang **kaibigan o kapamilya** at hilingin sa kanyang kumilos para sa inyo. Maaari kayong magtalaga ng ibang tao upang kumilos para sa inyo bilang inyong “kinatawan” na hihiling ng pagpapasya sa pagkakasakop o aapela.
 - Kung nais ninyo ang isang kaibigan, kamag-anak, o ibang tao na maging kinatawan ninyo, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage at humingi ng form para sa “Pagtatalaga ng Kinatawan (Appointment of Representative)”. Maaari din kayong makakuha ng form sa pamamagitan ng pagbisita sa <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> <https://www.hpsm.org/member/your-representation>. Binibigyan ng form na ito ng pahintulot ang tao upang kumilos para sa inyo. Dapat ninyo kaming bigyan ng kopya ng nilagdaang form.
- **May karapatan din kayong kumuha ng abogado** kumilos para sa inyo. Maaari kayong tumawag sa sarili ninyong abugado, o kunin ang pangalan ng isang abugado mula sa lokal na asosasyon ng mga abugado o ibang serbisyo ng referral. Mayroon ding mga legal na grupong magbibigay sa inyo ng mga libreng legal na serbisyo kung kwalipikado kayo. Kung nais ninyong may abogado na kumatawan sa inyo, kailangan ninyong punan ang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan. Maaari kayong kumuha ng legal aid attorney mula sa Health Consumer Alliance sa **1-888-804-3536**.
 - Gayunpaman, **hindi ninyo kailangang magkaroon ng abogado** upang humiling ng anumang uri ng desisyon sa pagkakasakop o upang umapela.

Seksyon 4.3: Aling seksyon sa kabanatang ito ang makakatulong sa inyo?

May apat na iba't ibang uri ng sitwasyon na may kinalaman sa mga pagpapasya sa pagkakasakop at apela. May iba't ibang panuntunan at deadline ang bawat sitwasyon. Hinati namin ang kabanatang ito sa iba't ibang seksyon upang tulungan kayong mahanap ang mga panuntunang kailangan ninyong sundin. **Kailangan lang ninyong basahin ang seksyong naaangkop sa inyong problema:**

- **Binibigyan kayo sa Seksyon 5 sa pahina 177** ng impormasyon kung may mga problema kayo tungkol sa mga serbisyo, item, at gamot (ngunit **hindi** kasama ang mga gamot sa Bahagi D). Halimbawa, gamitin ang seksyong ito kung:
 - Hindi ninyo nakukuha ang medikal na pangangalagang gusto ninyo, at naniniwala kayong sinasakop ng plano ang pangangalagang ito.

- Hindi namin inaprubahan ang mga serbisyo, bagay, o gamot na gustong ibigay sa inyo ng inyong doktor, at naniniwala kayong dapat sakupin ang pangangalagang ito.
 - **TANDAAN:** Gamitin lang ang Seksyon 5 kung ito ang mga gamot na **hindi** sakop ng Bahagi D. Hindi sakop ng Bahagi D ang mga gamot na may (*) sa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* na kilala rin bilang Listahan ng Gamot. Tingnan ang Seksyon 6 sa pahina 193 para sa mga apela sa gamot sa Bahagi D.
- Tumanggap kayo ng mga medikal na pangangalaga o serbisyong sa palagay ninyo ay dapat masakop, ngunit hindi kami nagbabayad para sa pangangalagang ito.
- Gusto ninyong hilingin sa aming ibalik ang natanggap at nabayaran na ninyo para sa mga medikal na serbisyo o bagay na sa palagay ninyo ay sakop.
- Ipinagbigay-alam sa inyong babawasan o ihihinto ang pagkakasakop sa pangangalagang natanggap ninyo, at hindi kayo sumasang-ayon sa aming pasya.
 - **TANDAAN:** Kung ang pagkakasakop na ititigil ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad na may sanay na tagapag-alaga, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF), kailangan ninyong basahin ang nakahiwalay na seksyon ng kabanatang ito dahil may espesyal na panuntunan sa mga ganitong uri ng pangangalaga. Tingnan ang Seksyon 7 at 8 sa pahina 205 at 212.
- **Binibigyan kayo ng impormasyon sa Seksyon 6 sa pahina 193** tungkol sa mga gamot sa Bahagi D. Halimbawa, gamitin ang seksyong ito kung:
 - Gusto ninyong hilingin sa aming magsagawa ng pagbubukod upang masakop ang isang gamot sa Bahagi D na wala sa aming Listahan ng Gamot.
 - Gusto ninyong hilingin sa aming alisin ang mga limitasyon sa dami ng gamot na makukuha ninyo.
 - Gusto ninyong hilingin sa amin na sakupin ang isang gamot na nangangailangan ng paunang pag-apruba.
 - Hindi namin inaprubahan ang inyong kahilingan o pagbubukod, at sa palagay ninyo o ng inyong doktor o ibang tagapagreseta ay dapat namin itong aprubahan.
 - Gusto ninyong hilingin sa amin na bayaran ang iniresetang gamot na nabili na ninyo. (Ito ay paghiling ng desisyon sa pagkakasakop tungkol sa pagbabayad.)
- **Binibigyan kayo ng impormasyon sa Seksyon sa 7 sa pahina 205** kung paano humiling sa aming sakupin ang mas matagal na pamamalagi sa ospital ng inpatient kung sa palagay ninyo ay masyadong maaga ang pagpapalabas sa inyo ng doktor mula sa ospital. Gamitin ang seksyong ito kung:

- Namamalagi kayo sa ospital at sa palagay ninyo ay masyadong maaga ang pagpapauwi sa inyo ng doktor.
- **Binibigyan kayo ng impormasyon sa Seksyon 8 sa pahina 212** kung sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad na may sanay na tagapag-alaga, at mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF).

Kung hindi kayo sigurado sa seksyong dapat ninyong gamitin, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m..

Kung kailangan ninyo ng iba pang tulong o impormasyon, pakitawagan ang Cal MediConnect Ombuds Program sa **1-855-501-3077**.



Seksyon 5: Mga problema tungkol sa mga serbisyo, mga bagay, at mga gamot (hindi kasali ang mga gamot na sakop ng Bahagi D)

• Seksyon 5.1: Kailan dapat gamitin ang seksyong ito

Ang seksyon na ito ay tungkol sa kung ano ang gagawin ninyo kung mayroon kayong problema sa inyong mga benepisyo para sa inyong medikal na serbisyo, serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS). Maaari niyo ring gamitin ang seksyong ito para sa mga problema sa mga gamot na **hindi** sakop ng Bahagi D. **Hindi** sakop ng Bahagi D ang mga gamot na may (*) sa Listahan ng Gamot. Gamitin ang Seksyon 6 para sa Mga Apela sa gamot sa Bahagi D.

Nakasaad sa seksyong ito ang maaari ninyong gawin kung kayo ay nasa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa palagay ninyo ay sinasakop namin ang mga medikal, pangkalusugan ng pag-uugali, o pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports, LTSS) ngunit hindi ninyo natatanggap.

Ano ang magagawa ninyo: Maaari ninyong hilingin sa amin na magsagawa ng desisyon sa pagkakasakop. Pumunta sa Seksyon 5.2 sa pahina 178 para sa impormasyon sa paghiling ng desisyon sa pagsakop.

2. Hindi namin inaprubahan ang pangangalagang gustong ibigay sa inyo ng doktor ninyo, at sa palagay ninyo ay dapat naming sakupin ito.

Ano ang magagawa ninyo: Maaari kayong umapela sa aming desisyong hindi aprubahan ang pangangalaga. Pumunta sa Seksyon 5.3 sa pahina 181 para sa impormasyon sa paghahain ng apela.

3. Kumuha kayo ng mga serbisyo o bagay na sa palagay ninyo ay sinasakop namin, ngunit hindi namin babayaran.

Ano ang magagawa ninyo: Maaari kayong umapela sa aming desisyong huwag magbayad. Pumunta sa Seksyon 5.3 sa pahina 181 para sa impormasyon sa paghahain ng apela.

4. Kumuha at nagbayad kayo para sa mga serbisyo o bagay na sa palagay ninyo ay sakop, at gusto ninyong ibalik namin ang ibinayad ninyo para sa mga serbisyo o bagay.

Ano ang maaari ninyong gawin: Maaari ninyong hilingin sa aming ibalik ang ibinayad ninyo. Pumunta sa Seksyon 5.5 sa pahina 191 para sa impormasyon tungkol sa paghiling sa aming bayaran ang nagastos ninyo.

5. Binawasan o itinigil namin ang inyong pagkakasakop para sa isang partikular na serbisyo, at hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon.

Ano ang magagawa ninyo: Maaari kayong umapela sa aming desisyong bawasan o ihinto ang serbisyo. Pumunta sa Seksyon 5.3 sa pahina 181 para sa impormasyon sa paghahain ng apela.

TANDAAN: Kung ang pagkakasakop na ihihinto ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na tagapag-alaga, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF), may mga nalalapat na espesyal na panuntunan. Basahin ang Seksyon 7 o 8 sa pahina 205 at 212 upang magkaroon ng higit pang impormasyon.

• Seksyon 5.2: Paghingi ng desisyon sa pagkakasakop

Paano humiling ng pagpapasya sa pagkakasakop upang makakuha ng medikal na serbisyo, serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, o ilang partikular na pangmatagalang serbisyo at suporta (mga serbisyo ng CPM, CBAS, o NF)

Upang humiling ng desisyon sa pagkakasakop, maaari kayong tumawag, sumulat, o mag-fax sa amin, o humiling sa inyong kinatawan o doktor para humiling ng desisyon sa amin.

- Maaari ninyo kaming tawagan sa: **1-866-880-0606** TTY: **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**.
- Maaari kayong mag-fax sa amin sa: 1-650-616-2190
- Maaari kayong sumulat sa amin sa:

CareAdvantage Unit

Health Plan of San San Mateo

801 Gateway Blvd., Suite 100

South San Francisco, CA 94080

Gaano katagal para makakuha ng pagbubukod sa pagkakasakop?

Pagkatapos ninyong humiling at kung nakuha na namin ang lahat ng impormasyong kailangan namin, karaniwang inaabot ng 5 araw ng negosyo bago kami makagawa ng desisyon maliban na lang kung para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare ang hinihiling ninyo. Kung para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare ang kahilingan ninyo, magbibigay kami sa inyo ng aming desisyon bago lumipas ang 72 oras mula nang matanggap namin ang kahilingan ninyo. Kung hindi namin kayo mabibigyan ng aming desisyon sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo (o 72 oras para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare), maaari kayong umapela.

Minsan kailangan namin ng higit pang panahon, at padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapabatid sa inyong kailangan namin ng hanggang 14 pang araw sa kalendaryo. Ipapaliwanag sa sulat kung bakit kinakailangan nang higit pang panahon. Hindi namin dapat patagalin pa ang pagbibigay sa inyo ng desisyon kung para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare ang hinihiling ninyo.

Maaari ba akong makakuha ng desisyon ng pagkakasakop nang mas mabilis?

Oo. Kung kailangan ninyo ng mas mabilis na pagtugon dahil sa inyong kalusugan, hilingin sa aming magsagawa ng “mabilisang desisyon sa pagkakasakop.” Kung maaaprubahan namin ang kahilingan, aabisuhan namin kayo sa aming desisyon sa loob ng 72 oras (o sa loob ng 24 na oras para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare).

Gayunpaman, kailangan namin minsan ng higit pang panahon, at padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapatid sa inyong kailangan namin ng hanggang 14 pang araw sa kalendaryo. Ipapaliwanag sa sulat kung bakit kinakailangan nang higit pang panahon. Hindi namin dapat patagalin pa ang pagbibigay sa inyo ng desisyon kung para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare ang hinihiling ninyo.

Ang legal na termino para sa “mabilisang desisyon sa pagkakasakop” ay “pinabilis na pagpapasya sa pagkakasakop.”

Paghiling ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop:

- Simulan sa pamamagitan ng pagtawag o pag-fax upang hilingin sa aming saklawin ang pangangalagang gusto ninyo.
- Tawagan kami sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. o mag-fax sa amin sa **1-650-616-2190**.
- Alamin ang iba pang detalye kung paano makikipag-ugnayan sa amin sa Kabanata 2.

Maaari din ninyong hilingin sa inyong tagapagbigay ng serbisyo o kinatawan na humiling ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop para sa inyo.

Narito ang mga panuntunan pasa sa paghiling ng mabilisang desisyon sa pagkakasakop:

Kailangan ninyong matugunan ang dalawang kinakailangan upang makakuha ng mabilis na pagpapasya sa pagkakasakop:

1. Makakakuha kang kayo ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop **kung humihiling kayo ng pagkakasakop para sa pangangalaga o isang bagay na hindi pa ninyo natatanggap.** (Hindi kayo makakakuha ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop kung ang inyong kahilingan ay tungkol sa pagbabayad ng pangangalaga o bagay na nakuha niyo na.)
2. Makakakuha lang kayo ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop **kung ang paghihintay sa loob ng karaniwang 14 na araw sa kalendaryo (o 72 oras na deadline para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare) ay maaaring magresulta sa matinding pinsala sa inyong kalusugan o maaaring makasama sa kakayahan ninyong kumilos.**

- Kung sinabi ng inyong doktor na kailangan ninyo ng mabilisang desisyon sa pagkakasakop, awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilisang desisyon sa pagkakasakop.
- Kung humiling kayo ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop nang walang suporta ng inyong doktor, kami ang magpapasya kung bibigyan kayo ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop.
 - Kung magdesisyon kami na hindi natugunan ng inyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa mabilis na desisyon sa pagkakasakop, magpapadala kami ng sulat sa inyo. Gagamitin na lang din namin ang karaniwang 14 na araw ng kalendaryong deadline (o 72 oras na deadline para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare).
 - Sasabihin sa inyo ng sulat na ito na kung ang doktor ninyo ay humiling ng mabilis na desisyon, awtomatiko kaming magbibigay ng mabilis na desisyon.
 - Isasaad din sa inyo sa sulat kung paano kayo makapaghahain ng “mabilis na reklamo” tungkol sa aming desisyong bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa pagkakasakop sa halip na mabilis na desisyon sa pagkakasakop. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa proseso ng paghahain ng mga reklamo, kabilang ang mga mabilis na reklamo, tingnan ang Seksyon 10 sa pahina 221.

Kung Oo ang desisyon sa pagkakasakop, kailan ko makukuha ang serbisyo o bagay?

Maliban kung para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare ang hinihiling ninyo, maaaprubahan (nauna nang pinahintulutan) kayong makuha ang serbisyo o item sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo (para sa karaniwang desisyon sa pagkakasakop) o sa loob ng 72 oras (para sa mabilis na desisyon sa pagkakasakop) pagkatapos ninyong humiling.

- Kung para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare ang hinihiling ninyo, maaaprubahan (nauna nang pinahintulutan) kayong makuha ang gamot sa loob ng 72 oras (para sa karaniwang desisyon sa pagkakasakop) o sa loob ng 24 na oras (para sa mabilis na desisyon sa pagkakasakop).
- Kung pinahaba namin ang panahong kailangan upang gumawa ng pagpapasya sa pagkakasakop, aaprubahan namin ang pagkakasakop sa katapusan ng nasabing pinahabang panahon. Hindi namin dapat na patagalin pa ang aming desisyon sa pagkakasakop para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare.

Kung Hindi ang desisyon sa pagkakasakop, paano ko ito malalaman?

Kung **Hindi** ang sagot, padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapabatid sa inyo ng aming mga dahilan sa pagtugon ng **Hindi**.

- Kung tutugon kami ng **Hindi**, may karapatan kayong hilingin sa aming baguhin ang desisyong ito sa pamamagitan ng pag-apela. Ang paghahain ng apela ay nangangahulugang paghiling sa aming repasuhin ang aming desisyon sa pagtanggap ng pagkakasakop.
- Kung magpapasya kayong umapela, nangangahulugan itong dadaan kayo sa Antas 1 na proseso ng mga apela (basahin ang sumusunod na seksyon para sa higit pang impormasyon).



• **Seksyon 5.3: Antas 1 na Apela para sa mga serbisyo, bagay, at gamot (hindi kasali ang mga gamot na sakop ng Bahagi D)**

Ano ang Apela?

Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa aming repasuhin ang aming desisyon at baguhin ito kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami. Kung kayo o ang inyong doktor o iba pang tagabigay ng serbisyo ay hindi sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong umapela.

Kadalasan, dapat muna kayong umapela sa Antas 1. Kung ayaw ninyong umapela muna sa plano para sa serbisyo ng Medi-Cal, kung nangangailangan ng agarang pangangalaga o may mabilisan at matinding banta sa inyo ang problema ninyo sa kalusugan, o kung nakakaranas kayo ng matinding pangingirot at nangangailangan ng agarang desisyon, maaari kayong humiling ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal mula sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan sa www.hmohelp.ca.gov. Pumunta sa pahina 224 para sa higit pang impormasyon. Kung kailangan ninyo ng tulong sa panahon ng pagproseso ng mga apela, maaari kayong tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa **1-855-501-3077**. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay walang kaugnayan sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o mga planong pangkalusugan.

Ano ang Antas 1 na Apela?

Ang Antas 1 na Apela ay ang pinakaunang apela sa aming plano. Aming irerepaso ang aming desisyon sa pagkakasakop upang tingnan kung tama ba ito. Ang tagapagrepaso ay isang taong hindi gumawa ng orihinal na desisyon sa pagkakasakop. Kapag nakumpleto na namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon sa pamamagitan ng sulat.

Kung pagkatapos ng aming pagrerepaso ay sinabi namin sa inyo na ang serbisyo o bagay ay hindi sakop, ang inyong kaso ay maaaring isumite sa Antas 2 na Apela.

Sa isang sulyap: Paano magsagawa ng Antas 1 na Apela

Maaaring isulat ng sinuman sa inyo, inyong doktor, o inyong kinatawan ang kahilingan ninyo at ipadala o i-fax ito sa amin. Maaari din kayong humiling ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin.

- Humiling sa **loob ng 60 araw sa kalendaryo** mula nang matanggap ang desisyong iaapela ninyo. Kung nalampasan ninyo ang deadline nang may makatuwirang dahilan, maaari pa rin kayong umapela (tingnan ang pahina 181).
- Kung aapela kayo dahil sinabi namin sa inyong babaguhin o ihihinto ang isang serbisyong natatanggap ninyo sa kasalukuyan, **mas kaunti ang ibinibigay na araw sa inyo upang umapela** kung gusto ninyong patuloy na matanggap ang serbisyong iyon habang pinoproseso ang apela ninyo (tingnan ang pahina 185).
- Magpatuloy sa pagbabasa ng seksyong ito upang malaman kung anong deadline ang nalalapat sa inyong apela.

Paano maghain ng Antas 1 na Apela?

- Upang simulan ang inyong apela, dapat makipag-ugnayan sa amin ang sinuman sa inyo, inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo, o inyong kinatawan. Maaari kayong tumawag sa amin sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Para sa karagdagang detalye kung paano makikipag-ugnayan sa amin para sa mga apela, tingnan ang Kabanata 2.
- Maaari kayong humiling sa amin ng “karaniwang apela” o “mabilisang apela.”
- Kung kayo ay humihiling ng karaniwang apela o mabilisang apela, maghain ng inyong apela sa pamamagitan ng pagsulat o pagtawag sa amin.
 - Maaari kayong magsumite ng nakasulat na kahilingan sa sumusunod na address:

Grievance and Appeals

Health Plan of San Mateo 801 Gateway Blvd., Suite 100

South San Francisco, CA 94080
 - Maaari ninyong isumite ang inyong kahilingan online sa: <https://grievance.hpsm.org/>
 - Maaari din kayong humiling ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa **1-888-576-7227**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
- Magpapadala kami ng sulat sa inyo sa loob ng 5 araw sa kalendaryo mula sa pagtanggap ng inyong apela upang ipagbigay-alam sa inyong natanggap namin ito.

Ang legal na termino para sa “mabilis na apela” ay “**pinabilis na muling pagsasaalang-alang.**”

Maaari bang ibang tao ang umapela para sa akin?

Oo. Maaaring umapela para sa inyo ang inyong doktor o ibang tagapagbigay ng serbisyo. Gayundin, ang isang tao bukod sa inyong doktor o ibang mga tagapagbigay ng serbisyo ay maaaring maghain ng apela para sa inyo, ngunit kailangan muna ninyong kumpletuhin ang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan. Binibigyan ng pahintulot sa pamamagitan ng form ang ibang tao na kumilos para sa inyo.

Upang makakuha ng form sa Pagtatalaga ng Kinatawan, tumawag sa Yunit ng CareAdvantage at humingi nito, o bumisita sa <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o sa aming website sa <https://www.hpsm.org/member/your-representation>.

Kung magmumula ang pag-apela mula sa ibang tao o sa inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo, dapat naming makuha ang nakumpletong form ng Pagtatalaga ng Kinatawan bago namin masuri ang apela.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Gaano karaming oras ang mayroon ako upang maghain ng apela?

Dapat kayong humiling ng apela **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** mula sa petsa sa sulat na ipinadala namin upang ipabatid sa inyo ang aming desisyon.

Kung malalampasan ninyo ang deadline na ito at may makatuwirang dahilan sa pagkakalampas dito, maaari namin kayong bigyan ng higit pang panahon upang maghain ng inyong apela. Ang mga halimbawa ng magandang dahilan ay: nagkaroon kayo ng malubhang sakit, o nagbigay kami sa inyo ng maling impormasyon tungkol sa huling araw ng paghiling ng apela.

TANDAAN: Kung aapela kayo dahil sinabi namin sa inyong babaguhin o ihihinto ang isang serbisyong natatanggap ninyo sa kasalukuyan, **mas kaunti ang ibinibigay na araw sa inyo upang umapela** kung gusto ninyong patuloy na matanggap ang serbisyong iyon habang pinoproseso ang apela ninyo. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng mga Antas 1 na apela” sa pahina 184 para sa karagdagang impormasyon.

Makakakuha ba ako ng kopya ng mga dokumento ng aking kaso?

Oo. Humingi sa amin ng kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa Yunit ng Karaingan at Mga Apela sa **1-888-576-7227**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

Maaari bang magbigay sa inyo ang aking doktor ng higit pang impormasyon tungkol sa aking apela?

Oo, kayo at ang inyong doktor ay maaaring magbigay sa amin ng higit pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Paano namin gagawin ang desisyon sa apela?

Tinitingnan namin nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan para sa pagkakasakop ng medikal na pangangalaga. Pagkatapos, sinusuri namin upang malaman kung nasunod namin ang lahat ng panuntunan nang tumugon kami ng **Hindi** sa inyong kahilingan. Ang magiging tagapagrepaso ay isang taong iba sa gumawa ng orihinal na desisyon.

Kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon, maaari kaming humingi sa inyo o sa inyong doktor.

Kailan ko malalaman ang desisyon sa “karaniwang” apela?

Dapat kaming sumagot sa inyo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo pagkatanggap namin ng inyong apela (o sa loob ng 7 araw ng kalendaryo pagkatanggap namin ng inyong apela para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare). Ibibigay namin sa inyo ang aming pasya nang mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan.

- Kung hindi kami magbibigay sa inyo ng sagot sa apela ninyo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo (o sa loob ng 7 araw ng kalendaryo pagkatanggap namin ng inyong apela para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare), awtomatiko naming dadalhin ang inyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng mga apela kung tungkol sa pagkakasakop ng serbisyo o item ng Medicare ang problema ninyo. Aabisuhan kayo kung mangyayari ito.



- Kung tungkol sa pagkakasakop ng serbisyo o bagay ng Medi-Cal ang problema ninyo, kakailanganing kayo mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na Apela, pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 185.

Kung Oo ang sagot namin sa bahagi o sa kabuuan ng hinihiling ninyo, dapat naming aprubahan o ibigay ang pagkakasakop sa loob ng 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong apela (o sa loob ng 7 araw ng kalendaryo mula nang matanggap namin ang inyong apela para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare).

Kung Hindi ang sagot namin sa bahagi o kabuuan ng hinihiling ninyo, magpapadala kami sa inyo ng sulat. Kung tungkol sa pagkakasakop ng serbisyo o bagay ng Medicare ang inyong problema, isasaad sa inyo sa sulat na ipinadala namin ang inyong kaso sa Entity sa Independiyenteng Pagrerepaso para sa isang Antas 2 na Apela. Kung tungkol sa pagkakasakop ng serbisyo o bagay ng Medi-Cal ang problema ninyo, isasaad sa inyo sa sulat kung paano kayo maghahain ng Antas 2 na Apela. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na Apela, pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 185.

Kailan ko malalaman ang tungkol sa isang “mabilisang” desisyon sa apela?

Kung hihiling kayo ng mabilisang apela, ibibigay namin sa inyo ang sagot dito sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang inyong apela. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan.

- Kung hindi kami magbibigay sa inyo ng sagot sa apela ninyo sa loob ng 72 oras, awtomatiko naming dadalhin ang inyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng mga apela kung tungkol sa pagkakasakop ng serbisyo o item ng Medicare ang problema ninyo. Aabisuhan kayo kung mangyayari ito.
- Kung tungkol sa pagkakasakop ng serbisyo o bagay ng Medi-Cal ang problema ninyo, kakailanganing kayo mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na Apela, pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 185.

Kung Oo ang sagot namin sa bahagi o sa kabuuan ng hinihiling ninyo, dapat naming aprubahan o ibigay ang pagkakasakop sa loob ng 72 oras mula nang matanggap namin ang apela ninyo.

Kung Hindi ang sagot namin sa bahagi o kabuuan ng hinihiling ninyo, magpapadala kami sa inyo ng sulat. Kung tungkol sa pagkakasakop ng serbisyo o bagay ng Medicare ang inyong problema, isasaad sa inyo sa sulat na ipinadala namin ang inyong kaso sa Entity sa Independiyenteng Pagrerepaso para sa isang Antas 2 na Apela. Kung tungkol sa pagkakasakop ng serbisyo o bagay ng Medi-Cal ang problema ninyo, isasaad sa inyo sa sulat kung paano kayo maghahain ng Antas 2 na Apela. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa proseso ng Antas 2 na Apela, pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 185.

Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng mga Antas 1 na apela?

Kung magpapasya kaming baguhin o ihinto ang pagkakasakop sa isang serbisyo o bagay na dati nang naaprubahan, magpapadala kami sa inyo ng abiso bago isagawa ang pagkilos. Kung hindi kayo sasang-ayon sa pagkilos, maaari kayong maghain ng Antas 1 na Apela at hilingin na ipagpatuloy namin ang inyong mga benepisyo para sa serbisyo o bagay. Dapat ninyong **gawin ang paghiling sa o bago matapos ang sumusunod** upang maipagpatuloy ang inyong mga benepisyo:



- Sa loob ng 10 araw mula sa petsa ng pagpapadala ng aming abiso ng pagkilos; o
- Sa nilalayong petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pagkilos.

Kung matutugunan ninyo ang deadline na ito, maaari ninyong patuloy na matanggap ang pinagtatalunang serbisyo o bagay habang pinoproseso ang inyong apela.

• Seksyon 5.4: Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo, bagay, at gamot (hindi kasali ang mga gamot na sakop ng Bahagi D)
--

Kung tutugon ng Hindi ang plano sa Antas 1, ano ang sunod na mangyayari?

Kung **Hindi** ang sagot namin sa bahagi o kabuuan ng inyong Antas 1 na Apela, magpapadala kami sa inyo ng sulat. Ipapabatid sa inyo sa liham na ito kung karaniwang sinasakop ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo o bagay.

- Kung tungkol sa isang serbisyo o bagay ng Medicare ang inyong problema, awtomatiko naming ipapadala ang inyong kaso sa proseso ng mga Antas 2 na apela kapag nakumpleto na ang Antas 1 na Apela.
- Kung tungkol sa isang serbisyo o bagay ng Medi-Cal ang problema ninyo, maaari kayong maghain ng Antas 2 na Apela. Isasaad sa inyo sa sulat kung paano ito gagawin. Ang impormasyon ay nasa ibaba rin.

Ano ang Antas 2 na Apela?

Ang Antas 2 na Apela ay ang pangalawang apela, na isinasagawa ng isang independiyenteng organisasyong walang kaugnayan sa aming plano.

Tungkol sa isang serbisyo o bagay ng Medi-Cal ang aking problema. Paano ako maghain ng Antas 2 na Apela?

May dalawang paraan upang maghain ng Antas 2 na apela para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal: (1) Paghahain ng reklamo o Hiwalay na Pagsusuring Medikal o (2) Pagdinig ng Estado.

(1) Hiwalay na Pagsusuring Medikal

Maaari kayong maghain ng reklamo sa, o humiling ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal (Independent Medical Review o IMR) mula sa Help Center ng Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan ng California (Californian Department of Managed Health Care o DMHC). Sa pamamagitan ng paghahain ng reklamo, susuriin ng DMHC ang aming desisyon at gagawa ito ng pasya. Ang IMR ay magagamit sa anumang serbisyo o bagay na sakop ng Medi-Cal na nagtataglay ng medikal na katangian. Ang IMR ay isang pagsusuri ng mga doktor sa inyong kaso na hindi bahagi ng aming plano o bahagi ng DMHC. Kung ang pasya ng IMR ay pabor sa inyo, kailangan namin ibigay sa inyo ang serbisyo o bagay na inyong hiniling. 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 napagpasyahan ng aming planong hindi ito medikal na kinakailangan.
- Hindi sasakupin ang isang pinag-aaralan o sinisiyasat pa lang na paggamot ng Medi-Cal para sa isang malubhang kundisyong medikal.
- Hindi babayaran ang emerhensya o kagyat na serbisyo ng Medi-Cal na inyong natanggap 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 para sa isang mabilisang apela.

TANDAAN: Kung ang inyong tagapagbigay ng serbisyo ang naghain ng apela para sa inyo, ngunit wala kaming natanggap na form sa Pagtatalaga ng Kinatawan mula sa inyo, kakailanganin ninyong maghain ulit ng inyong apela sa amin bago kayo makapaghain para sa Antas 2 na IMR sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan.

Maaari kayong humiling ng IMR at Pagdinig ng Estado, ngunit hindi ninyo magagawa ito kung nagkaroon na kayo ng Pagdinig ng Estado sa parehong isyu.

Sa karamihan ng mga kaso, dapat kayong maghain ng apela sa amin bago kayo humiling ng IMR. Tingnan ang pahina 181 para sa impormasyon tungkol sa aming proseso ng apela sa Antas 1. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng reklamo sa DMHC o humiling ng IMR sa Help Center ng DMHC.

Kung tinanggihan ang inyong paggamot dahil pinag-aaralan o sinisiyasat pa lang ito, hindi ninyo kailangang makibahagi sa aming proseso ng apela bago kayo mag-apply para sa isang IMR.

Kung nangangailangan ng agarang pansin ang inyong problema o may kaugnay itong mabilisan at malaking banta sa inyong kalusugan o kung kayo ay nakakaranas ng matinding pangingirot, maaari na ninyo itong dalhin kaagad sa DMHC nang hindi na dumadaan muna sa aming proseso ng apela.

Dapat kayong **mag-apply para sa isang IMR sa loob ng 6 na buwan** matapos namin kayong padalhan ng nakasulat na desisyon tungkol sa inyong apela. Maaaring tanggapin ng DMHC ang inyong aplikasyon pagkalipas ng 6 na buwan kung may magandang dahilan gaya ng nagkaroon kayo ng kundisyong medikal na nakasagabal sa paghiling ninyo ng IMR sa loob ng 6 na buwan, o wala kayong nakuhang sapat na abiso mula sa amin tungkol sa proseso ng IMR.

Upang humiling ng IMR:

- Sagutan ang Form ng Aplikasyon sa Hiwalay na Pagsusuring Medikal/Form ng Reklamo na makikita sa: <https://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreview/complaintform.aspx> o tumawag sa Help Center ng DMHC sa **1-888-466-2219**. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-688-9891**.

- Kung mayroon na kayo nito, mag-attach ng mga kopya ng sulat o iba pang dokumento tungkol sa serbisyo o bagay na tinanggihan namin. Ipadala lamang ang mga kopya ng mga dokumento, hindi mga orihinal. Ang Help Center ay hindi magsasauli ng anumang mga dokumento. Punan ang Authorized Assistant Form (Form ng Awtorisadong Katulong) kapag may ibang taong tutulong sa inyo para sa inyong IMR.
- Sagutan ang Form ng Awtorisadong Katulong kung may tumutulong sa inyo sa inyong IMR. Makakakuha kayo ng form sa <https://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx> o maaari kayong tumawag sa Help Center ng Kagawaran sa **1-888-466-2219**. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-688-9891**.
- Ipadala sa koreo o i-fax ang inyong form at anumang mga kalakip na dokumento sa:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Kung naging kwalipikado kayo para sa isang IMR, susuriin ng DMHC ang inyong kaso at magpapadala sa inyo ng liham sa loob ng 7 araw sa kalendaryo na nagsasabi sa inyong naging kwalipikado kayo para sa isang IMR. Pagkatapos matanggap ang inyong aplikasyon at mga pansuportang dokumento mula sa inyong plano, gagawin ang desisyon sa IMR sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Dapat ninyong matanggap ang desisyon sa IMR sa loob ng 45 araw sa kalendaryo mula noong isinumite ang nakumpletong aplikasyon.

Kung agaran ang inyong kaso at naging kwalipikado kayo para sa isang IMR, susuriin ng DMHC ang inyong kaso at magpapadala sa inyo ng liham sa loob ng 2 araw sa kalendaryo na nagsasabi sa inyong naging kwalipikado kayo para sa isang IMR. Pagkatapos matanggap ang inyong aplikasyon at mga pansuportang dokumento mula sa inyong plano, gagawin ang desisyon sa IMR sa loob ng 3 araw sa kalendaryo. Dapat ninyong matanggap ang desisyon sa IMR sa loob ng 7 araw sa kalendaryo mula noong isinumite ang nakumpletong aplikasyon. Kung hindi kayo nasisiyahan sa resulta ng IMR, maaari pa rin kayong humiling ng Pagdinig ng Estado.

Kung mapagpasyahan ng DMHC na hindi kwalipikado sa IMR ang inyong kaso, susuriin ng DMHC ang inyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso nito ng pagrereklamo ng consumer. Dapat mabigyan ng solusyon ang inyong reklamo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo mula nang maisumite ang nakumpletong aplikasyon. Kung nangangailangan ng agarang pansin ang inyong reklamo, lulutasin ito sa lalong madaling panahon.

(2) Pagdinig ng Estado

Maaari kayong humiling ng Pagdinig ng Estado para sa mga sakop na serbisyo at bagay ng Medi-Cal. Kung hihiling ang inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng serbisyo o bagay na hindi namin aaprubahan, o hindi namin ipagpapatuloy ang pagbabayad ng serbisyo o bagay na natanggap niyo na at tumugon kami ng hindi sa inyong Antas 1 na apela, may karapatan kayong humiling ng Pagdinig ng Estado.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Kadalasan, **may 120 araw kayo upang humiling ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos maipadala sa inyo ang abiso ng “Inyong Mga Karapatan sa Pagdinig.”

TANDAAN: Kung hihiling kayo ng Pagdinig ng Estado dahil sinabi namin sa inyong babaguhin o ihihinto ang isang serbisyong natatanggap ninyo sa kasalukuyan, **mas kaunti ang ibinibigay na araw sa inyo upang isumite ang inyong kahilingan** kung gusto ninyong patuloy na matanggap ang serbisyong iyon habang nakabinbin ang inyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng mga Antas 2 na apela” sa pahina 184 para sa higit pang impormasyon.

May dalawang paraan upang humiling ng Pagdinig ng Estado:

1. Maaari ninyong kumpletuhin ang "Paghiling ng Pagdinig ng Estado" sa likod ng abiso ng pagkilos. Dapat ninyong ibigay ang lahat ng hinihinging impormasyon tulad ng inyong buong pangalan, tirahan, numero ng telepono, pangalan ng plano o county na nagsagawa ng pagkilos laban sa inyo, (mga) kasangkot na programang pantulong, at detalyadong dahilan kung bakit gusto ninyo ng pagdinig. Pagkatapos ay maaari ninyong isumite ang inyong kahilingan sa isa sa mga paraang ito:
 - Para sa kagawaran ng kapakanan ng county (county welfare department) sa kinaroroonan na ipinapakita sa pabatid.
 - Sa California Department of Social Services:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430
 - Sa State Hearings Division sa numero ng fax na 916-309-3487 o 833-281-0905.
2. Maaari ninyong tawagan ang California Department of Social Services sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349. Kung magpapasya kayong humiling ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng telepono, dapat ninyong malamang masyadong maraming tumatawag sa mga linya ng telepono.

Tungkol sa isang serbisyo o bagay ng Medicare ang problema ko. Ano ang mangyayari sa Antas 2 na Apela?

Susuriing mabuti ng Independent Review Entity (IRE) ang desisyon sa Antas 1 at pagpapasyahan kung dapat ba itong baguhin.

- Hindi ninyo kailangang hilingin ang Antas 2 na Apela. Awtomatiko naming ipapadala sa IRE ang anumang pagtanggì (sa kabuuan o sa bahagi). Aabisuhan kayo kung mangyayari ito.
- Kinukuha ng Medicare ang IRE para sa serbisyo at hindi ito konektado sa planong ito.
- Maaari kayong humingi ng kopya ng inyong dokumento sa pamamagitan ng pagtawag sa Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**.



Dapat sumagot sa inyo ang IRE hinggil sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 30 araw ng kalendaryo mula nang matanggap nito ang inyong apela (o sa loob ng 7 araw ng kalendaryo mula nang matanggap nito ang inyong apela para sa inireresetang gamot ng Bahagi B ng Medicare). Nalalapat ang panuntunang ito kung ipinadala ninyo ang inyong apela bago kumuha ng mga medikal na serbisyo o bagay.

- Gayunpaman, kung kakailanganin ng IRE na mangalap pa ng impormasyong maaaring makatulong sa inyo, maaari itong abutin nang hanggang 14 pang araw ng kalendaryo. Kung kakailanganin ng IRE ng mga karagdagang araw upang magdesisyon, sasabihin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi dapat patagalin ng IRE ang desisyon nito kung para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare ang inyong inaapela.

Kung mayroon kayong “mabilis na apela” sa Antas 1, awtomatiko kayong magkakaroon ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kayong bigyan ng sagot ng IRE sa loob ng 72 oras mula nang matanggap nito ang inyong apela.

- Gayunpaman, kung kakailanganin ng IRE na mangalap pa ng impormasyong maaaring makatulong sa inyo, maaari itong abutin nang hanggang 14 pang araw ng kalendaryo. Kung kakailanganin ng IRE ng mga karagdagang araw upang magdesisyon, sasabihin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi dapat patagalin ng IRE ang desisyon nito kung para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare ang inyong inaapela.

Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng mga Antas 2 na apela?

Kung tungkol sa isang serbisyo o item na sakop ng Medicare ang problema ninyo, **ititigil** ang inyong mga benepisyo para sa serbisyo o item na iyon sa panahon ng proseso ng mga Antas 2 na apela sa Independent Review Entity.

Kung tungkol sa isang serbisyo o bagay na sinasakop ng Medi-Cal ang inyong problema at humiling kayo ng Pagdinig ng Estado, maaaring ipagpatuloy ang inyong mga benepisyo ng Medi-Cal para sa serbisyo o bagay na iyon hanggang sa magkaroon ng desisyon sa pagdinig. Dapat kayong humiling ng pagdinig **sa o bago matapos** upang maipagpatuloy ang inyong mga benepisyo:

- Sa loob ng 10 araw mula sa petsa ng pagpapadala ng aming abiso para sa inyo na sinusuportahan ang salungat na pagtukoy ng benepisyo (desisyon sa Antas 1 na apela); o
- Sa nilalayong petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pagkilos.

Kung matutugunan ninyo ang deadline na ito, maaari ninyong patuloy na matanggap ang pinagtatalunang serbisyo o bagay hanggang sa magkaroon ng desisyon sa pagdinig.

Paano ko malalaman ang tungkol sa mga desisyon?

Kung isang Independiyenteng Pagrerepasong Medikal ang inyong Antas 2 na Apela, magpapadala sa inyo ng sulat ang Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan na nagpapaliwanag sa desisyong ginawa ng mga doktor na sumuri sa inyong kaso.



- Kung **Oo** ang desisyon sa Hiwalay na Pagsusuring Medikal sa bahagi o kabuuan ng hinihiling ninyo, dapat naming ibigay ang serbisyo o paggamot.
- Kung **Hindi** ang desisyon sa Hiwalay na Pagsusuring Medikal sa bahagi o kabuuan ng hinihiling ninyo, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa desisyon sa Antas 1. Maaari pa rin kayong humiling ng Pagdinig ng Estado. Pumunta sa pahina 187 para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng Pagdinig ng Estado.

Kung isang Pagdinig ng Estado ang inyong Antas 2 na Apela, magpapadala sa inyo ng sulat ang California Department of Social Services na nagpapaliwanag ng desisyon nito.

- Kung **Oo** ang desisyon sa Pagdinig ng Estado sa bahagi o kabuuan ng hinihiling ninyo, dapat kaming sumunod sa desisyon. Kailangan naming kumpletuhin ang (mga) inilalarawang pagkilos sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa petsang nakatanggap kami ng kopya ng desisyon.
- Kung **Hindi** ang desisyon sa Pagdinig ng Estado sa bahagi o kabuuan ng hinihiling ninyo, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa desisyon sa Antas 1. Maaari naming ihinto ang anumang tinatanggap ninyong binayarang tulong habang naghihintay.

Kung dinala ang inyong Antas 2 na Apela sa Independent Review Entity (IRE) ng Medicare, magpapadala ito sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag sa desisyon nito.

- Kung **Oo** ang sagot ng IRE sa bahagi o kabuuan ng hinihiling ninyo sa inyong karaniwang apela, dapat naming pahintulutan ang pagsakop sa medikal na pangangalaga sa loob ng 72 oras o ibigay sa inyo ang serbisyo o item sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo mula sa petsang natanggap namin ang desisyon ng IRE. Kung nagkaroon kayo ng mabilisang apela, dapat naming pahintulutan ang pagkakasakop ng medikal na pangangalaga o ibigay sa inyo ang serbisyo o bagay sa loob ng 72 oras mula sa petsang natanggap namin ang desisyon ng IRE.
- Kung **Oo** ang sagot ng IRE sa bahagi o kabuuan ng hinihiling ninyo sa inyong karaniwang apela para sa inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare, dapat naming pahintulutan o ibigay ang inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRE. Kung nagkaroon kayo ng mabilis na apela, dapat naming pahintulutan o ibigay ang inireresetang gamot sa Bahagi B ng Medicare sa loob ng 24 na oras mula sa petsang natanggap namin ang desisyon ng IRE.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRE sa bahagi o kabuuan ng hinihiling ninyo, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa desisyon sa Antas 1. Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon.” Tinatawag din itong “pagtangga sa inyong apela.”

Kung ang desisyon ay Hindi sa kabuuan o bahagi ng hiniling ninyo, maaari ba akong magsagawa ng panibagong apela?

Kung isang Independiyenteng Pagrerepasong Medikal ang inyong Antas 2 na Apela, maaari kayong humiling ng Pagdinig ng Estado. Pumunta sa pahina 187 para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng Pagdinig ng Estado.



Kung isang Pagdinig ng Estado ang inyong Antas 2 na Apela, maaari kayong humiling ng muling pagdinig sa loob ng 30 araw matapos ninyong matanggap ang desisyon. Maaari din kayong humiling ng pagrerepaso ng hukuman sa isang pagtangi ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng paghahain ng petisyon sa Kataas-taasang Hukuman (sa ilalim ng Code of Civil Procedure Section 1094.5) sa loob ng isang taon makaraan ninyong matanggap ang desisyon. Hindi kayo maaaring humiling ng IMR kung nagkaroon na kayo ng Pagdinig ng Estado sa parehong isyu.

Kung dinala sa Independent Review Entity (IRE) ng Medicare ang inyong Antas 2 na Apela, maaari lamang kayong umapelang muli kung natutugunan ng dolyar na halaga ng serbisyo o bagay na gusto ninyo ang partikular na pinakamababang halagang kailangan. Ipapaliwanag sa sulat na matatanggap ninyo mula sa IRE ang mga karagdagang karapatan sa pag-apela na maaaring mayroon kayo.

Tingnan ang Seksyon 9 sa pahina 219 para sa higit pang impormasyon sa mga karagdagang antas ng apela.

• Seksyon 5.5: Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapahintulutan ang aming mga nasa network na tagapagbigay ng serbisyong singilin kayo para sa mga sinasakop na serbisyo at bagay. May katotohanan ito kahit na binabayaran namin ang tagapagbigay ng serbisyo nang mas mababa kumpara sa sinisingil ng tagapagbigay ng serbisyo para sa isang sinasakop na serbisyo o bagay. Hindi ninyo dapat bayaran kailanman ang balanse ng anumang bill. Ang tanging halagang dapat pabayaran sa inyo ay ang co-pay.

Kung makatanggap kayo ng bill na mahigit sa inyong co-pay para sa mga sakop na serbisyo at bagay, ipadala sa amin ang bill. **Hindi dapat kayo ang magbabayad ng bayarin.** Direkta kaming makikipag-ugnayan sa tagapagbigay ng serbisyo at pangangasiwaan ang problema.

Para sa higit pang impormasyon, magsimula sa pagbabasa sa Kabanata 7: “Paghiling sa aming bayaran ang aming bahagi sa bill na inyong natanggap para sa mga sakop na serbisyo o gamot.” Inilalarawan sa Kabanata 7 ang mga sitwasyon kung saan maaaring kailanganin ninyong humiling ng pagbabayad sa nagastos o bayaran ang bill na natanggap ninyo mula sa tagapagbigay ng serbisyo. Nakasaad din dito kung paano ipadadala sa amin ang mga papeles na humihiling sa amin ng pagbabayad.

Maaari ko bang hilingin sa inyong bayaran ako para sa inyong bahagi sa serbisyo o item na binayaran ko?

Tandaan, kung makatanggap kayo ng bill na mas malaki sa inyong co-pay para sa mga sakop na serbisyo at item, hindi ninyo dapat bayaran ang bill. Ngunit babayaran ninyo ang bill, maibabalik ang ibinayad ninyo kung sinunod ninyo ang mga panuntunan sa pagkuha ng mga serbisyo at bagay.

Kung kayo ay humihiling ng pagbabalik ng ibinayad, kayo ay humihiling ng desisyon sa pagkakasakop. Titingnan namin kung ang binayaran ninyong serbisyo o bagay ay isang sakop na serbisyo o bagay, at susuriin namin upang malaman kung sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan para sa paggamit ng inyong pagkakasakop.



- Kung sakop ang serbisyo o item na binayaran ninyo at sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa inyong tagapagbigay ng serbisyo ang aming bahagi sa gastos para sa serbisyo o item sa loob ng 60 araw ng kalendaryo makaraan naming matanggap ang inyong kahilingan. Ipapadala sa inyo ng tagapagbigay ng serbisyo ninyo ang bayad.
- Kung hindi pa ninyo nababayaran ang mga serbisyo o bagay, direkta naming ipapadala ang bayad sa inyong tagapagbigay ng serbisyo. Kapag ipinadala namin ang bayad, nangangahulugan itong **Oo** ang sagot namin sa inyong kahilingan para sa desisyon sa pagkakasakop.
- Kung hindi sakop ang serbisyo o bagay, o hindi ninyo sinunod ang lahat ng panuntunan, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapabatid sa inyong hindi namin babayaran ang serbisyo o bagay at ipaliliwanag namin kung bakit.

Paano kung sabihin namin hindi kami magbabayad?

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, **maaari kayong umapela**. Sundin ang proseso ng mga apela na inilalarawan sa Seksyon 5.3 sa pahina 181. Kung susundin ninyo ang mga sumusunod na tagubiling ito, mangyaring tandaan:

- Kung aapela kayo para sa pagbabalik ng ginastos ninyo, kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kung hihilingin ninyo sa aming ibalik ang ibinayad ninyo para sa isang serbisyo o bagay na nakuha at nabayaran niyo na, hindi kayo maaaring humiling ng mabilisang apela.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa inyong apela at karaniwang sinasakop ng Medicare ang serbisyo o item, awtomatiko naming ipapadala ang kaso ninyo sa Independent Review Entity (IRE) Aabisuhan namin kayo sa pamamagitan ng sulat kung mangyayari ito.

- Kung babaligtarin ng IRE ang aming desisyon at sinabing dapat namin kayong bayaran, kailangan naming maipadala ang bayad sa inyo o sa tagapagbigay ng serbisyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung **Oo** ang sagot namin sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala sa inyo o sa tagapagbigay ng serbisyo ang bayad sa inyo sa loob ng 60 araw ng kalendaryo.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRE, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa aming desisyong hindi aprubahan ang inyong kahilingan. (Ito ay tinatawag na “pagtataguyod sa desisyon.” Ito ay tinatawag ding “pagtanggì sa inyong apela”.) Ang makukuha ninyong sulat ang magpapaliwanag sa mga karagdagang karapatan sa apela na maaaring mayroon kayo. Maaari lang kayong umapelang muli kung natutugunan ng halaga sa dolyar ng serbisyo o bagay na gusto ninyo ang partikular na pinakamababang halagang kailangan. Tingnan ang Seksyon 9 sa pahina 219 para sa higit pang impormasyon sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa inyong apela at karaniwang sinasakop ng Medi-Cal ang serbisyo o item, maaari kayong maghain mismo ng Antas 2 na Apela (tingnan ang Seksyon 5.4 sa pahina 185).



Seksyon 6: Mga gamot sa Bahagi D

- **Seksyon 6.1: Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong mga problema sa pagkuha ng gamot na sakop ng Bahagi D o gusto ninyong ibalik namin ang inyong ibinayad para sa gamot na sakop ng Bahagi D**

Kabilang sa inyong benepisyo bilang miyembro ng aming plano ang pagkakasakop para sa mga iniresetang gamot. Karamihan ng mga gamot na ito ay “mga gamot na sakop ng Bahagi D.” May ilang gamot na hindi sakop ng Bahagi D ng Medicare ngunit maaaring sakupin ng Medi-Cal. **Nalalapat lang ang seksyong ito sa mga apela para sa gamot sa Bahagi D.**

May ilang gamot sa Listahan ng Gamot na may (*). Ang mga gamot na ito ay **hindi** gamot na nasa Bahagi D. Ang proseso sa Seksyon 5 sa pahina 177 ang sinusunod para sa mga apela o desisyon sa pagkakasakop hinggil sa mga gamot na may markang (*).

Maaari ba akong humiling ng desisyon sa pagkakasakop o maghain ng apela hinggil sa mga inireresetang gamot na nasa Bahagi D?

Oo. Narito ang mga halimbawa ng mga desisyon sa pagkakasakop na maaari ninyong hilingin sa aming gawin sa inyong mga gamot sa Bahagi D:

- Paghiling sa aming magsagawa ng pagbubukod gaya ng:
 - Paghiling sa aming sakupin ang isang gamot sa Bahagi D na wala sa Listahan ng Gamot ng plano
 - Paghiling sa aming isantabi ang paghihigpit sa pagkakasakop ng plano sa isang gamot (gaya ng mga limitasyon sa dami ng gamot na maaari ninyong makuha)
- Pagtanong sa amin kung sinasakop ang gamot para sa inyo (halimbawa, kapag nasa Listahan ng Gamot ng plano ang inyong gamot ngunit hiniling namin sa iyong kumuha muna ng pag-apruba mula sa amin bago namin ito sakupin para sa inyo).

TANDAAN: Kung sinabi sa inyo ng parmasya ninyo na hindi maibibigay ang gamot na nasa inyong reseta, makakakuha kayo ng paunawang nagpapaliwanag kung paano makikipag-ugnayan sa amin upang humiling ng desisyon sa pagkakasakop.

- Hinihiling ninyo sa amin na bayaran ang inireresetang gamot na nabili na ninyo. Ito ay paghiling ng desisyon sa pagkakasakop tungkol sa pagbabayad.

Ang legal na termino para sa desisyon sa pagkakasakop tungkol sa inyong mga gamot sa Bahagi D ay “pagpapasya sa pagkakasakop.”

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa pagkakasakop na ginawa namin, maaari kayong umapela sa aming desisyon. Isinasaad sa inyo sa seksyong ito kung paano humiling ng mga desisyon sa pagkakasakop **at** kung paano humiling ng apela.

Gamitin ang chart sa ibaba upang matulungan kayong magpasya kung aling seksyon ang naglalaman ng impormasyon para sa inyong sitwasyon:

Sa aling mga sitwasyong ito kayo nabibilang?			
Kailangan niyo ba ng gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o kailangan niyo bang isantabi namin ang isang panuntunan o paghihigpit sa isang gamot na sinasakop namin?	Gusto niyo bang sakupin namin ang isang gamot sa aming Listahan ng Gamot at naniniwala ba kayong natutugunan ninyo ang anumang panuntunan o paghihigpit sa plano (tulad ng mas maagang pagkuha ng pahintulot) para sa gamot na kailangan ninyo?	Gusto niyo bang hilingin sa aming ibalik ang ibinayad niyo para sa isang gamot na nakuha at nabayaran niyo na?	Nasabi na ba namin sa inyong hindi namin sasakupin o babayaran ang isang gamot sa paraang gusto ninyo itong masakop o mabayaran?
Maaari kayong humiling sa amin ng pagbubukod. (Ito ay isang uri ng desisyon sa pagkakasakop.)	Maaari kayong humiling sa amin ng desisyon sa pagkakasakop.	Maaari ninyong hilingin sa aming bayaran kayo. (Ito ay isang uri ng desisyon sa pagkakasakop.)	Maaari kayong mag-apela. (Ang ibig sabihin nito, humihiling kayo sa amin ng muling pagsasaalang-alang.)
Magsimula sa Seksyon 6.2 sa pahina 195. Tingnan din ang Seksyon at 6.4 sa pahina 196 at 197.	Lumaktaw sa Seksyon 6.4 sa pahina 197.	Lumaktaw sa Seksyon 6.4 sa pahina 197.	Lumaktaw sa Seksyon 6.5 sa pahina 200.

• Seksyon 6.2: Ano ang isang pagbubukod?

Ang pagbubukod ay pahintulot upang masakop ang isang gamot na karaniwang wala sa aming Listahan ng Gamot o upang gamitin ang gamot nang walang partikular na panuntunan at limitasyon. Kung wala sa aming Listahan ng Gamot ang isang gamot o kung hindi ito sinasakop sa paraang gusto mo, maaari ninyong hilingin sa aming magsagawa ng “pagbubukod.”

Kapag humiling kayo ng pagbubukod, kakailanganin ng inyong doktor o ibang tagapagreseta na ipaliwanag ang mga medikal na dahilan kung bakit ninyo kailangan ng pagbubukod.

Narito ang mga halimbawa ng mga pagbubukod na maaari ninyong hilingin sa amin, o ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta:

1. Pagsakop ng gamot sa Bahagi D na wala sa aming Listahan ng Gamot.
 - Kung sasang-ayon kaming gumawa ng pagbubukod at sasakupin ang isang gamot na wala sa Listahan ng Gamot, kakailanganin ninyong bayaran ang bahagi sa gastos na nalalapat sa mga gamot sa Tier 2 para sa may tatak na gamot o sa Tier 1 para sa mga generic na gamot.
 - Hindi kayo maaaring humiling ng pagbubukod sa halaga ng co-pay o coinsurance na kinakailangan ninyong bayaran para sa gamot.
2. Pag-aalis ng paghihigpit sa aming pagkakasakop. May mga dagdag na panuntunan o paghihigpit na nalalapat sa ilang partikular na gamot sa aming Listahan ng Gamot (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa Kabanata 5).
 - Kabilang sa mga karagdagang panuntunan at limitasyon sa pagkakasakop ng ilang partikular na gamot ang:
 - Pangangailangang gamitin ang generic na bersyon ng gamot sa halip na gamot na may tatak.
 - Pagkuha ng pag-apruba ng plano bago namin sang-ayunang sakupin ang gamot para sa inyo. (Minsan tinatawag itong “paunang pahintulot.”)
 - Kinakailangan na subukan ang ibang gamot muna bago kami sumang-ayon na sakupin ang gamot na hinihiling ninyo. (Minsan tinatawag itong “step therapy.”)
 - Limitasyon sa dami. Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang dami ng gamot na maaari ninyong makuha.
 - Kung kami ay pumayag magbigay ng eksepsyon at ipaubaya ang restriksyon para sa inyo, maaari pa rin kayong humiling ng eksepsyon para sa co-pay (kabahagi sa binabayaran) na hinihingi namin sa inyo para sa pagbayad ng gamot.

Ang legal na termino sa paghiling na alisin ang limitasyon sa pagkakasakop sa isang gamot ay tinatawag minsang paghiling ng “**pagbubukod sa pormularyo.**”

• **Seksyon 6.3: Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod**

Dapat sabihin ng inyong doktor o ng iba pang nagrereseta sa amin ang mga medikal na dahilan

Ang inyong doktor o ibang nagbigay ng reseta ay dapat na magbigay sa amin ng pahayag na nagpapaliwanag ng mga medikal na dahilan para humiling ng pagbubukod. Ang aming desisyon hinggil sa pagbubukod ay magiging mas mabilis, kung isinama ninyo ang impormasyong ito mula sa inyong doktor o ibang nagbigay ng reseta kapag humingi kayo ng pagbubukod.

Karaniwan, kinabibilangan ang aming Listahan ng Gamot ng mahigit sa isang gamot na panlunas sa isang partikular na kundisyon. Tinatawag ang mga itong mga “alternatibong” gamot. Kung ang isang alternatibong gamot ay magiging kasingbisa ng gamot na hinihiling ninyo at hindi magdudulot ng higit pang side effect o ng iba pang problema sa kalusugan, karaniwan naming hindi aaprubahan ang inyong kahilingan para sa isang pagbubukod.

Tutugon kami ng Oo o Hindi sa inyong kahilingan para sa isang pagbubukod

- Kung **Oo** ang sagot namin sa inyong kahilingan para sa isang pagbubukod, karaniwang tumatagal ang pagbubukod nang hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo. May katotohanan ito hangga’t patuloy na inirereseta ng inyong doktor ang gamot at patuloy na nagiging ligtas at mabisa ang gamot na ito para sa paggamot ng inyong kundisyon.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa inyong kahilingan para sa isang pagbubukod, maaari kayong humiling ng pagsusuri sa aming desisyon sa pamamagitan ng pag-apela. Isinasaad sa inyo sa Seksyon 6.5 sa pahina 200 kung paano maghahain ng apela kung **Hindi** ang naging tugon namin.

Sasabihin sa inyo sa susunod na seksyon kung paano humiling ng desisyon sa pagkakasakop, kabilang na ang pagbubukod.

• **Seksyon 6.4: Paano humiling ng desisyon sa pagkakasakop hinggil sa gamot na sakop ng Bahagi D o pagbalik ng bayad para sa gamot na sakop ng Bahagi D, kabilang ang pagbubukod**

Ano ang dapat gawin

- Hilingin ang uri ng desisyon sa pagkakasakop na gusto ninyo. Sumulat, tumawag, o mag-fax sa amin upang humiling. Maaari ninyo itong gawin, o ng inyong kinatawan, o ng inyong doktor (o ibang tagapagreseta). Maaari ninyo kaming tawagan sa **1-866-880-0606**.
- Maaari kayong humiling o ang inyong doktor (o iba pang tagapagreseta) o ang ibang taong kumatawan sa inyo ng desisyon sa pagkakasakop. Maaari ring isang abogado ang kumatawan sa inyo.
- Basahin ang Seksyon 4 sa pahina 173 upang malaman kung paano magbigay ng permiso sa isang tao para kumilos bilang inyong kinatawan.
- Hindi ninyo kailangang bigyan ang inyong doktor o ibang tagapagreseta ng nakasulat na pahintulot upang humiling sa amin ng desisyon sa pagkakasakop sa ngalan niyo.
- Kung gusto ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo para sa nagastos ninyo sa isang gamot, basahin ang Kabanata 7 ng handbook na ito. Inilalarawan sa Kabanata 7 ang mga sitwasyon kung kailan kayo maaaring humiling ng pagbabalik ng ibinayad ninyo. Isinasaad din dito kung paano ipadadala sa amin ang dokumentong humihiling sa aming bayaran ang bahagi namin sa gastos ng gamot na binayaran ninyo.

Sa isang sulyap: Paano humiling ng desisyon sa pagkakasakop tungkol sa isang gamot o pagbabayad

Tumawag, sumulat, o mag-fax sa amin upang humiling, o ipagawa sa inyong kinatawan o doktor o ibang tagapagreseta ang paghiling. Bibigyan namin kayo ng sagot para sa karaniwang desisyon ng pagkakasakop sa loob ng 72 oras. Bibigyan namin kayo ng sagot hinggil sa pagbalik ng bayad sa inyo para sa gamot na sakop ng Bahagi D na nabayaran na ninyo sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo.

- Kung kayo ay humihiling ng pagbubukod, isama ang pangsuyup na pahayag mula sa inyong doktor o ibang tagabigay ng reseta.
- Maaari kayo o ang inyong doktor o ibang tagabigay ng reseta na humiling ng mabilisang desisyon. (Ang mabilisang desisyon ay karaniwang nakukuha sa loob ng 24 na oras.)
- Basahin ang seksyong ito upang matiyak na kwalipikado kayo para sa isang mabilisang desisyon! Basahin din ito upang makahanap ng impormasyon tungkol sa mga deadline ng pagdedesisyon.

- Kung humihiling kayo ng pagbubukod, magbigay ng “pangsuportang pahayag.” Dapat ibigay sa amin ng inyong doktor o ibang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan para sa pagbubukod sa gamot. Tinatawag namin itong “pangsuportang pahayag.”
- Maaaring i-fax o ipadala sa pamamagitan ng sulat ng doktor o ibang nagbigay ng reseta ang pahayag sa amin. O maaaring sabihin sa amin ng inyong doktor o ibang tagabigay ng reseta sa pamamagitan ng pagtawag sa telepono, at pagkatapos ay i-fax o ipadala ang pahayag.

Kung hinihiling ng inyong kalusugan, hilingin sa amin na bigyan kayo ng “mabilis na desisyon sa pagkakasakop”

Gagamitin namin ang “pamantayan” na huling araw ng pagpasa maliban kung sumang-ayon kami na gamitin ang “mabilis na mga huling araw ng pagpasa”.

- Ang **karaniwang desisyon sa pagkakasakop** ay nangangahulugang bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.
- Ang **mabilisang desisyon sa pagkakasakop** ay nangangahulugang bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.

Ang legal na termino para sa “mabilisang desisyon sa pagkakasakop” ay “**pinabilis na pagpapasya sa pagkakasakop.**”

Makakakuha lang kayo ng mabilisang desisyon sa pagkakasakop kung humihiling kayo ng gamot na hindi pa ninyo natatanggap. (Hindi kayo makakakuha ng mabilisang desisyon sa pagkakasakop kung hinihiling ninyo sa aming ibalik ang ibinayad ninyo sa isang gamot na nabili niyo na.)

Makakakuha lang kayo ng mabilisang desisyon sa pagkakasakop kung ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay maaaring makasama nang malubha sa inyong kalusugan o makakaapekto sa inyong kakayahang gumawa.

Kung ang inyong doktor o ibang nagbigay ng reseta ay sinabi sa amin na ang inyong kalusugan ay kinakailangan ang “mabilis na desisyon,” awtomatiko kaming sasang-ayon sa pagbibigay sa inyo ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop, at sasabihin ito sa inyo ng liham.

- Kung humihiling kayo ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop sa sarili ninyo lamang (nang walang suporta ng inyong doktor o ibang nagbigay ng reseta), magdedesisyon kami kung makakakuha kayo ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop.
- Kung magdedesisyon kami na hindi natutugunan ng inyong medikal na kundisyon ang mga kinakailangan para sa isang mabilisang desisyon sa pagkakasakop, gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.
 - Magpapadala kami sa inyo ng sulat na isinasaad ang tungkol dito. Sasabihin sa inyo sa sulat kung paano maghain ng reklamo hinggil sa aming desisyong bigyan kayo ng karaniwang pagpapasya.

- Maaari kayong maghain ng “mabilisang reklamo” at makatanggap ng sagot sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa proseso ng paghahain ng mga reklamo, kabilang ang mga mabilisang reklamo, tingnan ang Seksyon 10 sa pahina 221.

Mga deadline para sa "mabilisang desisyon sa pagkakasakop"

- Kung gagamitin namin ang mabilis na deadline, kailangan naming magbigay ng sagot sa inyo sa loob ng 24 na oras. Ang ibig sabihin nito ay sa loob ng 24 na oras matapos naming matanggap ang inyong kahilingan. O kaya, kung humihiling kayo ng pagbubukod, 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor o tagapagreseta na sumusuporta sa inyong kahilingan. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito sa inyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Sa Antas 2, susuriin ng Independent Review Entity ang inyong kahilingan.
- **Kung Oo ang sagot namin** sa bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling, dapat naming ibigay sa inyo ang pagkakasakop sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang pahayag ng inyong doktor o tagapagreseta na sumusuporta sa inyong kahilingan.
- **Kung Hindi ang sagot namin** sa bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit **Hindi** ang naging sagot namin. Ipapaliwanag din sa liham kung paano kayo makakaapela sa aming desisyon.

Mga deadline para sa isang “karaniwang pagpapasya sa pagkakasakop” hinggil sa isang gamot na hindi pa ninyo natatanggap

- Kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang inyong kahilingan. O, kung humihiling kayo ng pagbubukod, pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor o tagapagreseta na sumusuporta sa inyong kahilingan. Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito sa inyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang huling araw ng hangganan, aming ipapadala ang inyong kahilingan sa proseso ng Antas 2 na Apela. Sa Antas 2, susuriin ng Independent Review Entity ang inyong kahilingan.
- **Kung Oo ang sagot namin** sa bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling, dapat naming aprubahan o ibigay ang pagkakasakop sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o, kung humihiling kayo ng pagbubukod, pagkatapos naming matanggap ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor o tagapagreseta.
- **Kung Hindi ang sagot namin** sa bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit **Hindi** ang naging sagot namin. Ipapaliwanag din sa liham kung paano kayo makakaapela sa aming desisyon.



Mga deadline para sa isang “karaniwang desisyon sa pagkakasakop” hinggil sa pagbabayad sa isang gamot na nabili niyo na

- Kailangan naming ibigay ang aming sagot sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo matapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Sa antas 2, susuriin ng Independent Review Entity ang inyong kahilingan.
- **Kung Oo ang sagot namin** sa bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling, babayaran namin kayo sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo.
- **Kung Hindi ang sagot namin** sa bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit **Hindi** ang naging sagot namin. Ipapaliwanag din sa liham kung paano kayo makakaapela sa aming desisyon.

• Seksyon 6.5: Antas 1 na Apela para sa mga gamot na sakop ng Bahagi D

- Upang simulan ang inyong apela, kayo, ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta, o ang inyong kinatawan ay dapat makipag-ugnayan sa amin.
- Kung humihiling kayo ng karaniwang apela, maaaring maghain ng apela sa pamamagitan ng pagpapadala ng nakasulat na kahilingan. Maaari din kayong humiling ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa **1-866-880-0606**.
- Kung gusto ninyo ng mabilisang apela, maaari kayong maghain ng apela sa pamamagitan ng pagsulat o pagtawag sa amin.

Sa isang sulyap: Paano magsagawa ng Antas 1 na Apela

Kayo, ang inyong doktor o tagapagreseta, o ang inyong kinatawan ay maaaring isulat ang inyong kahilingan at ipadala o i-fax ito sa amin. Maaari din kayong humiling ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin.

- Humiling sa **loob ng 60 araw sa kalendaryo** mula nang matanggap ang desisyong iaapela ninyo. Kung nakaligtaan ninyo ang deadline dahil sa isang makatuwirang dahilan, maaari pa rin kayong umapela.
- Kayo, ang inyong doktor o tagapagreseta, o ang inyong kinatawan ay maaaring tumawag sa amin upang humiling ng mabilisang apela.
- Basahin ang seksyong ito upang matiyak na kwalipikado kayo para sa isang mabilisang desisyon! Basahin din ito upang makahanap ng impormasyon tungkol sa mga deadline ng pagdedesisyon.



- Isagawa ang inyong kahilingan sa apela **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** mula sa petsang nasa abisong ipinadala namin upang ipabatid sa inyo ang aming desisyon. Kung nakaligtaan ninyo ang deadline na ito at may makatuwiran kayong dahilan kaya nangyari iyon, maaari namin kayong bigyan ng higit pang panahon upang isagawa ang inyong pag-apela. Halimbawa, makatuwirang dahilan na lumampas kayo sa deadline kung mayroon kayong malubhang sakit na nakakahadlang sa pakikipag-ugnayan ninyo sa amin, o kung mali o hindi kumpleto ang impormasyong naibigay namin sa inyo tungkol sa deadline sa paghiling ng apela
- May karapatan kayong humingi sa amin ng kopya ng impormasyon hinggil sa inyong apela. Upang humiling ng kopya, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**.

Ang legal na termino para sa isang apela sa plano na hinggil sa desisyon sa pagkakasakop ng gamot sa Bahagi D ay **“muling pagpapasya” sa plano.**

Kung gusto ninyo, kayo at ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta ay maaaring magbigay sa amin ng karagdagang impormasyon upang masuportahan ang inyong apela.

Kung hinihingi ng inyong kalusugan, humiling ng mas “mabilis na apela”

- Kung umaapela kayo sa isang desisyong ginawa ng aming plano tungkol sa isang gamot na hindi pa ninyo natatanggap, kakailanganin ninyo at ng inyong doktor o ibang tagapagreseta na magpasya kung kailangan ninyo ng “mabilisang apela.”
- Ang mga kinakailangan sa pagkuha ng “mabilisang apela” ay katulad din ng hinihingi sa pagkuha ng “mabilisang desisyon sa pagkakasakop” sa Seksyon 6.4 sa pahina 197.

Ang legal na termino para sa “mabilis na apela” ay **“pinabilis na muling pagsasaalang-alang.”**

Susuriin ng aming plano ang inyong apela at ibibigay sa inyo ang aming desisyon

- Muli naming pag-aaralang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan sa pagkakasakop. Sinusuri namin upang malaman kung sinunod namin ang lahat ng panuntunan nang tumugon kami ng **Hindi** sa inyong kahilingan. Maaari kaming makipag-ugnayan sa inyo o sa inyong doktor o ibang tagapagreseta upang makakuha ng higit pang impormasyon. Ang tagapagrepaso ay isang taong hindi gumawa ng orihinal na desisyon sa pagkakasakop.

Mga deadline para sa isang “mabilisang apela”

- Kung ginagamit namin ang mga mabilisang deadline, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Kung hindi namin kayo bibigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, ipadadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Sa Antas 2, susuriin ng Independent Review Entity ang inyong apela.
- **Kung Oo ang sagot namin** sa bahagi o sa kabuuan ng hinihiling ninyo, dapat naming ibigay ang pagkakasakop sa loob ng 72 oras mula nang matanggap namin ang apela ninyo.
- **Kung Hindi ang sagot namin** sa bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit **Hindi** ang naging sagot namin.

Mga deadline para sa isang “karaniwang apela”

- Kung ginagamit namin ang mga karaniwang deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob 7 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan, maliban kung hinihiling ninyo sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa isang gamot na nabili na ninyo. Kung hinihiling ninyo sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa isang gamot na nabili na ninyo, kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo matapos naming matanggap ang inyong apela. Kung sa palagay ninyo ay kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan, humiling ng “mabilisang apela.”
- Kung hindi namin kayo bibigyan ng desisyon sa loob ng 7 araw sa kalendaryo, o 14 na araw kung hinihiling ninyo sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa isang gamot na nabili na ninyo, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Sa Antas 2, susuriin ng Independent Review Entity ang inyong apela.
- **Kung Oo ang sagot namin** sa bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling:
 - Kung aaprubahan namin ang isang kahilingan sa pagkakasakop, dapat namin kayong bigyan ng pagkakasakop nang mabilis ayon sa pangangailangan ng inyong kalusugan, ngunit hindi lalampas sa 7 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong apela o 14 na araw kung hinihiling ninyo sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa isang gamot na nabili na ninyo.
 - Kung aaprubahan namin ang isang kahilingang ibalik ang ibinayad ninyo sa isang gamot na nabili na ninyo, magpapadala kami ng bayad sa inyo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan sa apela.
- **Kung Hindi ang sagot namin** sa bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit **Hindi** ang naging sagot namin at sasabihin namin sa inyo kung paano umapela sa aming desisyon.

• Seksyon 6.6: Antas 2 na Apela para sa mga gamot na sakop ng Bahagi D

Kung **Hindi** ang sagot namin sa bahagi o kabuuan ng inyong apela, maaari kayong magpasya kung tatanggapin ang desisyong ito o magsasagawa ng panibagong apela. Kung nagdesisyon kayong tumuloy sa isang Antas 2 na Apela, susuriin ng Independent Review Entity (IRE) ang aming desisyon.

- Kung gusto ninyong suriin ng IRE ang inyong kaso, dapat ay nakasulat ang inyong kahilingan sa apela. Ipapaliwanag sa sulat na ipapadala namin tungkol sa aming desisyon sa Antas 1 na Apela kung paano humiling ng Antas 2 na Apela.
- Kapag naghain kayo ng apela sa IRE, ipadadala namin sa kanila ang dokumento ng inyong kaso. May karapatan kayong humiling sa amin ng kopya ng inyong dokumento ng kaso sa pamamagitan ng pagtawag sa Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**.
- May karapatan kayong bigyan ang IRE ng iba pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.
- Ang IRE ay isang hiwalay na organisasyong kinukuha ng Medicare para sa serbisyo. Hindi ito konektado sa planong ito at hindi ito isang ahensya ng pamahalaan.
- Susuriing mabuti ng mga tagarepaso sa IRE ang lahat ng impormasyon may kaugnayan sa inyong apela. Magpapadala sa inyo ng sulat ang organisasyon na nagpapaliwanag sa naging desisyon nito.

Sa isang sulyap: Paano magsagawa ng Antas 2 na Apela

Kung gusto ninyong suriin ng Independent Review Entity ang inyong kaso, dapat ay nakasulat ang inyong kahilingan sa apela.

- Humiling sa **loob ng 60 araw sa kalendaryo** mula nang matanggap ang desisyong iaapela ninyo. Kung nakaligtaan ninyo ang deadline dahil sa isang makatuwirang dahilan, maaari pa rin kayong umapela.
- Maaari kayong humiling, o ang inyong doktor o ibang tagapagreseta, o ang inyong kinatawan ng Antas 2 na Apela.
- Basahin ang seksyong ito upang matiyak na kwalipikado kayo para sa isang mabilisang desisyon! Basahin din ito upang makahanap ng impormasyon tungkol sa mga deadline ng pagdedesisyon.

Mga deadline para sa "mabilisang apela" sa Antas 2

Ang legal na termino para sa isang apela sa IRE hinggil sa isang gamot sa Bahagi D ay **"muling pagsasaalang-alang."**

- Kung kinakailangan dahil sa inyong kalusugan, humiling sa Independent Review Entity (IRE) ng “mabilisang apela.”
- Kung sumang-ayon ang IRE na bigyan kayo ng “mabilisang apela,” dapat kayong bigyan nito ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 72 oras matapos matanggap ang inyong kahilingan sa apela.
- Kung **Oo** ang sagot ng IRE sa bahagi o kabuuan ng hinihiling ninyo, dapat namin kayong pahintulutan o dapat naming ibigay sa inyo ang pagkakasakop sa gamot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Mga deadline para sa “karaniwang apela” sa Antas 2

- Kung may karaniwang apela kayo sa Antas 2, dapat kayong bigyan ng Independent Review Entity (IRE) ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 7 araw ng kalendaryo matapos nitong matanggap ang inyong apela, o 14 na araw kung hinihiling ninyo sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa isang gamot na nabili na ninyo.
- Kung **Oo** ang sagot ng IRE sa bahagi o kabuuan ng hinihiling ninyo, dapat namin kayong pahintulutan o dapat naming ibigay sa inyo ang pagkakasakop sa gamot sa loob ng 72 na oras pagkatapos naming matanggap ang desisyon.
- Kung aaprubahan ng IRE ang isang kahilingang ibalik ang ibinayad ninyo para sa isang gamot na nabili niyo na, magpapadala kami ng bayad sa inyo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo matapos naming matanggap ang desisyon.

Paano kung sumagot ng Hindi ang Independent Review Entity sa inyong Antas 2 na Apela?

Ang pagsagot ng **Hindi** ay nangangahulugang sumasang-ayon ang Independent Review Entity (IRE) sa aming desisyong hindi aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag itong “pagsuporta sa desisyon.” Tinatawag din itong “pagtanggig sa inyong apela.”

Kung gusto ninyong tumuloy sa Antas 3 ng proseso ng mga apela, natutugunan dapat ng gamot na hinihiling ninyo ang kinakailangang pinakamababang halaga sa dolyar. Kung mas mababa ang halaga sa dolyar kaysa sa pinakamababang kinakailangan, hindi na kayo maaaring umapela pa. Kung sapat na mataas ang halaga sa dolyar, maaari kayong humiling ng Antas 3 na apela. Isasaad sa inyo sa sulat na matatanggap ninyo mula sa IRE ang kinakailangang halaga sa dolyar upang makapagpatuloy sa proseso ng apela.



Seksyon 7: Paghiling sa aming sakupin ang mas matagal na pamamalagi sa ospital

Kapag na-admit kayo sa isang ospital, may karapatan kayong makuha ang lahat ng sakop naming serbisyo ng ospital na kinakailangan upang masuri at magamot ang inyong sakit o pinsala.

Sa panahon ng inyong sakop na pananatili sa ospital, makikipagtulungan sa inyo ang inyong doktor at ang tauhan ng ospital upang maghanda sa araw ng paglabas ninyo sa ospital. Tutulong din sila sa pag-aayos ng anumang pangangalagang maaaring kailanganin ninyo pagkalabas ng ospital.

- Ang araw ng paglabas ninyo sa ospital ay tinatawag na “petsa ng paglabas sa ospital.”
- Sasabihin sa inyo ng doktor o tauhan ng ospital kung ano ang petsa ng paglabas ninyo sa ospital.

Kung sa palagay ninyo kayo ay maagang pinapalabas ng ospital, maaari kayong humiling ng mas magtagal sa pananatili sa ospital. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito kung paano humiling.

• Seksyon 7.1: Pag-alam ng inyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos ninyong mamalagi sa ospital, ang manggagawa ng kaso o nurse ay magbibigay sa inyo ng abiso na tinatawag na “Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan.” Kung hindi ninyo matatanggap ang abisong ito, hilingin ito sa kahit na sinong empleyado ng ospital. Kung kailangan ninyo ng tulong, pakitawagan ang CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Maaari din kayong tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

Basahin nang mabuti ang abisong ito at magtanong kung hindi ninyo nauunawaan. Isinasaad sa inyo ng “Mahalagang Mensahe” ang tungkol sa inyong mga karapatan bilang isang pasyente sa ospital, kabilang ang inyong mga karapatang:

- Makakuha ng mga sinasakop na serbisyo ng Medicare habang o pagkatapos ng inyong pananatili sa ospital. May karapatan kayong malaman kung ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito, at kung saan ninyo makukuha ang mga serbisyong ito.
- Maging bahagi ng anumang desisyon hinggil sa tagal ng inyong pananatili sa ospital.
- Malaman kung saan iuulat ang anumang alalahaning mayroon kayo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa inyo sa ospital.
- Umapela kung sa palagay ninyo ay masyadong maaga ang pagpapalabas sa inyo sa ospital.

Dapat ninyong lagdaan ang abiso ng Medicare upang ipakitang natanggap ninyo ito at nauunawaan ninyo ang inyong mga karapatan. Ang paglagda sa paunawa ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon kayo sa petsa ng paglabas sa ospital na maaaring sinabi sa inyo ng inyong doktor o ng tauhan ng ospital.

Itabi ang inyong kopya ng abisong may lagda upang magkaroon kayo ng impormasyon tungkol dito kung kailanganin ninyo ito.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Upang paunang tingnan ang kopya ng abisong ito, maaari kayong tumawag sa CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Maaari din kayong tumawag sa **1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**. Libre ang tawag.
- Makikita rin ninyo ang abiso nang online sa <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.
- Kung kailangan ninyo ng tulong, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage o Medicare sa mga numerong nakalista sa itaas.

• **Seksyon 7.2: Antas 1 na Apela upang baguhin ang inyong petsa ng paglabas sa ospital**

Kung gusto ninyo na sakupin namin ang inyong mga pang-inpatient na serbisyo ng ospital para sa mas mahabang panahon, kailangan ninyong maghain ng apela. Isang Quality Improvement Organization ang magsasagawa ng pagsusuri sa Antas 1 na Apela upang malaman kung naaangkop para sa inyo ang nakatakdang petsa ng paglabas. Sa California, tinatawag na Livanta ang Quality Improvement Organization.

Upang maghain ng apela para baguhin ang inyong petsa ng paglabas sa ospital, tumawag sa Livanta sa: **1-877-588-1123**.

Tumawag kaagad!

Tumawag sa Samahan para sa Pagpapaunlad ng Kalidad (Quality Improvement Organization) **bago** kayo lumabas ng ospital at nang hindi lalampas sa nakatakdang petsa ng paglabas sa ospital. Naglalaman ang “Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan” ng impormasyon kung paano makikipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization.

- **Kung tatawag kayo bago kayo umalis**, pahihintulutan kayong manatili sa ospital pagkatapos ng inyong nakatakdang petsa ng paglabas sa ospital nang hindi ninyo kailangang magbayad habang hinihintay na makuha ang desisyon sa inyong apela mula sa Quality Improvement Organization.
- **Kung hindi kayo tumawag upang maghain ng apela**, at nagpasya kayong manatili sa ospital matapos ang nakaplanong petsa ng paglabas ninyo, maaaring pagbayarin kayo ng lahat ng gastos para sa pangangalaga sa ospital na natanggap ninyo matapos ang petsa ng inyong nakaplanong paglabas sa ospital.

Sa isang sulyap: Paano magsagawa ng Antas 1 na Apela upang baguhin ang petsa ng paglabas ninyo sa ospital

Tumawag sa Quality Improvement Organization para sa inyong estado sa **1-877-588-1123** at humiling ng “mabilis na pagsusuri”.

Tumawag muna bago kayo lumabas sa ospital at bago umabot sa inyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital.

- **Kung lalampas kayo sa deadline** para sa pakikipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization tungkol sa inyong apela, maaari kayong umapela nang direkta sa aming plano. Para sa mga detalye, tingnan ang Seksyon 7.4 sa pahina 210.
- Dahil sakop ng Medicare at Medi-Cal ang mga pamamalagi sa ospital, kung hindi diringgin ng Quality Improvement Organization ang kahilingan ninyong ipagpatuloy ang pananatili ninyo sa ospital, o kung sa palagay ninyo ay nangangailangan ang inyong sitwasyon ng agarang pansin, o may kaugnay itong mabilisan at matinding banta sa inyong kalusugan, o kung nakakaranas kayo ng matinding pangangailangan, maaari din kayong maghain ng reklamo o humiling ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan (Department of Managed Health Care o DMHC). Mangyaring pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 185 upang malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal.

Gusto naming siguraduhing naiintindihan ninyo kung ano ang kailangan ninyong gawin at kung kailan ang mga deadline.

- **Humingi ng tulong kung kailangan niyo ito.** Kung mayroon kayong mga tanong o kung kailangan ninyo ng tulong sa anumang oras, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Maaari din kayong tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagsusulong sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP) sa **1-800-434-0222**. O maaari ninyong tawagan ang Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077.

Ang ang Quality Improvement Organization?

Ito ay grupo ng mga doktor at ibang propesyunal sa pangangalaga sa kalusugan na binabayaran ng pamahalaang Pederal. Ang mga dalubhasang ito ay hindi bahagi ng aming plano. Sila ay binayaran ng Medicare upang suriin at tumulong na mapabuti ang kalidad ng pangangalaga sa mga taong may Medicare.

Humiling ng “mabilisang pagrepaso”

Dapat kayong humiling sa Quality Improvement Organization ng “mabilisang pagsusuri” ng inyong paglabas sa ospital. Nangangahulugan ang paghiling ng “mabilisang pagsusuri” na hinihiling ninyo sa organisasyong gamitin ang mga mabilisang deadline para sa isang apela sa halip na ang mga karaniwang deadline.

Ang legal na termino para sa “mabilisang pagsusuri” ay “agarang pagsusuri.”

Ano ang ginagawa sa panahon ng mabilisang pagrerepaso?

- Tatanungin kayo o ang inyong kinatawan ng mga tagasuri sa Quality Improvement Organization kung bakit sa palagay ninyo ay dapat magpatuloy ang pagkakasakop pagkalipas ng nakatakdang petsa ng paglabas sa ospital. Hindi ninyo kailangang maghanda ng kahit anong isusulat, ngunit maaari ninyong gawin kung nais ninyo.
- Titingnan ng mga tagarepaso ang inyong medikal na rekord, makikipag-usap sa inyong doktor, at rerepasuhin ang lahat ng impormasyon na may kaugnayan sa inyong pamamalagi sa ospital.
- Sa katanghalian ng araw pagkatapos ipaalam sa amin ng mga tagasuri ang tungkol sa inyong apela, makakatanggap kayo ng sulat na nagpapabatid ng inyong nakatakdang petsa ng paglabas sa ospital. Ipapaliwanag sa sulat kung bakit sa palagay namin ng inyong doktor at ospital ay makakabuti para sa inyong makalabas ng ospital sa naturang petsa.

Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay tinatawag na “**Detalyadong Abiso ng Paglabas sa Ospital.**” Makakakuha kayo ng sample nito sa pamamagitan ng pagtawag sa Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**. Maaari din kayong tumawag sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**. O kaya, makakakita kayo ng halimbawang abiso online sa <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Paano kung Oo ang sagot?

- Kung **Oo** ang isasagot ng Quality Improvement Organization sa inyong apela, dapat naming patuloy na sakupin ang inyong mga serbisyo sa ospital hangga’t medikal na kinakailangan ang mga ito.

Paano kung Hindi ang sagot?

- Kung **Hindi** ang isasagot ng Quality Improvement Organization sa inyong apela, sinasabi nila ritong medikal na naaangkop ang inyong nakatakdang petsa ng paglabas sa ospital. Kung mangyayari ito, magwawakas ang aming pagsakop sa inyong mga serbisyo sa ospital para sa inpatient katanghalian ng araw na iyon pagkatapos na ibigay sa inyo ng Quality Improvement Organization ang sagot nito.
- Kung sasagot ang Quality Improvement Organization ng **Hindi** at magpapasya kayong manatili sa ospital, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang inyong patuloy na pananatili sa ospital. Ang gastos sa pangangalaga sa ospital na maaaring kailanganin ninyong bayaran ay magsisimula sa katanghalian ng araw na iyon pagkatapos na ibigay sa inyo ng Quality Improvement Organization ang sagot nito.
- Kung tatanggihan ng Quality Improvement Organization ang inyong apela, at mananatili kayo sa ospital pagkatapos ng inyong nakatakdang petsa ng paglabas sa ospital, maaari kayong magsagawa ng Antas 2 na Apela gaya ng inilalarawan sa susunod na seksyon.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



• **Seksyon 7.3: Antas 2 na Apela upang baguhin ang inyong petsa ng paglabas sa ospital**

Kung tatanggihan ng Quality Improvement Organization ang inyong apela, at nanatili kayo sa ospital pagkatapos ng inyong nakatakdang petsa ng paglabas sa ospital, maaari kayong magsagawa ng Antas 2 na Apela. Kakailanganin ninyong makipag-ugnayang muli sa Quality Improvement Organization at humiling ng panibagong pagsusuri.

Humiling ng Antas 2 na pagsusuri **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw kung kailan tumugon ng **Hindi** ang Quality Improvement Organization sa inyong Antas 1 na Apela. Maaari lang ninyong hilingin ang pagsusuring ito kung nanatili kayo sa ospital pagkatapos ng petsang nagwakas ang inyong pagkakasakop sa pangangalaga.

Sa California, tinatawag na Livanta ang Quality Improvement Organization. Maaari kayong makipag-ugnayan sa Livanta sa: **1-877-588-1123**.

- Susuriing muli nang mabuti ng mga tagasuri sa Quality Improvement Organization ang lahat ng impormasyong may kaugnayan sa inyong apela.
- Sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri, magdedesisyon ang mga tagasuri sa Quality Improvement Organization.

Sa isang sulyap: Paano maghain ng Antas 2 na Apela upang papalitan ang inyong petsa ng paglabas sa ospital

Tumawag sa Quality Improvement Organization sa inyong estado sa **1-877-588-1123** at humiling ng panibagong pagsusuri.

Ano ang mangyayari kung Oo ang sagot?

- Dapat namin kayong bayaran para sa aming bahagi sa mga gastusin sa pangangalaga sa ospital na natanggap ninyo mula katanghalian ng araw pagkatapos ng petsa ng desisyon sa inyong unang apela. Dapat kaming magpatuloy sa pagbibigay ng pagkakasakop para sa inyong pangangalaga sa ospital para sa inpatient hangga't ito ay medikal na kinakailangan.
- Dapat ninyong patuloy na bayaran ang inyong bahagi sa mga gastusin at maaaring may ilapat na mga limitasyon sa pagkakasakop.

Ano ang mangyayari kung Hindi ang sagot?

Nangangahulugan itong sumasang-ayon ang Quality Improvement Organization sa desisyon sa Antas 1 at hindi nila iyon babaguhin. Sasabihin ng sulat na makukuha ninyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung nais ninyong magpatuloy sa proseso ng apela.

Kung ang Quality Improvement Organization ay tinanggihan ang inyong Apela sa Antas 2, maaaring kailangan ninyong bayaran ang buong halaga para sa inyong pamamalagi pagkatapos ang inyong naplanong petsa ng paglabas.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Maaari din kayong maghain ng reklamo o humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal upang maipagpatuloy ang inyong pananatili sa ospital. Mangyaring pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 185 upang malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal.

• **Seksyon 7.4: Ano ang mangyayari kung napalampas ko ang deadline ng pag-apela?**

Kung nakaligtaan ninyo ang mga deadline, mayroon pang paraan upang maghain ng Antas 1 at Antas 2 na Apela, ito ay tinatawag na Mga Alternatibong Apela. Ngunit ang unang dalawang antas ng apela ay magkaiba.

Antas 1 na Alternatibong Apela upang baguhin ang inyong petsa ng paglabas sa ospital

Kung nakaligtaan ninyo ang deadline ng pakikipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization, maaari kayong umapela sa amin upang humiling ng “mabilisang pagrerepaso.” Ang mabilisang pagrerepaso ay isang apelang gumagamit ng mabibilis na deadline sa halip na mga karaniwang deadline.

- Sa panahon ng pagrerepasong ito, sinusuri namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa pananatili ninyo sa ospital. Sinusuri namin upang malaman kung patas at nasunod ang lahat ng panuntunan sa pagdedesisyon kung kailan kayo dapat lumabas sa ospital.
- Gagamitin namin ang mga mabilisang deadline sa halip na mga karaniwang deadline para sa pagbibigay sa inyo ng sagot sa pagsusuring ito. Nangangahulugan itong ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras pagkatapos ninyong humiling ng “mabilisang pagrerepaso.”
- **Kung Oo ang sagot namin sa inyong mabilisang pagsusuri**, nangangahulugan ito na kailangan pa rin ninyong manatili sa ospital pagkalipas ng petsa ng paglabas sa ospital. Patuloy naming sasakupin ang mga serbisyo sa ospital hanggang ito kinakailangan sa paggamot.
- Nangangahulugan din itong sumasang-ayon kaming bayaran kayo para sa aming bahagi sa mga gastusin sa pangangalagang natanggap ninyo mula sa petsang sinabi naming matatapos ang inyong pagkakasakop.
- **Kung sasagot kami ng Hindi sa inyong mabilisang pagsusuri**, sinasabi namin ditong medikal na naaangkop ang inyong nakatakdang petsa ng paglabas sa ospital. Ang aming pagkakasakop sa inyong mga serbisyo sa ospital para sa inpatient ay magtatapos sa araw na sinabi naming matatapos ang pagkakasakop.

Sa isang sulyap: Paano magsagawa ng Antas 1 na Alternatibong Apela

Tumawag sa numero ng aming Yunit ng CareAdvantage at humiling ng “mabilisang pagsusuri” para sa petsa ng paglabas ninyo sa ospital.

Ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras.

- Kung nanatili kayo sa ospital pagkatapos ng inyong nakatakdang petsa ng paglabas, **maaaring kailanganin ninyong bayaran ang kabuuan ng gastos** sa natanggap ninyong pangangalaga sa ospital pagkatapos ng nakatakdang petsa ng paglabas sa ospital.
- Upang makasigurong sinunod namin ang lahat ng panuntunan nang sumagot kami ng **Hindi** sa inyong mabilisang apela, ipadadala namin ang inyong apela sa Independent Review Entity. Kapag ginawa namin ito, ibig sabihin ay awtomatikong dadalhin ang inyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng mga apela.

Ang legal na termino para sa “mabilisang pagsusuri” o “mabilisang apela” ay “**pinabilis na apela.**”

Antas 2 na Alternatibong Apela upang baguhin ang inyong petsa ng paglabas sa ospital

Ipadadala namin ang impormasyon para sa inyong Antas 2 na Apela sa Independent Review Entity (IRE) sa loob ng 24 na oras matapos naming ibigay sa inyo ang aming desisyon sa Antas 1. Kung sa tingin ninyo ay hindi namin natutugunan ang deadline na ito o ang iba pang deadline, maaari kayong magreklamo. Isinasaad sa inyo sa Seksyon 10 sa pahina 221 kung paano magsagawa ng reklamo.

Sa panahon ng Antas 2 na Apela, susuriin ng IRE ang aming naging desisyon nang sumagot kami ng **Hindi** sa inyong “mabilisang pagsusuri.” Ang organisasyong ito ang magpapasya kung dapat baguhin ang aming naging desisyon.

- Ang IRE ang gumagawa ng “mabilisang pagrerepaso” ng inyong apela. Karaniwang magbibigay sa inyo ng sagot ang mga tagasuri sa loob ng 72 oras.
- Ang IRE ay isang hiwalay na organisasyong kinukuha ng Medicare para sa serbisyo. Ang organisasyong ito ay hindi konektado sa aming plano at hindi ito isang ahensya ng pamahalaan.
- Susuriing mabuti ng IRE ang lahat ng impormasyong may kaugnayan sa inyong apela sa paglabas ninyo sa ospital.
- Kung **Oo** ang sagot ng IRE sa inyong apela, dapat namin kayong bayaran para sa aming bahagi sa mga gastusin sa natanggap ninyong pangangalaga sa ospital mula sa petsa ng inyong nakatakdang paglabas. Dapat din naming ipagpatuloy ang pagkakasakop namin sa inyong mga serbisyo sa ospital hangga’t medikal na kinakailangan ang mga ito.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRE, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa amin na medikal na naaangkop ang inyong nakatakdang petsa ng paglabas sa ospital.

Sa isang sulyap: Paano magsagawa ng Antas 2 na Alternatibong Apela

Wala kayong kailangang gawin. Awtomatikong ipadadala ng plano ang inyong apela sa Independent Review Entity.

- Sasabihin sa inyo sa matatanggap ninyong sulat mula sa IRE ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong magpatuloy sa proseso ng pagsusuri. Ibibigay nito sa inyo ang mga detalye kung paano magpatuloy sa Antas 3 na Apela, na hahawakan ng isang hukom.

Maaari din kayong maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal upang maipagpatuloy ang inyong pananatili sa ospital. Mangyaring pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 185 upang malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal. Maaari kayong humiling ng Independent Medical Review bukod pa sa o sa halip na Antas 3 na Apela.

Seksyon 8: Ano ang dapat gawin kung sa palagay ninyo ay masyadong maagang matatapos ang inyong pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga ng sanay na tagapag-alaga, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF)

Ang seksyong ito ay tungkol lang sa mga sumusunod na uri ng pangangalaga:

- Mga serbisyo para sa pantahanang pangangalagang pangkalusugan
- Pangangalaga ng sanay na tagapag-alaga sa isang pasilidad na may sanay na tagapag-alaga.
- Rehabilitasyon na pangangalaga na nakukuha ninyo bilang outpatient sa isang Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) na aprubado ng Medicare. Karaniwan, ibig sabihin nito ay makakakuha kayo ng paggamot para sa sakit o aksidente, o kayo ay nagpapagaling mula sa isang malaking operasyon.
 - Sa alinmang uri ng tatlong serbisyong ito ng pangangalaga, kayo ay may karapatan para manatiling makakuha ng mga nasasakupang serbisyo hangga't sinasabi ng doktor na kailangan ninyo.
 - Kapag nagpasya kaming itigil ang pagkakasakop sa alinman sa mga ito, dapat naming sabihin sa inyo bago matapos ang inyong mga serbisyo. Kapag natapos ang inyong pagkakasakop para sa pangangalagang iyon, ihihinto namin ang pagbabayad para sa inyong pangangalaga.

Kung sa palagay ninyo ay masyadong maaga naming tinatapos ang pagkakasakop sa inyong pangangalaga, **maaari kayong umapela sa aming desisyon.** Isinasaad sa inyo sa seksyong ito kung paano humiling ng apela.

- **Seksyon 8.1: Sasabihin namin sa inyo nang mas maaga kapag matatapos na ang inyong pagkakasakop**

Makatanggap kayo ng abiso nang hindi bababa sa dalawang araw bago namin ihinto ang pagbabayad sa inyong pangangalaga. Tinatawag itong “Abiso ng Hindi Pagkakasakop ng Medicare”.

- Ang nakasulat na pabatid ay sasabihin sa inyo ang petsa kung kailan namin ititigil ang pagsasakop sa inyong pangangalaga.
- Ipinapabatid din ng nakasulat na pabatid kung paano maghain ng apela sa desisyong ito.

Dapat kayong lumagda o ang inyong kinatawan sa nakasulat na abiso upang ipakitang natanggap ninyo ito. Ang paglagda rito ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon kayo sa plano na panahon na upang ihinto ang pagtanggap sa pangangalaga.

Kung natapos ang inyong pagkakasakop, ititigil namin ang pagbayad ng aming bahagi sa gastusin ng inyong pangangalaga.

• Seksyon 8.2: Paghain ng Antas 1 na Apela upang maipagpatuloy ang inyong pangangalaga

Kung sa palagay ninyo ay masyadong maaga ang pagtatapos namin sa inyong pangangalaga, maaari kayong umapela sa aming desisyon.

Isinasaad sa inyo sa seksyong ito kung paano humiling ng apela.

Bago kayo magsimula, intindihin kung ano ang kailangan ninyong gawin at kung ano ang mga deadline.

- **Tumugon sa mga deadline.** Mahalaga ang mga huling araw ng pagpasa. Siguruhing naiintindihan ninyo ang mga deadline na naaangkop sa mga bagay na dapat ninyong gawin at sundin ang mga ito. May mga deadline din na dapat sundin ng aming plano. (Kung sa palagay ninyo ay hindi namin natutugunan ang mga deadline, maaari kayong magsampa ng reklamo. Isinasaad sa inyo sa Seksyon 10 sa pahina 221 kung paano magsasampa ng reklamo.)
- **Humingi ng tulong kung kailangan niyo ito.** Kung may mga tanong kayo o kailangan ng tulong sa anumang oras, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**. O tawagan ang Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP) sa **1-800-434-0222**.

Sa panahon ng Antas 1 na Apela, susuriin ng Quality Improvement Organization ang inyong apela at magdedesisyon ito kung babaguhin ang aming naging desisyon. Sa California, tinatawag na Livanta ang Quality Improvement Organization. Maaari kayong makipag-ugnayan sa Livanta sa: **1-877-588-1123**. Ang impormasyon tungkol sa pag-apela sa Quality Improvement Organization ay makikita rin sa “Abiso ng Hindi Pagkakasakop ng Medicare”. Ito ang abisong matatanggap ninyo kapag ipinabatid sa inyong ititigil na namin ang pagsakop sa inyong pangangalaga.

Sa isang sulyap: Paano magsagawa ng Antas 1 na Apela upang hilingin sa planong ipagpatuloy ang inyong pangangalaga

Tumawag sa Quality Improvement Organization para sa inyong estado sa **1-877-588-1123** at humiling ng “pinabilis na apela.”

Tumawag muna bago kayo umalis sa ahensya o pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga sa inyo at bago ang inyong nakatakdang petsa ng paglabas.

Ang ang Quality Improvement Organization?

Ito ay grupo ng mga doktor at ibang propesyunal sa pangangalaga sa kalusugan na binabayaran ng pamahalaang Pederal. Ang mga dalubhasang ito ay hindi bahagi ng aming plano. Binayaran sila ng Medicare upang suriin at tumulong na mapabuti ang kalidad ng pangangalaga sa mga taong may Medicare.

Ano ang dapat ninyong hilingin?

Humiling sa kanila ng “pinabilis na apela.” Ito ay isang hiwalay na pagsusuri kung medikal bang naaangkop na tapusin namin ang pagkakasakop para sa inyong mga serbisyo.

Ang inyong deadline sa pakikipag-ugnayan sa organisasyong ito?

- Dapat kayong makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization nang hindi lalampas sa katanghalian ng araw na iyon pagkatapos ninyong matanggap ang nakasulat na abisong nagpapatid sa inyo kung kailan namin ititigil ang pagkakasakop sa inyong pangangalaga.
- Kung makakaligtaan ninyo ang deadline sa pakikipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization tungkol sa inyong apela, maaari kayong umapela nang direkta sa amin. Para sa mga detalye tungkol sa ibang paraang ito sa pag-apela, tingnan ang Seksyon 8.4 sa pahina 217.
- Kung hindi diringgin ng Quality Improvement Organization ang inyong kahilingang ipagpatuloy ang pagsakop sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o kung sa palagay ninyo ay nangangailangan ng agarang pansin ang inyong sitwasyon, o kung may kaugnay itong mabilisan at matinding banta sa inyong kalusugan o kung kayo ay nakakaranas ng matinding pangingirot, maaari kayong maghain ng reklamo at humiling ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal sa Department of Managed Health Care (DMHC) ng California. Mangyaring pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 185 upang malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal.

Ang legal na termino para sa nakasulat na abiso ay “Abiso ng Hindi Pagsakop ng Medicare.”

Upang makakuha ng halimbawang kopya, tumawag sa CareAdvantage Unit sa **1-866-880-0606** 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**. O tumingin ng kopya online sa <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

Ano ang ginagawa sa panahon ng pagsusuri ng Quality Improvement Organization?

- Ang mga tagarepaso sa Samahan para sa Pagpapaunlad ng Kalidad (QIO) ay magtatanong sa inyo o sa inyong kinatawan kung bakit naniniwala kayo na dapat magpatuloy ang pagkakasakop sa mga serbisyo. Hindi ninyo kailangang maghanda ng kahit anong isusulat, ngunit maaari ninyong gawin kung nais ninyo.
- Kapag humiling kayo ng apela, dapat sumulat ang plano sa inyo at sa Quality Improvement Organization kung saan ipinapaliwanag kung bakit dapat nang matapos ang inyong mga serbisyo.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Isasagawa ng mga tagasuri ang pagtingin sa inyong mga medikal na talaan, pakikipag-usap sa inyong doktor, at pagsuri ng impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.
- **Sa loob ng buong araw pagkatapos makuha ng mga tagasuri ang lahat ng impormasyong kailangan nila, sasabihin nila sa inyo ang kanilang desisyon.** Makakatanggap kayo ng sulat na nagpapaliwanag sa naging desisyon.

Ang legal na termino para sa sulat na nagpapaliwanag kung bakit dapat nang itigil ang inyong mga serbisyo ay **“Detalyadong Pagpapaliwanag ng Hindi Pagsakop.”**

Ano ang mangyayari kung Oo ang sagot ng mga tagasuri?

- Kung **Oo** ang sagot ng mga tagasuri sa inyong apela, dapat naming patuloy na ipagkaloob ang inyong mga sakop na serbisyo hangga’t medikal na kinakailangan ang mga ito.

Ano ang mangyayari kung Hindi ang sagot ng mga tagasuri?

- Kung **Hindi** ang sagot ng mga tagasuri sa inyong apela, matatapos ang inyong pagkakasakop sa petsa na sinabi namin sa inyo. Ititigil namin ang pagbabayad sa bahagi namin sa gastusin sa pangangalagang ito.
- Kung magdesisyon kayong magpatuloy sa pagtanggap ng pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na tagapag-alaga, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) pagkatapos ng petsang matatapos ang inyong pagkakasakop, kailangang kayo ang magbayad sa buong halaga ng pangangalaga.

• Seksyon 8.3: Paghain ng Antas 2 na Apela upang maipagpatuloy ang inyong pangangalaga

Kung sumagot ng **Hindi** ang Quality Improvement Organization sa inyong apela **at** pinili ninyong magpatuloy sa pagtanggap ng pangangalaga pagkatapos ng inyong pagkakasakop sa pangangalaga, maaaring kayong magsagawa ng Antas 2 na Apela.

Sa panahon ng Antas 2 na Apela, susuriing muli ng Quality Improvement Organization ang desisyong ginawa nila sa Antas 1, kung sabihin nilang sumasang-ayon sila sa desisyon sa Antas 1, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng inyong pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad na may sanay na tagapag-alaga, o mga serbisyo ng Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF) makalipas ang petsang sinabi naming magtatapos ang inyong pagkakasakop.

Sa California, tinatawag na Livanta ang Quality Improvement Organization. Maaari kayong makipag-ugnayan sa Livanta sa: **1-877-588-1123**. Humiling ng Antas 2 na pagsusuri **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw kung kailan tumugon ng **Hindi** ang Quality Improvement Organization sa inyong Antas 1 na Apela. Maaari lang kayong humiling ng pagsusuring ito kung patuloy kayong tumatanggap ng pangangalaga makaraan ang petsang natapos ang inyong pagsakop.

- Susuriing muli nang mabuti ng mga tagasuri sa Quality Improvement Organization ang lahat ng impormasyong may kaugnayan sa inyong apela.
- Magdedesisyon ang Quality Improvement Organization sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan sa pag-apela.

Ano ang mangyayari kung Oo ang sagot ng organisasyong nagsusuri?

- Dapat namin kayong bayaran para sa aming bahagi sa mga gastusin sa natanggap ninyong pangangalaga simula sa petsang sinabi naming magtatapos ang inyong pagkakasakop. Dapat kaming magpatuloy sa pagkakaloob ng pagsakop sa pangangalaga hangga't medikal itong kinakailangan.

Ano ang mangyayari kung Hindi ang sagot ng organisasyong nagsusuri?

- Ang ibig sabihin nito ay sumasang-ayon sila sa pasyang ginawa nila sa Antas 1 na Apela at hindi na nila iyon babaguhin.
- Isasaad sa inyo sa sulat na makukuha ninyo ang dapat ninyong gawin kung nais ninyong magpatuloy sa proseso ng pagsusuri. Ibigay nito sa inyo ang mga detalye kung paano magpatuloy sa Antas 3 na Apela, na pangangasiwaan ng isang hukom.
- Maaari kayong maghain ng reklamo sa DHMC at humiling dito ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal upang maipagpatuloy ang pagsakop sa inyong mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 185 upang malaman kung paano humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal. Maaari kayong maghain ng reklamo sa DHMC at humiling dito ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal bilang karagdagan sa, o sa halip na Antas 3 na Apela.

Sa isang sulya: Paano magsagawa ng Antas 2 na Apela upang hilingin sa planong sakupin ang inyong pangangalaga sa mas mahabang panahon

Tumawag sa Quality Improvement Organization para sa inyong estado sa **1-877-588-1123** at humiling ng panibagong pagsusuri.

Tumawag muna bago kayo umalis sa ahensya o pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga sa inyo at bago ang inyong nakatakdang petsa ng paglabas.

• **Seksyon 8.4: Paano kung napalampas ninyo ang deadline para sa paggawa ng inyong Antas 1 na Apela**

Kung nakaligtaan ninyo ang mga deadline, mayroon pang paraan upang maghain ng Antas 1 at Antas 2 na Apela, ito ay tinatawag na Mga Alternatibong Apela. Ngunit ang unang dalawang antas ng apela ay magkaiba.

Antas 1 na Alternatibong Apela upang maipagpatuloy ang inyong pangangalaga sa mas mahabang panahon

Kung nakaligtaan ninyo ang deadline ng pakikipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization, maaari kayong umapela sa amin upang humiling ng “mabilisang pagrerepaso.” Ang mabilisang pagrerepaso ay isang apelang gumagamit ng mabibilis na deadline sa halip na mga karaniwang deadline.

- Sa panahon ng pagrerepaso ng ito, titingnan namin ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na tagapag-alaga, o pangangalagang natanggap ninyo sa isang Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility (CORF). Susuriin namin upang malaman kung patas at sinunod ang lahat ng panuntunan sa pagpapasya kung kailan dapat matapos ang inyong mga serbisyo.
- Gagamitin namin ang mga mabilis na deadline sa halip na ang mga karaniwang deadline para sa pagbibigay sa inyo ng sagot sa pagsusuring ito. Ipapaalam namin sa inyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras pagkatapos ninyong humiling ng “mabilisang pagsusuri.”
- **Kung sasagot kami ng Oo** sa inyong mabilisang pagsusuri, ang ibig sabihin nito ay sumasang-ayon kaming ipagpatuloy ang pagsakop namin sa inyong mga serbisyo hangga’t medikal na kinakailangan ang mga ito.
- Nangangahulugan din itong sumasang-ayon kaming bayaran kayo para sa aming bahagi sa mga gastusin sa pangangalagang natanggap ninyo mula sa petsang sinabi naming matatapos ang inyong pagkakasakop.
- **Kung sasagot kami ng Hindi** sa inyong mabilisang pagsusuri, sinasabi namin dito na medikal na naaangkop ang paghinto sa inyong mga serbisyo. Ang aming pagkakasakop ay matatapos sa araw na sinabi naming matatapos ang pagkakasakop.

Sa isang sulyap: Paano magsagawa ng Antas 1 na Alternatibong Apela

Tumawag sa numero ng aming Yunit ng CareAdvantage at humiling ng “mabilisang pagsusuri.”

Ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon sa loob ng 72 oras.

Kung patuloy kayong tatanggap ng mga serbisyo pagkatapos ng araw na sinabi naming ihihinto ang mga ito, **maaaring kayo ang magbayad ng buong halaga ng gastos** para sa mga serbisyo.

Upang makasigurong sinunod namin ang lahat ng panuntunan nang sumagot kami ng **Hindi** sa inyong mabilisang apela, ipadadala namin ang inyong apela sa “Independent Review Entity.” Kapag ginawa namin ito, ibig sabihin ay awtomatikong dadalhin ang inyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng mga apela.

Ang legal na termino para sa “mabilisang pagsusuri” o “mabilisang apela” ay “**pinabilis na apela.**”

Antas 2 na Alternatibong Apela upang maipagpatuloy ang inyong pangangalaga sa mas mahabang panahon

Ipadadala namin ang impormasyon para sa inyong Antas 2 na Apela sa Independent Review Entity (IRE) sa loob ng 24 na oras matapos naming ibigay sa inyo ang aming desisyon sa Antas 1. Kung sa tingin ninyo ay hindi namin natutugunan ang deadline na ito o ang iba pang deadline, maaari kayong magreklamo. Isinasaad sa inyo sa Seksyon 10 sa pahina 221 kung paano magsagawa ng reklamo.

Sa panahon ng Antas 2 na Apela, susuriin ng IRE ang aming naging desisyon nang sumagot kami ng **Hindi** sa inyong “mabilisang pagsusuri.” Ang organisasyong ito ang magpapasya kung dapat baguhin ang aming naging desisyon.

Sa isang sulyap: Paano magsagawa ng Antas 2 na Apela upang hilinging ipagpatuloy ng plano ang inyong pangangalaga

Wala kayong kailangang gawin. Awtomatikong ipadadala ng plano ang inyong apela sa Independent Review Entity.

- Ang IRE ang gumagawa ng “mabilisang pagrerepaso” ng inyong apela. Karaniwang magbibigay sa inyo ng sagot ang mga tagasuri sa loob ng 72 oras.
- Ang IRE ay isang hiwalay na organisasyong kinukuha ng Medicare para sa serbisyo. Ang organisasyong ito ay hindi konektado sa aming plano at hindi ito isang ahensya ng pamahalaan.
- Susuriing mabuti ng mga tagarepaso sa IRE ang lahat ng impormasyon may kaugnayan sa inyong apela.
- **Kung Oo ang sagot ng IRE** sa inyong apela, dapat namin kayong bayaran para sa aming bahagi sa mga gastusin sa pangangalaga. Dapat din naming ituloy ang pagkakasakop sa inyong mga serbisyo hangga’t medikal na kinakailangan ang mga ito.
- **Kung Hindi ang sagot ng IRE** sa inyong apela, ibig sabihin ay sumasang-ayon sila sa amin na medikal na naaangkop ang paghinto sa pagsakop sa mga serbisyo.

Sasabihin sa inyo sa matatanggap ninyong sulat mula sa IRE ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong magpatuloy sa proseso ng pagsusuri. Ibibigay nito sa inyo ang mga detalye kung paano pupunta sa Antas 3 na Apela kung saan isang hukom ang mangangasiwa.

Maaari din kayong maghain ng reklamo sa DHMC at humiling dito ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal upang maipagpatuloy ang pagsakop sa inyong mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Mangyaring pumunta sa Seksyon 5.4 sa pahina 185 upang malaman kung paano humiling sa DMHC ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal. Maaari kayong maghain ng reklamo at humiling ng Hiwalay na Pagsusuring Medikal bilang karagdagan sa, o sa halip na ang Antas 3 na Apela.

Seksyon 9: Pagdadala ng inyong apela sa antas na mas mataas sa Antas 2

- **Seksyon 9.1: Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at bagay ng Medicare**

Kung kayo ay nagsagawa ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo o bagay ng Medicare, at tinanggihan ang parehong apela, mayroon kayong karapatan para sa karagdagang antas ng apela. Ang liham na nakuha ninyo mula sa Independent Review Entity ay magsasabi sa inyo kung ano ang gagawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng apela.

Ang Antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng Administrative Law Judge (ALJ). Ang taong gumagawa ng desisyon sa apela sa Antas 3 ay isang ALJ (attorney adjudicator) o abugadong adjudicator. Kung gusto ninyong repasuhin ng ALJ o abugadong adjudicator ang inyong kaso, natutugunan dapat ng bagay o medikal na serbisyong hinihiling ninyo ang pinakamababang dolyar na halagang kailangan. Kung ang dolyar na halaga ay mas mababa sa pinakamababang antas, hindi na kayo maaaring umapela pa. Kung ang halaga sa dolyar ay sapat na mataas, maaari ninyong hilingin sa isang ALJ o abugadong adjudicator na dinggin ang inyong apela.

Kung hindi kayo sang-ayon sa desisyon ng ALJ o abugadong adjudicator, maaari kayong pumunta sa Konseho ng Apela ng Medicare. Pagkatapos nito, maaari kayong magkaroon ng karapatang hilingin sa pederal na hukumang tingnan ang inyong apela.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa anumang yugto ng proseso ng pag-apela, maaari kayong makipag-ugnayan sa Cal MediConnect Ombuds Program sa **1-855-501-3077**.

- **Seksyon 9.2: Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at bagay ng Medi-Cal**

Mayroon din kayong higit pang karapatan sa pag-apela kung ang inyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o bagay na maaaring sakop ng Medi-Cal. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa Pagdinig ng Estado at gusto ninyong suriin ito ng ibang huwes, maaari kayong humiling ng muling pagdinig at/o humingi ng pagrerepaso ng hukuman.

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 maipadala ang sulat na ito sa loob ng 30 araw matapos ninyong matanggap ang inyong desisyon. Maaaring pahabain ang deadline na ito nang hanggang 180 araw kung may makatuwirang dahilan kayo sa hindi pag-abot sa huling araw.

Sa inyong kahilingan para sa muling pagdinig, isaad ang petsang natanggap ninyo ang desisyon at kung bakit dapat mapagbigyan ang isang muling pagdinig. Kung gusto ninyong magpakita ng karagdagang ebidensiya, ilarawan ang karagdagang ebidensiya at ipaliwanag kung bakit hindi ito naipakita noon at kung paano nito mababago ang desisyon. Maaari kayong makipag-ugnayan sa mga legal na serbisyo para sa tulong.

Upang humiling ng pagrerepaso ng hukuman, kailangan ninyong maghain ng petisyon sa Kataas-taasang Hukuman (sa ilalim ng Code of Civil Procedure Seksyon 1094.5) sa loob ng isang taon matapos ninyong matanggap ang desisyon. Ihain ang inyong petisyon sa Hukumang Superyor ng county na nabanggit sa inyong desisyon. Maaari kayong maghain ng petisyong ito nang hindi humihiling ng muling pagdinig. Walang mga bayarin para sa paghain. Maaari kayong makakuha ng mga makatuwirang bayarin at gastusin sa abogado kung ang Hukuman ay naglabas ng pangwakas na desisyon na pabor sa inyo.

Kung naisagawa ang muling pagdinig at hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon mula sa muling pagdinig, maaari kayong humiling ng pagrerepaso ng hukuman ngunit hindi na kayo maaaring humiling ng panibagong muling pagdinig.

Sekyon 10: Paano maghain ng reklamo

Anong mga uri ng mga problema ang dapat ireklamo?

Ang proseso ng pagrereklamo ay ginagamit lang sa ilang partikular na uri ng problema, tulad ng mga problemang may kaugnayan sa kalidad ng pangangalaga, mga tagal ng paghihintay, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng problemang pinapangasiwaan ng proseso ng pagrereklamo.

Mga reklamo hinggil sa kalidad

- Hindi kayo nasisiyahan sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng natanggap ninyong pangangalaga sa ospital.

Mga reklamo hinggil sa pagkapribado

- Sa palagay ninyo ay hindi iginagalang ng isang tao ang inyong karapatan sa pagkapribado, o nagbahagi siya ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa inyo.

Mga reklamo hinggil sa hindi magandang serbisyo sa customer

- Ang tagabigay ng serbisyo o kawani ng pangangalaga ng kalusugan ay bastos o hindi magalang sa inyo.
- Pangit ang pagtrato sa inyo ng mga kawani ng CareAdvantage CMC.
- Sa palagay ninyo ay inaalis kayo sa plano.

Mga reklamo hinggil sa accessibility

- Hindi ninyo pisikal na ma-access ang mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan at pasilidad sa isang tanggapan ng doktor o tagabigay ng serbisyo.
- Hindi kayo binibigyan ng inyong tagapagbigay ng serbisyo ng naaangkop na tulong na kailangan ninyo tulad ng interpreter ng American Sign Language.

Mga reklamo hinggil sa mga tagal ng paghihintay

- Ikaw ay nagkakaproblema sa pagkuha ng appointment, o masyadong matagal ang hinihintay para makuha ito.
- Kayo ay pinaghihintay nang masyadong matagal ng mga doktor, parmasyotiko, o ibang propesyonal sa kalusugan o ng Yunit ng CareAdvantage o ibang mga kawani ng plano.

Sa isang sulyap: Paano magsagawa ng reklamo

Maaari kayong magsagawa ng panloob na reklamo sa aming plano at/o isang panlabas na reklamo sa isang organisasyong hindi konektado sa aming plano.

Upang magsagawa ng panloob na reklamo, tumawag sa Yunit ng CareAdvantage o magpadala sa amin ng sulat.

May iba't ibang organisasyong humahawak ng mga panlabas na reklamo. Para sa higit pang impormasyon, basahin ang Seksyon 10.2 sa pahina 224.

Mga reklamo hinggil sa kalinisan

- Sa palagay ninyo ay hindi malinis ang klinika, ospital o tanggapan ng doktor.

Mga reklamo hinggil sa pagkuha ng serbisyo sa wika

- Hindi kayo binigyan ng inyong doktor o ng tagapagbigay ng serbisyo ng interpreter sa panahon ng inyong appointment.

Mga reklamo hinggil sa mga komunikasyon mula sa amin

- Sa palagay ninyo ay bigo kami sa pagbigay sa inyo ng pabatid o liham na dapat ninyong natanggap.
- Sa palagay ninyo ay mahirap maunawaan ang nakasulat na impormasyong ipinadadala namin sa inyo.

Mga reklamo sa pagiging napapanahon ng aming mga pagkilos kaugnay ng mga desisyon sa pagsakop o apela

- Sa palagay ninyo ay hindi namin natutugunan ang aming mga deadline sa paggawa ng desisyon sa pagsakop o pagsagot sa inyong apela.
- May palagay kayo na pagkatapos makuha ang desisyon sa pagsakop o apela na pumapanig sa inyo, hindi namin nasusunod ang mga deadline sa pagpapahintulot o pagbibigay sa inyo ng serbisyo o pagbabalik ng ibinayad ninyo para sa ilang partikular na serbisyong medikal.
- Sa palagay niyo ay hindi namin naipadala ang inyong kaso sa Independent Review Entity sa takdang panahon.

Ang legal na termino para sa “reklamo” ay “karaingan.”

Ang legal na termino para sa “pagrereklamo” ay “paghahain ng karaingan.”

May iba’t ibang uri ba ng mga reklamo?

Oo. Maaari kayong magsagawa ng panloob na reklamo at/o panlabas na reklamo. Ang isang panloob na reklamo ay inihahain sa at nirerepaso ng aming plano. Ang isang panlabas na reklamo ay inihahain sa at nirerepaso ng organisasyong walang kaugnayan sa aming plano. Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagsasagawa ng panloob at/o panlabas na reklamo, maaari kayong tumawag sa Cal MediConnect Ombuds Program sa **1-855-501-3077**.

• Seksyon 10.1: Mga panloob na reklamo

Upang magsagawa ng panloob na reklamo, tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Maaari kayong magreklamo anumang oras maliban kung tungkol ito sa isang gamot sa Bahagi D. Kung tungkol sa isang gamot sa Bahagi D ang reklamo, dapat ninyo itong ihain **sa loob ng 60 araw sa** kalendaryo pagkatapos ninyong maranasan ang problemang gusto ninyong ireklamo.

- Kung may iba pa kayong bagay na kailangang gawin, ipapaalam ito sa inyo ng Yunit ng CareAdvante.
- Maaari din ninyong isulat ang inyong reklamo at ipadala ito sa amin. Kung isusulat ninyo ang inyong reklamo, tutugon kami sa inyong reklamo sa pamamagitan ng sulat.
- Upang magsimula ng karaingan, kayo, ang inyong doktor, o ang iba pang tagapagbigay ng serbisyo, o ang inyong kinatawan, ay dapat makipag-ugnayan sa amin. Maaari ninyo kaming tawagan sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
- Maaari kayong humiling sa amin ng “karaniwang karaingan” o isang “mabilisang karaingan.”
- Kung kayo ay humihiling ng karaniwang karaingan o mabilisang karaingan, isulat ang inyong karaingan o tumawag sa amin.
- Maaari kayong magsumite ng nakasulat na karaingan sa sumusunod na address:

Grievance and Appeals Unit, Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100
South San Francisco, CA 94080

- Maaari ninyong isumite ang inyong kahilingan online sa: <https://grievance.hpsm.org/>
- Maaari din kayong maghain ng inyong karaingan sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa **1-888-576-7227**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
- Magpapadala kami ng sulat sa inyo sa loob ng 5 araw ng kalendaryo mula nang matanggap ang inyong karaingan upang ipaalam sa inyong natanggap namin ito

Ang legal na termino para sa “mabilis na reklamo” ay “pinabilis na karaingan.”

Kung posible ay kaagad namin kayong sasagutin. Kung tatawag kayo sa amin para sa isang reklamo, maaari kaming magbigay ng sagot sa mismong tawag sa teleponong iyon. Kung kinakailangan naming sumagot kaagad dahil sa kundisyon ng inyong kalusugan, gagawin namin ito.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



- Sinasagot namin ang karamihan sa mga reklamo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo. Kung hindi kami gagawa ng desisyon sa loob ng 30 araw ng kalendaryo dahil kailangan namin nang higit pang impormasyon, aabisuhan namin kayo sa sulat. Magbibigay din kami ng update sa status at tinatayang panahon na makukuha ninyo ang sagot.
- Kung kayo ay nagrereklamo dahil tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang "mabilisang desisyon sa pagkakasakop" o isang "mabilisang apela," awtomatiko namin kayong bibigyan ng "mabilisang reklamo" at tutugon sa inyong reklamo sa loob ng 24 oras.
- Kung nagrereklamo kayo dahil pinapatagal namin ang pagdedesisyon sa pagsakop, awtomatiko namin kayong bibigyan ng "mabilisang reklamo" at tutugunan namin ang inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

Kung hindi kami sumasang-ayon sa ilang bahagi o sa kabuuan ng inyong reklamo, sasabihin namin ito sa inyo at ipapaalam namin sa inyo ang aming mga dahilan. Tutugon kami kung sumasang-ayon kami o hindi sa reklamo.

• Seksyon 10.2: Mga panlabas na reklamo

Maaari ninyong sabihin sa Medicare ang tungkol sa inyong reklamo

Maaari din ninyong ipadala ang inyong reklamo sa Medicare. Makikita ang Form sa Pagrereklamo sa Medicare sa: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Pinagtutuunan ng pansin 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 feedback o alalahanin, o kung sa palagay ninyo ay hindi natutugunan ng plano ang inyong problema, pakitawagan ang **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**. Libre ang tawag.

Maaari ninyong sabihin sa Medi-Cal ang tungkol sa inyong reklamo

Tumutulong din ang Cal MediConnect Ombuds Program sa paglutas ng mga problema mula sa walang kinikilingang pananaw upang matiyak na natatanggap ng aming mga miyembro ang lahat ng mga sinasakop na serbisyong dapat naming maipagkaloob. Ang Cal MediConnect Ombuds Program ay walang kaugnayan sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan.

Ang numero ng telepono ng Cal MediConnect Ombuds Program ay **1-855-501-3077**. Libre ang mga serbisyo.

Maaari ninyong sabihin sa California Department of Managed Health Care ang tungkol sa inyong reklamo

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Ang Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan ng California (California Department of Managed Health Care o DMHC) ang responsable sa pangangasiwa ng mga plano ng pangangalagang pangkalusugan. Maaari ninyong tawagan ang Help Center ng DMHC para sa tulong sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Maaari kayong makipag-ugnayan sa DMHC kung kailangan ninyo ng tulong sa reklamong nangangailangan agad ng pansin o may kaugnay na mabilisan at malaking banta sa inyong kalusugan, kung kayo ay nakakaranas ng matinding pangingirot, kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon ng aming plano tungkol sa inyong reklamo, o hindi nalutas ng aming plano ang inyong reklamo pagkalipas ng 30 araw sa kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan upang humingi ng tulong mula sa Help Center:

- Tumawag sa **1-888-466-2219**. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na hindi makarinig, hirap makarinig, o may problema sa pagsasalita ang toll-free na numero ng TTY na **1-877-688-9891**. Libre ang tawag.
- Bumisita sa website ng Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan (<http://www.hmohelp.ca.gov>).

Maaari kayong maghain ng reklamo sa Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil

Maaari kayong magreklamo sa Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Kagawaran ng Serbisyong Pangkalusugan at Pantao kung sa palagay ninyo ay hindi naging makatarungan ang pagtrato sa inyo. Halimbawa, maaari kayong magreklamo tungkol sa access para sa may kapansanan o tulong sa wika. Ang numero ng telepono para sa Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ay 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697. Maaari din kayong bumisita sa <https://www.hhs.gov/ocr/index.html> para sa higit pang impormasyon.

Maaari din kayong makipag-ugnayan sa lokal na Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa:

Regional Manager Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Center sa Pagtugon sa Customer:

1-800-368-1019
Fax: 202-619-3818
TDD: **1-800-537-7697**

E-mail: ocrmail@hhs.gov

Maaari din kayong magkaroon ng karapatan sa ilalim ng Batas sa Mga Amerikanong May Kapansanan. Maaari kayong makipag-ugnayan sa Cal MediConnect Ombuds Program para sa tulong. Ang numero ng telepono ay **1-855-501-3077**.



Maaari kayong maghain ng reklamo sa Quality Improvement Organization

Kung tungkol sa kalidad ng pangangalaga ang inyong reklamo, mayroon din kayong dalawang mapagpipilian:

- Kung mas gusto ninyo, maaari kayong magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga nang direkta sa Quality Improvement Organization (nang hindi nagrereklamo sa amin).
- O maaari kayong maghain ng reklamo sa amin at sa Quality Improvement Organization. Kung nagrereklamo kayo sa organisasyong ito, makikipagtulungan kami sa kanila upang malutas ang inyong reklamo.

Ang Quality Improvement Organization (QIO) ay isang pangkat ng mga nanunungkulang doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at pahasayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente ng Medicare. Upang matuto pa tungkol sa Samahan para sa Pagpapaunlad ng Kalidad, tingnan ang Kabanata 2.

Sa California, tinatawag na Livanta ang Quality Improvement Organization. Ang numero ng telepono para sa Livanta ay **1-877-588-1123**.



Kabanata 10: Pagwawakas ng inyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect plan

Panimula

Ipinababatid ng kabanatang ito ang mga paraan ng pagtatapos ng inyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect plan at ang inyong mga pagpipilian sa pagkakasakop ng pangangalangang pangkalusugan matapos ninyong umalis sa plano. Kung iiwan ninyo ang aming plano, mananatili kayo sa mga programang Medicare at Medi-Cal hangga't kwalipikado kayo. Makikita ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito nang sunud-sunod batay sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Kailan ninyo maaaring wakasan ang inyong membership sa Cal MediConnect plan	228
B. Paano wakasan ang inyong membership sa aming Cal MediConnect plan	229
C. Paano kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay	229
C1. Mga paraan upang makuha ang inyong mga serbisyo ng Medicare	229
C2. Paano makuha ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal	232
D. Patuloy na makatanggap ng inyong mga medikal na serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magwakas ang inyong membership	233
E. Iba pang sitwasyon kung kailan mawawakasan ang inyong membership	233
F. Mga panuntunan sa paghiling sa inyong umalis sa aming Cal MediConnect plan batay sa anumang kadahilanang may kaugnayan sa kalusugan	234
G. Ang karapatan ninyong magreklamo kung wawakasan namin ang inyong membership sa aming plano	235
H. Paano makakakuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng inyong membership sa plano	235



A. Kailan ninyo maaaring wakasan ang inyong membership sa Cal MediConnect plan

Maaari ninyong wakasan ang inyong membership anumang oras sa loob ng kasalukuyang taon sa pamamagitan ng pagpapatala sa ibang Medicare Advantage Plan o paglipat sa Original Medicare.

Magkakaroon ng bisa sa Enero 1, 2020, kung kasali kayo sa isang programa ng pamamahala ng gamot, maaaring hindi kayo makapagpalit ng plano.CareAdvantage CMC

Ang inyong pagiging miyembro ay magwawakas sa huling araw ng buwan kung kailan namin natanggap ang inyong kahilingan para sa pagpalit ng inyong plano. Halimbawa, kung nakuha namin ang inyong kahilingan noong Enero 18, ang inyong pagkakasakop sa aming plano ay magtatapos sa Enero 31. Magsisimula ang inyong bagong pagkakasakop sa unang araw ng susunod na buwan (Pebrero 1, sa halimbawang ito).

Kapag pinatigil ninyo ang inyong pagiging miyembro sa Cal MediConnect, patuloy kayong nakatala sa Health Plan of San Mateo para sa mga benepisyo ng inyong mga serbisyo sa Medi-Cal. Maaari kayong pumili ng inyong mga opsyon sa pagpapatala sa Medicare kapag winakasan ninyo ang inyong membership sa aming Cal MediConnect plan.

Kung aalis kayo sa aming plano, maaari kayong kumuha ng impormasyon tungkol sa inyong:

- Mga opsyon sa Medicare sa talahanayan sa pahina 230.
- Mga serbisyo ng Medi-Cal sa pahina 232.

Makakakuha kayo ng karagdagang impormasyon tungkol sa kung paano ninyo mawawakasan ang inyong pagiging miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa:

- Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**.
- Programang Tulong ng Estado sa Insurance sa Kalusugan (State Health Insurance Assistance Program o SHIP), Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP) ng California, sa **1-800-434-0222**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Cal MediConnect Ombuds Program sa **1-855-501-3077**, Lunes hanggang Biyernes mula 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-855-847-7914**.
- Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

TANDAAN: Kung kasali kayo sa isang programa ng pamamahala ng gamot, maaaring hindi kayo makalipat ng plano. Tingnan ang Kabanata 5 para sa impormasyon tungkol sa mga programa ng pamamahala ng gamot.



B. Paano wakasan ang inyong membership sa aming Cal MediConnect plan

Kung magpapasya kayong wakasan ang inyong membership sa CareAdvantage CMCCareAdvantage CMC:

- Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**; O
- Tawagan ang Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY (mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita) sa **1-877-486-2048**. Kapag tumawag kayo sa **1-800-MEDICARE**, maaari din kayong magpatala sa ibang planong pangkalusugan o plano ng gamot ng Medicare. Nasa chart sa pahina 230 ang karagdagang impormasyon sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare kapag umalis kayo sa aming plano.

C. Paano kumuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang magkahiwalay

Kung umalis kayo sa CareAdvantage CMC at hindi kayo sumali sa isang Medicare Advantage plan, babalik kayo sa hiwalay na pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

C1. Mga paraan upang makuha ang inyong mga serbisyo ng Medicare

Magkakaroon kayo ng pagpipilian kung paano kayo kukuha ng inyong mga benepisyo sa Medicare. Mayroon kayong tatlong opsyon para sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare. Sa pamamagitan ng pagpili ng isa sa mga opsyong ito, awtomatiko ninyong wawakasan ang inyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect plan:

1. Maaari kayong lumipat sa:

Isang planong pangkalusugan ng Medicare gaya ng Medicare Advantage Plan o, kung natutugunan ninyo ang mga kinakailangan upang maging kwalipikado at nakatira kayo sa lugar ng serbisyo, isang Programa ng Pangalahatang Pangangalaga para sa May Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly o PACE)

Narito ang dapat gawin:

Tawagan ang Medicare sa
1-800-MEDICARE

(1-800-633-4227), 24 na oras bawat araw, pitong araw bawat linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

Para sa mga katanungan sa PACE, tumawag sa **1-855-921-PACE (7223)**.

Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon:

- Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP) ng California sa **1-800-434-0222**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Awtomatiko kayong matatanggal sa pagkakatala sa CareAdvantage CMC kapag nagsimula ang pagkakasakop ng inyong bagong plano.



2. Maaari kayong lumipat sa:

Original Medicare na may nakahiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare

Narito ang dapat gawin:

Tawagan ang Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras bawat araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon:

- Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP) ng California sa **1-800-434-0222**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Awtomatiko kayong matatanggal sa pagkakatala sa CareAdvantage CMC kapag nagsimula ang pagkakasakop ng inyong bagong plano.

3. Maaari kayong lumipat sa:

Original Medicare na walang nakahiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare

TANDAAN: Kapag lumipat kayo sa Original Medicare at hindi nagpatala sa hiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare, maaari kayong ipatala ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban na lang kung sinabi ninyo sa Medicare na ayaw ninyong sumali.

Dapat lang ninyong tanggalin ang pagsakop sa inireresetang gamot kung may pagsakop sa gamot kayo mula sa ibang mapagkukunan, gaya ng employer o union. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa kung kailangan ninyo ng pagkakasakop ng gamot, tawagan ang Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP) ng California sa **1-800-434-0222**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. to 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <https://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Narito ang dapat gawin:

Tawagan ang Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras bawat araw, pitong araw bawat linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon:

- Tumawag sa Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP) ng California sa **1-800-434-0222**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.

Awtomatiko kayong matatanggal sa pagkakatala sa CareAdvantage CMC kapag nagsimula ang inyong pagkakasakop sa Original Medicare.

C2. Paano makuha ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal

Kung aalis kayo sa aming Cal MediConnect plan, matatanggap pa rin ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Health Plan of San Mateo.

Kabilang sa inyong mga serbisyo ng Medi-Cal ang karamihan ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta at pangangalaga sa kalusugan ng pag-uugali.

Kapag winakasan ninyo ang inyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect plan, makakakuha kayo ng bagong ID Card ng Miyembro, bagong *Handbook ng Miyembro*, at bagong *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya* para sa inyong pagkakasakop sa Medi-Cal.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



D. Patuloy na makatanggap ng inyong mga medikal na serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magwakas ang inyong membership

Kung umalis kayo sa CareAdvantage CMC, maaaring tumagal pa bago matapos ang inyong pagiging miyembro at magsimula ang inyong bagong pagkakasakop sa Medicare at Medi-Cal. Tingnan ang pahina 228 para sa karagdagang impormasyon. Sa panahong ito, patuloy ninyong makukuha ang inyong mga pangangalaga sa kalusugan at gamot sa aming plano.

- **Dapat ninyong gamitin ang aming mga parmasya ng samahan upang kunin ang inyong mga reseta.** Kadalasan, sinasakop lang ang inyong mga inireresetang gamot kung kinuha ang mga ito sa isang parmasyang nasa network.
- **Kung naospital kayo sa araw na natatapos ang inyong pagiging miyembro, ang pananatili ninyo sa ospital ay kadalasang sinasakop ng aming Cal MediConnect plan hanggang palabasin kayo sa ospital.** Mangyayari ito kahit na ang inyong bagong pagkakasakop sa kalusugan ay mag-uumpisa na bago kayo palabasin.

E. Iba pang sitwasyon kung kailan mawawakasan ang inyong membership

Ang mga ito ang mga sitwasyon kung saan kailangan nang tapusin ng CareAdvantage CMC ang inyong pagiging miyembro sa plano:

- Kapag may puwang sa inyong pagkakasakop sa Bahagi A at Bahagi B ng inyong Medicare.
- Kapag hindi na kayo kwalipikado para sa Medi-Cal. Ang aming plano ay para sa mga taong kapwa kwalipikado sa Medicare at Medi-Cal. Kung wala kayong pagkakasakop sa Medi-Cal, awtomatikong tatapusin ng Estado ang inyong pagpapatala sa CareAdvantage CMC sa unang araw ng pangalawang buwan pagkatapos ng inyong Medi-Cal. Halimbawa, kung ang inyong Medi-Cal ay nagtapos noong Hunyo 1, awtomatiko kayong tatanggalin ng Estado sa pagkakatala sa CareAdvantage CMC kung ang inyong Medi-Cal ay hindi pa rin aktibo sa Agosto 1. Kung mangyari ito, awtomatiko kayong ipapatala sa Original Medicare.
- Kung aalis kayo sa aming lugar ng serbisyo.
- Kung malayo kayo sa aming lugar ng serbisyo nang mahigit sa anim na buwan.
 - Kung kayo ay lilipat o magbabakasyon nang matagal, kinakailangan ninyong tawagan Ang Yunit ng CareAdvantage upang malaman kung saklaw sa aming lugar ng serbisyo ang lugar na lilipatan o papasyalan ninyo.
- Kung makukulong kayo dahil sa isang krimen.
- Kung nagsinungaling kayo o nagtago ng impormasyon tungkol sa ibang insurance na mayroon kayo para sa mga inireresetang gamot.
- Kung kayo ay hindi isang mamamayan ng Estados Unidos o wala sa Estados Unidos ayon sa batas.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Dapat ay isa kayong mamamayan ng Estados Unidos o nasa Estados Unidos ayon sa batas upang maging miyembro ng aming plano. Aabisuhan kami ng Centers for Medicare & Medicaid Services kung hindi kayo kwalipikadong manatiling isang miyembro batay rito. Aalisin namin kayo sa pagkakatala kung hindi kayo nakakatugon sa kinakailangang ito.

Kung hindi na kayo kwalipikado para sa Medi-Cal o nagbago na ang inyong sitwasyon kaya hindi na kayo kwalipikado para sa Cal MediConnect, maaari ninyong ipagpatuloy ang pagkuha ng inyong mga benepisyo mula sa CareAdvantage CMC sa loob ng karagdagang dalawang buwan. Magbibigay-daan sa inyo ang karagdagang panahong ito na iwasto ang inyong impormasyon para sa pagiging kwalipikado kung naniniwala kayo na kwalipikado pa rin kayo. Makakatanggap kayo ng sulat mula sa amin tungkol sa pagbabago sa inyong pagiging kwalipikado na may mga tagubilin upang maiwasto ang inyong impormasyon para sa pagiging kwalipikado.

- Upang manatiling miyembro ng CareAdvantage CMC, dapat kayong maging kwalipikadong muli sa huling araw ng dalawang buwan.
- Kung hindi kayo kwalipikado hanggang sa matapos ang dalawang buwan, aalisin kayo sa pagkakatala sa CareAdvantage CMC.

Maaari lang namin kayong paalisin sa aming plano batay sa mga sumusunod na dahilan kung kumuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare at Medi-Cal:

- Kung sinadya ninyong magbigay sa amin ng maling impormasyon noong kayo ay nagpapatala sa aming plano at ang impormasyong iyon ay makakaapekto sa inyong pagiging kwalipikado sa aming plano.
- Kung patuloy kayong kumikilos sa paraang makakaabala at magiging mahirap sa amin na magbigay ng pangangalagang medikal para sa inyo at ibang miyembro ng aming plano.
- Kung hinayaan ninyo ang ibang tao na gamitin ang inyong ID Card ng Miyembro upang makakuha ng pangangalagang medikal.
 - Kung winakasan namin ang inyong membership batay sa dahilang ito, maaaring ipasiyasat ng Medicare ang inyong kaso sa isang Inspector General.

F. Mga panuntunan sa paghiling sa inyong umalis sa aming Cal MediConnect plan batay sa anumang kadahilanang may kaugnayan sa kalusugan

Kung sa palagay ninyo ay pinapaalis kayo sa plano nang dahil sa bagay na may kaugnayan sa kalusugan, dapat kayong **tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **1-877-486-2048**. Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

Dapat din ninyong **tawagan ang Cal MediConnect Ombuds Program sa 1-855-501-3077**, Lunes hanggang Biyernes mula 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-855-847-7914**.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



G. Ang karapatan ninyong magreklamo kung wawakasan namin ang inyong membership sa aming plano

Kung winakasan namin ang inyong pagiging miyembro sa aming Cal MediConnect plan, kailangang sabihin namin sa inyo ang aming mga dahilan sa sulat para sa pagwawakas ng inyong pagiging miyembro. Kailangan din naming ipaliwanag kung paano kayo makakapaghain ng karaingan o reklamo tungkol sa aming desisyong wakasan ang inyong pagiging miyembro. Maaari din kayong tumingin sa Kabanata 9 para sa impormasyon kung paano magsampa ng reklamo.

H. Paano makakakuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng inyong membership sa plano

Kung mayroon kayong mga tanong o gusto ng karagdagang impormasyon kung kailan naming maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa Cal MediConnect, maaari ninyong:

- Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa **1-866-880-0606**.
- Tawagan ang Programang Pagpapayo at Pagsusulong ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP) ng California sa **1-800-434-0222**, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o upang maghanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- Tawagan ang Cal MediConnect Ombuds Program sa **1-855-501-3077**, Lunes hanggang Biyernes mula 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-855-847-7914**.
- Tumawag sa Medicare sa **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-877-486-2048**.

This page intentionally left blank.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

此頁有意留為空白。

Ang pahinang ito ay sadyang iniwan na blangko.

Эта страница намеренно оставлена пустой.



Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kabilang sa abisong ito ang mga legal na abiso na nalalapat sa inyong pagiging miyembro sa CareAdvantage CMC. Makikita ang mga pangunahing termino at ang kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakaayos sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Paunawa tungkol sa mga batas.....	238
B. Paunawa tungkol sa hindi pandidiskrimina	238
C. Paunawa tungkol sa pagiging pangalawang tagapagbayad ng Medicare at sa pagiging panghuling tagapagbayad ng Medi-Cal.....	238

A. Paunawa tungkol sa mga batas

Maraming batas ang nalalapat sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Maaaring maapektuhan ng mga batas na ito ang inyong mga karapatan at responsibilidad kahit na ang batas ay hindi kasama o ipinaliwanag sa handbook na ito. Ang mga pangunahing batas na nalalapat sa handbook na ito ay ang mga pederal na batas hinggil sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Maaaring mailapat din ang iba pang batas ng pederal na pamahalaan at estado.

B. Paunawa tungkol sa hindi pandidiskrimina

Ang bawat kumpanya o ahensyang nakikipagtulungan sa Medicare at Medi-Cal ay dapat sumunod sa mga batas na nagpoprotekta sa inyo mula sa pandidiskrimina o hindi patas na pakikitungo. Hindi namin kayo ididiskrimina o pakikitunguhan sa ibang paraan nang dahil sa inyong edad, karanasan sa mga claim, kulay, etnisidad, katibayan ng pagkakaroon ng insurance, kasarian, genetic na impormasyon, heograpikong lokasyon, kundisyon ng kalusugan, kasaysayang medikal, kapansanan sa pag-iisip o katawan, bansang pinagmulan, lahi, relihiyon, o kasarian.

Kung gusto ninyo ng karagdagang impormasyon o kung mayroon kayong mga alalahanin tungkol sa pandidiskrimina o hindi patas na pakikitungo, tawagan ang Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Department of Health and Human Services sa **1-800-368-1019**. Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa **1-800-537-7697**. Maaari din kayong bumisita sa <http://www.hhs.gov/ocr> para sa karagdagang impormasyon.

Kung mayroon kayong kapansanan at kailangan ninyo ng tulong sa pagkuha ng mga serbisyo sa pangangalaga o tagapagbigay ng serbisyo, tumawag sa Yunit ng CareAdvantage. Kung mayroon kayong reklamo, gaya ng problema sa pag-access ng wheelchair, makakatulong sa inyo ang Yunit ng CareAdvantage.

C. Paunawa tungkol sa pagiging pangalawang tagapagbayad ng Medicare at sa pagiging panghuling tagapagbayad ng Medi-Cal

Kung minsan, kailangang may ibang taong magbayad muna para sa mga serbisyong ipinagkakaloob namin sa inyo. Halimbawa, kung kayo ay nasangkot sa aksidente sa kotse o kung kayo ay nasugatan sa trabaho, kailangang mabayabad muna ang insurance o Bayad-pinsala sa Manggagawa.

Mayroon kaming karapatan at responsibilidad na mangolekta para sa mga sakop na serbisyo ng Medicare kung saan hindi Medicare ang unang tagapagbayad.

Ang programa ng Cal MediConnect ay sumusunod sa mga batas at regulasyon ng Estado at Pederal na pamahalaan na may kaugnayan sa mga legal na pananagutan ng ikatlong partido para sa mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan para sa mga miyembro. Susubukan naming gawin ang lahat ng makatwirang hakbang upang matiyak na ang programa ng Medi-Cal ay ang panghuling tagapagbayad.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Panimula

Makikita sa kabanatang ito ang mga pangunahing terminong ginamit sa buong *Handbook ng Miyembro* kasama ang mga kahulugan ng mga ito. Nakalista ang mga termino nang sunud-sunod batay sa alpabeto. Kung hindi ninyo makita ang terminong hinahanap ninyo o kung kailangan ninyo ng karagdagang impormasyon bukod sa nakalagay na kahulugan, makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.



Agarang pangangalaga: Ang pangangalaga na makukuha ninyo para sa biglaang sakit, pinsala, o kundisyon na hindi emergency ngunit nangangailangan ng agarang pangangalaga. Maaari kayong kumuha ng agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan kapag ang mga tagabigay ng serbisyo ng samahan ay pansamantalang hindi magagamit o hindi ninyo mapuntahan ang mga ito.

Ang ahensya ng pederal na pamahalaan na nakatakdang mangasiwa sa Medicare: Programang serbisyo sa pasilidad para sa outpatient na naghahatid ng may-kasanayang pangangalaga, mga serbisyong panlipunan, mga therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta ng pamilya/tagapag-alaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang serbisyo sa mga kwalipikadong Nagpapatala na makakatugon kayo sa mga naaangkop na pamantayan sa pagiging kwalipikado.

Apela: Isang paraan ninyo para hamunin ang aming aksyon kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami. Maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang desisyon sa pagkakasakop sa pamamagitan ng paghahain ng apela. Ipinapaliwanag sa Kabanata 9 ang mga apela, kabilang ang kung paano maghain ng apela.

Bahagi A ng Medicare: Ang programa ng Medicare na sumasakop sa karamihan ng medikal na kinakailangang pangangalaga sa ospital, pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, tahananang pangkalusugan at hospisyo.

Bahagi A: Tingnan ang “Bahagi A ng Medicare.”

Bahagi B ng Medicare: Ang programa ng Medicare na sumasakop sa mga serbisyo (tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo, mga operasyon, at mga pagbisita sa doktor) at supply (tulad ng mga wheelchair at walker) na medikal na kinakailangan para sa paggamot ng sakit o kundisyon. Sakop din ng Bahagi B ng Medicare ang maraming serbisyo para sa pag-iwas sa sakit at eksaminasyon.

Bahagi B: Tingnan ang “Bahagi B ng Medicare.”

Bahagi C ng Medicare: Ang programa ng Medicare na nagbibigay-daan sa mga kumpanya ng pribadong insurance sa kalusugan na magkaloob ng mga benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng Medicare Advantage Plan.

Bahagi C: Tingnan ang “Bahagi C ng Medicare.”

Bahagi D ng Medicare: Ang programa ng benepisyo sa inireresetang gamot ng Medicare. (Para maikli, tinatawag naming “Bahagi D” ang programang ito.) Sakop ng Bahagi D ang mga inireresetang gamot para sa outpatient, mga bakuna at ilang supply na hindi sakop ng Bahagi A o Bahagi B ng Medicare o Medi-Cal. Kasama sa CareAdvantage CMC ang Bahagi D ng Medicare.

Bahagi D: Tingnan ang “Bahagi D ng Medicare.”

Bahagi sa Gastos: Ang bahagi ng inyong gastos sa pangangalagang kalusugan na maaaring kailangan ninyong bayaran bawat buwan bago maging epektibo ang mga benepisyo ng Cal MediConnect. Ang halaga ng inyong bahagi sa gastos ay iba-iba depende sa inyong kita at pinagkukunan ng yaman at/o tulong.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Binayaranang tulong habang naghihintay: Maaari kayong patuloy na makatanggap ng inyong mga benepisyo habang naghihintay kayo ng desisyon sa Antas 1 na Apela o Pagdinig ng Estado (Tingnan ang Kabanata 9 para sa karagdagang impormasyon). Ang patuloy na pagkakasakop ay tinatawag na “Binayaranang tulong habang naghihintay (Aid paid pending o APP)”

Cal MediConnect: Isang programang nagbibigay ng inyong mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal na pinagsama sa isang planong pangkalusugan. Mayroon kayong isang ID Card ng Miyembro para sa lahat ng inyong benepisyo.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): Ang ahensya ng pederal na pamahalaan na nangangasiwa sa Medicare. Ipinapaliwanag ng Kabanata 2 kung paano makipag-ugnayan sa CMS.

Comprehensive outpatient rehabilitation facility (CORF): Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo sa rehabilitasyon pagkatapos magkasakit, maaksidente, o sumailaim sa malaking operasyon. Ito ay nagkakaloob ng sari-saring serbisyo, kabilang ang pisikal na terapiya, panlipunan o sikolohiyang serbisyo, terapiya sa paghinga, terapiya sa trabaho, terapiya sa pananalita, at pagtatasa ng pantahanang kapaligiran.

Cost-sharing (Pagtutulungan sa babayaran): Ang halaga na kailangan ninyong bayaran kapag kumukuha kayo ng ilang partikular na inireresetang gamot. Kasama sa bahagi sa gastos ang mga copay.

Co-pay: Isang hindi nagbabagong halagang babayaran ninyo bilang bahagi ninyo sa gastos sa tuwing kumukuha kayo ng mga inireresetang gamot. Halimbawa, maaaring magbayad kayo ng \$1.30 o \$8.95 para sa isang inireresetang gamot.

Desisyon sa pagkakasakop: Ang desisyon tungkol sa kung ano ang mga benepisyong sasakupin namin. Kabilang dito ang mga desisyon hinggil sa mga sakop na gamot at serbisyo o ang halaga na babayaran namin para sa inyong mga serbisyon pangkalusugan. Ipinapaliwanag sa Kabanata 9 kung paano humiling sa amin ng desisyon sa pagkakasakop.

Emergency: Ang medikal na emergency ay ang pagkakataon kung saan sa palagay ninyo, o ng iba pang taong may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay nakakaranas kayo ng mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na pansin para maiwasan ang pagkasawi, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng kakayahan ng bahagi ng katawan. Ang mga medikal na sintomas ay maaaring malubhang pinsala o malubhang pananakit.

Espesyalista: Isang doktor na nagkakaloob ng pangangalaga sa kalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan.

Generic na gamot: Ang inireresetang gamot na aprubado ng pederal na pamahalaan na gamitin kapalit ng may tatak na gamot. Ang generic na gamot ay may parehong sangkap gaya ng mga gamot na may tatak. Ito ay kadalasang mas mura at kasing epektibo rin ng gamot na may tatak.

Halaga ng pang-araw-araw na pagtutulungan sa babayaran: Ang halaga na maaaring malapat kapag nagreseta sa inyo ang inyong doktor ng mas kaunti sa isang buwang supply ng ilang partikular na gamot at kailangan ninyong magbayad ng copay. Ang halaga ng pang-araw-araw na pagtutulungan sa babayaran ay ang copay na hinati sa bilang ng mga araw para sa supply sa isang buwan.

Narito ang isang halimbawa: Ipagpalagay natin na ang copay sa inyong gamot para sa isang buwang supply (supply para sa 30 araw) ay \$1.30. Ang ibig sabihin nito ay ang halagang babayaran ninyo para sa inyong gamot ay mas malaki nang kaunti sa \$0.04 bawat araw. Kung kukuha kayo ng supply ng gamot para sa 7 araw, mas mataas nang kaunti sa \$0.04 ang babayaran ninyo sa bawat araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na \$0.30.

Handbook ng Miyembro at Impormasyon sa Paghahayag: Ang dokumentong ito, kasama ang inyong form ng pagpapatala at anumang iba pang kalakip, o rider, ay nagpapaliwanag sa inyo ng tungkol sa pagsakop ninyo, sa dapat naming gawin, sa inyong mga karapatan, at sa dapat ninyong gawin bilang miyembro ng aming plano.

Hiwalay na Pagsusuring Medikal (Independent Medical Review o IMR): Kung tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, maaari kayong maghain ng apela sa amin. Kung hindi kayo sang-ayon sa aming desisyon at ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo ng Medi-Cal, kabilang ang mga DME na supply at gamot, maaari kayong humiling ng IMR mula sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan ng California. Ang IMR ay isang pagrerepaso ng inyong kaso ng mga doktor na hindi bahagi ng aming plano. Kung pabor sa inyo ang pasya sa IMR, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyo o paggamot na hinihiling ninyo. Wala kayong babayaran para sa isang IMR.

Hospisyo: Isang programa ng pangangalaga at suporta para sa mga taong may sakit na wala nang kagalingan upang makapamuhay sila nang kumportable. Ang tinatayang kamatayan ay nangangahulugang ang tao ay may sakit at malapit nang mamatay at inaasahang may natitirang anim na buwan o mas kaunting panahon upang mabuhay.

- Ang isang nagpatala na may tinatayang kamatayan ay may karapatang pumili ng hospisyo.
- Ang pangkat ng mga propesyonal at tagapag-alaga na may pinagdaanang espesyal na pagsasanay ay nagbibigay ng pangangalaga para sa kabuuan ng pagkatao, kabilang ang pangkatawan, pandamdamin, pakikipagkapwa, at pang-espirituwal na pangangailangan.
- Dapat bigyan kayo ng CareAdvantage CMC ng isang listahan ng mga tagabigay ng serbisyo ng hospisyo sa inyong lugar.

Inpatient: Ang terminong ginagamit kapag kayo ay pormal na namalagi sa ospital para sa mga may-kasanayang serbisyong medikal. Kung kayo ay hindi pormal na namalagi sa ospital, maaari pa rin kayong maturing na outpatient sa halip na inpatient kahit na kayo ay namalagi sa ospital.

Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga sa Kalusugan (Department of Health Care Services o DHCS): Ang kagawaran ng Estado sa California na nangangasiwa sa Programa ng Medicaid (tinatawag na Medi-Cal sa California), na pangkalahatang tinutukoy bilang “ang Estado” sa handbook na ito.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Kalusugan (Department of Managed Health Care o DMHC): Ang kagawaran ng Estado sa California na responsable sa pangangasiwa ng mga planong pangkalusugan. Ang DMHC ay tumutulong sa mga tao sa Cal MediConnect na may mga apela at mga reklamo sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal (Independent Medical Reviews o IMR).

Kalusugan ng Pag-uugali: Isang pangkalahatang termino na tumutukoy sa mga problema sa kalusugan ng pag-iisip at pag-abuso sa ipinagbabawal na gamot.

Karagdagang Tulong: Programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may mga limitadong kita at mapagkukunan na mabawasan ang mga gastusin sa inireresetang gamot na sakop ng Bahagi D ng Medicare, gaya ng mga premium, naibabawas, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Tulong Para sa Mababang Kita” (“Low-Income Subsidy” o “LIS”).

Karaingan: Ang reklamo ninyo laban sa amin o isa sa mga tagapagbigay ng serbisyo o parmasyang nasa network. Kasama rito ang reklamo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga o sa kalidad ng serbisyong ibinibigay ng inyong planong pangkalusugan.

Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Listahan ng Gamot): Isang listahan ng mga inirereseta at over-the-counter (OTC) na gamot na sakop ng plano. Pinipili ng plano ang mga gamot sa listahan na ito sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Ipinabatid ng Listahan ng Gamot sa inyo kung mayroong anumang mga panuntunan na kailangan ninyong sundin upang makuha ang inyong mga gamot. Ang Listahan ng Gamot ay tinatawag din minsan bilang “pormularyo.”

Lugar ng serbisyo: Isang heograpikong lugar kung saan tumatanggap ng mga miyembro ang isang planong pangkalusugan kung may mga limitasyon ito sa membership batay sa tirahan ng mga tao. Para sa mga plano na may limitasyon kung aling mga doktor at ospital ang maaari ninyong gamitin, ito ay karaniwan din na ang lugar kung saan kayo ay nakakatanggap ng mga regular (hindi emergency) na serbisyo. Ang mga tao lang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ang maaaring sumali sa CareAdvantage CMC.

Mali/hindi naaangkop na pagsingil: Isang sitwasyon kung saan ang isang tagapagbigay ng serbisyo (gaya ng doktor o ospital) ay naningil sa inyo ng halagang mas malaki sa pagtutulongan sa babayaran ng plano para sa mga serbisyo. Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro ng CareAdvantage CMC kapag kumuha kayo ng anumang serbisyo o reseta. Tumawag sa Yunit ng CareAdvantage kung makakatanggap kayo ng anumang bill na hindi ninyo nauunawaan.

Matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment o DME): Ang ilang partikular na item na ibinilin ng inyong mga doktor na gamitin ninyo sa inyong tahanan. Ang mga halimbawa ng mga bagay na ito ay ang mga wheelchair, saklay, powered mattress system, supply para sa diabetes, higaan sa ospital na iniutos ng isang tagabigay ng serbisyo para magamit sa tahanan, IV infusion pump, speech generating device, kagamitan para sa oxygen at mga supply, nebulizer, at walker.

May tatak na gamot: Ang iniresetang gamot na ginagawa at ibinebenta ng isang kumpanya ng gamot na orihinal na gumawa ng gamot. Ang mga gamot na may tatak ay may parehong sangkap gaya ng mga generic na gamot. Ang mga generic na gamot ay karaniwang ginagawa at ibinebenta ng ibang mga kumpanya ng gamot.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programang Medicaid ng California. Ang Medi-Cal ay pinapangasiwaan ng estado at ito ay binabayaran ng estado at ng pamahalaang pederal.

- Iba-iba ang mga programa ng Medicaid sa bawat estado, ngunit sinasakop ang karamihan sa mga gastusin sa pangangalagang pangkalusugan kung kwalipikado kayo sa Medicare at Medicaid.
- Sinasakop nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi sinasakop ng Medicare.
- Tingnan ang Kabanata 2 para sa impormasyon tungkol sa kung paano makikipag-ugnayan sa Medi-Cal.
- Tinutulungan nito ang mga tao na may limitadong kita at pinagkukunan ng yaman at/o tulong upang bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga gastusing medikal.

Medicare Advantage Plan: Isang programa ng Medicare, na kilala rin bilang “Bahagi C ng Medicare” o “mga MA Plan,” na nag-aalok ng mga plano sa pamamagitan ng mga pribadong kumpanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kumpanyang ito upang sakupin ang inyong mga benepisyo ng Medicare.

Medicare: Ang pederal na programa sa insurance sa kalusugan para sa mga taong may edad na 65 o mas matanda, ilang tao na wala pang 65 taong gulang na may partikular na kapansanan, at mga taong may End-Stage Renal Disease (karaniwan ay iyong mga may permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o kidney transplant). Ang mga taong may Medicare ay maaaring makakuha ng kanilang pagsakop sa kalusugan ng Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o plano ng pinamamahalaang pangangalaga (tingnan ang “Planong pangkalusugan”).

Medikal na kinakailangan: Inilalarawan nito ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan ninyo upang maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang isang medikal na kundisyon o upang mapangalagaan ang kundisyon ng inyong kalusugan sa kasalukuyan. Kabilang dito ang pangangalaga na nakakapagpigil sa inyong pananatili sa ospital o tahanang tagapangalaga. Nangangahulugan din ito na ang mga serbisyo, supply, o gamot ay nakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan sa medikal na kasanayan. Sa ilalim ng Medi-Cal, tinutukoy nito ang lahat ng sakop na serbisyong makatuwiran at kinakailangan upang maprotektahan ang buhay, upang mapigilan ang malalang sakit o malalang kapansanan, o upang mabawasan ang malalang pananakit sa pamamagitan ng diagnosis o paggamot sa sakit, karamdaman, o pinsala.

Mga aktibidad sa araw-araw na pamumuhay (activities of daily living o ADL): Ang mga bagay na ginagawa ng mga tao sa karaniwang araw, tulad ng pagkain, pagbabanyo, pagsusuot ng damit, pagligo, o pagsipilyo ng ngipin.

Mga gamot sa Bahagi D ng Medicare: Mga gamot na maaaring sakupin sa ilalim ng Bahagi D ng Medicare. May ilang kategorya ng mga gamot na partikular na hindi isinama ng kongreso sa pagsakop bilang mga gamot sa Bahagi D. Maaaring sakupin ng Medi-Cal ang ilang sa gamot na ito.

Mga gamot sa Bahagi D: Tingnan ang “Mga gamot sa Bahagi D ng Medicare.”

Mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost): Ang kinakailangang bahagi sa gastos na babayaran ng mga miyembro para sa bahagi ng mga serbisyo o gamot na natatanggap nila ay tinatawag ding kinakailangang gastos mula sa “sariling bulsa.” Tingnan ang kahulugan ng “cost sharing” sa itaas.

Mga limitasyon sa dami: Limitasyon sa dami ng gamot na maaari ninyong makuha. Ang mga limitasyon ay maaaring sa dami ng gamot na aming sasakupin kada reseta.

Mga Medi-Cal Plan: Mga plano na sinasakop lang ang mga benepisyo ng Medi-Cal, gaya ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kasangkapang medikal, at transportasyon. Hiwalay ang mga benepisyo ng Medicare.

Mga Opsyonal na Serbisyo ng Plano ng Pangangalaga (Care Plan Optional Services o CPO Services): Mga karagdagang serbisyo na opsyonal sa ilalim ng inyong Pansariling Plano ng Pangangalaga (Individualized Care Plan o ICP). Ang mga serbisyong ito ay hindi naglalayon na palitan ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na pinahihintulutang matanggap ninyo sa ilalim ng Medi-Cal.

Mga over-the-counter (OTC) na gamot: Tumutukoy ang mga over-the-counter na gamot sa anumang gamot na mabibili ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term services and supports o LTSS): Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta ay ang mga serbisyong tumutulong sa pagpapabuti ng pangmatagalang kundisyong medikal. Ang karamihan ng mga serbisyong ito ay para matulungan kayong manatili sa inyong bahay para hindi na kayo pupunta sa tahanan pangangalaga o ospital. Kabilang sa LTSS ang Pagpapalano at Pamamahala sa Pangangalaga (Care Planning and Management o CPM), Mga Serbisyo para sa Nasa Hustong Gulang na Nakabatay sa Komunidad (Community Based Adult Services o CBAS), at Mga Pasilidad ng Pangangalaga/Pasilidad para sa Pangangalaga ng Hindi Malubhang Kundisyon (Nursing Facilities/Sub-Acute Care Facilities o NF/SCF).

Mga Prosthetic at Orthotic: Ang mga ito ay mga medikal na device na ipinapagamit ng inyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan. Kabilang sa mga sakop na bagay ang, ngunit hindi limitado sa, mga brace para sa braso, likod, at leeg; artipisyal na biyas; artipisyal na mata; at mga aparato na kinakailangan upang palitan ang isang laman-loob o paggana ng katawan, kabilang ang mga supply sa ostomy at panggamit ng enteral (pagpapakain gamit ang tubo) at parenteral (pagpapakain sa pamamagitan ng iniksyon sa ugat) na nutrisyon.

Mga sakop na gamot: Ang termino na ginagamit namin na tumutukoy sa lahat ng inirereseta at over-the-counter (OTC) na gamot na sakop ng aming plano.

Mga sakop na serbisyo: Ang pangkalahatang terminong ginagamit namin na tumutukoy sa lahat ng pangangalagang pangkalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, mga inirereseta at over-the-counter na gamot, kagamitan, at ibang serbisyo na sakop ng aming plano.

Mga serbisyo sa rehabilitasyon: Ang paggamot na nakukuha ninyo upang matulungan kayong gumaling mula sa sakit, aksidente o malaking operasyon. Tingnan ang Kabanata 4 upang matuto pa tungkol sa mga serbisyo sa rehabilitasyon.

Mga serbisyong sakop ng Medicare: Mga serbisyong sakop ng Bahagi A at Bahagi B ng Medicare. Kailangang sakupin ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kabilang ang aming plano, ang lahat ng serbisyong sakop ng Bahagi A at Bahagi B ng Medicare.

Mga tier ng gamot: Mga pangkat ng mga gamot sa aming Listahan ng Gamot. Ang mga halimbawa ng mga antas ng gamot ay mga generic, may tatak, o over-the-counter (OTC) na gamot. Ang bawat gamot sa Listahan ng Gamot ay nasa isa sa tatlong (3) tier.

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano): Isang tao na may Medicare at Medi-Cal na karapat-dapat sa pagkuha ng mga sakop na serbisyo, nakatala sa aming plano, at kumpirmado ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) at ng estado ang kanyang pagkakatala.

Modelo ng pangangalaga: Ang Modelo ng Pangangalaga (Model of Care o MOC) ay ang plano ng HPSM para sa paghahatid at pagkokoordina ng mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal para sa mga miyembro ng CareAdvantage CMC. Inilalarawan ng MOC kung paano makakakuha ang mga miyembro ng mga serbisyo sa pamamahala ng kaso na nakakatugon sa kanilang mga pangangailangan. Kasama sa mga serbisyo ng Pamamahala ng Kaso ang: pagtatasa ng panganib sa kalusugan kapag sumali ang isang bagong miyembro sa CareAdvantage CMC; taunang pagtatasa sa kalusugan; pansariling plano ng pangangalaga; at access sa mga pangkat sa pangangalaga na maaaring kinabibilangan ng mga doktor, nurse, social worker at iba pang tagabigay ng serbisyo. Kasama rin sa MOC ang impormasyon tungkol sa espesyalistang samahan ng CareAdvantage CMC, at mga pagpapasimuno sa kalidad na ginagamit ng CareAdvantage CMC upang mapabuti ang kalusugan ng mga miyembro ng CareAdvantage CMC.

Multipurpose Senior Services Program (MSSP): Isang programang nagbibigay ng Home and Community-Based Services (HCBS) sa mga indibidwal na kwalipikado sa Medi-Cal na 65 taong gulang o mas matanda pa na may mga kapansanan, bilang alternatibo sa paglalagay sa kanila sa pasilidad ng pangangalaga.

Ombudsman: Isang tanggapan sa inyong estado na kumikilos bilang tagapagtaguyod sa ngalan ninyo. Maaari silang sumagot ng mga tanong kung mayroon kayong problema o reklamo at makakatulong sa inyong maunawaan kung ano ang dapat gawin. Libre ang mga serbisyo ng ombudsman. Makikita ninyo ang karagdagang impormasyon tungkol sa Cal MediConnect Ombuds Program sa Kabanata 2 at 9 ng handbook na ito.

Original Medicare (tradisyonal na Medicare o fee-for-service na Medicare): Ang Original Medicare ay iniaalok ng pamahalaan. Sa ilalim ng Original Medicare, ang mga serbisyo ng Medicare ay sakop ang mga pagbabayad ng doktor, ospital, at iba pang halaga ng mga tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan na itinakda ng Kongreso.

- Ang Original Medicare ay makukuha kahit saan sa Estados Unidos.
- Kung ayaw ninyong sumali sa aming plano, maaari ninyong piliin ang Original Medicare.
- Maaari kayong magpatingin sa kahit sinong doktor, kahit saang ospital, o ibang tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan na tumatanggap ng Medicare. Ang Original Medicare ay may dalawang bahagi: Bahagi A (insurance sa ospital) at Bahagi B (medikal na insurance).

Pag-alis sa pagkakatala: Ang proseso ng pagwawakas ng inyong membership sa aming plano. Ang pag-alis sa pagkakatala ay maaaring boluntaryo (sariling pagpili) o hindi boluntaryo (hindi ninyo pinili).

Pagbubukod: Pahintulot upang makakuha ng pagsakop para sa isang gamot na hindi karaniwang sinasakop o upang magamit ang gamot nang walang partikular na panuntunan at limitasyon.

Pagdinig ng Estado: Kung ang inyong doktor o ibang tagapagbigay ng serbisyo ay humiling ng serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin inaprubahan, o kung hindi namin itutuloy ang pagbabayad para sa isang serbisyo ng Medi-Cal na mayroon na kayo, maaari kayong humiling ng Pagdinig ng Estado. Kung ang desisyon sa Pagdinig ng Estado ay pabor sa inyo, kailangan naming ibigay sa inyo ang serbisyong hinihiling ninyo.

Pagpapasya ng organisasyon: Isinasagawa ng plano ang pagpapasya ng organisasyon kung ito, o ang isa sa mga tagapagbigay ng serbisyo nito, ay nagpapasya kung sasakupin ang mga serbisyo o kung magkano ang dapat ninyong bayaran para sa mga sakop na serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na “mga desisyon sa pagkakasakop” sa handbook na ito. Ipinapaliwanag sa Kabanata 9 kung paano humiling sa amin ng desisyon sa pagkakasakop.

Pagpapalano at Pamamahala ng Pangangalaga (CPM): Isang programang nagbibigay ng Mga Serbisyong Nakabase sa Tahanan at sa Komunidad (Home and Community-Based Services o HCBS) sa mga indibidwal na karapat-dapat sa Medi-Cal na 65 taong gulang o mas matanda na may mga kapansanan bilang alternatibo sa pagkakalagay sa nursing facility.

Pagsasanay sa pangkulturang kakayahan: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang tagubilin para sa aming mga tagapagbigay ng serbisyong pangangalaga sa kalusugan na makakatulong sa kanilang mas maunawaan ang inyong pinagmulan, mga pinapahalagahan, at paniniwala upang maiangkop ang mga serbisyo at matugunan ang inyong mga pangangailangan batay sa pakikisalamuha, kultura, at wika.

Pagtatasa sa panganib sa kalusugan: Pagsusuri sa medikal na kasaysayan at kasalukuyang kundisyon ng pasyente. Ito ay ginagamit upang malaman ang kalusugan ng pasyente at kung paano ito maaaring magbago sa hinaharap.

Pangangalaga sa pasilidad na may sanay na tagapag-alaga (skilled nursing facility o SNF):

Mga serbisyo ng dalubhasang pangangalaga at mga serbisyo ng rehabilitasyon na ipinagkakaloob nang tuloy-tuloy sa bawat araw, sa isang pasilidad na may sanay na tagapag-alaga. Ang mga halimbawa ng pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga ay kinabibilangan ng pisikal na terapiya o iniksyon sa ugat (IV) na maaari lamang ibigay ng rehistradong nars.

Pangangalagang pang-emergency: Mga sakop na serbisyo na ipinapagkaloob ng tagapagbigay ng serbisyong may kasanayan sa pagbibigay ng mga pang-emergency na serbisyo at kinakailangan upang magamot ang isang medikal na emergency o emergency sa kalusugan ng pag-uugali.

Pangkat ng Pangangalaga na Binubuo ng Iba't Ibang Disiplina (Interdisciplinary Care Team o ICT o Pangkat ng pangangalaga): Ang pangkat ng pangangalaga ay maaaring may kasamang mga doktor, nars, tagapayo, o iba pang propesyonal sa kalusugan na naroon upang matulungan kayong makuha ang pangangalagang kailangan ninyo. Ang inyong pangkat ng pangangalaga ay tutulong din sa inyo sa pagbuo ng planong pangangalaga.

Pangkat ng pangangalaga: Tingnan ang “Pangkat ng Pangangalaga na Binubuo ng Iba't Ibang Disiplina.”

Panimulang yugto ng pagsakop: Ang yugto bago umabot sa \$6,350 ang kabuuang gastos ninyo sa gamot sa Bahagi D. Kabilang dito ang mga halaga na binayaran ninyo, ang binayaran ng aming plano para sa inyo, at ang subsidiya para sa mababang kita. Kayo ay magsisimula sa yugtong ito kapag kinuha ninyo ang inyong unang reseta para sa taon. Sa yugtong ito, ang plano ay may parte ng mga gastusin sa inyong mga gamot, at kayo rin naman ay magbabayad ng inyong parte.

Pansariling Plano sa Pangangalaga (Individualized Care Plan o ICP o Plano sa

Pangangalaga): Isang plano para sa mga serbisyong makukuha ninyo at kung paano ninyo makukuha ang mga ito. Maaaring kasama sa inyong plano ang mga medikal na serbisyo, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Pantahanang katulong sa kalusugan: Isang tao na nagkakaloob ng mga serbisyo kung saan hindi kinakailangan ang mga kakayahan ng lisensyadong nars o therapist, tulad ng tulong sa personal na pangangalaga (halimbawa, pagligo, paggamit ng banyo, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga iniutos na ehersisyo). Ang mga katulong sa kalusugan sa tahanan ay walang lisensya sa pangangalaga o hindi nagbibigay ng therapy.

Parmasyang nasa network: Isang parmasya (tindahan ng gamot) na sumang-ayong punuan ang reseta ng mga miyembro ng aming plano. Tinatawag namin ang mga ito na “mga parmasya ng samahan” dahil sumang-ayon ang mga ito na makipagtulungan sa aming plano. Kadalasan, sasakupin lang ang inyong mga reseta kung kukunin ang mga ito sa mga parmasya ng samahan.

Parmasyang wala sa network: Isang parmasyang hindi sumang-ayon na makipagtulungan sa aming plano upang magkoordinar o magkaloob ng mga sakop na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi sakop ng aming plano ang karamihan ng mga gamot na nakukuha ninyo sa mga parmasyang wala sa samahan maliban na lang kung may nalalapat na ilang partikular na kundisyon.

Pasilidad na may sanay na tagapag-alaga (skilled nursing facility o SNF): Isang pasilidad ng pangangalaga na may mga kawani at kasangkapan upang makapagbigay ng sanay na pangangalaga at, sa karamihan ng mga sitwasyon, ng mga dalubhasang serbisyo ng rehabilitasyon at iba pang kaugnay na serbisyong pangkalusugan.

Paunang pahintulot: Isang pag-apruba mula sa CareAdvantage CMC na dapat ninyong makuha bago kayo mabigyan ng partikular na serbisyo o gamot o bago kayo magpatingin sa isang tagapagbigay ng serbisyong wala sa network. Kapag hindi kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi sakupin ng CareAdvantage CMC ang mga serbisyo o gamot.

Ang ilang serbisyong medikal ng samahan ay sasakupin lang kung ang inyong doktor o iba pang tagabigay ng serbisyo ng samahan ay kukuha ng paunang awtorisasyon mula sa aming plano.

- Ang mga sakop na gamot na nangangailangan ng paunang awtorisasyon ng aming plano ay minarkahan sa Listahan ng Mga Sakop na Gamot.
- Ang mga sakop na serbisyong nangangailangan ng paunang awtorisasyon ng aming plano ay minarkahan sa Chart ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4.
- Ang ilang gamot ay masasakop lamang kung kayo ay kumuha ng paunang awtorisasyon mula sa amin.

Personal na impormasyong pangkalusugan (tinatawag ding Pinoprotektahang Impormasyong Pangkalusugan) (Protected health information o PHI): Impormasyon tungkol sa inyo o sa inyong kalusugan, gaya ng inyong pangalan, address, social security number, mga pagpapatingin sa doktor at kasaysayang medikal. Tingnan ang Abiso tungkol sa Mga Patakaran sa Pagkapribado ng CareAdvantage CMC para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung paano pinoprotektahan, ginagamit, at ibinubunyag ng CareAdvantage CMC ang inyong PHI, gayundin ang inyong mga karapatan hinggil sa inyong PHI.

Plano ng pangangalaga: Tingnan ang “Pansariling Planong Pangangalaga.”

Planong pangkalusugan: Isang organisasyong binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, tagapagbigay ng mga pangmatagalang serbisyo, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo. Mayroon din itong Mga Tagapamahala ng Kaso upang tulungan kayong pamahalaan ang lahat ng inyong tagabigay ng serbisyo at serbisyo. Nagtutulungan silang lahat upang ibigay ang pangangalaga na kailangan ninyo.

Program for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE) Plan: Isang programa kung saan pinagsasama ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal para sa mga taong edad 55 at mas matanda na nangangailangan ng mas mataas na antas ng pangangalaga sa bahay.

Programang Pagpapayo at Pagsusulong sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program o HICAP): Isang programa na nagbibigay ng libre at napatunayang impormasyon, at pagpapayo tungkol sa Medicare. Ipinapaliwanag sa Kabanata 2 kung paano makipag-ugnayan sa HICAP.



Quality improvement organization (QIO): Isang grupo ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na mapahusay ang kalidad ng pangangalaga sa mga taong may Medicare. Sila ay binabayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at pahasayin ang pangangalaga na ibinibigay sa mga pasyente. Tingnan ang Kabanata 2 para sa impormasyon tungkol sa kung paano makikipag-ugnayan sa QIO para sa inyong estado.

Referral: Ang referral ay nangangahulugang dapat kayong bigyan ng inyong pangunahing tagapagbigay ng serbisyo (PCP) ng pag-apruba bago kayo makapagpatingin sa ibang tao na hindi ninyo PCP. Kapag hindi kayo makakuha ng pag-apruba, maaaring hindi sakupin ng CareAdvantage CMC ang mga serbisyo. Hindi ninyo kailangan ng referral upang magpatingin sa ilang partikular na espesyalista, gaya ng mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan. Makikita ninyo ang karagdagang impormasyon tungkol sa mga referral sa Kabanata 3 at tungkol sa mga serbisyong nangangailangan ng mga referral sa Kabanata 4.

Reklamo: Isang nakasulat o pasalitang pahayag na may problema o alalahanin kayo tungkol sa inyong mga sakop na serbisyo o pangangalaga. Kabilang dito ang anumang alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, kalidad ng pangangalaga sa inyo, aming mga tagapagbigay ng serbisyong nasa network, o sa aming mga parmasyang nasa network. Ang pormal na pangalan para sa “pagrereklamo ay “pagsasampa ng karaingan.”

Sentro para sa operasyon ng outpatient: Ang pasilidad na nagsasagawa ng pang-outpatient na operasyon sa mga pasyenteng hindi kinakailangang maalagaan sa ospital at hindi inaasahan na mangangailangan ng mahigit sa 24 na oras na pangangalaga.

Step therapy: Ang panuntunan ng pagsakop kung saan kinakailangan muna ninyong subukan ang ibang gamot bago namin sakupin ang gamot na hinihiling ninyo.

Subsidy para sa may mababang kita (low-income subsidy o LIS): Tingnan ang “Karagdagang Tulong.”

Supplemental Security Income (SSI): Isang buwanang benepisyong binabayaran ng Segurong Panlipunan sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na may kapansanan, bulag, o edad 65 at mas matanda. Ang mga benepisyo ng SSI ay hindi kapareho ng mga benepisyo ng Segurong Panlipunan.

Tagapagbigay ng Pangunahing Pangangalaga (Primary care provider o PCP): Ang inyong tagapagbigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga ay ang doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo na una ninyong pinupuntahan para sa karamihan ng problemang pangkalusugan. Tinitiyak niya na kayo ay makakakuha ng pangangalaga na inyong kailangan upang manatiling malusog.

- Maaari din siyang makipag-usap sa iba pang mga doktor at mga tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan tungkol sa inyong pangangalaga at irekumenda kayo sa kanila.
- Sa karamihan sa mga planong pangkalusugan ng Medicare, kailangan ninyong magpatingin sa primary care provider (PCP) bago kayo maaaring magpatingin sa iba pang tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan.
- Tingnan ang Kabanata 3 para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga.

Tagapagbigay ng serbisyong nasa network: Ang "tagapagbigay ng serbisyo" ay ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para sa mga doktor, nars, at iba pang tao na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama din sa katawagang ito ang mga ospital, mga ahensya ng kalusugang pantahanan, mga klinika, at iba pang mga lugar na nagpapakaloob ng serbisyo ng pangangalaga ng kalusugan, medikal na kagamitan, at pangmatatagalang serbisyo at suporta.

- Habang kayo ay miyembro ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga tagabigay ng serbisyo ng samahan upang makakuha ng mga nasasakupang serbisyo. Ang mga tagabigay ng serbisyo ng samahan ay tinatawag din "tagabigay ng serbisyo ng plano."
- Sila ay lisensyado o sertipikado ng Medicare at ng Estado para magpakaloob ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan.
- Tinatawag namin silang "tagabigay ng serbisyo ng samahan" kapag sumang-ayon silang makipagtulungan sa planong pangkalusugan at tanggapin ang aming bayad at hindi sisingil ng karagdagang halaga mula sa aming mga miyembro.

Tagapagbigay ng serbisyong wala sa network o Pasilidad na wala sa network: Isang tagapagbigay ng serbisyo o pasilidad na hindi empleyado, pag-aari, o pinamamahalaan ng aming plano, at hindi nakakonstratang magkaloob ng mga sakop na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ipinapaliwanag sa Kabanata 3 ang mga tagabigay ng serbisyo o pasilidad na wala sa samahan.

Tagapamahala ng Kaso: Ang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa inyo, sa planong pangkalusugan, at sa inyong mga tagapagbigay ng serbisyong pangangalaga upang masiguro na nakukuha ninyo ang pangangalagang kailangan ninyo.

Tahanang may nangangalaga o pasilidad ng pangangalaga: Isang lugar na nagkakaloob ng pangangalaga sa mga taong hindi mabigyan ng pangangalaga sa bahay ngunit hindi kinakailangang mamalagi sa ospital.

Taong nakatala sa Medicare-Medi-Cal (Dobleng Kwalipikado): Isang taong kwalipikado sa pagsakop ng Medicare at Medi-Cal. Ang taong nakatala sa Medicare-Medi-Cal ay tinatawag ding "dobleng kwalipikadong indibidwal."

Tier ng cost-sharing: Isang pangkat ng mga gamot na may parehong copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* (na kilala rin bilang *Listahan ng Gamot*) ay nasa isa sa tatlong (3) tier ng cost-sharing. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang antas ng cost sharing, mas mahal ang gastos ninyo sa gamot.

Yugto ng catastrophic na pagsakop: Ang yugto sa benepisyong gamot sa Bahagi D kung saan ang plano ang magbabayad ng lahat ng gastusin sa inyong mga gamot hanggang sa katapusan ng taon. Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag naabot na ninyo ang \$6,350 na limitasyon para sa inyong mga iniresetang gamot.

Yunit ng CareAdvantage: Isang departamento sa loob ng aming plano na responsable sa pagsagot sa inyong mga tanong tungkol sa inyong membership, mga benepisyo, mga karaingan, at mga apela. Tingnan ang Kabanata 2 para sa impormasyon kung paano makikipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.

Kung mayroon kayong mga tanong, pakitawagan ang CareAdvantage CMC sa **1-866-880-0606**, TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang tawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa www.hpsm.org/careadvantage.



Health Plan of San Mateo CareAdvantage Unit

TUMAWAG SA	1-866-880-0606 Ang mga pagtawag sa numerong ito ay libre. Ang mga oras ay Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Mayroon ding libreng mga serbisyo ng interpreter ng wika ang Yunit ng CareAdvantage para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitang telepono at para lamang sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pagsasalita. Ang mga pagtawag sa numerong ito ay libre. Ang mga oras ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. – 8:00 p.m.
FAX	(650) 616-2190
SUMULAT	Care Advantage Unit Health Plan of San Mateo 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080
WEB SITE	http://www.hpsm.org/careadvantage





Kalusugan ay para sa lahat.

Call Center Hours:
Monday through Sunday
8:00 a.m. to 8:00 p.m.



801 Gateway Boulevard, Suite 100
South San Francisco, CA 94080

tel 866.880.0606 toll-free

tel 650.616.0050 local

fax 650.616.0060

tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

www.hpsm.org/careadvantage