

**2026**

# **Ebidensya ng Saklaw**

## **Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

New York H5992-007-000

May bisa mula Enero 1 hanggang Disyembre 31 2026

**Enero 1 – Disyembre 31, 2026**

## **Ebidensya ng Saklaw para sa 2026:**

### **Ang Iyong Mga Benepisyong Serbisyon Pangkalusugan at Pagsaklaw sa Gamot ng Medicare bilang Miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

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

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

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

**Para sa mga tanong tungkol sa dokumentong ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440. (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Ang mga oras ay Oktubre 1 – Marso 31, 8 a.m. – 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 – Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m. lokal na oras. Libre ang tawag na ito.**

Ang planong ito, Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), ay iniaalok ng Senior Whole Health of New York, Inc. (Kapag binanggit ng *Ebidensya ng Saklaw* na ito ang “kami,” “amin,” or “namin,” tumutukoy ito sa Senior Whole Health of New York, Inc. Kapag binanggit ang “plano” o “aming plano,” tumutukoy ito sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).)

Ang Molina Healthcare ay isang C-SNP, D-SNP at HMO na plano na may kontrata sa Medicare. Ang mga plano ng D-SNP ay may kontrata sa programa ng Medicaid ng estado. Nakadepende ang pagpapatala sa pag-renew ng kontrata.

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

Ang dokumentong ito ay available nang libre sa Spanish, Chinese, Arabic, Korean, Russian, Italian, French, French Creole, Yiddish, Polish, Tagalog, Bengali, Albanian, Greek at Urdu.

Maaari mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa (mga) wikang hindi English o sa iba pang format, gaya ng malaking letra, braille, o audio. Tumawag sa (833) 671-0440, (TTY: 711). Libre ang tawag.

Maaaring magbago ang mga benepisyong sa Enero 1, 2027.

Ang aming pormularyo, network ng parmasya, at/o network ng provider ay maaaring magbago anumang oras. Makakatanggap ka ng abiso tungkol sa anumang pagbabago na maaaring makaapekto sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw nang mas maaga.

## Talaan ng Mga Nilalaman

---

### Talaan ng mga Nilalaman

<b>KABANATA 1:</b>	<b>Pagsisimula bilang isang miyembro .....</b>	<b>4</b>
SEKSYON 1	Isa kang miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	4
SEKSYON 2	Mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado .....	5
SEKSYON 3	Mahahalagang materyal ng pagiging miyembro .....	7
SEKSYON 4	Buod ng Mahahalagang Gastos .....	9
SEKSYON 5	Higit pang impormasyon tungkol sa iyong buwanang premium ng plano .....	13
SEKSYON 6	Pagpapanatiling napapanahon sa rekord ng pagiging miyembro sa aming plano .....	14
SEKSYON 7	Paano nakikipagtulungan ang ibang insurance sa aming plano .....	15
<b>KABANATA 2:</b>	<b>Mga numero ng telepono at mapagkukunan .....</b>	<b>17</b>
SEKSYON 1	Mga kontak ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	17
SEKSYON 2	Paghingi ng tulong mula sa Medicare .....	20
SEKSYON 3	Programa sa Tulong sa Insurance sa Kalusugan ng Estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) .....	21
SEKSYON 4	Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (QIO) .....	22
SEKSYON 5	Social Security .....	22
SEKSYON 6	Medicaid .....	23
SEKSYON 7	Mga Programang Tumutulong sa Pagbabayad ng mga Inireresetang Gamot .....	26
SEKSYON 8	Lupon sa Pagreretiro ng Riles (Railroad Retirement Board, RRB) .....	29
SEKSYON 9	Kung mayroon kang insurance sa grupo o iba pang insurance sa kalusugan mula sa isang employer .....	30
<b>KABANATA 3:</b>	<b>Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo ..</b>	<b>31</b>
SEKSYON 1	Paano kumuha ng pangangalagang medikal at iba pang serbisyo bilang miyembro ng aming plano .....	31
SEKSYON 2	Gumamit ng mga provider na nasa network ng aming plano para makuha ang iyong pangangalagang medikal at iba pang serbisyo .....	33
SEKSYON 3	Paano makakuha ng mga serbisyo sa isang emergency, kalamidad, o kagyat na pangangailangan para sa pangangalaga .....	37
SEKSYON 4	Paano kung direkta kang siningil para sa buong halaga ng mga saklaw na serbisyo? .....	39
SEKSYON 5	Mga mga serbisyong medikal sa klinikal na pananaliksik na pag-aaral .....	40
SEKSYON 6	Mga panuntunan para sa pagkuha ng pangangalaga sa isang relihiyosong institusyon na hindi pang-medikal na pangangalaga ng kalusugan .....	41
SEKSYON 7	Mga panuntunan para sa pag-aari ng matibay na kagamitang medikal .....	42
<b>KABANATA 4:</b>	<b>Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw) .....</b>	<b>44</b>
SEKSYON 1	Pag-unawa sa mga saklaw na serbisyo .....	44
SEKSYON 2	Ipinapakita ng Talaan ng Mga Benepisyong Medikal ang mga benepisyong medikal at gastos mo .....	45

## Talaan ng Mga Nilalaman

---

SEKSYON 3	Mga saklaw na serbisyo sa labas ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	92
SEKSYON 4	Mga serbisyong hindi sinsasaklaw ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) O Medicaid .....	92
<b>KABANATA 5:</b>	<b>Paggamit ng saklaw ng plano para sa mga sa Part D .....</b>	<b>96</b>
SEKSYON 1	Mga pangunahing panuntunan para sa pagsaklaw sa gamot sa Bahagi D ng aming plano .....	96
SEKSYON 2	Punan ang iyong reseta sa isang parmasyang nasa network o sa pamamagitan ng aming serbisyong mail-order ng plano .....	97
SEKSYON 3	Ang iyong mga gamot ay kailangang nasa Listahan ng Mga Gamot ng aming plano .....	100
SEKSYON 4	Mga gamot na may mga paghihigpit sa pagsaklaw .....	102
SEKSYON 5	Ano ang maaari mong gawin kung ang isa sa iyong mga gamot ay hindi sinasaklaw sa paraang gusto mo .....	103
SEKSYON 6	Maaaring magbago ang Listahan ng Mga Gamot namin sa buong taon .....	105
SEKSYON 7	Mga uri ng gamot na hindi namin sinasaklaw .....	107
SEKSYON 8	Paano punan ang isang reseta .....	108
SEKSYON 9	Pagsaklaw sa gamot sa Bahagi D sa mga espesyal na sitwasyon .....	109
SEKSYON 10	Mga programa para sa kaligtasan sa droga at pamamahala ng mga gamot .....	110
<b>KABANATA 6:</b>	<b>Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D .....</b>	<b>113</b>
SEKSYON 1	Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D .....	113
SEKSYON 2	Mga yugto ng pagbabayad sa gamot para sa mga miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .....	115
SEKSYON 3	Ipinapaliwanag ng iyong Paliwanag ng mga Benepisyo sa Bahagi D kung nasa anong yugto ka ng pagbabayad .....	115
SEKSYON 4	Ang Yugto ng Deductible .....	117
SEKSYON 5	Ang Yugto ng Panimulang Pagsaklaw .....	118
SEKSYON 6	Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw .....	122
SEKSYON 7	Ang babayaran mo para sa mga bakuna sa Bahagi D .....	122
<b>KABANATA 7:</b>	<b>Paghiling sa amin na bayaran ang isang bill para sa aming bahagi ng bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal o gamot .....</b>	<b>125</b>
SEKSYON 1	Mga sitwasyon kung kailan mo dapat hilingin sa amin na bayaran ang aming bahagi ng gastos para sa mga saklaw na serbisyo o gamot .....	125
SEKSYON 2	Paano hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo o na bayaran ang natanggap mong bill .....	127
SEKSYON 3	Pag-iisipan namin ang iyong kahilingan para sa bayad at sasagot kami ng oo o hindi .....	128
<b>KABANATA 8:</b>	<b>Ang iyong mga karapatan at responsibilidad .....</b>	<b>130</b>
SEKSYON 1	Dapat igalang ng aming plano ang iyong mga karapatan at pagkasensitibo sa kultura ....	130
SEKSYON 2	Ang iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano .....	150

**Talaan ng Mga Nilalaman**

<b>KABANATA 9:</b>	<b>Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo) .....</b>	<b>152</b>
SEKSYON 1	Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o alalahanin .....	152
SEKSYON 2	Saan makakakuha ng higit pang impormasyon at pinasadyang tulong .....	152
SEKSYON 3	Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medicaid .....	153
SEKSYON 4	Aling proseso ang gagamitin para sa iyong problema .....	153
SEKSYON 5	Isang gabay sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela .....	154
SEKSYON 6	Pangangalagang medikal: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o mag-apela .....	157
SEKSYON 7	Mga gamot sa Bahagi D: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o mag-apela .....	169
SEKSYON 8	Paano hihilingin sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital bilang inpatient kung sa tingin mo ay masyadong maaga kang pinalabas .....	178
SEKSYON 9	Paano hihilingin sa amin na patuloy na saklawin ang ilang partikular na serbisyong medikal kung sa tingin mo ay masyadong maagang magtatapos ang iyong saklaw .....	183
SEKSYON 10	Pagdadala ng iyong apela sa Antas 3, 4, at 5 .....	186
SEKSYON 11	Paano magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga oras ng paghihintay, serbisyo sa customer, o iba pang alalahanin .....	189
<b>KABANATA 10:</b>	<b>Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano .....</b>	<b>193</b>
SEKSYON 1	Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano .....	193
SEKSYON 2	Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo sa aming plano? .....	193
SEKSYON 3	Paano tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano .....	196
SEKSYON 4	Hanggang sa matapos ang pagiging miyembro mo, dapat mong patuloy na kunin ang iyong mga medikal na item, serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano .....	197
SEKSYON 5	Dapat wakasan ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang pagiging miyembro sa aming plano sa ilang mga sitwasyon .....	198
<b>KABANATA 11:</b>	<b>Mga legal na abiso .....</b>	<b>200</b>
SEKSYON 1	Abiso tungkol sa namamahalang batas .....	200
SEKSYON 2	Abiso tungkol sa hindi pandiskrimina .....	200
SEKSYON 3	Abiso tungkol sa mga karapatan sa paghalili ng Pangalawang Nagbabayad ng Medicare .....	200
<b>KABANATA 12:</b>	<b>Mga Kahulugan .....</b>	<b>202</b>

**Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro**

---

# KABANATA 1:

## Pagsisimula bilang isang miyembro

### **SEKSYON 1** Isa kang miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

#### **Seksyon 1.1** **Ikaw ay nakatala sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), na isang Medicare Special Needs Plan**

Sinasaklaw ka ng parehong Medicare at Medicaid:

- Ang **Medicare** ang Pederal na programa ng insurance sa kalusugan para sa mga taong nasa 65 taong gulang o mas matanda, ilang taong wala pang edad na 65 na may mga kapansanan, at mga taong may huling yugtong sakit sa bato (permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o pag-transplant ng bato).
- Ang **Medicaid** ay isang pinagsamang programa ng pederal na pamahalaan at estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa ilang partikular na mga taong may limitadong kita at mapagkukunan. Ang saklaw ng Medicaid ay nag-iiba depende sa estado at sa uri ng Medicaid na mayroon ka. Ang ilang taong may Medicaid ay nakakakuha ng tulong sa pagbabayad para sa kanilang mga premium ng Medicare at iba pang mga gastos. Ang ibang naman ay nakakakuha din ng saklaw para sa mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi saklaw ng Medicare.

Pinili mong kunin ang pangangalaga ng kalusugan mo sa Medicare at ang saklaw ng iyong gamot gamit ang aming plano, ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Sinasaklaw ng plano namin ang lahat ng serbisyo ng Bahagi A at Bahagi B. Gayunpaman, iba ang pagbabahagi sa gastos at access ng tagapagbigay sa planong ito kaysa sa Original Medicare.

Ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay isang espesyal na Medicare Advantage Plan (isang Plano ng Mga Espesyal na Pangangailangan ng Medicare), na nangangahulugang ang mga benepisyo nito ay idinisenyo para sa mga taong may espesyal na pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan. Ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay idinisenyo para sa mga taong may Medicare at may karapatan din sa tulong mula sa Medicaid.

Dahil nakakakuha ka ng tulong mula sa Medicaid para sa iyong pagbabahagi sa gastos (mga deductible, copayment, at coinsurance) sa Medicare Part A at B, wala kang babayaran para sa iyong mga serbisyo sa Medicare. Maaari ding magbigay ang Medicaid ng ibang mga benepisyo sa pamamagitan ng pagsaklaw sa mga serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan na hindi karaniwang sinasaklaw sa ilalim ng Medicare. Maaari ka ding makatanggap ng Extra Help mula sa Medicare para sa mga gastos ng iyong mga gamot sa Medicare. Ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay tutulong sa iyo na pamahalaan ang lahat ng benepisyong ito, para makuha mo ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan at tulong sa pagbabayad na nararapat sa iyo.

Ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay pinamamahalaan ng isang pribadong kumpanya. Tulad ng lahat ng Medicare Advantage Plan, itong Plano ng Mga Espesyal na Pangangailangan ng Medicare ay inaprubahan ng Medicare. Ang aming plano ay mayroon ding kontrata sa programa ng New York Medicaid

**Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro**

---

para mai-coordinate ang iyong mga benepisyong sa Medicaid. Ikinasisiya naming ibigay sa iyo ang pagsaklaw ng Medicare, kasama na ang pagsaklaw sa iyong gamot.

**Seksyon 1.2 Legal na impormasyon tungkol sa Ebidensya ng Saklaw**

Ang *Ebidensya ng Saklaw* na ito ay bahagi ng aming kontrata sa iyo tungkol sa kung paano sinasaklaw ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang iyong pangangalaga. Kabilang sa iba pang bahagi ng kontratang ito ang iyong form sa pagpapatala, ang Listahan ng mga Saklaw na Gamot (pormularyo), at anumang abiso na matatanggap mo mula sa amin tungkol sa mga pagbabago sa iyong pagsaklaw o sa mga kundisyong makakaapekto sa iyong saklaw. Kung minsan, tinatawag ding mga rider o amendment ang mga abisong ito.

Ang kontrata ay may bisa sa mga buwan kung kailan ka nakatala sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sa pagitan ng Enero 1, 2026 at Disyembre 31, 2026.

Pinapayagan kami ng Medicare na gumawa ng mga pagbabago sa mga planong iniaalok namin bawat taon ng kalendaryo. Nangangahulugan ito na puwede naming baguhin ang mga gastos at benepisyong ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) pagkatapos ng Disyembre 31, 2026. Maaari rin naming piliing ihinto ang pag-aalok ng plano sa iyong lugar ng serbisyo, pagkatapos ng Disyembre 31, 2026.

Dapat aprubahan ng Medicare (ang Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid) ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) bawat taon. Maaari kang patuloy na makakuha ng pagsaklaw ng Medicare bawat taon bilang miyembro ng aming plano hangga't pinipili naming patuloy na ialok ang plano at ni-renew ng Medicare ang pag-apruba sa aming plano.

**SEKSYON 2 Mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado**

---

**Seksyon 2.1 Mga kinakailangan para sa pagiging kwalipikado**

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

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

**Mga espesyal na kahingian sa pagiging kwalipikado para sa aming plano**

Ang aming plano ay idinisenyo para tugunan ang mga pangangailangan ng mga taong nakakakuha ng ilang partikular na benepisyong ng Medicaid. (Ang Medicaid ay isang pinagsamang programa ng pamahalaang pederal at estado na tumutulong sa mga medikal na gastos para sa ilang partikular na taong may limitadong kita at mapagkukunan.) Upang maging kwalipikado para sa aming plano dapat kang maging kwalipikado para sa parehong Medicare at Buong Benepisyong ng Medicaid.

Tandaan: Kung hindi ka na maging kwalipikado ngunit makatuwirang inaasahang maging kwalipikado ulit sa loob ng 6 na buwan, kwalipikado ka pa rin para maging miyembro. Isinasaad ng Kabanata 4, Seksyon 2.1 ang

## Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

---

tungkol sa iyong saklaw at ang pagbabahagi sa gastos sa loob ng panahong na itinuturing na pagpapatuloy ng pagiging kwalipikado.

### Seksyon 2.2 Medicaid

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

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

- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Ang isang indibidwal na may karapatan sa Medicare, ay hindi nakakatugon sa pamantayan ng kita o mapagkukunan para sa QMB+ o SLMB+, ngunit kwalipikado para sa buong saklaw ng Medicaid alinman ayon sa kategorya o sa pamamagitan ng mga opsyonal na grupo ng saklaw batay sa Medikal na Nangangailangan na katayuan, mga antas ng espesyal na kita para sa mga indibidwal na institusyon, o tahanan at mga Waiver na nakabatay sa komunidad.
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+):** Tumutulong sa pagbabayad ng mga premium ng Medicare Part A at Part B, at iba pang pagbabahagi sa gastos (tulad ng mga deductible, coinsurance, at copayment). Ang mga indibidwal na ito ay kwalipikado din para sa buong benepisyo ng Medicaid.

### Seksyon 2.3 Lugar ng serbisyo ng plano para sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Ang Senior Whole Health of New York NHC ay available lang sa mga taong nakatira sa lugar ng serbisyo ng aming plano. Para manatiling miyembro ng aming plano, kailangan mong manatiling nakatira sa lugar ng serbisyo ng aming plano.

Kabilang sa aming lugar ng serbisyo ang mga county na ito sa New York: Bronx; Kings; Nassau; New York; Orange; Queens; Richmond; Rockland; Westchester.

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

Kung lilipat ka sa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano, hindi ka na puwedeng manatiling miyembro ng planong ito. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang malaman kung mayroon ba kaming plano sa iyong bagong lugar. Kapag lumipat ka, magkakaroon ka ng Natatanging Panahon ng Pagpapatala na magpapahintulot sa iyong lumipat sa Original Medicare o magpatala sa planong pangkalusugan o plano ng gamot ng Medicare sa iyong bagong lokasyon.

Kung lumipat ka o nagbago ang iyong mailing address, mahalaga rin na tumawag sa Seguridad Panlipunan. Tumawag sa Seguridad Panlipunan sa 1-800-772-1213 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-325-0778).

## Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

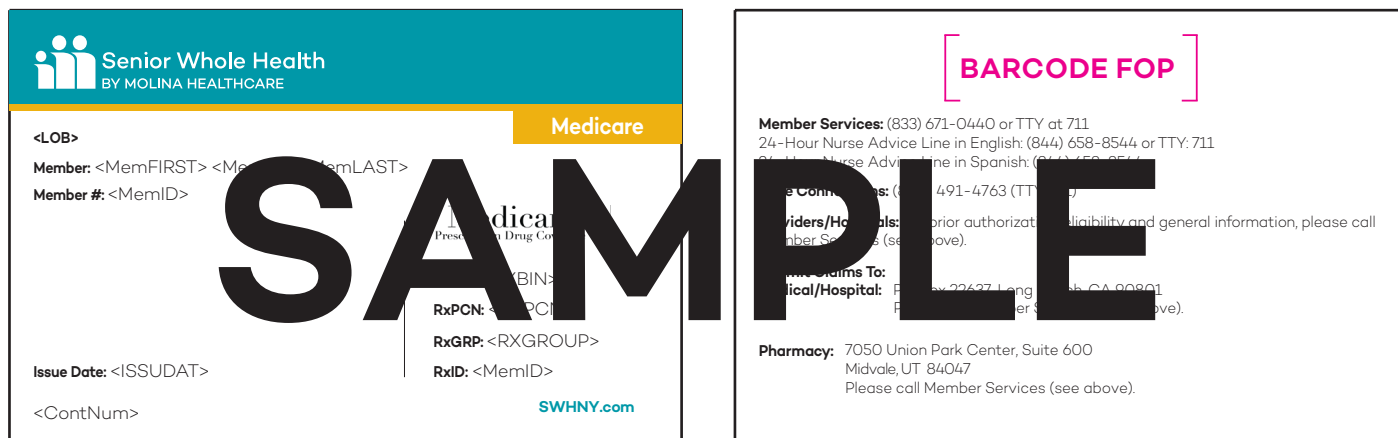
### Seksyon 2.4 Mamamayan ng U.S. o legal na presensya

Kailangang ikaw ay isang mamamayan ng U. S. o legal na naroroon sa United States upang maging miyembro ng planong pangkalusugan ng Medicare. Aabisuhan ng Medicare (ang Centers for Medicare & Medicaid Services) ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kung hindi ka kwalipikadong manatiling miyembro sa aming plano batay dito. Dapat kang alisin mula sa pagkakatala ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kung hindi mo natutugunan ang kinakailangan na ito.

## SEKSYON 3 Mahahalagang materyal ng pagiging miyembro

### Seksyon 3.1 Ang aming kard ng pagiging miyembro sa plano

Gamitin ang iyong membership card kapag kukuha ka ng mga saklaw na serbisyo sa pamamagitan ng aming plano at para sa mga inireresetang gamot na kukunin mo sa mga parmasyang nasa network. Palaging tandaan na ipakita ang pareho ang iyong Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ID card at Medicaid ID card sa tuwing kukuha ka ng pangangalaga. Dapat mo ring ipakita sa provider ang iyong Medicaid card. Narito ang isang sample na membership card para ipakita sa iyo kung ano ang magiging hitsura ng sa iyo:



HUWAG gamitin ang iyong pula, puti, at asul na card sa Medicare para sa mga saklaw na serbisyong medikal habang miyembro ka ng planong ito. Kung gagamitin mo ang Medicare card mo sa halip na ang iyong Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) membership card, puwedeng ikaw mismo ang magbayad ng buong halaga ng mga serbisyong medikal. Ingatan ang iyong Medicare card sa isang ligtas na lugar. Maaring hilingin sa iyo na ipakita ito kung mangangailangan ka ng mga serbisyo sa ospital, serbisyo sa hospisyo, o kung kailangan mong sumali sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare (na tinatawag ding mga klinikal na pagsubok).

Kung ang membership card ng aming plano ay nasira, nawala, o ninakaw, tumawag agad sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at padadalhan ka namin agad ng bagong card.

## Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

---

### Seksyon 3.2 Direktoryo ng Provider/Parmasya

Inilista ng *Direktoryo ng Provider/Parmasya* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) ang aming kasalukuyang mga provider na nasa network at mga supplier ng matibay na kagamitang medikal.

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

Dapat kang gumamit ng mga provider na nasa network para makuha ang iyong pangangalagang medikal at mga serbisyo. Kapag pumunta ka sa ibang lugar nang walang wastong awtorisasyon, kakailanganin mong magbayad nang buo. Ang tanging pagbubukod ay ang mga emergency, mga serbisyong agarang kinakailangan kapag ang network ay hindi available (iyon ang mga sitwasyon kung saan hindi makatwiran o hindi posible na makakuha ng mga serbisyo sa network), mga serbisyo sa dialysis sa labas ng lugar, at mga kaso kung saan ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay pinahihintulutan ang paggamit ng mga provider na wala sa network.

Nakalista sa *Direktoryo ng Parmasya* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) ang aming mga parmasyang nasa network.

Ang mga **parmasyang nasa network** ay mga parmasya na sumang-ayon na magbigay ng mga sinasaklaw na reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Parmasya* upang mahanap ang parmasyang nasa network na nais mong gamitin. Basahin ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 para sa impormasyon kung kailan ka puwedeng gumamit ng mga parmasyang wala sa network ng aming plano. Ang pinakabagong listahan ng mga provider, parmasya at mga supplier ay makikita sa aming website sa [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

Kung wala kang *Direktoryo ng Provider/Parmasya*, maaari kang humingi ng kopya (sa elektroniko o papel na anyo) mula sa Mga Serbisyo para sa Miyembro (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Ang hiniling na d-papel na Direktoryo ng Provider ay ipapadala sa iyo sa loob ng 3 araw ng negosyo.

Nakalista sa *Direktoryo ng Parmasya* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) ang aming mga parmasyang nasa network. Ang mga **parmasyang nasa network** ay mga parmasya na sumang-ayon na magbigay ng mga sinasaklaw na reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Parmasya* upang mahanap ang parmasyang nasa network na nais mong gamitin. Basahin ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 para sa impormasyon kung kailan ka puwedeng gumamit ng mga parmasyang wala sa network ng aming plano.

### Seksyon 3.3 Listahan ng mga Gamot (pormularyo)

Ang aming plano ay mayroong *Listahan ng mga Saklaw na Gamot* (tinatawag ding Listahan ng Mga Gamot o pormularyo). Sinasabi nito kung aling mga inireresetang gamot ang saklaw sa ilalim ng benepisyo ng Bahagi D sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ang mga gamot sa listahang ito ay pinili ng aming plano, sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Dapat matugunan ng Listahan ng Mga Gamot ang mga kinakailangan ng Medicare. Ang mga gamot na ipinagkasundo ang mga presyo sa ilalim ng Medicare Drug Price Negotiation Program ay isasama sa iyong Listahan ng Mga Gamot maliban kung inalis at pinalitan ang mga ito tulad ng inilarawan sa Kabanata 5, Seksyon 6. Inaprubahan ng Medicare ang Listahan ng Mga Gamot sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

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

**Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro**

Bibigyan ka namin ng kopya ng Listahan ng Mga Gamot. Para makuha ang pinakakumpleto at pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang sinasaklaw, bisitahin ang website ng plano ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro (833) 671-0440 (TTY 711).

**SEKSYON 4 Buod ng Mahahalagang Gastos**

	Ang Iyong mga Gastos sa 2026
<b>Buwanang premium ng plano*</b> * Maaaring maging mas mataas ang premium mo kaysa sa halagang ito. Tingnan ang Seksyon 4.1 para sa mga detalye.	\$0
<b>Pinakamataas na halaga ng mula sa sariling bulsa</b> Ito ang <u>pinakamalaking</u> halagang babayaran mo mula sa sariling bulsa para sa iyong mga saklaw na serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B. (Tingnan ang Kabanata 4 Seksyon 1 para sa mga detalye.)	<b>\$9,250</b> <b>Hindi mo tungkuling magbayad ng anumang gastos mula sa bulsa hanggang sa maximum na halaga mula sa sariling bulsa para sa mga sinasaklaw na serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B.</b>
<b>Mga pagbisita sa tanggapan para sa pangunahing pangangalaga</b>	<b>\$0 bawat pagbisita</b> <b>Kung kwalipikado ka para sa tulong sa pagbabahagi sa gastos ng Medicare sa ilalim ng Medicaid, magbabayad ka ng \$0 bawat pagbisita.</b>
<b>Mga pagbisita sa tanggapan ng espesyalista</b>	<b>\$0 bawat pagbisita</b> <b>Kung kwalipikado ka para sa tulong sa pagbabahagi sa gastos ng Medicare sa ilalim ng Medicaid, magbabayad ka ng \$0 bawat pagbisita.</b>
<b>Mga pananatili sa ospital para sa inpatient</b>	<b>\$0</b> <b>Kung kwalipikado ka para sa tulong sa pagbabahagi sa gastos ng Medicare sa ilalim ng Medicaid, magbabayad ka ng \$0</b>
<b>Deductible sa pagsaklaw ng gamot sa Bahagi D</b> (Tingnan ang Kabanata 6 Seksyon 4 para sa mga detalye.)	Ang deductible ay \$615. Kung mayroon kang Extra Help, hindi nalalapat sa iyo ang yugto ng pagbabayad na ito. Ang Kabanata 6 ay may karagdagang detalye tungkol sa pagsaklaw at limitasyon.
<b>Pagsaklaw sa inireresetang gamot sa Part D</b> (Tingnan ang Kabanata 6 para sa mga detalye, kabilang ang Mga Yugto ng Taunang Deductible, Panimulang Pagsaklaw, at Catastrophic na Pagsaklaw.)	<b>Copayment sa panahon ng Yugto ng Panimulang Pagsaklaw:</b> <b>Tier 1 ng Gamot: \$0</b> <b>Tier 2 ng Gamot: \$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot</b>

**Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro****Ang Iyong mga Gastos sa 2026**

na itinuturing bilang generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.

**Tier 3 ng Gamot:** \$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing bilang generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.

**Tier 4 ng Gamot:** \$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing bilang generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.

**Tier 5 ng Gamot:** \$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing bilang generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.

**Tier 6 ng Gamot:** \$0

**Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw:**

**Sa panahon ng yugto ng pagbabayad na ito, wala kang babayaran para sa mga saklaw na gamot ng Bahagi D.**

Maaaring kabilang sa iyong mga gastos ang sumusunod:

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

**Seksyon 4.1 Premium ng plano**

Bilang miyembro ng aming plan, magbabayad ka ng buwanang premium ng plan. Para sa 2026, ang buwanang premium para sa *Senior Whole Health Complete Care (HMO D-SNP)* ay \$17.30.

Kung *nakatanggap ka na* ng tulong mula sa isa sa mga programang ito, **ang impormasyon tungkol sa mga premium sa Ebidensya ng Saklaw na ito ay maaaring hindi naaangkop para sa iyo.** Pinadalhan ka namin ng hiwalay na kalakip, na tinatawag na *Rider ng Ebidensya ng Saklaw para sa Mga Taong Nakakakuha ng Extra Help sa Pagbabayad ng Mga Inireresetang Gamot* (kilala rin bilang *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider*), na nagsasabi sa iyo tungkol sa iyong pagsaklaw sa gamot. Kung hindi mo natanggap ang kalakip na ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humingi ng *LIS Rider*.

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

Tumutulong ang programa ng Extra Help sa mga taong may limitadong mapagkukunan na bayaran ang kanilang mga gamot. Matuto nang higit pa tungkol sa mga programang ito sa Kabanata 2, Seksyon 7. Kung

## **Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro**

---

kwalipikado ka, ang pagpapatala sa isa sa mga programang ito ay maaaring magpababa sa iyong buwanang premium ng plano.

Magkakaiba ang mga premium ng Medicare Part B at Part D para sa mga taong may iba't ibang kita. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa mga premium na ito, tingnan ang iyong kopya ng *Medicare & You 2026* handbook sa seksyon na tinatawag na *2026 Gastos sa Medicare*. Mag-download ng kopya mula sa Medicare website ([www.Medicare.gov/medicare-and-you](http://www.Medicare.gov/medicare-and-you)) o mag-order ng naka-print na kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.

### **Seksyon 4.2 Buwanang Premium ng Medicare Part B**

#### **Maraming miyembro ang kinakailangang magbayad ng iba pang premium sa Medicare**

Bilang karagdagan sa pagbabayad ng buwanang premium ng plano, ang ilang miyembro ay kinakailangang magbayad ng iba pang mga premium ng Medicare. Tulad ng ipinaliwanag sa Seksyon 2 sa itaas para maging kwalipikado para sa aming plano, dapat mong panatilihin ang pagiging kwalipikado mo para sa Medicaid pati na rin ang parehong Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) na miyembro, binabayaran ng Medicaid ang iyong Part A premium (kung hindi ka awtomatikong kwalipikado para dito) at Part B premium.

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

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

### **Seksyon 4.3 Multa sa Nahuling Pagpapatala sa Bahagi D**

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

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

- Nakakakuha ka ng Extra Help mula sa Medicare upang makatulong na mabayaran ang iyong mga gastos sa gamot.
- Wala ka pang 63 araw na sunud-sunod na walang creditable na saklaw.
- Nagkaroon ka ng creditable na pagsaklaw sa gamot sa pamamagitan ng iba pang mapagkukunan (gaya ng dating employer, unyon, TRICARE, o Veterans Health Administration [VA]). Sasabihin sa iyo ng insurer mo o ng departamento ng human resources sa bawat taon kung ang pagsaklaw mo sa gamot ay creditable na saklaw. Makukuha mo ang impormasyong ito sa isang sulat o sa isang newsletter mula sa planong

## Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

---

iyon. Itabi ang impormasyong ito, dahil maaaring kailanganin mo ito kung sasali ka sa isang plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

- **Tandaan:** Dapat sabihin ng anumang abiso na mayroon kang creditable na pagsaklaw sa inireresetang gamot na inaasahang magbabayad ng halagang pareho sa binabayaran ng karaniwang plano sa gamot ng Medicare.
- **Tandaan:** Ang mga discount card ng inireresetang gamot, libreng klinika, at website ng discount sa gamot ay hindi mga kinikilalang pagsaklaw sa inireresetang gamot.

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

- Una, bilangin ang bilang ng mga buong buwan na naantala ka sa pagpapatala sa isang plano sa gamot ng Medicare, pagkatapos mong maging kwalipikado na magpatala. O bilangin ang tagal ng buong buwan na wala kang creditable na pagsaklaw sa gamot, kung ang pagtigil sa saklaw ay 63 araw o higit pa. Ang parusa ay 1% para sa bawat buwan na wala kang creditable na saklaw. Halimbawa, kung 14 na buwan kang walang saklaw, ang persentahe ng multa ay 14%.
- Pagkatapos, tinutukoy ng Medicare ang halaga ng karaniwang buwanang premium ng plano para sa mga Medicare na plano sa gamot sa buong bansa mula sa nakaraang taon (pambansang pangunahing premium para sa benepisyaryo) Para sa 2025, ang average na halaga ng premium na ito ay \$36.78. Pwedeng magbago ang halagang ito para sa 2026.
- Upang kalkulahan ang iyong buwanang multa, i-multiply ang porsyento ng multa at sa average na buwanang premium ng at pagkatapos ay i-round ito sa pinakamalapit na 10 sentimo. Sa halimbawa dito, ito ay magiging 14% ng \$36.78, na katumbas ng \$5.15. \$5.20 ito kapag ni-round off. Ang halagang ito ay idaragdag **sa buwanang premium para sa isang tao na may multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D.**

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

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

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

## **Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro**

---

### **Seksyon 4.4 Halaga ng Kaugnay na Pagsasaayos ng Buwanang Kita**

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

Kung kailangan mong magbayad ng karagdagang IRMAA, papadalhan ka ng Seguridad Panlipunan, hindi ng iyong plano sa Medicare, ng sulat na nagsasabi sa iyo kung magkano ang karagdagang halagang iyon. Ang karagdagang halaga ay ikakaltas mula sa iyong tseke ng benepisyo sa Seguridad Panlipunan, Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles, o sa Tanggapan ng Pamahalaan ng Tauhan, paano ka man karaniwang nagbabayad ng premium sa aming plano, maliban kung hindi sapat ang iyong buwanang benepisyo para bayaran ang karagdagang halagang dapat mong bayaran. Kung hindi sapat ang iyong tseke ng mga benepisyo para bayaran ang karagdagang halaga, makakatanggap ka ng bill mula sa Medicare.

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

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

### **Seksyon 4.5 Halaga ng Medicare Prescription Payment Plan**

Kung kalahok ka sa Medicare Prescription Payment Plan, bawat buwan babayaran mo ang premium ng aming plano (kung mayroon ka nito) at makakatanggap ka ng bill mula sa iyong planong pangkalusugan o plano sa gamot para sa iyong mga inireresetang gamot (sa halip na magbayad sa parmasya). Nakabatay ang iyong buwanang bill sa kung ano ang kailangan mong bayaran para sa anumang resetang kukunin mo, pati na sa balanse mo noong nakaraang buwan, na hinati sa bilang ng natitirang buwan sa taon. Isinasaad sa Kabanata 2, Seksyon 7 ang higit pa tungkol sa Medicare Prescription Payment Plan. Kung hindi ka sang-ayon sa halagang siningil bilang bahagi ng opsyon sa pagbabayad na ito, maaari mong sundin ang mga hakbang sa Kabanata 9 upang maghain ng reklamo o apela.

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

---

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

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

## Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

---

Kung naging kwalipikado ka para sa Extra Help o kung hindi ka na kwalipikado para sa Extra Help sa loob ng taon, maaaring magbago ang bahagi na kailangan mong bayaran para sa premium ng aming plano. Kung kwalipikado ka sa Extra Help para sa iyong mga gastos sa pagsaklaw sa gamot, babayaran ng Extra Help ang bahagi ng buwanang premium ng iyong plano. Kung hindi ka na maging kwalipikado para sa Extra Help sa loob ng taon, kakailanganin mong simulang bayaran ang buong buwanang premium. Alamin ang higit pa tungkol sa Extra Help sa Kabanata 2, Seksyon 7.

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

---

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

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

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

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

Kung nagbago ang alinman sa impormasyong ito, ipaalam sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Puwedeng lumikha ang mga miyembro ng online na My Senior Whole Health na account para baguhin ang kanilang doktor, i-update ang kanilang impormasyon sa pakikipag-ugnayan, humiling ng bagong ID card, makakuha ng mga paalala sa kalusugan sa mga serbisyong kailangan nila, o tingnan ang kanilang kasaysayan ng serbisyo. Bisitahin ang <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> para lumikha o ma-access ang iyong My Senior Whole Health account.

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

## Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

### SEKSYON 7 Paano nakikipagtulungan ang ibang insurance sa aming plano

#### Iba pang insurance

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

Isang beses kada taon, magpapadala kami sa iyo ng sulat na naglilista ng anumang iba pang medikal na saklaw o saklaw sa gamot na alam namin. Basahing mabuti ang impormasyong ito. Kung tama ang mga ito, wala kang kailangang gawin. Kung hindi tama ang impormasyon, o kung mayroon kang iba pang saklaw na hindi nakalista, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Posibleng kailanganin mong ibigay ang numero ng iyong ID ng miyembro sa plano sa iba mong insurer (kapag nakumpirma mo na ang kanilang pagkakakilanlan) para mabayaran nang tama ang iyong mga bill sa tamang oras.

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

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

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

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

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

**Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro**

---

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

**Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan****KABANATA 2:****Mga numero ng telepono at mapagkukunan****SEKSYON 1 Mga kontak ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Para sa tulong sa mga paghahabol, pagsingil, o mga tanong sa card ng miyembro, tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Ikalulugod naming tulungan ka.

**Mga Serbisyo para sa Miyembro – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	(833) 671-0440  Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang mga oras ay Oktubre 1 - Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 – Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras.  Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro (833) 671-0440 (TTY users tumawag sa 711) ay mayroon ding libreng mga serbisyo sa pagsasalin ng wika para sa mga hindi nagsasalita ng English.
<b>TTY</b>	711  Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.  Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang mga oras ay Oktubre 1 - Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 – Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras.
<b>Fax</b>	(310) 507-6186
<b>Sumulat</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>Website</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Paano humiling sa amin ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela tungkol sa iyong pangangalagang medikal**

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

**Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan****Mga Desisyon sa Pagsaklaw at Apela para sa Pangangalagang Medikal o mga gamot sa Bahagi D – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	(833) 671-0440 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 7 Araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras
<b>TTY</b>	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. 7 Araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras
<b>Fax</b>	Advanced na Imaging: (877) 731-7218; Mga transplant (877) 813-1206; Outpatient ng Kalusugang Medikal/Kalusugan ng Pag-uugali (844) 251-1450; Inpatient (844) 834-2152; RX/Jcodes (866) 290-1309
<b>Sumulat</b>	Molina Healthcare Attn: Coverage Request 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802  <b>Inireresetang Gamot</b> Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
<b>Website</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Paano maghain ng reklamo tungkol sa iyong pangangalagang medikal**

Puwede kang magreklamo tungkol sa amin o sa isa sa aming provider o parmasya na nasa network, kabilang ang isang reklamo tungkol sa kalidad ng iyong pangangalaga. Hindi kasama sa uri ng reklamong ito ang problema sa pagsaklaw o pagbabayad. Para sa higit pang impormasyon kung paano maghain ng reklamo tungkol sa iyong pangangalagang medikal, tingnan ang Kabanata 9.

**Mga Reklamo tungkol sa Pangangalagang Medikal – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	(833) 671-0440 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 7 Araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras
<b>TTY</b>	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.

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

	Libre ang mga tawag sa numerong ito. 7 Araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras
<b>Fax</b>	(562) 499-0610
<b>Sumulat</b>	Molina Healthcare Attn: Mga Apela at Karaingan P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
<b>Website</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Paano humiling sa amin na bayaran ang halaga ng pangangalagang medikal o isang gamot na natanggap mo**

Kung nakatanggap ka ng bill o nagbayad ka para sa mga serbisyo (tulad ng bill mula sa provider) na sa palagay mo ay dapat naming bayaran, maaaring kailanganin mong hilingin sa amin na i-reimburse ka o bayaran ang bill ng provider. Tingnan ang Kabanata 7 para sa karagdagang impormasyon.

Kung padadalhan mo kami ng kahilingan sa pagbabayad at tatanggihan namin ang anumang bahagi ng iyong kahilingan, puwede mong iapela ang aming desisyon. Tingnan ang Kabanata 9 para sa karagdagang impormasyon.

**Mga Kahilingan sa Pagbabayad – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	(833) 671-0440 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
<b>TTY</b>	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. Lunes-Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
<b>Fax</b>	(866) 290-1309
<b>Sumulat</b>	Molina Healthcare Attn: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047 <b>Inireresetang Gamot</b> Attn: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
<b>Website</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan****SEKSYON 2 Paghingi ng tulong mula sa Medicare**

Ang Medicare ang Pederal na programa sa insurance sa kalusugan para sa mga taong 65 taong gulang o mas matanda, ilang taong wala pang edad na 65 na may mga kapansanan, at mga taong may huling yugto na sakit sa bato (permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o pag-transplant ng bato).

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

Pamamaraan	Medicare – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
<b>TUMAWAG SA</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Libre ang mga tawag sa numerong ito.</p> <p>24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048</p> <p>Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.</p> <p>Libre ang mga tawag sa numerong ito.</p>
<b>WEBSITE</b>	<p><a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a></p> <p>Ito ang opisyal na website para sa Medicare. Nagbibigay ito sa iyo ng napapanahon na impormasyon tungkol sa Medicare at mga kasalukuyang isyu sa Medicare. Mayroon din itong impormasyon tungkol sa mga ospital, mga pansariling pagamutan, mga doktor, mga ahensya ng kalusugan sa tahanan, at mga pasilidad ng dialysis. Mayroon din itong mga dokumento na maaari mong i-print mula mismo sa iyong computer. Makakahanap ka rin ng mga contact sa Medicare sa iyong estado.</p> <p>Ang website ng Medicare ay mayroon ding detalyadong impormasyon tungkol sa iyong pagiging kwalipikado sa Medicare at mga opsyon sa pagpapatala gamit ang mga sumusunod na tool:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tool sa Pagiging Kwalipikado sa Medicare:</b> Nagbibigay ng impormasyon sa katayuan ng pagiging kwalipikado sa Medicare.</li> <li>• <b>Tagahanap ng Plano ng Medicare:</b> Nagbibigay ng pasadyang impormasyon tungkol sa mga available na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, mga plano sa kalusugan ng Medicare, at mga patakaran ng Medigap (Pandagdag na Insurance ng Medicare) sa lugar mo. Ang mga tool na ito ay nagbibigay ng <i>pagtatantiya</i> kung magkano ang maaaring magastos mo sa iba't ibang mga plan ng Medicare.</li> </ul> <p>Maaari mo ring gamitin ang website para sabihin sa Medicare ang tungkol sa anumang reklamo na mayroon ka sa Senior Whole Health of New York NHC :</p>

**Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**

Pamamaraan	Medicare – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sabihin sa Medicare ang tungkol sa iyong reklamo:</b> Maaari kang magsumite ng reklamo tungkol sa Senior Whole Health of New York NHC nang direkta sa Medicare. Para magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa <a href="http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>. Sineseryoso ng Medicare ang iyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito upang tumulong na mapabuti ang kalidad ng programang Medicare.</li> </ul> <p>Kung wala kang computer, maaaring makatulong sa iyo ang iyong lokal na librarya o sentro ng nakatatanda sa pagbisita sa website na ito gamit ang computer nito. O maaari kang tumawag sa Medicare sa numero sa itaas at sabihin sa kanila kung anong impormasyon ang hinahanap mo. Hahanapin nila ang impormasyon sa website, at susuriin nila ang impormasyon kasama mo. 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.)</p>

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

Ang State Health Insurance Assistance Program (SHIP) ay isang programa ng gobyerno na mayroong mga sinanay na tagapayo sa bawat estadong nag-aalok ng libreng tulong, impormasyon, at mga sagot sa iyong mga tanong tungkol sa Medicare. Sa New York, ang SHIP ay tinatawag na Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP).

Ang Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) ay isang hiwalay na programa ng estado (hindi konektado sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan) na kumukuha ng pera mula sa pederal na pamahalaan para magbigay ng libreng pagpapayo sa lokal na insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare.

Matutulungan ka ng Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) na maunawaan ang iyong mga karapatan sa Medicare, maghain ng reklamo tungkol sa iyong pangangalagang medikal o paggamot, at maayos ang mga problema sa iyong mga bill sa Medicare. Matutulungan ka rin ng mga tagapayo ng Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) sa mga tanong o problema sa Medicare, tutulungan kang maunawaan ang mga pagpipilian mo sa plano ng Medicare at sagutin ang mga tanong tungkol sa paglipat ng mga plano.

#### **Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (SHIP ng New York) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	(800) 701-0501
<b>Sumulat</b>	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251

**Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan****Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP)  
(SHIP ng New York) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Website</b>	<a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap</a>
----------------	---

**SEKSYON 4 Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (QIO)**

Ang itinalagang Quality Improvement Organization (QIO) ay nagsisilbi sa mga taong may Medicare sa bawat estado. Para sa New York, ang Quality Improvement Organization ay tinatawag na Livanta.

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

Dapat kang makipag-ugnayan sa Livanta sa alinman sa mga sitwasyong ito:

- Mayroon kang reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap mo. Kabilang sa halimbawa ng mga alalahanin may kinalaman sa kalidad ng pangangalaga ang makatanggap ng maling gamot, mga hindi kinakailangang pagsusuri o proseso, o maling diagnosis.
- Sa tingin mo ay masyadong maagang matatapos ang pagsaklaw sa iyong pananatili sa ospital.
- Sa tingin mo ay masyadong maagang matatapos ang pagsaklaw para sa iyong pangangalagang pangkalusugan sa bahay, pangangalaga mula sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, o mga serbisyo sa Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF).

**Livanta (New York Quality Improvement Organization) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	(866) 815-5440  Lunes - Biyernes mula 9 a.m. hanggang 5 p.m. lokal na oras; katapusan ng linggo at pista opisyal mula 10 a.m. hanggang 4 p.m. lokal na oras.
<b>TTY</b>	711: Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.
<b>Sumulat</b>	Livanta BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
<b>Website</b>	<a href="https://www.livantaqio.cms.gov/">https://www.livantaqio.cms.gov/</a>

**SEKSYON 5 Social Security**

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

## Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan

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

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

### Social Security – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

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

## SEKSYON 6 Medicaid

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

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

- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE):** Minsan, ang mga indibidwal ay maaaring makwalipikado para sa parehong limitadong saklaw ng pagbabahagi sa gastos ng Medicare gayundin ang buong benepisyo ng Medicaid.
- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB+):** Tumutulong na bayaran ang mga premium, at ibang pagbabahagi sa gastos (gaya ng mga deductible, coinsurance, at mga copayment) ng Medicare Part A at Part B. Ang mga indibidwal na ito ay kwalipikado din para sa buong benepisyo ng Medicaid.

**Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**

Para maging miyembro ng planong ito, dapat kang parehong nakatala sa Medicare at Medicaid at matugunan ang lahat ng iba pang mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado sa plano sa oras ng pagpapatala.

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa tulong na nakukuha mo mula sa Medicaid, tumawag sa

**New York State's Medicaid Program – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	1-800-541-2831 Lunes hanggang Biyernes 8:00AM-8:00PM, Sabado 9:00AM-1:00PM
<b>TTY</b>	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.
<b>Sumulat</b>	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238  Maaari kang sumulat sa iyong Lokal na Departamento ng Mga Serbisyong Panlipunan (Local Department of Social Services, LDSS). Hanapin ang address para sa iyong LDSS sa: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm</a>
<b>Website</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>

Maaaring makipag-ugnayan ang mga miyembro ng Nassau County sa lokal na Departamento ng Mga Serbisyong Panlipunan.

**Departamento ng Mga Serbisyong Panlipunan ng Nassau County**

<b>Tumawag</b>	(516) 227-7474
<b>Sumulat</b>	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd. Uniondale, NY 11553-3656
<b>Website</b>	<a href="https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html">https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html</a>

Maaaring makipag-ugnayan ang mga miyembro ng Westchester County sa lokal na Departamento ng Mga Serbisyong Panlipunan.

**Departamento ng Mga Serbisyong Panlipunan ng Westchester County**

<b>Tumawag</b>	(914) 995-3333
<b>Sumulat</b>	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
<b>Website</b>	<a href="http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices">http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices</a>

Ang *Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)* ay tumutulong sa mga taong nakatala sa Medicaid na may mga problema sa serbisyo o pagsingil. Matutulungan ka nila na maghain ng reklamo o apela sa aming plano. Makakatulong ang ombudsman na ito sa aming mga nakatala sa Health and Recovery Plan (HARP); at mga nakatala sa aming Medicaid Managed Care (MMC) plan na nakakakuha ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

**Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan****Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	1-844-614-8800 Lunes-Biyernes 9 a.m. - 5 p.m.
<b>TTY</b>	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitang telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.
<b>Sumulat</b>	<i>Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)</i> Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: ican@cssny.org
<b>Website</b>	<a href="http://www.icannys.org">www.icannys.org</a>

Tinutulungan ng Community Health Advocates (CHA) ang mga taong nakatala sa Medicaid sa mga problema sa serbisyo o pagbabayad. Matutulungan ka nila na maghain ng reklamo o apela sa aming plano.

**Community Health Advocates (CHA) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	1-844-614-8800 Lunes-Biyernes 9 a.m. - 5 p.m.
<b>TTY</b>	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.
<b>Sumulat</b>	Community Health Advocates (CHA) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: cha@cssny.org
<b>Website</b>	<a href="http://www.communityhealthadvocates.org">www.communityhealthadvocates.org</a>

**Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	1-888-614-5400 Lunes.-Miyerkules. 9 a.m. - 7 p.m., Huwebes.-Biyernes. 9 a.m. - 4 p.m.
<b>TTY</b>	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.
<b>Sumulat</b>	Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) Community Service Society of New York 633 Third Ave, 10th Floor New York, NY 10017 EMAIL: ombuds@oasas.ny.gov

**Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan****Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Website</b>	<a href="http://www.champny.org">www.champny.org</a>
----------------	--

Ang Programa ng Long Term Care Ombudsman ng Estado ng New York ay tumutulong sa mga tao na makakuha ng impormasyon tungkol sa mga nursing home at lutasin ang mga problema sa pagitan ng mga nursing home at mga residente o kanilang mga pamilya.

**Ang Programa ng Long Term Care Ombudsman ng Estado ng New York – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	1-855-582-6769 Lunes-Biyernes 8:00 AM – 4:00 PM
<b>Sumulat</b>	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 EMAIL: <a href="mailto:ombudsman@aging.ny.gov">ombudsman@aging.ny.gov</a>
<b>Website</b>	<a href="http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm">http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm</a>

**SEKSYON 7 Mga Programang Tumutulong sa Pagbabayad ng mga Inireresetang Gamot**

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

**Extra Help mula sa Medicare**

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

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

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

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

- Ang Best Available Evidence (BAE) ay matatagpuan sa web sa <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. Ginagamit ang BAE para matukoy ang Subsidy sa May Mababang Kita ng miyembro. Tinutukoy ng aming departamento ng Mga Serbisyo para sa Miyembro at departamento ng Parmasya ang mga kaso kung saan nalalapat ang patakaran ng BAE. Maaaring magpadala ang mga miyembro ng dokumentasyon ng BAE para maitaguyod ang pagiging kwalipikado sa address ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista sa Kabanata 2. Bukod pa rito,

## Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan

maaari kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung mayroon kang mga tanong. Ang mga katanggap-tanggap na anyo ng ebidensya ay:

- Liham ng Parangal ng SSA
- Abiso ng Parangal
- Suplementong Seguridad sa Kita

Kapag natanggap namin ang katibayang nagpapakita ng iyong wastong antas sa copayment, ia-update namin ang aming system para mabayaran mo ang wastong halaga ng copayment kapag kinuha mo ang susunod mong reseta. Kung sumobra ang naibayad mong copayment, ibabalik namin ang sobrang ibinayad sa iyo sa pamamagitan ng tseke o sa pamamagitan ng pag-credit para sa hinaharap na copayment. Kung hindi kinolekta ng parmasya ang iyong copayment at nagkautang ka sa kanila, babayaran namin nang direkta ang parmasya. Kung nagbayad ang isang estado sa ngalan mo, maaari kaming direktang magbayad sa estado. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) kung mayroon kang mga tanong.

Karamihan sa aming mga miyembro ay kwalipikado at nakakakuha na ng Extra Help mula sa Medicare upang bayaran ang kanilang mga gastos sa plano sa inireresetang gamot. Paano kung mayroon kang Extra Help at pagsaklaw mula sa State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)?

Maraming estado ang nag-aalok ng tulong sa pagbabayad ng mga inireresetang gamot, premium sa plano ng gamot, at/o iba pang gastos sa gamot. Kung nakatala ka sa isang State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP), ang Extra Help ng Medicare ang unang magbabayad.

### EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (New York State Pharmaceutical Assistance Program) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan

<b>Tumawag</b>	(800) 332-3742 Lunes – Biyernes, 8 a.m. – 5 p.m., lokal na oras
<b>Sumulat</b>	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
<b>Website</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/epic/">https://www.health.ny.gov/health_care/epic/</a>

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

Tinutulungan ng AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ang mga taong may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakapagligtas ng buhay. Ang mga gamot ng Medicare Part D na nasa pormularyo din ng ADAP ay kwalipikado para sa tulong sa pagbabahagi sa gastos sa reseta sa pamamagitan ng New York State-specific ADAP information.

**Tandaan:** Upang maging kwalipikado para sa ADAP na nasa iyong Estado, kailangang matugunan ng mga tao ang ilang partikular na pamantayan, kabilang ang katibayan ng paninirahan sa Estado at HIV status, mababang kita (alinsunod sa depinasyon ng Estado), at pagiging walang insurance/kulang sa insurance. Kung magpapalit ka ng plano, abisuhan ang iyong lokal na manggagawa sa pagpapatala sa ADAP upang patuloy kang makatanggap ng tulong. Para sa impormasyon sa mga pamantayan sa pagiging kwalipikado, mga salaw na gamot, o kung paano magpatala sa programa, tumawag sa (800) 542-2437 o 1-844-682-4058.

### State Pharmaceutical Assistance Programs

**Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**

Maraming estado ang may mga State Pharmaceutical Assistance Programs na tumutulong sa mga taong magbayad para sa mga inireresetang gamot batay sa pinansyal na pangangailangan, edad, medikal na kundisyon, o mga kapansanan. Bawat estado ay may iba't ibang patakaran para sa pagbibigay ng pagsaklaw sa gamot sa mga miyembro nito.

Sa Estado ng New York, ang State Pharmaceutical Assistance Program ay *EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage)*.

**EPIC (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage) (New York State Pharmaceutical Assistance Program) – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	(800) 332-3742 Lunes – Biyernes, 8 a.m. – 5 p.m., lokal na oras
<b>Sumulat</b>	EPIC P.O. Box 15018 Albany, NY 12212-5018
<b>Website</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/epic/">https://www.health.ny.gov/health_care/epic/</a>

**Medicare Prescription Payment Plan**

Ang Medicare Prescription Payment Plan ay isang opsyon sa pagbabayad na gumagana kasama ng iyong kasalukuyang saklaw ng gamot na tumutulong sa iyong pamahalaan ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa para sa mga gamot na sinasaklaw ng aming plano sa pamamagitan ng paghahati-hati ng mga ito sa **kabuuan ng taon ng kalendaryo** (Enero – Disyembre). Maaaring gamitin ng sinumang may plano sa gamot ng Medicare o planong pangkalusugan ng Medicare na may pagsaklaw sa gamot (tulad ng planong Medicare Advantage na may pagsaklaw sa gamot) ang opsyon sa pagbabayad na ito. **Maaaring makatulong ang opsyon na ito sa pagbabayad na pamahalaan ang iyong mga gastusin, ngunit hindi ka makakatipid ng pera o hindi bababa ang iyong mga gastos sa gamot. Kung nakikilahok ka sa Medicare Prescription Payment Plan at mananatili sa parehong plano ng Bahagi D, awtomatikong ire-renew ang iyong pakikilahok para sa 2026.** Ang “Extra Help” mula sa Medicare at tulong mula sa iyong SPAP at ADAP, para sa mga kwalipikado, ay mas kapaki-pakinabang kaysa sa paglahok sa Medicare Prescription Payment Plan. Upang matuto nang higit pa tungkol sa opsyong ito ng pagbabayad, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o bisitahin ang [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

**Medicare Prescription Payment Plan – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	(833) 671-0440 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang mga oras ay Oktubre 1 - Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 – Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro (833) 671-0440 (TTY users tumawag sa 711) ay mayroon ding libreng mga serbisyo sa pagsasalin ng wika para sa mga hindi nagsasalita ng English.
<b>TTY</b>	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.

**Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan****Medicare Prescription Payment Plan – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

	Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang mga oras ay Oktubre 1 - Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 – Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras.
<b>Fax</b>	(310) 507-6186
<b>Sumulat</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Ocean Gate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>Website</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

**SEKSYON 8 Lupon sa Pagreretiro ng Riles (Railroad Retirement Board, RRB)**

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

**Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro (RRB)– Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

<b>Tumawag</b>	1-877-772-5772  Libre ang mga tawag sa numerong ito.  Pindutin ang “0,” upang makipag-usap sa kinatawan ng RRB mula 9 a.m. hanggang 3:30 pm, kapag Lunes, Martes, Huwebes at Biyernes, at mula 9 a.m. hanggang 12 p.m. kapag Miyerkules.  Pindutin ang “1” upang ma-access ang awtomatikong Linya ng Tulong ng RRB at makakuha ng nakarekord na impormasyon 24 na oras sa isang araw, kabilang ang mga weekend at pista opisyal.
<b>TTY</b>	1-312-751-4701  Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o magsalita.  Ang mga pagtawag sa numerong ito ay hindi libre.
<b>Website</b>	<a href="https://RRB.gov">https://RRB.gov</a>

**Kabanata 2: Mga numero ng telepono at mapagkukunan**

---

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

---

Kung ikaw (o ang iyong asawa o kinakasama) ay nakakakuha ng mga benepisyo mula sa employer mo (o ng iyong asawa o kinakasama) o sa grupo ng mga retirado bilang bahagi ng planong ito, tawagan ang tagapangasiwa ng mga benepisyo sa employer/union o ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa [ilagay ang numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro] (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa [ilagay ang numero ng TTY]) tungkol sa anumang tanong. Maaari kang magtanong tungkol sa iyong employer (o employer ng iyong asawa o kinakasama) o sa mga benepisyo sa kalusugan ng nagretiro, premium, o panahon ng pagpapatala. (Ang mga numero ng telepono para sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ay naka-print sa likod na takip ng dokumentong ito.) Maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para sa mga tanong tungkol sa iyong saklaw sa Medicare sa ilalim ng planong ito. Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.

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

## KABANATA 3:

# Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

## SEKSYON 1 Paano kumuha ng pangangalagang medikal at iba pang serbisyo bilang miyembro ng aming plano

---

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

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

- Ang **mga provider** ay mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na lisensyado ng estado para magkaloob ng mga serbisyo at pangangalagang medikal. Kabilang din sa terminong “mga provider” ang mga ospital at iba pang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan.
- Ang **mga provider na nasa network** ay ang mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan, mga medikal na grupo, mga ospital, at iba pang pasilidad ng pangangalaga ng kalusugan na may kasunduan sa amin na tanggapin ang aming bayad bilang kabuuang bayad. Nakipagkasundo kami sa mga provider na ito para maghatid ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Sinisingil kami mismo ng mga provider na nasa network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa iyo. Kapag nagpakonsulta ka sa isang provider na nasa network, karaniwang wala kang babayaran para sa mga saklaw na serbisyo.
- Kabilang sa **mga saklaw na serbisyo** ang lahat ng pangangalagang medikal, mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, mga supply ng kagamitan, at mga inireresetang gamot na saklaw ng aming plano. Nakalista sa *Chart ng Mga Benepisyong Medikal* sa Kabanata 4 ang iyong mga saklaw na serbisyo para sa pangangalagang medikal. Ang iyong mga saklaw na serbisyo para sa mga inireresetang gamot ay tinatalakay sa Kabanata 5.

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

Bilang planong pangkalusugan ng Medicare at Medicaid, dapat saklawin ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang lahat ng mga saklaw na serbisyo ng Original Medicare at maaaring mag-alok ng iba pang mga serbisyo bilang dagdag sa mga saklaw sa ilalim ng Original Medicare.

Pangkalahatang sasaklawin ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang iyong pangangalagang medikal hangga't:

- **Ang pangangalagang matatanggap mo ay makikita sa *Chart ng Mga Benepisyong Medikal ng aming plano* sa Kabanata 4.**

### Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

- **Ang pangangalagang natatanggap mo ay itinuturing na medikal na kinakailangan.** Ang medikal na kinakailangan ay nangangahulugan na ang mga serbisyo, supply, kagamitan, o gamot ay kailangan para sa pag-iwas, pagsusuri, o paggamot sa kundisyong medikal mo at nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan.
- **Mayroon kang provider ng pangunahing pangangalaga (isang PCP) na nasa network na nagbibigay at namamahala ng iyong pangangalaga.** Bilang miyembro ng aming plano, dapat kang pumili ng PCP na nasa network (tingnan ang Seksyon 2.1 para sa higit pang impormasyon).
  - Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat magbigay muna ang aming plano ng paunang pag-apruba (isang referral) bago mo magamit ang iba pang provider sa network ng aming plano, gaya ng mga espesyalista, ospital, pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, o ahensya ng **pangangalaga** ng kalusugan sa bahay. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang Seksyon 2.3.
  - Hindi mo kailangan ng referral **mula** sa iyong PCP para sa pang-emergency na pangangalaga o mga serbisyong agarang kinakailangan. Upang malaman ang tungkol sa iba pang mga uri ng pangangalaga na maaari mong makuha nang hindi kumukuha ng maagang pag-apruba mula sa iyong PCP, tingnan ang Seksyon 2.2.
- **Dapat nmong kunin ang iyong pangangalaga mula sa isang provider na nasa network** (tingnan ang Seksyon 2). Sa karamihan ng kaso, hindi sasaklawin ang pangangalagang matatanggap mo mula sa provider na wala sa network (isang provider na hindi bahagi ng network ng aming plano). Nangangahulugan ito na kailangan mong bayaran nang buo ang provider para sa mga serbisyong natanggap mo. *Narito ang 3 eksepsiyon:*
  - Sinasaklaw ng aming plano ang pang-emergency na pangangalaga o mga serbisyong agarang kinakailangan na nakuha mo mula sa isang provider na wala sa network. Para sa higit pang impormasyon at para malaman kung ano ang emergency o mga serbisyong agarang kinakailangan, tingnan ang Seksyon 3.
  - Kung kailangan mo ng pangangalagang medikal na hinihiling ng Medicare na saklawin ng aming plano ngunit walang espesyalista sa aming network na nagbibigay ng pangangalagang ito, maaari mong kunin ang pangangalagang ito mula sa isang provider na wala sa network sa parehong pagbabahagi sa gastos na karaniwan mong binabayaran sa provider na nasa network. Sa kasong ito, kinakailangan ang paunang awtorisasyon. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa tulong. Sa ganitong sitwasyon, sasaklawin namin ang pangangalaga nang libre para sa iyo. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng pag-apruba para magpatingin sa doktor na wala sa network, tingnan ang Seksyon 2.4.
  - Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo para sa kidney dialysis na nakukuha mo mula sa pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano o kapag pansamantalang wala o hindi mapupuntahan ang iyong provider para sa serbisyong ito. Ang pagbabahagi sa gastos na ibabayad mo sa aming plano para sa dialysis ay hindi maaaring maging mas mataas sa pagbabahagi sa gastos sa Original Medicare. Kung nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano at nagpapa-dialysis ka sa isang provider na wala sa network ng aming plano, hindi maaaring mas mataas ang iyong bahagi sa gastos kaysa sa pagbabahagi sa gastos na ibinabayad mo sa provider na nasa network. Gayunpaman, kung pansamantalang hindi available ang iyong karaniwang provider na nasa network para sa dialysis at pinili mong kumuha ng mga serbisyo sa loob ng aming lugar ng serbisyo mula sa isang provider na wala sa network ng aming plano, maaaring mas mataas ang iyong pagbabahagi sa gastos para sa dialysis.

**Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**

---

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

---

**Seksyon 2.1 Dapat kang pumili ng Provider ng Pangunahing Pangangalaga (Primary Care Provider, PCP) na magbibigay at mangangasiwa sa iyong pangangalaga****Ano ang PCP at ano ang ginagawa ng PCP para sa iyo?**

Kapag naging miyembro ka ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), kailangan mong pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga (PCP). Ang iyong PCP ay isang lisensyadong provider na nakakatugon sa mga kinakailangan ng estado at sinanay para bigyan ka ng pangunahing pangangalagang medikal.

Ang iyong PCP ay isang New York State Family Medicine, Internal Medicine, Geriatric Medicine, Adult Medicine o Family Medicine na doktor, o isang Gerontological Nurse Practitioner. Makukuha mo ang nakagawian o pangunahing pangangalaga mo mula sa iyong PCP. Iko-coordinate din ng iyong PCP ang iba pang saklaw na serbisyong makukuha mo bilang miyembro ng plano. Kabilang dito ang mga x-ray, mga pagsusuri sa laboratoryo, mga therapy, mga espesyalista sa form ng pangangalaga, mga pagpasok sa ospital at kasunod na pangangalaga. Ang “pag-coordinate” sa mga serbisyo sa iyo ay nagsasangkot din ng pagsusuri o pagkonsulta sa iba pang mga provider ng plano tungkol sa iyong pangangalaga. Sa ilang mga pagkakataon, kakailanganin ng PCP mo na kumuha ng paunang awtorisasyon (paunang pag-apruba) mula sa amin. Ipinapakita ng Talaan ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4 kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang awtorisasyon mula sa plano. Makikipag-ugnayan ang iyong PCP sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) para makuha ang kinakailangang awtorisasyon. Dahil ihahatid at ikokoordina ng PCP mo ang pangangalagang medikal mo, dapat mong ipadala ang lahat ng nakaraang medikal na rekord mo sa tanggapan ng PCP mo.

**Paano pumili ng PCP**

Kapag nag-sign up ka para sa aming plano, hihilingin sa iyo na pumili ng PCP. Ang PCP na kasalukuyan mong pinapatingnan ay maaaring bahagi na ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) network. Kapag nag-apply ka sa aming plano, malalaman namin kung ang iyong PCP ay bahagi ng aming plano. Kung ang iyong doktor ay hindi bahagi ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), kakailanganin mong pumili ng bago mula sa aming network at mag-set up ng appointment para makapagpatingin sa doktor na iyon sa lalong madaling panahon.

Puwede mong piliin ang iyong PCP mula sa Direktoryo ng Provider at Parmasya ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sa oras na mag-sign up ka. Para sa pinakabagong listahan ng mga provider, gamitin ang Maghanap ng Provider na tool sa paghahanap sa aming website. Maaari ka ring makikipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa toll-free na numero sa likod ng booklet na ito. Susuriin namin ang mga pangalan ng PCP sa lugar mo, tatanungin ka tungkol sa iba pang mga doktor kung saan ka nagpatingin at kung saang mga ospital ka pupunta. Hihilingin sa iyo na ilagay ang pangalan ng PCP sa iyong aplikasyon sa pagpapatala. Puwede mong palitan ang PCP mo anumang oras.

**Paano palitan ang iyong PCP**

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

### **Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**

Ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay may Patakaran sa Pagpapatuloy ng Pangangalaga (COC) na nagbibigay sa iyo ng tuloy-tuloy na access sa mga hindi nakakontratang practitioner sa mga sumusunod na sitwasyon:

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

- Kung ikaw ay nasa aktibong proseso ng paggamot sa isang hindi nakakontratang practitioner o mga practitioner sa panahon ng iyong pagpapatula.
- Kung kasalukuyan kang mayroong DME na kagamitan- titiyakin ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang patuloy na access sa kinakailangang DME at mga pagkukumpuni mula sa mga hindi nakakontratang provider.
- Kung ikaw ay buntis, makakatanggap ka ng patuloy na pangangalaga hanggang sa makumpleto ang mga serbisyong pang-postpartum o para sa mas mahabang panahon kung kinakailangan para sa ligtas na paglipat sa ibang provider.

**Kung isa kang kasalukuyang miyembro** maaari kang makatanggap ng pagpapatuloy ng pangangalaga sa loob ng hanggang isang taon para sa mga kasalukuyang serbisyo sa oras na matapos ang isang kontrata sa pagitan ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) at ng iyong practitioner o pasilidad, sa mga sumusunod na sitwasyon:

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

Ang mga kawani ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay makikipagtulungan sa iyong hindi nakakontratang practitioner para dalhin sila sa network ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) bilang nakakontratang provider o makipagtulungan sa iyo at sa provider na ilipat ang iyong pangangalaga sa isang practitioner sa loob ng network sa panahon ng 90 araw na yugto ng pagpapatuloy ng pangangalaga. Ang pagpapatuloy ng pangangalaga ay ibibigay sa loob ng mga limitasyon ng iyong mga benepisyo.

#### **Pagbubukod sa Patakaran:**

1. Maaaring palawigin ng mga kawani ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang 90 araw na yugto kung kinakailangan upang matugunan ang anumang hindi pangkaraniwang pangangailangan na maaaring mayroon ka.
2. Hindi aaprubahan ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang patuloy na pangangalaga ng isang hindi nakikilahok na provider kung:
  - Kailangan mo lamang ng pagsubaybay sa malubhang kundisyon.
  - Ang inihinto na kontrata ng practitioner ay batay sa isang propesyonal na pagsusuri sa kakulangan ng kakayahan o hindi angkop na pag-uugali, at maaaring nasa panganib ang iyong kapakanan.

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

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

### **Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**

- Regular na pangangalaga sa kalusugan ng kababaihan, kabilang ang mga pagsusuri sa suso, mga screening mammogram (x-rays ng suso), Pap test, at pagsusuri sa balakang
- Mga bakuna laban sa trangkaso, mga bakuna sa COVID-19, mga bakuna sa Hepatitis B, at bakuna sa pulmonya
- Mga serbisyo sa emergency mula sa mga provider na nasa network o mga provider na wala sa network
- Ang mga saklaw na serbisyo ng plano na agarang kinakailangan ay ang mga serbisyong nangangailangan ng agarang medikal na atensyon (ngunit hindi isang emergency) kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano, o kung hindi makatwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon mo na kunin ang serbisyong ito mula sa mga provider na nasa network. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay ang mga hindi inaasahang kundisyong medikal at pinsala o hindi inaasahang biglaang paglala ng mga umiiral na kundisyon. Ang mga regular na pagpapatingin sa provider na medikal na kinakailangan (tulad ng taunang pagsusuri) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.
- Mga serbisyo ng kidney dialysis na iyong nakukuha sa isang pasilidad para sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano. Kung posible, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) bago umalis sa lugar ng serbisyo para matulungan ka naming isaayos ang iyong maintenance dialysis habang nasa malayo ka.

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

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

- Inaalagaan ng mga oncologist ang mga pasyenteng may kanser
- Inaalagaan ng mga cardiologist ang mga pasyenteng may mga problema sa puso
- Inaalagaan ng mga orthopedist ang mga pasyenteng may problema sa buto, kasukasuan, o kalamnan

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

Kung kailangan mo ng pangangalaga pagkatapos ng normal na oras ng negosyo, pakitawagan ang iyong PCP. Ang impormasyong ito ay nakalista sa iyong Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) membership ID card. Kung sa tingin mo ay emergency ito, humingi kaagad ng medikal na atensyon. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang Seksyon 3, (Paano makakuha ng mga saklaw na serbisyo kapag mayroon kang emergency o agarang pangangailangan para sa pangangalaga).

### **Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**

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

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

- Kahit magbago sa kasalukuyang taon ang aming network ng mga provider, hinihingi ng Medicare na bigyan ka namin ng hindi naaantalang access ng mga kwalipikadong doktor at espesyalista.
- Aabisuhan ka namin kung aalis sa aming plano ang iyong provider para may panahon kang mamili ng bagong provider.
  - Kung aalis sa aming plano ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga o ng kalusugan sa pag-uugali, aabisuhan ka namin kung nagpatingin ka sa naturang provider sa loob ng nakalipas na 3 taon.
  - Kung aalis sa aming plano ang alinman sa iba mo pang provider, aabisuhan ka namin kung nakatalaga ka sa provider na ito, kasalukuyang kumukuha ng pangangalaga mula sa kanila, o kung nagpatingin ka sa kanila sa nakalipas na 3 buwan.
- Tutulungan ka naming pumili ng bagong kwalipikadong provider na nasa network para sa patuloy na pangangalaga.
- Kung sumasailalim ka sa medikal na paggamot o mga therapy sa iyong kasalukuyang provider, may karapatan kang humiling na patuloy na makatanggap ng medikal na kinakailangang mga paggamot o therapy. Makikipagtulungan kami sa iyo upang patuloy kang makatanggap ng pangangalaga.
- Bibigyan ka namin ng impormasyon tungkol sa iba't ibang yugto ng pagpapatala na available sa iyo at mga posibleng opsyon mo para sa pagpapalit ng mga plano.
- Kung hindi available o hindi sapat ang isang provider o mga benepisyo na nasa network upang matugunan ang iyong medikal na pangangailangan, isasaayos namin ang anumang saklaw na medikal na kinakailangang mga benepisyo sa labas ng aming network ng provider sa pagbabahagi sa gastos na nasa network. Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.
- Kung malaman mong aalis sa aming plano ang iyong doktor o espesyalista, makipag-ugnayan sa amin para matulungan namin kang makahanap ng bagong provider para pamahalaan ang iyong pangangalaga.
- Kung naniniwala kang hindi ka namin nabigyan ng kwalipikadong provider na papalit sa iyong dating provider o hindi angkop na napapamahalaan ang pangangalaga mo, mayroon kang karapatang maghain ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga sa QIO, isang karaingan sa kalidad ng pangangalaga sa aming plano, o pareho (tingnan ang Kabanata 9).

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

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

Ikaw o ang iyong PCP ay dapat makipag-ugnayan sa aming plano para sa paunang awtorisasyon bago humingi ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro

### **Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**

---

para sa tulong. Kung bibigyan ka namin ng paunang awtorisasyon para makakuha ng pangangalaga mula sa isang provider na wala sa network, sasaklawin namin ang mga serbisyong ito na parang nakuha mo ang pangangalaga mula sa isang provider na nasa network.

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

**Tandaan:** karapatan ng mga miyembro na makatanggap ng mga serbisyo mula sa mga provider na wala sa network para sa emergency o mga serbisyong agarang kinakailangan. Dagdag pa rito, dapat saklawin ng mga plano ang mga serbisyo sa dialysis para sa mga miyembrong may ESRD na bumiyaha sa labas ng lugar ng serbisyo ng *aming* plano at *hindi* nila ma-access ang mga nakakontratang provider ng ESRD.

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

---

### **Seksyon 3.1 Kumuha ng pangangalaga kung mayroon kang medikal na emergency**

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

Kung mayroon kang medikal na emergency:

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

### **Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency**

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

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

### **Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**

---

Pagkatapos ng emergency, may karapatan ka sa kasunod na pangangalaga para matiyak na ang iyong kundisyon ay patuloy na gagaling. Patuloy kang gagamutin ng iyong mga doktor hanggang sa makipag-ugnayan sa amin ang mga doktor mo at gumawa ng mga plano para sa karagdagang pangangalaga. Ang iyong kasunod na pangangalaga ay sasaklawin ng aming plano.

Kung ang iyong pang-emergency na pangangalaga ay ibinibigay ng mga provider na wala sa network, susubukan naming ayusin para mailipat sa mga provider na nasa network ang iyong pangangalaga sa lalong madaling panahon na papahintulutan ng iyong kundisyong medikal at ng sitwasyon.

#### **Paano kung hindi ito isang medikal na emergency?**

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

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

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

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

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

Kapag pansamantalang wala o hindi mapupuntahan ang mga provider na nasa network, maaaring kunin ang agarang pangangalaga gamit ang anumang bukas na sentro ng agarang pangangalaga. Maaari mo ring tawagan ang Nurse Advice Line sa (844) 658-8544. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng pandaigdigang pang-emergency na pangangalaga sa labas ng Estados Unidos sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon.

- Mayroon kang limitasyon na \$10,000 para sa pandaigdigang saklaw ng emergency bawat taon ng kalendaryo na gagamitin para sa pang-emergency na pangangalaga, at pangangalaga pagkatapos gumaling.
- Ang benepisyong ito ay limitado sa mga serbisyong itinuturing na pang-emergency na pangangalaga kung ang pangangalaga ay ibinigay sa U.S.

### **Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**

---

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

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

### **Seksyon 3.3 Kumuha ng pangangalaga sa panahon ng sakuna**

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

Bisitahin ang [SWHNY.com](http://SWHNY.com) para sa impormasyon kung paano makakuha ng kinakailangang pangangalaga sa panahon ng sakuna.

Kung hindi ka makakagamit ng provider na nasa network sa panahon ng sakuna, pahihintulutan ka ng aming plano na makakuha ng pangangalaga mula sa mga provider na wala sa network ng may pagbabahagi sa gastos na nasa network. Kung hindi ka makakagamit ng parmasyang nasa network sa panahon ng sakuna, maaari mong kunin ang iyong mga inireresetang gamot sa isang parmasyang wala sa network. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5

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

---

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

### **Seksyon 4.1 Kung ang mga serbisyo ay hindi saklaw ng aming plano**

Sinasaklaw ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang lahat ng medikal na kinakailangang mga serbisyo gaya ng nakalista sa Chart ng Mga Benepisyong Medikal sa Kabanata 4. Kung makatanggap ka ng mga serbisyo na hindi sinasaklaw ng aming plano, o nakatanggap ka ng mga serbisyo na wala sa network nang walang awtorisasyon, ikaw ang mananagot sa pagbabayad ng buong halaga ng serbisyo.

**Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**

---

Para sa mga saklaw na serbisyo na may limitasyon sa mga benepisyo, babayaran mo din ang kabuuang gastos ng anumang serbisyong makukuha mo pagkatapos mong maubos ang iyong mga benepisyo para sa ganoong uri ng saklaw na serbisyo. Kung magbabayad ka para sa mga gastos kapag naabot na ang limitasyon sa benepisyo, ang mga gastos na ito ay hindi mabibilang sa iyong maximum na gastos mula sa sariling bulsa.

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

---

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

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

Kapag naaprubahan ng Medicare ang pag-aaral, at nagpahayag ka ng interes, makikipag-ugnayan sa iyo ang taong nagtatrabaho sa pag-aaral para ipaliwanag pa tungkol sa pag-aaral at tingnan kung natutugunan mo ang mga kinakailangan na itinakda ng mga siyentipiko na nagpapatakbo ng pag-aaral. Maaari kang lumahok sa pag-aaral hangga't natutugunan mo ang mga kinakailangan para sa pag-aaral at mayroon kang ganap na pag-unawa at pagtanggap sa kung ano ang kasama kapag lumahok ka sa pag-aaral.

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

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

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

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

### **Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**

---

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

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

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

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

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

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

Kumuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral sa publikasyon ng Medicare *Medicare at Mga Klinikal na Pananaliksik na Pag-aaral*, na available sa [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.

---

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

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

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

### Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo

---

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

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

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

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

- Ang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga ay dapat sertipikado ng Medicare.
- Sinasaklaw lamang ng aming plano ang mga *hindi relihiyosong* aspeto ng pangangalaga.
- Kung kukuha ka ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ipinagkakaloob sa iyo sa isang pasilidad, ilalapat ang mga sumusunod na kundisyon:
  - Dapat ay mayroon kang kundisyong medikal na magpapahintulot sa iyo na makakuha ng mga saklaw na serbisyo na pangangalaga sa ospital para sa inpatient o pangangalaga mula sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga.
  - – *at* – kailangan mong kumuha ng paunang pag-apruba mula sa aming plano bago ka ma-admit sa pasilidad, kung hindi ay hindi ka sasaklawin.
  - *Nalalapat ang mga limitasyon sa pagsaklaw ng Medicare sa Ospital para sa Inpatient.*

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

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

---

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

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

Sa Original Medicare, ang mga taong nagrerenta ng ilang uri ng DME ay nagmamay-ari ng kagamitan pagkatapos magbayad ng mga copayment para sa item sa loob ng 13 buwan. Gayunpaman, bilang miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), kadalasang **hindi** mo magiging pagmamay-ari ang mga nirentahang DME item, kahit ilang copayment pa ang ibinayad mo para sa item habang miyembro ka ng aming plano. Hindi mo magiging pagmamay-ari, kahit na gumawa ka ng 12 magkakasanod na pagbabayad para sa

### **Kabanata 3: Paggamit sa aming plano para sa iyong medikal at iba pang mga saklaw na serbisyo**

DME item sa ilalim ng Original Medicare bago ka sumali sa aming plano. Sa ilalim ng ilang limitadong sitwasyon, ililipat namin ang pagmamay-ari ng DME item sa iyo. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa karagdagang impormasyon.

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

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

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

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

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

Kung kuwalipikado ka para sa saklaw ng mga kagamitang pang-oxygen ng Medicare na saklaw ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang:

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

Kung aalis ka sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) o hindi na medikal na nangangailangan ng kagamitang pang-oxygen, ang kagamitang pang-oxygen ay dapat na ibalik.

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

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

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)****KABANATA 4:****Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)****SEKSYON 1 Pag-unawa sa mga saklaw na serbisyo**

Ang Chart ng Mga Benepisyong Medikal ay naglilista ng iyong mga saklaw na serbisyo bilang miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Nagbibigay rin ang seksyong ito ng impormasyon tungkol sa mga medikal na serbisyo na hindi sinasaklaw, at ipinapaliwanag ang mga limitasyon ng ilang mga serbisyo.

**Seksyon 1.1 Wala kang babayaran para sa iyong mga saklaw na serbisyo**

Dahil nakakakuha ka ng tulong mula sa Medicaid, wala kang babayaran para sa iyong mga saklaw na serbisyo hangga't sinusunod mo ang mga panuntunan ng aming plano para sa pagkuha ng iyong pangangalaga. (Tingnan ang Kabanata 3 para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga tuntunin ng iyong plano para sa pagkuha ng iyong pangangalaga.)

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

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

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

Ang mga halagang binabayaran mo para sa mga saklaw na serbisyo ay binibilang sa maximum na halagang mula sa bulsa na ito. Ang mga halagang binabayaran mo para sa premium ng plano at sa mga gamot sa Bahagi D ay hindi bibilangin sa iyong maximum na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa. Dagdag pa rito, ang mga halagang binabayaran mo para sa ilang serbisyo ay hindi bibilangin sa iyong maximum na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa. Ang mga serbisyong ito ay minarkahan ng asterisk (\*) sa Talaan ng Mga Benepisyong Medikal. Kapag naabot mo na ang maximum na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa na \$9,250, hindi mo na kailangang magbayad ng anumang gastos mula sa sariling bulsa sa mga nalalabing araw ng taon para sa mga saklaw na serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B. Gayunpaman, dapat mong ipagpatuloy ang pagbabayad ng premium sa Medicare Part B (maliban kung ang iyong premium sa Bahagi B ay binabayaran para sa iyo ng Medicaid o iba pang third party).

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)****SEKSYON 2 Ipinapakita ng Talaan ng Mga Benepisyong Medikal ang mga benepisyong medikal at gastos mo**

Nakalista sa Talaan ng Mga Benepisyong Medikal sa mga sumusunod na pahina ang mga serbisyong saklaw ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (Ang pagsaklaw sa gamot sa Bahagi D ay nasa Kabanata 5).. Sasaklawin lamang ang mga nakalistang serbisyo sa Chart ng Mga Benepisyong Medikal kapag natugunan ang mga sumusunod na pangangailangan:

- Dapat na ibigay ang iyong mga saklaw na serbisyo sa Medicare alinsunod sa mga alituntunin ng pagsaklaw ng Medicare.
- Ang iyong mga serbisyo (kabilang ang pangangalagang medikal, mga serbisyo, supply, kagamitan, at mga gamot sa Bahagi B) ay *dapat* medikal na kinakailangan. Ang medikal na kinakailangan ay nangangahulugan na ang mga serbisyo, supply, o gamot ay kailangan para sa pag-iwas, pagsusuri, o paggamot sa kundisyong medikal mo at nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan.
- Para sa mga bagong nakatala, ang iyong coordinated na plano ng pangangalaga sa MA ay dapat magbigay ng hindi bababa sa 90 araw na panahon ng paglipat, kung saan maaaring hindi humiling ng paunang awtorisasyon ang bagong plano ng MA para sa anumang aktibong proseso ng paggamot, kahit na ang proseso ng paggamot ay para sa serbisyo na nagsimula sa isang provider na wala sa network.
- Kinuha mo ang iyong pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Sa karamihan ng mga kaso, ang pangangalaga na makukuha mo mula sa isang provider na wala sa network ay hindi sasaklawin maliban kung isa itong emergency o agarang pangangalaga o maliban kung binigyan ka ng referral ng iyong plano o provider na nasa network. Nangangahulugan ito na babayaran mo nang buo ang provider para sa mga serbisyong natanggap mo.
- Mayroon kang provider ng pangunahing pangangalaga (isang PCP) na nagbibigay at namamahala ng iyong pangangalaga.
- Ang ilan sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyong Medikal ay sinasaklaw *lang* kung makakakuha ang iyong doktor o iba pang provider na nasa network ng maagang pag-apruba (tinatawag din minsan na paunang awtorisasyon) mula sa amin. Ang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng maagang pag-apruba ay minarkahan sa Talaan ng Mga Benepisyong Medikal na **naka-bold**.
- Kung ang iyong coordinated na plano ng pangangalaga ay nagbibigay ng pahintulot para sa isang kahilingan sa paunang awtorisasyon para sa isang proseso ng paggamot, ang pahintulot ay dapat na may bisa hangga't medikal na makatuwiran at kinakailangan upang maiwasan ang mga pagkaantala sa pangangalaga alinsunod sa mga naaangkop na pamantayan ng saklaw, iyong medikal na kasaysayan, at rekomendasyon ng gumagamot na provider.

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

- Sinasaklaw ka ng parehong Medicare at Medicaid. Sinasaklaw ng Medicare ang pangangalaga ng kalusugan at mga inireresetang gamot. Sinasaklaw ng Medicaid ang iyong pagbabahagi sa gastos para sa mga serbisyo ng Medicare, kabilang ang mga serbisyo ng ospital para sa inpatient at mga serbisyo ng ospital para sa outpatient. Sinasaklaw din ng Medicaid ang mga serbisyong hindi saklaw ng Medicare, tulad ng mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya, pangmatagalang pangangalaga, mga over-the-counter na gamot, mga serbisyong nakabatay sa bahay at komunidad, o iba pang serbisyong Medicaid lamang.

#### **Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

---

- Tulad ng lahat ng planng pangkalusugan ng Medicare, sinasaklaw namin ang lahat ng saklaw ng Original Medicare. (Upang malaman ang higit pa tungkol sa saklaw at mga gastos ng Original Medicare, tingnan ang iyong *Medicare & You 2026* na handbook. Tingnan ito online sa [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o humingi ng kopya sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.)
- Para sa lahat ng mga saklaw na serbisyo ng pang-iwas sa sakit na sinasaklaw sa ilalim ng Original Medicare nang libre, sinasaklaw din namin ang mga serbisyong ito nang libre para sa iyo.
- Kung magdaragdag ang Medicare ng pagsaklaw para sa anumang serbisyo sa 2026, maaaring ang Medicare o ang aming plano ang sasaklaw sa mga serbisyong iyon.
- Dahil nakakakuha ka ng tulong mula sa Medicaid, wala kang babayaran para sa iyong mga saklaw na serbisyo hangga't sinusunod mo ang mga panuntunan ng plano para sa pagkuha ng iyong pangangalaga. Nangangahulugan ito na para sa mga saklaw na serbisyo, hindi mo kailangang magbayad ng anumang bahagi sa gastos (walang co-pay o mga deductible). Bilang miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), iniuugnay namin ang iyong mga saklaw na serbisyo sa Medicare at ang iyong mga serbisyo sa Medicaid dahil pareho silang saklaw ng aming plano. Kasama sa impormasyon sa benepisyo sa ibaba ang mga saklaw na serbisyo ng Medicare at Medicaid.
- Kung ikaw ay kabilang sa 6 na buwan (180 araw) na panahong itinuturing na walang antalang pagiging kwalipikado sa aming plano, patuloy naming ibibigay ang lahat ng mga benepisyo ng Medicare na saklaw ng plano ng Medicare Advantage. Gayunpaman, sa panahong ito, *hindi* na namin itutuloy ang pagsaklaw sa mga benepisyo ng Medicaid na kasama sa ilalim ng nalalapat na Medicaid State Plan at hindi namin babayaran ang mga premium o pagbabahagi sa gastos ng Medicare na hindi sana sasagutin ng estado kung hindi mo nawala ang pagiging kwalipikado mo sa Medicaid. Sa panahong ito, maaaring tumaas ang halaga na babayaran mo para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare

**Kung kwalipikado ka para sa tulong sa pagbabahagi sa gastos ng Medicare sa ilalim ng Medicaid, hindi ka magbabayad ng kahit ano para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyong Medikal, hangga't natutugunan mo ang mga kinakailangan sa pagsaklaw na inilalarawan sa itaas.**

#### **Mahalagang Impormasyon sa Benepisyo para sa Mga Nakatalang may Mga Malalang Kundisyon**

- Kung na-diagnose ka na mayroon ng alinman sa (mga) malalang kundisyon na nakalista sa ibaba at nakakatugon ka sa ilang partikular na pamantayan, maaari kang maging kwalipikado para sa mga espesyal na pandagdag na benepisyo para sa may malalang sakit.
  - Malubhang karamdaman sa pag-inom ng alak at iba pang karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot (SUD)
  - Mga autoimmune na sakit
  - Kanser
  - Mga karamdaman sa puso
  - Chronic heart failure
  - Dementia
  - Diabetes mellitus
  - Sobra sa timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome
  - Malubhang sakit sa gastrointestinal
  - Chronic kidney disease (CKD)
  - Malubhang hematologic na sakit
  - HIV/AIDS
  - Mga chronic lung disorder


**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

- Malubha at nagbibigay kapansanan na mga kundisyon sa kalusugan ng pag-iisip
- Neurolohikal na mga karamdaman
- Stroke
- Transplant ng organ
- Immunodeficiency at Immunosuppressive disorder
- Mga kundisyon na nauugnay sa kapansanan sa pag-iisip
- Mga kundisyon na may kahirapang kumilos
- Malulubhang kundisyon na nakaaapekto sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, pandama, at pang-amoy
- Mga kundisyon na nangangailangan ng tuloy-tuloy na serbisyong therapy upang mapanatili o maibalik ng mga indibidwal ang kanilang kakayahang kumilos


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

Tandaan: Sa pamamagitan ng paghiling sa benepisyong ito, pinapahintulutan mo ang mga kinatawan ng Senior Whole Health of New York NHC na makipag-ugnayan sa iyo sa pamamagitan ng telepono, mail, o anumang iba pang paraan ng komunikasyon ayon sa hayagang nakasaad sa aplikasyon mo.

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

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


**Talaan ng Mga Benepisyong Medikal**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p><b>Pag-screen para sa abdominal aortic aneurysm</b></p> <p>Isang beses na pagsusuri ng ultrasound para sa mga taong nasa panganib. Sinasaklaw lang ng aming plano ang screening na ito kung mayroon kang partikular na salik ng panganib at kung kukuha ka ng referral para</p>	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa preventive screening na ito.




**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p><b>Screening para sa abdominal aortic aneurysm (pagpapatuloy)</b></p> <p>rito mula sa iyong doktor, assistant ng doktor, nurse practitioner, o klinikal na espesyalistang nurse.</p>	
<p><b>Acupuncture para sa malalang sakit sa likod</b></p> <p>Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:</p> <p>Sinasaklaw ang hanggang 12 pagpapatuloy sa loob ng 90 araw sa ilalim ng mga sumusunod na sitwasyon:</p> <p>Para sa layunin ng benepisyong ito, ang talamak na sakit sa likod ay tinukoy bilang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nagtatagal</b> nang 12 linggo o mas matagal pa;</li> <li>• hindi tiyak, dahil wala itong makikilalang sistematikong sanhi (ibig sabihin, hindi nauugnay sa metastatic, nananakit, nakakahawang sakit, atbp.);</li> <li>• hindi nauugnay sa operasyon; at</li> <li>• hindi nauugnay sa pagbubuntis.</li> </ul> <p>Sasaklawin ang karagdagang <b>8</b> session para sa mga pasyenteng bumubuti ang lagay. Hindi hihigit sa 20 acupuncture na paggamot ang maaaring ibigay taun-taon.</p> <p>Dapat na ihinto ang paggamot kung ang pasyente ay hindi bumuti o bumabalik.</p> <p><b>Mga Kinakailangan ng Provider:</b></p> <p>Ang mga doktor (tulad ng tinukoy sa 1861[r][1] ng Social Security Act [ang Batas]) ay maaaring magbigay ng acupuncture alinsunod sa mga angkop na kinakailangan ng estado.</p> <p>Ang mga katulong ng doktor (PA), nurse practitioner (NP)/mga espesyalista sa klinikal na nars (CNS) (tulad ng natukoy noong 1861[aa][5] ng Act), at pantulong na tauhan ay maaaring magbigay ng acupuncture kung natutugunan nila ang lahat ng angkop na kinakailangan ng estado at mayroong:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• masters o doctoral level degree sa acupuncture o Oriental Medicine mula sa isang paaralang akreditado ng Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); at,</li> <li>• kasalukuyan, ganap, aktibo, at hindi nililimitahang lisensya para magsagawa ng acupuncture sa isang Estado, Teritoryo, o Commonwealth (ibig sabihin, Puerto Rico) ng United States, o District of Columbia.</li> </ul> <p>Ang mga karagdagang tauhan na nagsasagawa ng acupuncture ay dapat nasa ilalim ng angkop na antas ng pangangasiwa ng isang doktor, PA,</p>	<p>Walang coinsurance o copayment para sa mga serbisyong acupuncture na saklaw ng Medicare.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>




**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	o NP/CNS na kinakailangan ng aming mga regulasyon sa 42 CFR §§ 410.26 at 410.27	
	<p><b>Mga Serbisyo sa Acupuncture (Pandagdag)*</b></p> <p>Maximum ng plano na hanggang 30 medikal na kinakailangang pagbisita bawat taon ng kalendaryo para sa mga serbisyo ng acupuncture.</p> <p>Sinasaklaw ang mga karagdagang serbisyo ng acupuncture kapag natukoy bilang medikal na tinatanggap na pamantayan ng pangangalaga para sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sakit ng ulo; pananakit ng balakang o tuhod na nauugnay sa osteoarthritis (OA); o iba pang pananakit ng kasu-kasuan kapag talamak at hindi tumutugon sa karaniwang pangangalagang medikal; mga sakit na sindrom na kinasasangkutan ng mga kasu-kasuan at mga kaugnay na malambot na tisyu; malambot na tisyu at buto sa leeg at sakit sa likod; pagduduwal na nauugnay sa chemotherapy; pagduduwal pagkatapos ng operasyon; at pagduduwal na nauugnay sa pagbubuntis</li> <li>• Hindi kasama sa mga saklaw na serbisyo ng acupuncture ang mga serbisyo para sa paggamot ng hika o adiksiyon (kabilang nang walang limitasyon, ang pagtigil sa paninigarilyo)</li> </ul>	Walang coinsurance, copayment o deductible para sa mga serbisyong ito.
	<p><b>Mga serbisyo ng ambulansya</b></p> <p>Ang mga saklaw na serbisyo ng ambulansya, para man sa isang emergency o hindi emergency na sitwasyon, ay kinabibilangan ng mga serbisyo ng fixed wing, rotary wing, at ground ambulance, sa pinakamalapit na naaangkop na pasilidad na maaaring magbigay ng pangangalaga kung sila ay ginamit</p> <p>ng isang miyembro na may kundisyong medikal na maaaring maglagay sa panganib ang paggami ng ibang paraan ng transportasyon sa kalusugan ng tao o kung pinahintulutan ng aming plano. Kung ang mga saklaw na serbisyo ng ambulansya ay hindi para sa isang emergency na sitwasyon, dapat idokumento na ang kundisyon ng miyembro ay nasa kalagayan kung saan maaaring malagay ang kanyang kalusugan sa panganib kung ibang paraan ng transportasyon ang gagamitin at na medikal na kinakailangan ang transportasyon sa pamamagitan ng ambulansya.</p>	Walang coinsurance o copay para sa mga serbisyo ng ambulansya na saklaw ng Medicare. <b>Kailangan lamang ang paunang awtorisasyon para sa hindi pang-emergency na ambulansya.</b>
	<p><b>Mga taunang pagbisita para sa kagalingan</b></p> <p>Kung mayroon kang Bahagi B nang mas matagal pa kaysa sa 12 buwan, maaari kang makakuha ng taunang pagbisita para sa kagalingan para bumuo o mag-update ng ipinasadyang plano sa pag-iwas batay sa iyong kasalukuyang kalusugan at mga salik ng panganib. Sinasaklaw ito nang isang beses bawat 12 buwan.</p>	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang pagbisita para sa kagalingan.

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p><b>Tandaan:</b> Ang iyong unang taunang pagbisita para sa kagalingan ay hindi maaaring maganap sa loob ng 12 buwan mula sa iyong Welcome to Medicare na pagbisitang pag-iwas sa sakit. Gayunpaman, hindi mo kailangang magkaroon ng isang Welcome to Medicare na pagbisita upang masaklaw para sa mga taunang pagbisita para sa kagalingan pagkatapos mong magkaroon ng Bahagi B sa loob ng 12 buwan.</p>	
	<p><b>Pagsukat ng masa ng buto</b></p> <p>Para sa mga kwalipikadong indibidwal, (sa pangkalahatan, tumutukoy ito sa mga taong may panganib na magkaroon ng mahinang buto o may panganib na magkaroon ng osteoporosis), sinasaklaw ang mga sumusunod na serbisyo kada 24 na buwan o mas madalas kung medikal na kinakailangan: mga pamamaraan para sukatin ang mass ng buto, tuklasin kung may nawalang buto, o alamin ang kalidad ng buto, kasama na ang pagpapaliwanag ng doktor sa mga resulta.</p>	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagsukat sa mass ng buto na saklaw ng Medicare.
	<p><b>Pag-screen para sa kanser sa suso (mga mammogram)*</b></p> <p>Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isang baseline mammogram sa pagitan ng mga edad na 35 at 39</li> <li>• Isang screening na mammogram sa bawat 12 buwan para sa mga kababaihang nasa edad 40 pataas</li> <li>• Mga klinikal na pagsusuri sa suso isang beses bawat 24 na buwan</li> </ul> <p>Ang isang screening mammography ay ginagamit para sa maagang pagtuklas ng kanser sa suso. Kapag naitatag na ang isang kasaysayan ng kanser sa suso, at hanggang sa wala nang anumang palatandaan o sintomas ng kanser sa suso, ang mga patuloy na mammogram ay ituturing na diagnostic at sinasaklaw sa ilalim ng “Mga pagsusuri sa diagnostic ng outpatient at mga therapeutic na serbisyo at supply” sa talaan na ito. Ang taunang benepisyong screening mammography ay hindi available para sa mga miyembrong may mga palatandaan o sintomas ng kanser sa suso.</p>	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga saklaw na pag-screen para sa mammogram.
	<p><b>Mga serbisyo sa pag-rehabilitate ng puso</b></p> <p>Ang mga kumprehensibong programa ng mga serbisyo sa pag-rehabilitate ng puso na kinabibilangan ng ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo ay sinasaklaw para sa mga miyembro na nakatutugon sa ilang partikular na kundisyon nang may utos ng doktor.</p> <p>Sinasaklaw din ng plano ang mga programa para sa matinding pagpapagaling sa puso, na mas matindi kaysa sa mga programa sa pagpapagaling sa puso.</p>	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. <b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b>
	<p><b>Pagbisita para sa pagbawas ng panganib sa sakit sa puso (therapy para sa sakit sa puso)*</b></p>	Walang coinsurance, copayment, o deductible

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	Sinasaklaw namin ang isang pagbisita bawat taon sa iyong doktor ng pangunahing pangangalaga para makatulong na mapababa ang panganib mo para sa cardiovascular na sakit. Sa pagbisitang ito, puwedeng talakayin ng doktor mo ang paggamit ng aspirin (kung angkop), suriin ang presyon ng iyong dugo, at bigyan ka ng mga tip upang matiyak na kumakain ka ng malusog.	para sa intensive behavioral therapy na benepisyong pang-iwas sa sakit sa puso.
	<b>Mga screening na pagsusuri para sa sakit sa puso</b> Mga pagsusuri sa dugo para sa pagtuklas ng cardiovascular disease (o mga abnormalidad na nauugnay sa isang mataas na panganib ng cardiovascular disease) isang beses bawat 5 taon (60 buwan).	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagsusuri sa sakit sa puso na sinasaklaw minsan bawat 5 taon.
	<b>Pag-screen para sa kanser sa cervix at puwerta</b> Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para sa lahat ng kababaihan: Mga pap test at pelvic exam minsan bawat 24 buwan</li> <li>• Kung mataas ang panganib mo na magkaroon ng kanser sa cervix o sa ari ng babae o kung ikaw ay nasa edad na may kakayahan nang magbuntis at mayroon kang abnormal na Pap test sa loob ng nakaraang 3 taon: isang Pap test kada 12 buwan</li> </ul>	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw ng Medicare na preventive Pap sa mga pagsusuri sa balakang.
	<b>Mga serbisyo sa Chiropractic (saklaw ng Medicare)</b> Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinasaklaw ang manwal na pagmamanipula ng gulugod upang maitama ang subluxation.</li> </ul>	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.
	<b>Pamamahala sa malubhang pananakit at mga serbisyo ng paggamot</b> Saklaw na buwanang serbisyo para sa mga taong nabubuhay nang may malubhang pananakit (palagi at pabalik-balik na pananakit na tumatagal ng mahigit sa 3 buwan). Maaaring kabilang sa mga serbisyo ang pagtatasa sa pananakit, pamamahala ng gamot, at pangangasiwa at pagpapalano ng pangangalaga.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.
	<b>Pag-screen para sa kanser sa colorectal*</b> Sinasaklaw ang mga sumusunod na pagsusuring pag-screen:	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa eksaminasyong



**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Walang minimum o maximum na limitasyon sa edad ang colonoscopy at sinasaklaw ito nang isang beses kada 120 buwan (10 taon) para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, o 48 buwan pagkatapos ng isang naunang flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib sa colorectal cancer, at isang beses kada 24 na buwan para sa mga pasyenteng may mataas na panganib pagkatapos ng naunang screening colonoscopy.</li> <li>• Ang computed tomography colonography para sa mga pasyenteng nasa edad 45 pataas na hindi kabilang sa pangkat ng mga mataas ang panganib na magkaroon ng colorectal cancer ay sinasaklaw kapag lumipas na ang hindi bababa sa 59 na buwan mula noong buwan ng huling isinagawa ang screening sa computed tomography colonography o 47 buwan mula noong buwan ng huling isinagawa ang screening flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy. Para sa mga pasyenteng mataas ang panganib na magkaroon ng colorectal cancer, maaaring bayaran ang screening sa computed tomography colonography kung lumipas na ang hindi bababa sa 23 buwan mula noong buwan ng huling screening computed tomography colonography o huling screening colonoscopy.</li> </ul> <p><b>Pag-screen para sa kanser sa colorectal * (pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexible na sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda. Isang beses kada 120 buwan para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib pagkatapos sumailalim sa screening colonoscopy. Isang beses kada 48 buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib mula sa huling flexible sigmoidoscopy o computed tomography colonography.</li> <li>• Pagsusuri para sa fecal-occult pagsubok sa dugo para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda. Minsan sa bawat 12 buwan.</li> <li>• Multitarget na stool DNA para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa mga pamantayan sa mataas ang panganib. Minsan sa bawat 3 taon.</li> <li>• Nakabatay sa Dugo na mga Pagsusuri ng Biomarker para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa mga pamantayan sa mataas ang panganib. Minsan sa bawat 3 taon.</li> <li>• May kasama nang follow-up na pang-screening na colonoscopy ang mga screening test para sa colorectal cancer pagkatapos maglabas ng positibong resulta ng isang hindi invasive na screening test para sa colorectal cancer na batay sa stool na sinasaklaw ng Medicare.</li> </ul>	<p>pag-screen para sa kanser sa colorectal na saklaw ng Medicare. Kung makakita at mag-aalis ng polyp o ibang tissue ang iyong doktor sa panahon ng colonoscopy o flexible sigmoidoscopy, ang pagsusuri ay magiging pagsusuri sa diagnosis.</p> <p>Hindi nalalapat ang deductible sa Bahagi B.</p> <p>Kung may nakitang abnormalidad sa panahon ng pag-screen at may pagkilos na isinagawa ang provider sa oras na iyon, ang mga karagdagang serbisyo (biopsy o ibang interbensyon) ay itinuturing na pagsusuri sa diagnosis.</p>


**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kasama sa mga pagsusuri sa pag-screen para sa kanser sa colorectal ang isang planadong screening flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy na kinabibilangan ng pag-alis ng tisyu o iba pang materyal, o iba pang pamamaraan na ibinigay kaugnay, bilang resulta ng, at sa parehong klinikal na pagtatagpo bilang pagsusuri sa screening.</li> </ul>	
	<p><b>Mga serbisyo para sa ngipin (saklaw ng Medicare)</b></p> <p>Sa pangkalahatan, ang mga serbisyong pang-iwas para sa pangangalaga ng ngipin (gaya ng paglilinis, karaniwang pagsusuri sa ngipin, at mga x-ray ng ngipin) ay hindi sinasaklaw ng Original Medicare. Gayunpaman, kasalukuyang nagbabayad ang Medicare para sa mga serbisyo para sa ngipin sa limitadong bilang ng mga sitwasyon, partikular na kapag ang serbisyong iyon ay isang mahalagang bahagi ng isang partikular na paggamot sa pangunahing kundisyong medikal ng isang tao. Kabilang sa ilang halimbawa ang reconstruction ng bagang pagkatapos ng fracture o injury, mga pagbunot ng ngipin bilang paghahanda para sa radiation treatment para sa cancer na may kinalaman sa bagang, o mga pagsusuri sa bibig pagkatapos ng transplant ng organ.</p> <p>*Ang listahang ito ay hindi garantiya ng pagsaklaw.</p> <p>*Ang ilang pamamaraan ay maaaring sumailalim sa paunang awtorisasyon. Ang iyong dentista ay magsusumite ng dokumentasyon tulad ng mga x-ray at salaysay para suportahan na ang mga pamamaraan ay medikal na kinakailangan at nakatutugon sa mga katanggap-tanggap na klinikal na alituntunin.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa mga serbisyong ito</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon para sa kumprehensibong dental.</b></p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p><b>Mga serbisyo para sa ngipin (Karagdagan)*</b></p> <p>Nagtatag kami ng pakikipagtulungan sa isang vendor upang magbigay ng kumprehensibong pagsaklaw sa ngipin na umaayon sa mga serbisyong inaalok ng New York State Medicaid. Saklaw ang mga serbisyo kapag natanggap mula sa isang kasaping provider sa pamamagitan ng aming network ng mga vendor.</p> <p>Ang iyong benepisyo para sa ngipin ay kinabibilangan ng diagnostiko, Pang-iwas, Restorative Services, Endodontics, Periodontics, Prosthodontics (natatanggal), Prosthodontics (hindi natatanggal), Maxillofacial Prosthetics, Mga Serbisyong Implant, Oral and Maxillofacial Surgery, at Adjunctive General Services.</p> <p>Para sa kumpletong listahan ng mga serbisyo, mangyaring bisitahin ang <a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm">www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm</a> at piliin ang Updated Fee Schedule.</p> <p>Ang mga code na nakalista sa link ng schedule ng benepisyo sa itaas ay maaaring i-update ng American Dental Association (ADA) sa buong taon. Kung mayroon kang tanong tungkol sa code ng dental ADA, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Matatagpuan ang kanilang numero ng telepono sa likod ng iyong kard ng pagkakakilanlan ng miyembro ng plan. Ang ilang mga serbisyo para sa ngipin ay maaaring mangailangan ng paunang awtorisasyon at dapat ay medikal na kinakailangan. Ang iyong provider ang mag-aasikaso para sa iyo ng anumang mga awtorisasyon na kinakailangan ng plan.</p> <p>Tandaan: Ang saklaw sa itaas ay para sa Pandagdag na Benepisyo para sa Ngipin ng Medicare. Ang iyong Benepisyo para sa Ngipin sa New York Medicaid ay pinangangasiwaan din ng iyong Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Mangyaring makipag-ugnayan sa Plano para sa anumang tanong sa benepisyo ng Medicaid na ito.</p>	<p>Walang coinsurance o copayment.</p> <p>Hindi lahat ng pamamaraan sa ngipin na inirerekomenda ng isang dentista ay puwedeng saklawin. Hayaang sabihin sa iyo ng dentista kung ano ang babayaran ng plano at kung ano ang kailangan mong bayaran nang mula sa sariling bulsa.</p> <p>Pwedeng maging responsable ka sa mga gastos kung ang isang serbisyo ay hindi saklaw o kung lumampas ka sa maximum na allowance mo. Maaaring malapat ang mga limitasyon at pagbubukod.</p>
	<p><b>Pag-screen ng depresyon</b></p> <p>Sinasaklaw namin ang isang pag-screen para sa depresyon bawat taon. Kailangang gawin ang pag-screen para sa isang setting ng pangunahing pangangalaga na puwedeng magbigay ng follow up na paggamot at/o mga referral.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang pagbisita sa pagsusuri sa depresyon.</p>
	<p><b>Pag-screen ng diabetes</b></p> <p>Sasaklawin namin ang screening na ito (kabilang ang mga pagsusuring fasting glucose) kung mayroon kang anuman sa mga sumusunod na salik ng panganib: mataas na presyon ng dugo (hypertension), kasaysayan ng abnormal na antas ng cholesterol at triglyceride (dyslipidemia), labis na katabaan (obesity), o kasaysayan ng mataas na asukal sa dugo. Maaari ding saklawin ang mga pagsusuri kung</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga pagsusuri sa diabetes na saklaw ng Medicare.</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p>natutugunan mo ang iba pang kahingian, tulad ng pagiging sobra sa timbang at pagkakaroon ng lahi ng may diabetes.</p> <p>Maaari kang maging kwalipikado para sa hanggang 2 pagsusuri para sa diabetis bawat 12 buwan pagkatapos ng petsa ng iyong pinakamakailang pagsusuri para sa diabetis.</p>	
	<p><b>Pagsasanay sa sariling pamamahala, mga serbisyo, at mga supply sa diabetes*</b></p> <p>Para sa lahat ng taong may diabetes (gumagamit at hindi gumagamit ng insulin). Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga supply para masabaybayan ang iyong blood glucose: Blood glucose monitor, mga blood glucose test strip, mga lancet device at lancet, at mga solusyon sa pagkontrol ng glucose para sa pagsusuri sa accuracy ng mga test strip at monitor. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Mga monitor ng glucose (sugar) sa dugo <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Saklaw kapag inireseta ng iyong doktor na gamitin sa iyong tahanan.</li> <li>◦ Ang piniling brand ng monitor sa glucose ng dugo ay hindi nangangailangan ng paunang awtorisasyon.</li> </ul> </li> <li>◦ Mga test strip ng pagsusuri ng glucose (sugar) sa dugo <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ang piniling brand ng mga test strip sa glucose ng dugo ay hindi nangangailangan ng paunang awtorisasyon.</li> <li>◦ Puwedeng limitado sa isang 30 araw na supply bawat punan.</li> </ul> </li> <li>◦ True Metrix ay ang aming ginustong tagagawa ng diabetic supplies. Mangyaring tingnan ang aming pormularyo ng plano para sa karagdagang impormasyon o tumawag sa Mga Serbisyo ng Miyembro para sa karagdagang impormasyon.</li> <li>◦ Mga solusyon sa pagkontrol ng glucose para sa pagsusuri sa katumpakan ng mga test strip at monitor.</li> <li>◦ Para sa mga taong may diabetes na may malubhang sakit sa paa na may diabetes: Isang pares sa bawat taon ng kalendaryo ng mga panterapeutika na custom-molded na sapatos (kabilang ang mga insert na ibinibigay kasama ng mga naturang sapatos) at dalawang karagdagang pares ng insert, o isang pares ng malalim na sapatos at tatlong pares ng insert (hindi kasama ang mga hindi pinasadyang naalis na insert na ibinibigay kasama ng naturang sapatos). Kasama sa saklaw ang pagkakabit.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ang pagsasanay sasariling pamamahala sa diabetes ay saklaw sa ilalim ng ilang mga kundisyon.</li> <li>• Ang mga serbisyon para sa diabetes na saklaw ng Medicare ay kinabibilangan ng:</li> </ul> </li> </ul>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.</p> <p>Sinasaklaw ang mga supply kapag mayroon kang reseta at kunin ito sa isang retail na parmasyang nasa network o sa pamamagitan ng programang Parmasya para sa Serbisyo sa Koreo.</p> <p>Tingnan ang “Pangangalaga sa paningin” sa talaan na ito para sa mga serbisyo ng doktor kung kailangan mo ng pagsusuri sa mata para sa diabetic retinopathy o isang pag-screen para sa glaucoma.</p> <p>Tingnan ang “Mga serbisyo ng podiatry” sa talaan na ito kung ikaw ay may diabetes at kailangan mong magpatingin sa doktor para sa pagsusuri sa paa.</p> <p>Tingnan ang “Medikal na therapy sa nutrisyon” sa talaan na ito kung ikaw ay diabetic at nangangailangan ng mga serbisyo sa medikal na therapy sa nutrisyon (medical nutrition therapy, MNT).</p> <p><b>Maaaring kailangan ng paunang awtorisasyon</b></p>


**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Taunang pagsusuri sa mata at mga pagsusuri sa glaucoma</li> <li>◦ Pagsusuri sa mga paa</li> <li>◦ Mga serbisyong Medical nutrition therapy (MNT)</li> </ul>	<p><b>para sa mga supply para sa diabetic, sapatos para sa diabetic, at insert.</b></p> <p><b>Ang paunang awtorisasyon ay hindi kinakailangan para sa piniling manufacturer.</b></p> <p><b>Hindi kinakailangan ang paunang awtorisasyon para sa pagsasanay sa pagkontrol sa sariling diabetes na saklaw ng Medicare.</b></p>
	<p><b>Matibay na kagamitang medikal (DME) at mga nauugnay na supply</b> (Para sa kahulugan ng matibay na kagamitang medikal, tingnan ang Kabanata 12 at Kabanata 3)</p> <p>Kabilang sa mga sinasaklaw na item ang, ngunit hindi limitado sa, ang mga wheelchair, saklay, powered mattress system, mga supply para sa diabetes, kama sa ospital na ibinilin ng provider para magamit sa bahay, IV infusion pump, mga kagamitang pantulong sa pagsasalita, kagamitang pang-oxygen, nebulizer, at walker.</p> <p>Sinasaklaw namin ang lahat ng medikal na kinakailangang DME na saklaw ng Original Medicare. Kung walang ginagamit na partikular na brand o manufacturer ang supplier sa iyong lugar, maaari mo silang tanungin kung puwede nila itong espesyal na orderin para sa iyo. Ang pinakabagong listahan ng mga supplier ay makikita sa aming website sa <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</p> <p>Sa pangkalahatan, sinasaklaw ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang anumang DME na saklaw ng Original Medicare mula sa mga brand at tagagawa sa listahang ito. Hindi namin sasaklawin ang ibang mga brand at tagagawa maliban kung sasabihin ng iyong doktor o iba pang provider na ang brand ay naaangkop para sa iyong mga medikal na pangangailangan. Gayunpaman, kung bago ka sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) at gumagamit ng brand ng DME na wala sa aming listahan, ipagpapatuloy naming saklawin ang brand na ito para sa iyo nang hanggang 90 na mga araw. Sa panahong ito, dapat kang makipag-usap sa iyong doktor upang magdesisyon kung anong brand ang medikal na naaangkop para sa iyo pagkatapos ng 90 araw na ito. (Kung hindi ka sang-ayon sa iyong doktor, maaari mong hilingin sa kanya na isangguni ka para sa pangalawang opinyon.)</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p>Kung ikaw (o ang iyong provider) ay hindi sang-ayon sa desisyon sa pagsaklaw ng plano, ikaw o ang iyong provider ay maaaring maghain ng apela. Maaari ka ring maghain ng apela kung hindi ka sang-ayon sa desisyon ng iyong provider tungkol sa produkto o brand na naaangkop sa iyong kundisyong medikal. (Para sa karagdagang impormasyon, pumunta sa Kabanata 9.)</p>	
<p><b>Pang-emergency na pangangalaga</b></p> <p>Nangangahulugan ang pang-emergency na pangangalaga ng mga serbisyo na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inihahatid ng provider na nagsanay para maghatid ng mga pang-emergency na serbisyo, at</li> <li>• Kailangang suriin o i-stabilize ang isang emergency na kundisyong medikal.</li> </ul> <p>Ang medikal na emergency ay kapag ikaw, o sinumang ibang taong may karaniwang kaalaman tungkol sa kalusugan at gamot, ay naniniwalang mayroon kang mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon upang maiwasan ang pagkamatay (at kung ikaw ay buntis, pagkalaglag ng sanggol sa sinapupunan), pagkawala ng isang bahagi ng katawan, o pagkawala ng silbi ng isang bahagi ng katawan. Ang mga medikal na sintomas ay posibleng karamdaman, injury, matinding pananakit, o isang kundisyong medikal na mabilis ang paglala.</p> <p>Ang mga pagbabahagi sa gastos para sa mga kinakailangang serbisyo sa emergency na nakuha mo sa labas ng network ay pareho kapag nakukuha mo ang mga serbisyong ito sa loob ng network.</p> <p><b>Pang-emergency na pangangalaga (pagpapatuloy)</b></p> <p>Ang pang-emergency na pangangalaga sa labas ng United States (U.S.) ay puwedeng saklawin sa ilalim ng pandaigdigang benepisyo sa pagsaklaw sa emergency. Nag-aalok kami ng hanggang \$10,000 na pagsaklaw sa pandaigdigang emergency bawat taon ng kalendaryo para sa pang-emergency na pangangalaga, at pangangalaga pagkatapos ng pagpapagaling. Tingnan ang “Pandaigdigang pagsaklaw para sa pang-emergency na pangangalaga” sa chart na ito para matuto nang higit pa.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.</p> <p>Kung ikaw ay naka-admit sa isang ospital, magbabayad ka ng pagbabahagi sa gastos gaya ng inilalarawan sa “Pangangalaga sa ospital para sa inpatient” sa talaan na ito.</p> <p>Ang iyong bahagi sa gastos ay pareho para sa network o wala sa network na mga serbisyo ng agarang pangangalaga.</p> <p>Kung tatanggap ka ng pang-emergency na pangangalaga mula sa ospital na wala sa network at kailangan mo ng pangangalaga bilang pasyente pagkatapos maging stable ng iyong emergency na kundisyon, kailangan mong bumalik sa isang ospital na nasa network para maipagpatuloy ang pagsaklaw sa iyong pangangalaga O kailangan mong kunin ang iyong pangangalaga bilang pasyente sa ospital na wala sa network na awtorisado ng aming plano at ang</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
		iyong gastos ay ang pagbabahagi sa gastos na babayaran mo sa isang ospital na nasa network.
	<p><b>Benepisyo sa Kalusugan (Pandagdag)*</b></p> <p>Magkakaroon ka ng membership sa fitness center sa mga kalahok na fitness center. Kung hindi ka makabisita sa isang fitness center o mas gusto mo ring mag-ehersisyo mula sa bahay, maaari kang pumili ng Home Fitness kit. Tutulungan ka ng kit na manatiling aktibo sa ginhawa ng iyong tahanan. Ang mga opsyon para sa Kalusugan sa Tahanan ay kinabibilangan ng pagpili ng fitness tracker, strength kit o yoga kit.</p> <p>Kung pipiliin mong mag-ehersisyo sa isang fitness center, maaari mong tingnan ang website at maaari kang pumili ng kalahok na lokasyon, o maaari kang direktang pumunta sa isang kalahok na fitness center upang makapagsimula. Ang mga kalahok na pasilidad at fitness chain ay maaaring mag-iba-iba ayon sa lokasyon at maaaring magbago. Puwedeng mabago ang mga kit.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.</p> <p>Palaging makipag-usap sa iyong doktor bago simulan o baguhin ang iyong gawain sa pag-eehersisyo.</p>
	<p><b>Mga programa sa edukasyon sa kalusugan at kagalingan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayroon kaming mga programang magagamit para matulungan kang pamahalaan ang natukoy na karamdaman. Kabilang sa mga programa ang pamamahala ng Hika</li> <li>• Pamamahala ng depresyon</li> <li>• Pamamahala ng diabetes</li> <li>• Pamamahala ng mataas na presyon ng dugo</li> <li>• Pamamahala ng Cardiovascular Disease (CVD)</li> <li>• Pamamahala ng Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)</li> </ul> <p>Available ang mga materyales sa pag-aaral at mga tip sa pangangalaga. Matutulungan ka rin naming makipagtulungan sa iyong provider.</p> <p>Pagpapatala sa Mga Programa sa Pamamahala ng Kalusugan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Awtomatiko kang nakatala sa (mga) programa na pinakamahusay na nakakatugon sa mga pangangailangan mo batay sa data ng mga claim sa medikal o parmasya.</li> <li>• Maaari ka ring magpatala sa pamamagitan ng provider mo o self-refer.</li> </ul> <p>Mayroong ilang kinakailangan na dapat mong matugunan upang makapagpatala.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.</p>


**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p><b>Mga programang edukasyon sa kalusugan at kagalingan (pagpapatuloy)</b></p> <p>Pag-alis ng Pagpapatala sa Mga Programa sa Pamamahala ng Kalusugan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ang mga programang ito ay boluntaryo, at maaari mong piliing umalis sa isang programa anumang oras.</li> </ul> <p>Maaari kang matuto pa o magpatala sa alinman sa mga programa sa itaas sa pamamagitan ng pagtawag sa aming Departamento ng Pamamahala ng Kalusugan sa (866) 891-2320 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (Eastern Standard Time).</p> <p><b>Mga Programa sa Pagsulong ng Kalusugan</b></p> <p>Ang iba pang programa na idinisenyo para pagyamanin ang kalusugan at pamumuhay mo ay available din, tulad ng:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isang programa sa pagtigil sa paninigarilyo.</li> <li>• Isang programa sa pagkontrol ng timbang.</li> </ul> <p>Para sa impormasyon at/o materyales para sa pagtigil sa paninigarilyo o pagkontrol ng timbang, tumawag sa (866) 472-9483 (TTY/TDD: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. (Eastern Standard Time).</p> <p><b>Linya ng Tawag para sa Payo ng Nars</b></p> <p>Kung mayroon kang agarang alalahanin sa kalusugan, mga tanong tungkol sa isang kundisyong medikal, o gusto mo ng pangkalahatang impormasyon tungkol sa mga available na mapagkukunang pangkalusugan, ang linya ng payo ng nars ay available 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.</p> <p>Tutulungan ka ng isang rehistradong nars na matukoy kung maaari mong pamahalaan ang pangangalaga sa iyo sa bahay o kailangan ang atensyon ng isang medikal na propesyonal.</p> <p>Ang walang bayad na Linya ng Payo ng Nurse ay: (844) 658-8544, (TTY/TDD: 711)</p> <p>Tumawag anumang oras, araw o gabi, para makipag-usap sa isang rehistradong nars tungkol sa mga sakit o pinsala.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Walang kailangang referral o paunang awtorisasyon</li> </ul> <p>Ang serbisyong ito ay hindi inilaan para sa mga emergency. Sa kaso ng isang emergency, i-dial kaagad ang 911.</p>	

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p><b>Healthy You Card</b></p> <p>Ang card ng Healthy You ng plano ay nagbibigay sa iyo ng pinagsamang allowance ng paggastos na \$285 bawat buwan para sa mga piling benepisyo ng karagdagang plano tulad ng:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nabibili nang walang reseta (Over-the-counter, OTC)</li> <li>• Mga OTC Hearing Aid</li> <li>• Pagkain at Produkto*</li> </ul> <p><b>Healthy You Card (Pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transportasyon sa Anumang Lokasyon na Kaugnay sa Kalusugan</li> <li>• Transportasyon para sa Hindi Medikal na Pangangailangan</li> <li>• Mga Utility</li> </ul> <p>Hindi credit card ang na-preload na debit card. Hindi mo maaaring i-convert ang card sa cash o ipahiram ito sa ibang tao. Ang mga kosmetikong pamamaraan ay hindi saklaw sa ilalim ng benefit card na ito. Inilalagay ang mga pondo sa card sa buwanang basehan. Sa katapusan ng bawat buwan, ang anumang hindi nagamit na nakalaang pera ay hindi maililipat sa susunod na buwan o sa susunod na taon ng plan. Kung aalis ka sa plan, anumang hindi nagamit na inilalaang pondo ay babalik sa plan sa petsa ng iyong epektibong pagkakatangal sa pagkakatala.</p> <p>Para sa higit pang impormasyon kung paano maging kwalipikado para sa Mga Espesyal na Pandagdag na Benepisyo para sa Mga Malalang Sakit, benepisyo ng Pagkain at Produkto, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Para ma-access ang mga allowance para sa SSBCI, ang mga miyembro ay dapat na mayroong kwalipikadong malubhang kundisyon, at magbigay ng pag-apruba ng doktor kasabay ng Pamamahala ng Kaso ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) Case Management. Sumangguni sa “Mga Espesyal na Pandagdag na Benepisyo para sa Mga May Malalang Sakit” sa talaan na ito para sa higit pang impormasyon.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment o deductible para sa iyong Healthy You Card.</p>
<p><b>Mga serbisyo sa pandinig</b></p> <p>Ang pagsusuri sa pandinig at ebalwasyon sa balanse na ginagawa ng iyong provider para matukoy kung kailangan mo ng medikal na paggamot ay sinasaklaw bilang outpatient na pangangalaga kapag nakuha mo ito mula sa isang doktor, audiologist, o iba pang kwalipikadong provider.</p> <p>Ang mga pagsusuri sa diagnostic na pagdinig at balanse na saklaw ng Medicare ay tumutulong na matukoy kung kailangan mo o hindi ng medikal na paggamot.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p>Ang pagsusuri ay batay lamang sa isang medikal na pangangailangan, tulad ng pagkawala ng pandinig dahil sa karamdaman, sakit, pinsala, o operasyon.</p> <p><b>Mga serbisyo sa pandinig (Karagdagan) *</b></p> <p>Bilang karagdagan sa mga serbisyo sa pagdinig na saklaw ng Medicare, puwede kang makakuha ng regular na pagsusuri sa pandinig isang beses bawat taon ng kalendaryo. Pagkatapos ng regular na pagsusuri sa pandinig, puwedeng nararapat ka para sa isang tulong sa pandinig. Upang makahanap ng provider ng pandinig sa loob ng network na malapit sa iyo, maaari mong:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tawagan ang aming Departamento Mga ng Serbisyo sa Miyembro, o</li> <li>2. Maghanap online – gamit ang aming online search tool para sa karagdagang provider para sa pandinig sa <a href="http://MolinaHealthcare.com/Medicare">MolinaHealthcare.com/Medicare</a>.</li> </ol> <p>Ang pag-aayos/pagsusuri para sa mga hearing aid ay maaaring gawin isang beses bawat taon ng kalendaryo.</p> <p><b>Mga serbisyo sa pandinig (Pagpapatuloy)</b></p> <p>Kung sasabihin sa iyo na kailangan mo ng pantulong sa pandinig, makakakuha ka ng hanggang 2 napiling mga pantulong sa pandinig mula sa isang provider na aprubado ng plan bawat 2 taon para sa parehong tainga.</p>	
	<p><b>Pag-screen ng HIV</b></p> <p>Para sa mga taong humihiling para sa pagsusuri sa screening ng HIV at sa mga taong may mataas na panganib para sa impeksyon ng HIV, sinasaklaw namin ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isang screening na eksaminasyon kada 12 buwan.</li> </ul> <p>Kung ikaw ay buntis, sasaklawin namin ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hanggang 3 screening na eksaminasyon habang nagbubuntis.</li> </ul>	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa pag-screen para sa preventive HIV na saklaw ng Medicare.
	<p><b>Pangangalaga ng ahensya ng kalusugan sa bahay</b></p> <p>Bago ka makatanggap ng mga serbisyo para sa kalusugan sa bahay, kailangan munang sertipikahan ng doktor na kailangan mo ng mga serbisyo para sa kalusugan sa bahay at ibilin na magbigay ng mga serbisyo para sa kalusugan sa bahay mula sa ahensya ng kalusugan sa bahay. Dapat ay nasa bahay ka lang, ibig sabihin, napakahirap para sa iyo na lumabas sa bahay.</p> <p>Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:</p>	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito. <b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b>


**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Part-time o intermittent na bihasang pag-aalaga at mga serbisyo ng katulong sa kalusugan sa bahay (sasaklawin sa ilalim ng benepisyo sa pangangalaga ng kalusugan sa bahay, ang iyong mga pinagsamang serbisyo ng bihasang pag-aalaga at katulong sa kalusugan sa bahay ay dapat na may kabuuang hindi aabot sa 8 oras kada araw at 35 oras kada linggo.)</li> <li>• Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy</li> <li>• Mga serbisyong medikal at serbisyong panlipunan</li> <li>• Kagamitang medikal at mga supply</li> </ul>	
	<p><b>Infusion therapy sa tahanan</b></p> <p>Ang home infusion therapy ay ang intravenous o subcutaneous na pagbibigay ng mga gamot o biological sa isang indibidwal sa bahay. Ang mga sangkap na kailangan para magsagawa ng home infusion ay kinabibilangan ng gamot (halimbawa, mga antiviral, immune globulin), kagamitan (halimbawa, pump), at mga supply (halimbawa, tubing at mga catheter).</p> <p>Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo ng nurse, na isinagawa alinsunod sa aming plano ng pangangalaga</li> <li>• Pagsasanay at edukasyon ng pasyente na hindi saklaw sa ilalim ng benepisyo ng matibay na kagamitang medikal</li> <li>• Remote na pagsubaybay</li> </ul> <p><b>Infusion therapy sa tahanan(Ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga serbisyo sa pagsubaybay para sa pagbibigay ng infusion therapy sa tahanan at infusion ng mga gamot sa bahay na ibinigay ng isang kwalipikadong supplier ng infusion therapy sa tahanan</li> </ul>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>
	<p><b>Pangangalaga ng hospisyo</b></p> <p>Kwalipikado ka para sa benepisyo ng hospisyo kapag binigyan ka ng iyong doktor o ng medikal na direktor ng hospisyo ng terminal na prognosis na nagpapatunay na ikaw ay may sakit na hindi na gagaling at mayroon na lamang 6 na buwan o mas mababa pa para mabuhay kung susundan ng iyong sakit ang normal nitong kurso. Maaari kang tumanggap ng pangangalaga mula sa alinmang programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare. Obligado ang iyong plano na tulungan kang humanap ng mga programa ng hospisyong sertipikado ng Medicare sa lugar ng serbisyo ng aming plano, kabilang ang programang aming pagmamay-ari, kinokontrol, may pinansyal kaming interes. Ang iyong doktor sa hospisyo ay maaaring maging isang provider na nasa network o provider na wala sa network.</p>	<p>Kapag nagpatala ka sa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare, ang iyong mga serbisyo sa hospisyo at ang iyong mga serbisyo sa ilalim ng Bahagi A at Bahagi B na nauugnay sa iyong terminal na prognosis ay binabayaran ng Original Medicare, at hindi ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p>Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga gamot para sa pagkontrol ng sintomas at pag-alis ng pananakit</li> <li>• Panandaliang pangangalaga para sa pagpapahinga</li> <li>• Pangangalaga sa bahay</li> </ul> <p>Kapag na-admit ka sa isang hospisyo, may karapatan ka pa ring manatili sa aming plano, kung mananatili ka sa aming plano dapat mong patuloy na bayaran ang mga premium ng plano.</p> <p><b>Para sa mga serbisyo ng hospisyo at mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A o B at nauugnay sa iyong nakamamatay na sakit:</b> Ang <u>Original Medicare</u> (sa halip na aming plano) ang magbabayad para sa iyong mga provider sa hospisyo para sa iyong mga serbisyo sa hospisyo at anumang serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B na nauugnay sa iyong terminal na prognosis. Habang ikaw ay nasa programa ng hospisyo, sisingilin ng iyong provider ng hospisyo ang Original Medicare para sa mga serbisyong babayaran ng Original Medicare. Sisingilin ka ng pagbabahagi sa gastos ng Original Medicare.</p> <p><b><u>Para sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part A o B na hindi nauugnay sa iyong nakamamatay na sakit:</u></b> Kung kailangan mo ng mga saklaw na serbisyo na hindi pang-emergency at hindi agarang kinakailangan sa ilalim ng Medicare Part A o B at walang kaugnayan sa iyong terminal na prognosis, ang iyong gastos para sa mga serbisyong ito ay depende sa kung gumagamit ka ng provider na nasa network ng aming plano at sumusunod sa mga tuntunin ng aming plano (gaya ng kung mayroong kinakailangan upang makakuha ng paunang awtorisasyon).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kung kukuha ka ng mga saklaw na serbisyo mula sa provider na nasa network at sinusunod mo ang mga panuntunan ng plano para sa pagkuha ng serbisyo, ang tanging babayaran mo ay ang halaga ng pagbabahagi sa gastos ng aming plano para sa mga serbisyong mula sa network</li> <li>• Kung kukuha ka ng mga saklaw na serbisyo mula sa provider na wala sa network, babayaran mo ang pagbabahagi sa gastos sa ilalim ng Original Medicare</li> </ul> <p><b>Pangangalaga sa hospisyo (pagpapatuloy)</b></p> <p><b><u>Para sa mga saklaw na serbisyo ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ngunit hindi saklaw ng Medicare Part A o B:</u></b> Patuloy na sasaklawin ng Senior Whole Health of New York NHC ang mga saklaw na serbisyo ng plano na hindi sinasaklaw sa ilalim ng Bahagi A o B, nauugnay man ang mga ito sa iyong terminal na prognosis o hindi.</p>	

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p>Babayaran mo ang halaga ng iyong pagbabahagi sa gastos sa plano para sa mga serbisyong ito.</p> <p><b><u>Para sa mga gamot na maaaring saklawin ng benepisyong Medicare Part D ng aming plano:</u></b> Kung ang mga gamot na ito ay walang kaugnayan sa kundisyon ng iyong terminal na hospisyong, babayaran mo ang pagbabahagi sa gastos. Kung nauugnay ang mga ito sa iyong pangangalaga mula sa hospisyong para sa nakamamatay na kundisyon, babayaran mo ang pagbabahagi sa gastos sa Original Medicare. Hindi kailanman saklaw ng parehong hospisyong at ng aming plano nang sabay ang mga gamot. Para sa higit pang impormasyon, tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 9.4).</p> <p><b>Tandaan:</b> Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi mula sa hospisyong (pangangalagang hindi nauugnay sa iyong nakamamatay na sakit), makipag-ugnayan sa amin upang isaayos ang mga serbisyo.</p> <p>Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng konsultasyon sa hospisyong (isang beses lang) para sa isang taong may taning na dahil sa sakit na hindi pumili sa benepisyong ng hospisyong.</p>	
	<p><b>Mga pagbabakuna</b></p> <p>Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part B ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga bakuna sa pulmonya</li> <li>• Mga bakuna sa trangkaso, isang beses sa bawat kapanahunan ng trangkaso sa taglagas at taglamig, na may karagdagang mga bakuna sa trangkaso kung medikal na kinakailangan</li> <li>• Mga bakuna sa Hepatitis B kung nasa mataas o katamtaman kang panganib na magkaroon ng hepatitis B</li> <li>• Bakuna sa COVID-19</li> <li>• Iba pang bakuna kung nasa panganib ka at natutugunan ng mga ito ang mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part B</li> </ul> <p>Sinasaklaw din namin ang karamihan sa ibang bakuna para sa adulto sa ilalim ng aming benepisyong sa gamot sa Bahagi D. Tingnan ang Kabanata 6, Seksyon 8 para sa higit pang impormasyon.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga bakuna sa pulmonya, trangkaso/ influenza, Hepatitis B, at COVID-19.</p>
	<p><b>Pangangalaga sa ospital para sa inpatient</b></p> <p>Kasama ang talamak na inpatient, pag-rehabilitate ng inpatient, mga ospital para sa pangmatagalang pangangalaga at iba pang uri ng mga serbisyo ng ospital para sa inpatient. Ang pangangalaga sa ospital para sa inpatient ay magsisimula sa araw na pormal kang maa-admit sa ospital na may utos ng doktor. Ang araw bago ka mailabas ay ang iyong huling araw ng pagiging inpatient.</p> <p>Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:</p>	<p>Magbabayad ka ng \$0 para sa araw 1-90 ng pananatili sa ospital bawat panahon ng benepisyong.</p> <p>Sinasaklaw ng aming plano ang 60 “panghabambuhay na araw ng reserba.” Ito ay mga “dagdag” na araw na sinasaklaw namin. Kung</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bahagyang-pribadong kuwarto (o pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan ito)</li> <li>• Mga pagkain kabilang ang mga espesyal na diyeta</li> </ul> <p><b>Pangangalaga sa ospital para sa inpatient (Pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regular na serbisyo ng pag-aalaga</li> <li>• Mga gastos ng mga espesyal na yunit ng pangangalaga, (tulad ng intensive na pangangalaga o yunit ng pangangalaga ng coronary)</li> <li>• Mga gamot at paggagamot</li> <li>• Mga pagsusuri sa laboratoryo</li> <li>• Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology</li> <li>• Kinakailangang mga supply ng surgical at medikal</li> <li>• Paggamit ng mga appliances, tulad ng mga wheelchair</li> <li>• Mga serbisyo sa silid ng operasyon at pagpapagaling</li> <li>• Therapy sa pisikal, occupational, at pagsasalita</li> <li>• Serbisyo para sa sakit na dulot ng paggamit ng substance para sa inpatient</li> </ul>	<p>ang pananatili mo sa ospital ay mas matagal sa 90 araw sa bawat panahon ng benepisyong, maaari mong gamitin ang dagdag na 60 araw na ito, ang iyong saklaw ng ospital para sa inpatient ay limitado sa 90 araw bawat panahon ng benepisyong.</p> <p>Maaaring saklawin ang mga karagdagang serbisyo alinsunod sa mga benepisyong mo at alituntunin ng Medicaid.</p> <p>Kung kukuha ka ng awtorisadong pangangalaga sa inpatient</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sa ilang mga kaso, ang mga sumusunod na uri ng transplant: corneal, bato, bato/lapay, puso, atay, baga, puso/baga, utak ng buto, stem cell, at bituka/multivisceral. Kung kailangan mo ng transplant, aayusin namin na masuri ang iyong kaso ng transplant center na aprubado ng Medicare na magpapasya kung kandidato ka ba para sa isang transplant. Maaaring lokal o wala sa lugar ng serbisyo ang mga provider ng transplant. Kung ang aming mga serbisyo sa transplant sa loob ng network ay nasa labas ng pattern ng pangangalaga ng komunidad, maaari mong piliing pumunta sa lokal basta't handang tanggapin ng mga lokal na provider ng transplant ang rate ng Original Medicare. Kung magbibigay ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ng mga serbisyo sa transplant sa lokasyong nasa labas ng pattern ng pangangalaga para sa mga transplant sa iyong komunidad at pipiliin mong makakuha ng transplant sa malayong lokasyon na ito, aayusin o babayaran namin ang kinakailangang gastos sa tirahan at transportasyon para sa iyo at sa iyong kasama. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang pangangalagang medikal na <i>partikular sa</i> nauugnay sa transplant, na may pang-araw na maximum na hanggang \$150 bawat araw. Bilang karagdagan, ang pagbabalik sa mileage ay maaaring hilingin sa halagang katumbas ng karaniwang mileage rate para sa mga nagbabayad ng buwis gaya ng inilarawan ng Internal Revenue Service (IRS) na inaayos at abiso na nai-publish sa publiko. Ang pinakamataas na halaga na maaaring bayaran para sa lahat ng paglalakbay, lodging, mga pagakain, at pagbabalik sa mileage ay limang-libong dolyar (\$5,000) bawat transplant alinsunod sa mga tuntunin ng plan.</li> <li>• Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin. Ang pagsaklaw sa buong dugo at naka-pack na pulang selyula ay magsisimula lang sa pang-apat pint ng dugong kailangan mo. Dapat mong bayaran ang mga gastos para sa unang 3 pint ng dugo na matatanggap mo sa isang buong taon ng kalendaryo o dapat i-donate mo o ng ibang tao ang dugo. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay sinasaklaw simula sa unang pint.</li> <li>• Mga serbisyo ng doktor</li> </ul> <p><b>Pangangalaga sa ospital para sa inpatient (Pagpapatuloy)</b></p> <p><b>Tandaan:</b> Para maging isang inpatient, dapat sumulat ang provider mo ng isang utos para pormal kang i-admit bilang isang inpatient ng ospital. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kang ituring na isang outpatient. Kung hindi ka sigurado kung ikaw ay inpatient o outpatient, dapat mong tanungin ang kawani ng ospital.</p>	<p>sa isang ospital na wala sa network pagkatapos mapatatag ang iyong kundisyong pang-emergency, ang iyong gastos ay ang pagbabahagi sa gastos na babayaran mo sa isang ospital na nasa network.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>



**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p>Kumuha ng higit pang impormasyon sa fact sheet ng Medicare para sa <i>Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare</i>. Available ang fact sheet na ito sa <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari kang tumawag sa mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.</p>	
<p><b>Mga serbisyo ng inpatient sa isang psychiatric na ospital</b></p> <p>Ang mga saklaw na serbisyo ay kinabibilangan ng mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip na nangangailangan ng pananatili sa ospital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Makukuha mo ang mga serbisyong ito alinman sa isang pangkalahatang ospital o isang psychiatric na ospital na nag-aalaga lamang sa mga taong may mga kundisyon sa kalusugan ng pag-iisip.</li> <li>• Kung ikaw ay nasa isang psychiatric na ospital (sa halip na isang pangkalahatang ospital), ang Medicare ay magbabayad lamang ng hanggang 190 araw ng mga psychiatric na serbisyo ng ospital para sa inpatient sa buong buhay mo.</li> <li>• Kung nagamit mo ang bahagi ng iyong 190 araw na panghabambuhay na limitasyon bago magpatala sa aming plano, ang bilang ng mga saklaw na panghabambuhay na araw ng ospital ay mababawasan ng bilang ng mga araw ng pagiging inpatient para sa paggamot sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip na dating saklaw ng Medicare sa isang psychiatric na ospital.</li> <li>• Hindi nalalapat ang 190 araw na limitasyon sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na inihatid sa isang yunit ng psychiatry ng isang pangkalahatang ospital.</li> <li>• Walang limitasyon sa bilang ng mga panahon ng benepisyo na puwede mong makuha kapag nakakuha ka ng pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip sa isang pangkalahatang ospital. Maaari ka ring magkaroon ng maraming panahon ng benepisyo kapag nakatanggap ka ng pangangalaga sa isang psychiatric na ospital, ngunit may limitasyon sa buhay na 190 araw.</li> <li>• Sinasaklaw ng Medicaid ang mga pananatili ng inpatient pagkatapos maabot ang 190 araw na limitasyon. Walang limitasyon sa panahon ng benepisyo o sa panghabambuhay.</li> <li>• Dapat kang gumamit ng mga nakakontratang provider ng kalusugan ng pag-uugali. Mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa isang listahan ng mga provider ng kalusugan ng pag-uugali sa network.</li> </ul>	<p>Magbabayad ka ng \$0 para sa mga araw 1 - 90 ng pananatili sa ospital kada panahon ng benepisyo.</p> <p>Sinasaklaw rin ng aming plano ang 60 “reserbang araw sa buong buhay.” Ito ay mga “dagdag” na araw na sinasaklaw namin. Kung mas mahaba sa 90 araw ang iyong pananatili sa ospital bawat panahon ng benepisyo, maaari mong gamitin ang mga karagdagang araw na ito. Ngunit sa sandaling maubos mo ang karagdagang 60 araw na ito, malilimitahan ang iyong pagsaklaw sa ospital para sa inpatient sa 90 araw bawat panahon ng benepisyo.</p> <p>Kung kukuha ka ng awtorisadong pangangalaga sa inpatient sa isang ospital na wala sa network pagkatapos mapatatag ang iyong kundisyong pang-emergency, ang iyong gastos ay ang pagbabahagi sa gastos na babayaran mo sa isang ospital na nasa network.</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p>Hindi saklaw ng Medicare ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Pribadong tungkulin ng pangangalaga</li> <li>◦ Isang telepono o telebisyon sa iyong silid</li> </ul> <p><b>Isang pribadong silid (maliban kung medikal na kinakailangan)</b></p>	<p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b> Maliban sa isang emergency, dapat sabihin sa amin ng iyong doktor na ipapapasok ka sa ospital.</p>
	<p><b>Pananatili ng inpatient: Mga saklaw na serbisyong nakuha sa isang ospital o SNF sa panahon ng hindi sinasaklaw na pananatili bilang inpatient</b></p> <p>Kung nagamit mo na ang lahat ng iyong mga benepisyo bilang pasyente o kung hindi makatuwiran at kinakailangan ang pananatili bilang pasyente, hindi namin sasaklawin ang iyong pananatili bilang pasyente. Sa ilang kaso, sasaklawin namin ang ilang partikular na serbisyong matatanggap mo habang ikaw ay nasa ospital o sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF). Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga serbisyo ng doktor</li> <li>• Mga pagsusuri na diagnostic (tulad ng mga pagsusuri ng lab)</li> <li>• X-ray, radium, at therapy ng isotope, kabilang ang mga materyales at serbisyo ng teknisyan</li> <li>• Mga bandeha sa operasyon</li> </ul> <p><b>Pananatili ng inpatient: Mga saklaw na serbisyong nakuha sa isang ospital o SNF sa panahon ng hindi sinasaklaw na pananatili bilang inpatient (Pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga splint, cast, at iba pang device na ginagamit upang mabawasan ang mga bali at pagka-dislocate</li> <li>• Ang prosthetics at orthotics device (maliban sa dental) na pumapalit sa lahat o bahagi ng panloob na laman ng katawan (kabilang ang magkadikit na tissue), o lahat o bahagi ng punsyon ng isang permanenteng hindi gumagana o hindi gumaganang panloob na laman ng katawan, kabilang ang pagpapalit o pag-aayos ng mga naturang device</li> <li>• Mga brace sa paa, kamay, likod at leeg, mga truss, at artipisyal na paa, kamay, at mata kabilang ang mga paglalapat, pag-aayos, at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkabasag, pagkapudpod, pagkawala, o dahil sa pagbabago sa pisikal na kundisyon ng pasyente</li> </ul> <p><b>Physical therapy, speech therapy, at occupational therapy</b></p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyo.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p><b>Therapy sa medikal na nutrisyon</b></p> <p>Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diabetes, sakit sa bato (kidney) (ngunit hindi nagda-dialysis), o pagkatapos ng kidney transplant kapag iniutos ng iyong doktor.</p> <p><b>Sinasaklaw namin ang 3 oras ng serbisyong one-on-one na pagpapayo sa iyong unang taon ng pagtanggap ng mga serbisyo ng therapy para sa medikal na nutrisyon sa ilalim ng Medicare (kabilang dito ang aming plano, anupamang plano ng Medicare Advantage, o Original Medicare), at 2 oras bawat taon pagkatapos nito. Kung magbago ang iyong kundisyon, paggamot o nasuring sakit, maaari kang makakuha ng mas marami pang oras ng paggamot nang may bilin ng doktor. Dapat ireseta ng isang doktor ang mga serbisyong ito at i-renew ang kanilang order taun-taon kung ang paggamot sa iyo ay kailangan hanggang sa susunod na taon ng kalendaryo.</b></p>	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa mga serbisyong medikal na nutrisyon therapy na saklaw ng Medicare.
	<p><b>Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)</b></p> <p><b>Sasaklawin ang mga serbisyo ng MDPP para sa mga kwalipikadong tao sa ilalim ng lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare.</b></p> <p><b>Ang MDPP ay isang nakabalangkas na programa sa pagbabago ng pag-uugali sa kalusugan na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa diyeta, mas matinding pisikal na aktibidad, at mga diskarte para mapagtagumpayan ang mga hamon sa pagpapanatili sa pagbaba ng timbang at malusog na pamumuhay.</b></p>	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa MDPP na benepisyo.
	<p><b>Mga gamot ng Medicare Part B</b></p> <p><b>Sinasaklaw ang mga gamot na ito sa ilalim ng Bahagi B ng Original Medicare. Makakatanggap ng pagsaklaw ang mga miyembro ng aming plano para sa mga gamot na ito sa pamamagitan ng aming plano. Kasama sa mga saklaw na gamot ang:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga gamot na karaniwang hindi kayang inumin ng pasyente nang mag-isa at ini-inject o ini-infuse habang ikaw ay kukuha ng mga serbisyo ng doktor, outpatient sa ospital, o sentro ng ambulatoryong operasyon</li> <li>• insulin na ibinibigay gamit ang isang item ng matitibay na medikal na kagamitan (gaya ng medikal na kinakailangang insulin pump)</li> <li>• Iba pang gamot na iniinom mo sa tulong ng matitibay na kagamitang medikal (tulad ng mga nebulizer) na awtorisado ng aming plano</li> </ul>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.</p> <p><b>Ang mga gamot sa Bahagi B ay maaaring mapailalim sa step therapy.</b></p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ang gamot para sa Alzheimer’s na Leqembi®, (lecanemab ang generic na pangalan), na ibinibigay sa intravenous na paraan. Bilang karagdagan sa mga halaga ng gamot, maaaring kailanganin mo ng karagdagang mga pag-scan at pagsusuri bago at/o sa panahon ng paggamot na maaaring magdagdag sa iyong pangkalahatang mga gastos. Kausapin ang iyong doktor tungkol sa kung anong mga scan at pagsusuri ang posibleng kailanganin mo bilang bahagi ng iyong paggamot.</li> <li>• Mga clotting factor na ibinibigay mo sa iyong sarili sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kang hemophilia</li> <li>• Mga transplant/immunosuppressive na gamot: Sinasaklaw ng Medicare ang gamot sa therapy ng kung binayaran ng Medicare ang iyong organ transplant. Dapat mayroon kang Bahagi A sa panahon ng sinaklaw na pag-transplant, at dapat na mayroon kang Bahagi B sa panahon na kumuha ka ng mga immunosuppressive na gamot. Sinasaklaw ng saklaw na gamot sa Medicare Part D ang mga immunosuppressive na mga gamot kung hindi sinasaklaw sa Bahagi B ang mga ito</li> <li>• Mga injectable na gamot sa osteoporosis, kung ikaw ay nananatili sa bahay, may nabaling buto na ayon sa iyong doktor ay nauugnay sa osteoporosis na dulot ng pagtatapos ng menopause, at hindi mo kayang pamahalaan ang gamot nang mag-isa</li> <li>• Ilang mga antigen: Sinasaklaw ng Medicare ang mga antigen kung ang isang doktor ay naghahanda sa kanila at ang isang tao na naturuan ng wasto (na maaaring ikaw, ang pasyente) ay magbibigay sa kanila ng naaangkop na patnubay</li> <li>• Mga partikular na iniinom na gamot sa kanser: Sinasaklaw ng Medicare ang ilang mga iniinom na gamot sa kanser kung ang parehong gamot ay available sa anyo ng pag-inject o kung ang gamot ay isang prodrug (isang oral na anyo ng gamot na, kapag nainom, ay nagiging kapareho ng aktibong sangkap na matatagpuan sa gamot na ini-inject) na ini-inject na gamot. Habang ang mga bagong iniinom na gamot sa kanser ay nagiging available, maaari itong saklawin ng Bahagi B. Kung hindi sinasaklaw sa Bahagi B ang mga iyon, sasaklawin ito sa Bahagi D.</li> </ul> <p><b>Mga gamot sa Medicare Part B (Pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga iniinom na gamot laban sa pagduduwal: Sinasaklaw ng Medicare ang ginagamit mong mga iniinom na gamot laban sa pagduduwal bilang bahagi ng laban sa kanser na regimen ng chemotherapy kung ang mga ito ay ibinibigay bago, sa oras ng, o sa loob ng 48 oras pagkatapos ng chemotherapy, o ginagamit bilang buong kapalit ng ini-inject na gamot laban sa pagduduwal</li> </ul>	

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ilang gamot para sa Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (ESRD) na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B</li> <li>• Mga calcimimetic at phosphate binder na gamot sa ilalim ng sistema ng pagbabayad ng ESRD, kasama ang intravenous na gamot na Parsabiv® at ang iniinom na gamot na Sensipar®</li> <li>• Ilang partikular na gamot para sa dialysis sa bahay, kasama ang heparin, ang antidote para sa heparin, kapag medikal na kinakailangan, at mga topical anesthetics</li> <li>• Erythropoiesis-stimulating agents: Sinasaklaw ng Medicare ang erythropoietin sa pamamagitan ng pag-inject kung mayroon kang Sakit sa Bato na Wala nang Lunas (ESRD) o kailangan mo ang gamot na ito upang gamutin ang anemia na nauugnay sa partikular na mga kundisyon (gaya ng Retacrit®, Aranesp®)</li> <li>• Intravenous Immune Globulin para sa paggamot sa bahay ng mga pangunahing sakit na kakulangan sa resistensya</li> <li>• Parenteral at enteral na nutrisyon (ini-inject at pagpapakain sa pamamagitan ng tubo)</li> </ul> <p>Sa ilang kaso, iaatas namin na subukan mo muna ang ilang partikular na gamot para gamutin ang kundisyong medikal mo bago namin saklawin ang isa pang gamot para sa parehong kundisyon. Halimbawa, kung ang Gamot A at Gamot B ay parehong nagamot ang kundisyon ngunit mas mura ang Gamot A, maaaring kailanganin mong subukan muna ang Gamot A. Kung hindi gagana ang Gamot A para sa iyo, saka namin sasaklawin ang Gamot B. Maaari kang matuto pa tungkol sa kung paano namin tinutukoy kung kinakailangan ang step therapy sa pamamagitan ng pagbisita sa <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</p> <p>Sinasaklaw din namin ang ilang bakuna sa ilalim sa Bahagi B at karamihan sa mga bakuna para sa adulto sa ilalim ng aming benepisyo sa gamot sa Bahagi D.</p> <p>Ipinapaliwanag ng Kabanata 5 ang benepisyo ng gamot sa Bahagi D, kabilang ang mga panuntunan na kailangan mong sundin para masaklaw ang mga reseta. Kung ano ang babayaran mo para sa iyong mga gamot sa Bahagi D sa pamamagitan ng aming plano ay ipinaliwanag sa Kabanata 6.</p>	
	<p><b>Pag-screen at therapy sa labis na katabaan para itaguyod ang patuloy na pagbaba ng timbang</b></p> <p>Kung mayroon kang body mass index na 30 o higit pa, babayaran namin ang pagpapayo upang tulungan kang magbawas ng timbang. Sinasaklaw ang pagpapayong ito kung makukuha mo ito sa isang lugar ng pangunahing pangangalaga, kung saan maaari itong i-coordinate sa</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pag-screen para sa pag-iwas sa labis na katabaan at therapy.</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	iyong kumprehensibong plano sa pag-iwas. Kausapin ang iyong provider ng pangunahing pangangalaga o practitioner upang matuto pa.	
	<p><b>Mga serbisyo sa programa ng paggamot sa opioid</b></p> <p>Ang mga miyembro ng aming plano na may problema sa paggamit ng opioid (OUD) ay makakatanggap ng pagsaklaw ng mga serbisyo para magamot ang OUD sa pamamagitan ng Mga Programa sa Paggamot sa Problema sa Opioid (OTP) na kinabibilangan ng mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inaprubahan ng U.S. Food and Drug Administration (FDA) na paggamot na may opioid agonist at antagonist (MAT) na gamot</li> <li>• Pagbibigay at pangangasiwa ng mga gamot sa MAT (kung naaangkop)</li> <li>• Pagpapayo tungkol sa paggamit ng substance</li> <li>• Pang-indibidwal at panggrupong therapy</li> <li>• Pagsusuri sa toxicology</li> <li>• Mga aktibidad sa paggamit</li> <li>• Pana-panahong mga pagtatasa</li> </ul>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyo ng programa sa paggamot ng opioid para sa outpatient na saklaw ng Medicare.</p> <p><b>Hindi kinailangan ang paunang awtorisasyon para sa mga serbisyo ng programa sa paggamot ng opioid na saklaw ng Medicare para sa outpatient, ngunit maaaring kailanganin kung nangangailangan ka ng mga gamot sa paggamot ng opioid.</b></p>
	<p><b>Mga diagnostic na pagsusuri at serbisyo at supply na pang-therapy ng outpatient</b></p> <p>Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga x-ray</li> <li>• Radiation (radium at isotope) na therapy, kabilang ang mga materyales at supply ng teknisyen</li> <li>• Mga supply sa operasyon, tulad ng mga pang-benda</li> <li>• Mga splint, cast, at iba pang device na ginagamit upang mabawasan ang mga bali at pagka-dislocate</li> <li>• Mga pagsusuri sa laboratoryo</li> <li>• Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin. Ang saklaw ng buong dugo at mga naka-pack na red cell ay magsisimula lamang sa ikaapat na pinta ng dugo na kailangan mo - dapat mong bayaran ang mga gastos para sa unang 3 pinta ng dugo na makukuha mo sa isang taon ng kalendaryo o ibigay mo ang dugo o ng ibang tao. Lahat ng ibang bahagi ng dugo ay saklaw mula sa unang sukat na ginamit.</li> <li>• Iba pang mga pagsusuri sa diagnostic ng outpatient – mga serbisyong hindi radiological diagnostic tulad ng mga EKG, EEG, mga pagsusuri sa pulmonary function, pag-aaral sa pagtulog, at mga pagsubok sa stress sa treadmill.</li> </ul>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga serbisyo ng diagnostic radiological (parehong kumplikado at hindi) tulad ng mga espesyal na pag-scan, CT, SPECT, PET, MRI, MRA, pag-aaral ng nuclear, ultrasound, diagnostic mammogram at interventional radiological na pamamaraan (myelogram, cystogram, angiogram, at pag-aaral ng barium).</li> <li>• Walang awtorisasyon ang kailangan para sa mga serbisyo sa laboratoryo ng outpatient at serbisyo ng x-ray para sa outpatient.</li> </ul>	
	<p><b>Pagmamasid ng ospital sa outpatient</b></p> <p>Ang mga serbisyo sa obserbasyon ay mga serbisyo sa outpatient sa ospital na ibinibigay para matukoy kung kailangan mong tanggapin bilang isang inpatient o maaaring mapalabas.</p> <p>Para sa mga serbisyong obserbasyon sa ospital para sa outpatient, kailangan mong matugunan ang mga pamantayan ng Medicare at maituring ang mga ito na makatwiran at kinakailangan. Sinasaklaw lang ang mga serbisyong pag-oobserba kapag ibinibigay ayon sa bilin ng doktor o ng ibang indibidwal na awtorisado ng batas na nagliliseniya ng estado at ng mga regulasyon ng mga kawani ng ospital para magpasok ng mga pasyente sa ospital o mag-bilin ng mga pagsusuri sa mga outpatient.</p> <p><b>Tandaan:</b> Maliban kung ang provider ay nagsulat ng isang utos na ipasok ka bilang isang inpatient sa ospital, ikaw ay isang outpatient at magbabayad ka ng mga halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa mga serbisyo ng ospital para sa outpatient. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kang ituring na isang outpatient. Kung hindi ka sigurado kung ikaw ay isang outpatient, dapat mong tanungin ang kawani ng ospital.</p> <p>Kumuha ng higit pang impormasyon sa fact sheet ng Medicare para sa <i>Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare</i>. Available ang fact sheet na ito sa <a href="http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari kang tumawag sa mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>
	<p><b>Mga serbisyo ng ospital para sa outpatient</b></p> <p>Sasaklawin namin ang mga serbisyong medikal na kinakailangan na nakukuha mo sa pang-outpatient na departamento ng ospital para sa diagnosis o paggamot ng sakit o pinsala.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.</p> <p>Ang mga serbisyo ng ospital para sa outpatient ay saklaw sa ilalim</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p>Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang, ngunit hindi limitado sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga serbisyo sa isang departamento ng emergency o klinika ng outpatient, gaya ng mga serbisyo sa pag-observerba o operasyon para sa outpatient</li> <li>• Mga pagsusuri sa laboratoryo at diagnostic na pagsusuri na sisingilin ng ospital</li> <li>• Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip, kabilang ang pangangalaga sa isang programa para sa bahagyang pagkakaospital, kung mapapatunayan ng isang doktor na kakailanganin ang pangangalaga para sa inpatient kung wala ito</li> <li>• Mga X-ray at iba pang serbisyo ng radiology na sinisingil ng ospital</li> <li>• Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast</li> <li>• Ilang partikular na gamot at biological na hindi mo maibigay sa iyong sarili</li> </ul> <p><b>Mga serbisyo ng ospital para sa outpatient (Pagpapatuloy)</b></p> <p><b>Tandaan:</b> Maliban kung ang provider ay nagsulat ng isang utos na ipasok ka bilang isang inpatient sa ospital, ikaw ay isang outpatient at magbabayad ka ng mga halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa mga serbisyo ng ospital para sa outpatient. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kang ituring na isang outpatient. Kung hindi ka sigurado kung ikaw ay isang outpatient, dapat mong tanungin ang kawani ng ospital.</p> <p>Maaari ka ring makahanap ng karagdagang impormasyon sa Medicare fact sheet na tinatawag na <i>Ikaw ba ay Isang Inpatient o Outpatient ng Ospital?Kung Mayroon Kang Medicare – Magtanong!</i> Available ang fact sheet na ito sa Web sa <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari kang tumawag sa mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.</p>	<p>ng iba pang mga benepisyong sa talaan na ito. Tingnan ang mga ito at iba pang mga benepisyong kapag ang pangangalaga ay ibinibigay sa pasilidad ng ospital sa outpatient:</p> <p>“Pang-emergency na pangangalaga”</p> <p>“Pandaigdigang pang-emergency/agarang saklaw” “Mga diagnostic na pagsusuri ng outpatient at mga serbisyo at supply na nakakagamot” “Operasyon para sa outpatient na ibinibigay sa mga pasilidad ng outpatient ng ospital at mga ambulatory surgical center”</p> <p>“Bahagyang pagpapaospital”</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>
<p><b>Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip ng outpatient</b></p> <p>Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:</p> <p>Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng isang psychiatrist o doktor na lisensyado ng estado, klinikal na psychologist, clinical social worker, clinical nurse specialist, licensed professional counselor (LPC), licensed marriage and family therapist (LMFT), nurse practitioner (NP), physician assistant (PA), o iba pang kwalipikadong propesyonal ng Medicare sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip gaya ng pinapayagan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.</p> <p>Tingnan ang “Pag-screen para sa depresyon” sa talaan na ito para sa iyong taunang pag-screen para sa depresyon.</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p>Kasama sa iyong saklaw sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient ng Medicare ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isang pagsusuri sa depresyon bawat taon ng kalendaryo. Kailangang gawin ang pag-screen para sa isang tanggapan ng doktor sa pangunahing pangangalaga o klinika ng pangunahing pangangalaga na pwedeng magbigay ng follow up na paggamot at mga referral.</li> <li>• Pang-indibidwal at pang-grupong psychotherapy kasama ang mga doktor o ilang mga lisensyadong propesyonal na pinapayagan ng estado kung saan mo nakukuha ang mga serbisyong ito.</li> <li>• Pagpapayo sa pamilya, kung ang pangunahing layunin ay tumulong sa paggamot sa iyo.</li> <li>• Pagsusuri para malaman kung nakukuha mo ang mga serbisyong kailangan mo at kung ang kasalukuyang paggamot sa iyo ay nakakatulong sa iyo.</li> <li>• Psychiatric na pagtatasa.</li> <li>• Pamamahala ng gamot.</li> </ul>	<p>Tingnan ang “Bahagyang pagpapaospital” sa talaan na ito kung kailangan mo ang paggamot para sa pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip para sa outpatient na ito na saklaw ng Medicare.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>
	<p><b>Mga serbisyo sa pag-rehabilitate sa outpatient</b></p> <p>Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: pisikal na therapy, occupational therapy, at speech language therapy.</p> <p>Ang mga serbisyo sa pag-rehabilitate sa outpatient ay ibinibigay sa iba’t ibang setting ng outpatient, tulad ng mga departamento ng outpatient ng ospital, mga hiwalay na tanggapan ng therapist, at Mga Pasilidad ng Kumprehensibong Pag-rehabilitate sa Outpatient (CORF).</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, para sa benepisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>
	<p><b>Mga serbisyo sa sakit na dulot ng paggamit ng substance para sa outpatient</b></p> <p>Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinasaklaw ng Medicare ang mga serbisyo sa pag-abuso sa sangkap ng outpatient.</li> <li>• Bilang karagdagan, sinasaklaw ng Medicaid ang mga pagbisitang sa pang-indibidwal at pang-grupong therapy. Ang nagpatala ay dapat na makapag-self-refer para sa isang pagtatasa mula sa isang provider na nasa network sa loob ng labindalawang (12) buwan.</li> </ul> <p>Dapat kang gumamit ng isang provider ng Senior Whole Healthcare Behavioral Health.</p> <p>Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, para sa benepisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p><b>Operasyon ng outpatient, kabilang ang mga serbisyong ibinibigay sa mga pasilidad para sa outpatient ng ospital at mga ambulatory surgical center</b></p> <p><b>Tandaan:</b> Kung ikaw ay may operasyon sa isang pasilidad ng ospital, dapat mong suriin sa provider mo kung ikaw ay magiging isang inpatient o outpatient. Maliban kung sumulat ang provider ng bilin na ipasok ka sa ospital bilang pasyente, mananatili kang outpatient at babayaran mo ang halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa outpatient na operasyon. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kang ituring na isang outpatient.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, para sa benepisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>
<p><b>Mga item na over-the-counter (OTC) (Karagdagan)</b></p> <p>Makakakuha ka ng pinagsamang allowance na \$285 para gastusin sa mga aprubado ng plano na OTC na item, produkto, at gamot kasama ang iyong Healthy You Card. Ang buwanang allowance na ito ay ibinabahagi sa allowance para sa Pagkain at Produkto (SSBCI)*, Transportasyon patungo sa mga Lokasyon na Aprubado ng Plano, mga OTC Hearing Aid, Transportasyon para sa mga serbisyong hindi pang-emergency (SSBCI)*, at Mga Utility (SSBCI)*. Maaari mong gamitin ang allowance na ito para sa mga OTC na gamot, Pagkain at Produkto (SSBCI)*, Transportasyon patungo sa mga Lokasyong Aprubado ng Plano, mga OTC Hearing Aid, mga serbisyo ng transportasyon na hindi pang-emergency (Karagdagan), o para sa tulong sa mga Bayarin (Kuryente, Natural Gas, at Tubig). Kung hindi mo gagamitin ang buong halaga ng iyong buwanang allowance, mag-e-expire ang natitirang balanse at hindi ito magagamit sa susunod na buwan.</p> <p>Kasama sa iyong saklaw ang hindi inirereseta OTC na mga bagay na pangkalusugan at pangkagalingan tulad ng mga bitamina, sunscreen, mga pampahupa ng pananakit, gamot sa ubo at sipon, at mga bendahe.</p> <p>Maaari kang mag-order:</p> <p>Online – bisitahin ang <a href="http://NationsOTC.com/Molina">NationsOTC.com/Molina</a></p> <p>Sa Telepono – 877-208-9243 upang makipag-usap sa isang Miyembro ng NationsOTC.</p> <p>Tagapayo sa Karanasan sa (TTY 711), 24 oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo, 365 araw sa isang taon.</p> <p>Sa Pamamagitan ng Koreo – Punan at ibalik ang order form sa katalogo ng produkto.</p> <p><b>Mga item na over-the-counter (OTC) (Karagdagan)* (Pagpapatuloy)</b></p> <p>Sa pamamagitan ng mga kalahok na lokasyon ng retail.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible kung ginagamit mo ang iyong Healthy You card.</p> <p>Maaaring ikaw ang mananagot sa para sa mga gastos kung lalampas ka sa iyong pinakamataas na buwanang allowance.</p> <p>Maaaring malapat ang mga limitasyon at pagbubukod.</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p>Sumangguni sa iyong 2026 na Catalog ng OTC na Produkto para sa isang kumpletong listahan ng mga OTC na item na aprubado ng plan o tawagan ang isang taong sumusuporta sa OTC para sa higit pang impormasyon. Makakakita ka ng mahahalagang impormasyon (mga alituntunin sa pag-order) sa 2026 na Katalogo ng OTC sa Produkto.</p> <p>Para sa karagdagang impormasyon, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.</p> <p><b>*Mga Kinakailangan para sa pagiging Kwalipikado para sa Malubhang Kondisyon</b></p>	
<p><b>Mga serbisyo sa bahagyang pagpapaospital at mga Masinsinang serbisyo sa outpatient</b></p> <p><i>Ang bahagyang pagkakaospital ay isang may organisadong programa ng aktibong paggamot na may kinalaman sa pag-iisip na ibinibigay bilang outpatient na serbisyo sa ospital o ng isang center ng komunidad para sa kalusugan sa pag-iisip, na mas matindi kaysa sa pangangalagang natatanggap sa tanggapan ng iyong doktor, therapist, lisensyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (LMFT), o lisensyadong propesyonal na tagapayo, at isang alternatibo sa pagkakaospital bilang pasyente.</i></p> <p><i>Ang masinsinang serbisyo sa outpatient ay isang organisadong programa ng aktibong therapy na paggamot sa kalusugan ng pag-uugali (pag-iisip) na ibinibigay bilang isang departamento ng outpatient ng ospital, isang sentro sa komunidad para sa kalusugan sa pag-iisip, isang kwalipikado sa pederal na mga sentro ng kalusugan, o isang rural na klinikang pangkalusugan na mas matindi kaysa sa pangangalagang natatanggap sa tanggapan ng iyong doktor, therapist, lisensyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (LMFT), o lisensyadong propesyonal na tagapayo, ngunit hindi kasingtindi ng bahagyang pagkakaospital.</i></p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw na mga serbisyo sa bahagyang pagpapaospital ng Medicare.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>
<p><b>Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor</b></p> <p>Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga medikal na kinakailangang serbisyo sa pangangalagang medikal o operasyon na nakuha mo sa tanggapan ng isang doktor, sertipikadong ambulatory surgical center, departamento ng outpatient sa ospital, o anupamang lokasyon Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</li> <li>• Konsultasyon, pagsusuri, at paggamot ng isang espesyalista</li> <li>• Mga pangunahing pagsusuri sa pandinig at balanse na isinagawa ng iyong PCP, kung utos ito ng doktor mo upang makita kung kailangan mo ng medikal na paggamot</li> </ul>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyonang ito.</p>



**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ilang partikular na serbisyo sa telehealth, kabilang ang mga serbisyo sa pangunahing pangangalaga <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ May opsyon kang makuha ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagbisita o sa pamamagitan ng telehealth. Kung pipiliin mong kunin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, dapat kang gumamit ng provider na nasa network na nag-aalok ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. Kung pipiliin mong kunin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, dapat kang gumamit ng provider na nasa network na nag-aalok ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. Para makahanap ng isang provider na nasa network, bisitahin ang aming website sa <a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Mga serbisyo ng Doktor/Practitioner, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor (Pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ang mga virtual na medikal na pagbisita ay mga medikal na pagbisita na inihahatid sa iyo sa labas ng mga medikal na pasilidad ng mga virtual provider na gumagamit ng mga kakayahan sa online na teknolohiya at live na audio/video.</li> <li>◦ Tandaan: Hindi lahat ng kundisyong medikal ay maaaring gamutin sa pamamagitan ng mga virtual na pagbisita. Tutukuyin ng virtual na pagbisita sa doktor kung kailangan mong magpatingin sa isang personal na doktor para sa paggamot.</li> <li>• Mga telehealth na serbisyo para sa mga buwanang pagbisitang nauugnay sa sakit sa bato na wala nang lunas para sa mga miyembro ng pagpapa-dialysis sa bahay sa isang renal dialysis center na nasa ospital o nasa critical access hospital, o sa bahay ng miyembro. Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</li> <li>• Mga serbisyo sa telehealth upang masuri, matasa, o magamot ang mga sintomas ng isang stroke, saanman ang lokasyon mo Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</li> <li>• Mga serbisyo sa telehealth para sa mga miyembrong may sakit na dulot ng paggamit ng substance o kasabay na umiiral na karamdaman sa kalusugan ng pag-iisip, saanman ang kanilang lokasyon. Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</li> <li>• Mga serbisyo sa telehealth para sa pag-diagnose, pagsusuri, at paggamot ng mga sakit sa kalusugan ng pag-iisip kung: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Mayroon kang personal na pagbisita sa loob ng 6 na buwan bago ang iyong unang pagbisita sa telehealth</li> <li>◦ Mayroon kang personal na pagpapatuloying tuwing 12 buwan habang tinatanggap ang mga serbisyong ito sa telehealth</li> </ul> </li> </ul>	



**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Ang mga pagbubukod ay maaaring gawin sa itaas para sa ilang mga pangyayari</li> <li>• Mga serbisyo sa telehealth para sa mga pagbisita para sa kalusugan ng pag-iisip na ibinibigay ng Mga Rural na Klinikang Pangkalusugan at Kwalipikado sa Pederal na mga Sentro ng Kalusugan</li> <li>• Mga virtual na pag-check in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) kasama ang iyong doktor sa loob ng 5-10 minuto <b>kung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ hindi ka bagong pasyente <b>at</b></li> <li>◦ Ang pag-check in ay hindi nauugnay sa pagbisita sa isang tanggapan sa nakaraang 7 araw <b>at</b></li> <li>◦ Ang pag-check in ay hindi nagreresulta sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamalapit na magagamit na appointment</li> </ul> </li> <li>• Pagtatasa sa video at/o mga larawang ipinadala mo sa iyong doktor, at pagbibigay-kahulugan at pag-follow up ng iyong doktor sa loob ng 24 na oras <b>kung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ hindi ka bagong pasyente <b>at</b></li> <li>◦ Hindi nauugnay ang pagsusuri sa isang pagpapatingin sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw <b>at</b></li> <li>◦ Hindi naging dahilan ang pagsuri para sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamaagang available na pagpapatingin</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Mga serbisyo ng Doktor/Practitioner, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor (Pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ang konsultasyon ng doktor mo sa iba pang mga doktor gamit ang telepono, internet, o elektronikong rekord ng kalusugan</li> <li>• Pangalawang opinyon <i>ng ibang provider na nasa network</i> bago ang operasyon</li> <li>• Hindi regular na pangangalaga sa ngipin (ang mga saklaw na serbisyo ay limitado sa operasyon ng panga o kaugnay na mga istruktura, pag-aayos ng mga bali ng panga o buto ng mukha, pagbunot ng mga ngipin upang ihanda ang panga para sa mga radiation treatment ng sakit na neoplastic cancer, o mga serbisyong saklaw kapag ibinibigay ng isang doktor). Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</li> <li>• Mga serbisyo sa pagsubaybay sa tanggapan ng doktor o pasilidad ng ospital sa outpatient kung umiinom ka ng mga gamot laban sa pamumuo ng dugo, gaya ng Coumadin, Heparin, o Warfarin.</li> </ul>	



**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p><b>Mga serbisyo sa Podiatry (saklaw ng Medicare)</b></p> <p>Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diyagnosis at medikal o operasyon na paggamot sa mga pinsala at sakit sa paa (tulad ng hammer toe o mga heel spur)</li> <li>• Regular na pangangalaga sa paa para sa mga miyembrong may ilang partikular na kundisyong medikal na nakakaapekto sa ibabang paa</li> </ul>	<p>Walang coinsurance o copayment para sa benepisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>
	<p><b>Pre-exposure prophylaxis (PrEP) para sa pag-iwas sa HIV</b></p> <p>Kung wala kang HIV, ngunit natukoy ng iyong doktor o iba pang tagapangalaga ng kalusugan na ikaw ay nasa mataas na panganib na magkaroon ng HIV, sasaklawin namin ang gamot para sa pre-exposure prophylaxis (PrEP) at mga nauugnay na serbisyo.</p> <p>Kung kwalipikado ka, kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprubado ng FDA na oral o itinuturok na PrEP na gamot. Kung tatanggap ka ng isang itinuturok na gamot, sasaklawin din namin ang bayad para sa pagtuturok ng gamot.</li> <li>• Hanggang sa 8 indibidwal na session ng pagpapayo (kabilang ang pagtatasa sa panganib ng HIV, pag-iwas sa panganib na dulot ng HIV, at pag-inom ng gamot) tuwing 12 buwan.</li> <li>• Hanggang sa 8 mga screening para sa HIV tuwing 12 buwan.</li> </ul> <p>Isang beses na screening para sa hepatitis B virus.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.</p>
	<p><b>Mga eksaminasyong pag-screen para sa kanser sa prostate</b></p> <p>Para sa mga lalaking may edad na 50 pataas, kasama sa mga saklaw na serbisyo ang isang beses bawat 12 buwan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isang digital na pagsusuri na pinapasok sa puwit</li> <li>• Isang pagsusuri gamit ang antigen na partikular sa prostate (PSA)</li> </ul>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang PSA na pagsusuri.</p>
	<p><b>Mga prosthetic at orthotic na aparato at mga kaugnay na kagamitan</b></p> <p>Mga device (maliban sa para sa ngipin) na pamalit sa lahat o bahagi ng parte o paggana ng katawan. Kabilang dito ang, ngunit hindi limitado sa pagsusuri, pagsusukat, o pagsasanay sa paggamit ng mga prosthetic at orthotic na device; pati na rin ang mga colostomy bag at supply na direktang nauugnay sa pangangalaga ng colostomy, pacemaker, brace, prosthetic na sapatos, artipisyal na paa at prostheses sa suso (kabilang ang surgical na brassiere pagkatapos ng mastectomy). Kabilang ang ilang partikular na kagamitang nauugnay sa mga prosthetic na aparato, at pagkukumpuni at/o pagpapalit ng mga prosthetic na aparato. Kabilang din dito ang ilang pagsaklaw kasunod ng pagtanggap ng katarata o operasyon sa katarata – tingnan ang <i>Pangangalaga sa Paningin</i> sa seksyong ito para sa higit pang detalye.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyonang ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p><b>Mga serbisyo na pag-rehabilitate ng baga</b></p> <p>Ang mga kumprehensibong programa ng pulmonary rehabilitation ay saklaw para sa mga miyembrong may katamtaman hanggang napakalubhang chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at isang utos para sa pulmonary rehabilitation mula sa doktor na gumagamot sa malalang sakit sa paghinga.</p>	<p>Walang coinsurance o copayment para sa benepisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>
	<p><b>Screening at pagpapayo para mabawasan ang maling paggamit ng alak</b></p> <p>Sasaklawin namin ang isang screening ng labis na pag-inom ng alak para sa mga nasa hustong gulang (kabilang ang mga buntis na babae) na labis na umiinom ng alak, ngunit hindi lulong rito.</p> <p>Kung nagpositibo ka para sa maling paggamit ng alak, maaari kang makakuha ng hanggang 4 na mabilisang face-to-face na sesyon ng pagpapayo bawat taon (kung kaya mo at alerto ka habang nagpapapayo) na ibinibigay ng kwalipikadong doktor ng pangunahing pangangalaga o practitioner sa isang setting ng pangunahing pangangalaga.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw ng Medicare na screening at pagpapayo upang bawasan ang benepisyong pang-iwas sa maling paggamit ng alak.</p>
	<p><b>Pag-screen para sa kanser sa baga na may low dose computed tomography (LDCT)</b></p> <p>Para sa mga kwalipikadong tao, sinasaklaw ang LDCT kada 12 buwan.</p> <p><b>Mga kwalipikadong miyembro ang</b> mga taong edad 50 – 77 na walang senyales o sintomas ng kanser sa baga, pero mayroong kasaysayan ng paggamit ng tabako na hindi bababa sa 20 pack kada taon at kasalukuyang naninigarilyo o tumigil sa paninigarilyo sa loob ng nakaraang 15 taon, na nakatanggap ng bilin para sa LDCT habang ginagawa ang pagpapayo sa pag-screen para sa kanser sa baga at pagpapatingin para sa magkasamang paggawa ng desisyon na nakakatugon sa mga pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagpapatingin at maibibigay ng isang doktor o kwalipikadong practitioner na hindi doktor.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagpapayo na saklaw ng Medicare at pagbisita para sa magkasamang pagdedesisyon o para sa LDCT.</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p><b>Pag-screen para sa kanser sa baga na may low dose computed tomography (LDCT) (Pagpapatuloy)</b></p> <p><i>Para sa mga screening para sa kanser sa baga gamit ang LDCT pagkatapos ng panimulang screening gamit ang LDCT: dapat makatanggap ang miyembro ng bilin pa pag-screen para sa kanser sa baga gamit ang LDCT, na Maaaring ibigay habang ginagawa ang anumang wastong pagpapatingin sa isang doktor o kwalipikadong practitioner na hindi doktor. Kung pinili ng doktor o ng kwalipikadong propesyonal na hindi doktor na magbigay ng pagpapayo sa screening para sa kanser sa baga at ibinabahaging pagdedesisyon na pagpapatingin para sa kasunod na mga pag-screen para sa kanser sa baga gamit ang LDCT, dapat matugunan ng pagpapatingin ang pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagpapatingin.</i></p>	
	<p><b>Screening para sa impeksyon ng Hepatitis C Virus</b></p> <p>Sasaklawin namin ang isang screening para sa Hepatitis C kung iniatas ng iyong doktor ng pangunahing pangangalaga o iba pang kwalipikadong provider ng pangangalaga ng kalusugan na magsaagawa ng isang pagsusuri at natutugunan mo ang isa sa mga kundisyong ito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mataas ang panganib mo dahil ginamit o gumamit ka ng mga ipinagbabawal na itinuturok na gamot.</li> <li>• Sinalinan ka ng dugo bago ang 1992.</li> <li>• Ipinanganak ka sa pagitan ng 1945-1965.</li> </ul> <p>Kung ipinanganak ka sa pagitan ng 1945-1965 at hindi itinuturing na mataas ang panganib, babayaran namin nang isang beses ang screening. Kung mataas ang panganib mo (halimbawa, patuloy kang gumagamit ng ipinagbabawal na itinuturok na gamot simula ng iyong nakaraang negatibong resulta sa screening para sa Hepatitis C), sasaklawin namin ang taunang screening.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga sinasaklaw na screening ng Medicare para sa Hepatitis C Virus.</p>
	<p><b>Pag-screen para sa mga impeksyon na naipapasa sa pakikipagtalik (sexually transmitted infection, STI) at pagpapayo para maiwasan ang mga STI</b></p> <p>Sinasaklaw namin ang mga pag-screen para sa mga impeksiyon na nakukuha sa pakikipagtalik (STI) para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at Hepatitis B. Ang mga pag-screen na ito ay sinasaklaw para sa mga buntis na kababaihan at para sa ilang partikular na tao na mas mataas ang panganib para sa isang STI kapag ang mga pagsusuri ay iniutos ng isang provider ng pangunahing pangangalaga. Sinasaklaw namin ang mga pagsubok na ito minsan sa bawat 12 buwan o sa ilang mga pagkakataon sa panahon ng pagbubuntis.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pag-screen na saklaw ng Medicare para sa mga STI at pagpapayo para sa mga benepisyong pang-iwas sa STI.</p>


**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p>Sinasaklaw rin namin ang hanggang 2 indibidwal na 20 hanggang 30 minutong, harapan at napakasadidhing sesyon ng pagpapayo para sa pag-uugali bawat taon para sa mga nasa hustong gulang na aktibo sa pakikipagtalik na nasa mataas na panganib na magkaroon ng STI. Sasaklawin lang namin ang mga sesyon ng pagpapayong ito bilang pang-iwas na serbisyo kung ibinibigay ang mga ito ng provider ng pangunahing pangangalaga at nagaganap sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga, tulad ng tanggapan ng doktor.</p>	
<p><b>Mga serbisyo para gamutin ang sakit sa bato</b></p> <p>Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga serbisyong edukasyon tungkol sa karamdaman sa bato upang ituro ang pangangalaga sa bato at tulungan ang mga miyembrong gumawa ng mga mabubuting desisyon tungkol sa kanilang pangangalaga. Para sa mga miyembro na may antas IV na malubhang sakit sa bato nang ini-refer ng kanilang doktor, sinasaklaw namin ang hanggang 6 na sesyon ng serbisyong pang-edukasyon tungkol sa sakit sa bato bawat tanang buhay</li> <li>• Mga paggamot sa dialysis ng outpatient (kabilang ang mga paggamot sa dialysis kapag pansamantalang wala sa lugar ng serbisyo, tulad ng ipinaliwanag sa Kabanata 3, o kapag ang iyong provider para sa serbisyong ito ay pansamantalang hindi available o hindi naa-access)</li> <li>• Mga dialysis na paggamot para sa pasyente (kung ikaw ay naka-admit sa isang ospital bilang pasyente para sa espesyal na pangangalaga)</li> <li>• Pagsasanay sa pagdialysis sa sarili, (kabilang ang pagsasanay para sa iyo at sinumang tumutulong sa iyo sa mga paggamot mo sa dialysis sa bahay)</li> <li>• Kagamitan at mga supply sa dialysis sa bahay</li> <li>• Ang ilang serbisyo sa suporta sa bahay (gaya ng mga kinakailangang pagbisita ng mga sinanay na manggagawa sa dialysis para suriin ang dialysis sa bahay mo, para tumulong sa mga emergency, at para suriin ang kagamitan mo sa dialysis at supply ng tubig)</li> </ul> <p>Ang ilang gamot para sa dialysis ay sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B. Para sa impormasyon tungkol sa saklaw para sa mga gamot sa Bahagi B, tingnan ang <b>mga gamot sa Medicare Part B</b> sa talahanayang ito.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.</p> <p><b>Mga Paggamot sa Dialysis ng Inpatient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingnan ang “Pangangalaga sa ospital para sa inpatient” sa talaan na ito.</li> </ul> <p><b>Kagamitan at Mga Supply sa Dialysis sa Bahay</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingnan ang “Matibay na kagamitang medikal at mga nauugnay na supply” sa talaan na ito.</li> </ul> <p><b>Mga Serbisyong Pansuporta sa Bahay (Home Supportive Services)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingnan ang “Pangangalaga ng ahensya ng kalusugan sa bahay” sa talaan na ito.</li> </ul> <p><b>Mga Gamot sa Dialysis sa Medicare Part B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tingnan ang “mga inireresetang gamot sa Medicare Part B” sa talaan na ito.</li> </ul>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p><b>Pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga (SNF)</b> (Para sa kahulugan ng pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, tingnan ang Kabanata 12. Ang mga pasilidad para sa bihasang pag-aalaga ay tinatawag minsan na mga SNF.)</p> <p>Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang ngunit hindi limitado sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bahagyang-pribadong kuwarto (o pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan ito)</li> <li>• Mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta</li> <li>• Sinanay na serbisyo ng pag-aalaga</li> <li>• Physical therapy, occupational therapy, at speech therapy</li> <li>• Mga gamot na ibinigay sa iyo bilang bahagi ng aming plano ng pangangalaga (kabilang dito ang mga substansiya na natural na nasa katawan, tulad ng mga salik na pampabuo ng dugo.)</li> </ul> <p><b>Pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga (SNF) (Pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin. Magsisimula lamang ang pagsaklaw sa buong dugo at naka-pack na pulang selula sa pang-apat na pint ng dugo na kailangan mo - dapat mong bayaran ang gastos para sa 3 pint ng dugo nana makukuha mo sa loob ng taon ng kalendaryo o mag-donate ka ng dugo o ang ibang tao. Ang lahat ng iba pang bahagi ng dugo ay tinatakpan simula sa unang pinta na ginamit.</li> <li>• Mga medikal at surgical na supply na karaniwang ibinibigay ng mga SNF</li> <li>• Mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga SNF</li> <li>• X-ray at iba pang mga serbisyo sa radiology na karaniwang ibinibigay ng mga SNF</li> <li>• Paggamit ng mga gamit tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga SNF</li> <li>• Mga serbisyo ng doktor/propesyonal</li> </ul> <p>Karaniwan kang makukuha ng pangangalaga sa SNF mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, sa ilalim ng mga partikular na kundisyong nakalista sa ibaba, maaari kang magbayad ng nasa network na pagbabahagi sa gastos para sa isang pasilidad na hindi provider na nasa network kung tatanggapin ng pasilidad ang mga halaga para sa pagbabayad ng aming plano.</p>	<p>Walang coinsurance o copayment para sa benepisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p> <p>Maliban sa isang emergency, dapat sabihin sa plano ng iyong doktor na ipapapasok ka sa SNF. Hindi kinakailangan na may naunang pananatili sa ospital.</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Isang nursing home o komunidad sa pagreretiro para sa patuloy na pangangalaga kung saan ka nakatira bago ka pa pumunta sa ospital (basta ito ay nagbibigay ng pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga)</li> <li>Ang isang SNF ay kung saan nakatira ang iyong asawa o kinakasama sa oras na umalis ka sa ospital</li> </ul>	
	<p><b>Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako (pagpapayo para sa paghinto sa paninigarilyo o paggamit ng tabako)</b></p> <p>Ang pagpapayo para sa paghinto sa paggamit ng tabako at paninigarilyo ay sinasaklaw para sa outpatient at mga pasyenteng nasa ospital na nakakatugon sa mga pamantayang ito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gumagamit ng tabako, nagpapakita man sila ng mga senyales o sintomas ng sakit na nauugnay sa pananabako</li> <li>Nakikibahagi at alerto sa panahon ng pagpapayo</li> <li>Isang kwalipikadong doktor o iba pang doktor na kinikilala ng Medicare ang nagbibigay ng pagpapayo</li> </ul> <p>Saklaw namin ang 2 pagtatangka ng pagtigil sa paggamit bawat taon (bawat pagtatangka ay maaaring may hanggang 4 na intermediate o intensive session, kaya't maaaring makakuha ang pasyente ng hanggang 8 session bawat taon.)</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw ng Medicare sa paninigarilyo at paggamit ng tabako na mga benepisyo sa pagpigil sa pagtigil.</p>
	<p><b>Mga serbisyo sa pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako (Pandagdag)*</b></p> <p>Kung gusto mong tumigil sa paninigarilyo, dapat kang makipag-usap sa iyong Doktor ng Pangunahing Pangangalaga o tumawag sa aming Departamento ng Edukasyong Pangkalusugan.</p> <p>Bilang karagdagan sa saklaw na inaalok sa ilalim ng saklaw na benepisyo ng Medicare sa pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako, sinasaklaw ng plan ang 8 karagdagang pagpapayong</p> <p><b>Mga serbisyo sa pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako (Karagdagan)* (Pagpapatuloy)</b></p> <p>mga serbisyo bawat taon ng kalendaryo upang matulungan kang huminto sa paninigarilyo o paggamit ng mga produktong tabako.</p> <p>Dapat mong ubusin ang benepisyo mo sa pagtigil sa paggamit ng tabako na saklaw ng Medicare bago magbayad ang plano para sa pagsaklaw sa ilalim ng benepisyong ito.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.</p>
	<p><b>Mga Espesyal na Pangsuplementong Benepisyo para sa Mga May Malalang Sakit III</b></p>	<p>Walang coinsurance o copayment, kung ginagamit mo ang iyong Healthy You card.</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p><b>Kung na-diagnose ka na mayroon ng alinman sa (mga) sumusunod na malalang kundisyon na tinukoy sa ibaba at nakakatugon ka sa ilang partikular na pamantayan, maaari kang maging kwalipikado para sa mga espesyal na pandagdag na benepisyong para sa may malalang sakit.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga karamdaman sa autoimmune;</li> <li>• Mga karamdaman sa puso</li> <li>• Chronic heart failure</li> <li>• Dementia</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Mga chronic lung disorder</li> <li>• Chronic kidney disease (CKD)</li> <li>• Malubhang karamdaman sa pag-inom ng alak at iba pang karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot (SUD)</li> <li>• Kanser</li> <li>• Sobra sa timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome</li> <li>• Malubhang sakit sa gastrointestinal</li> <li>• Malubhang hematologic na sakit</li> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• Malubha at nagbibigay kapansanan na mga kundisyon sa kalusugan ng pag-iisip</li> <li>• Neurolohikal na mga karamdaman</li> <li>• Stroke</li> <li>• Transplant ng organ</li> <li>• Immunodeficiency at Immunosuppressive disorder</li> <li>• Mga kundisyon na nauugnay sa kapansanan sa pag-iisip</li> <li>• Mga kundisyon na may kahirapang kumilos</li> <li>• Malulubhang kundisyon na nakaaapekto sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, pandama, at pang-amoy</li> <li>• Mga kundisyon na nangangailangan ng tuloy-tuloy na serbisyong therapy upang mapanatili o maibalik ng mga indibidwal ang kanilang kakayahang kumilos</li> </ul> <p>Tutulungan ka namin sa pag-access sa mga benepisyong ito. Maaari mong tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o ang iyong Coordinator ng Pangangalaga para simulan ang kahilingan mo o makakuha ng karagdagang impormasyon.</p> <p><b>Mga Espesyal na Pandagdag na Benepisyong para sa Mga May Malalang Sakit (Pagpapatuloy)</b></p> <p>Tandaan: Sa pamamagitan ng paghiling sa benepisyong ito, pinapahintulutan mo ang mga kinatawan ng Senior Whole Health of</p>	<p>Maaaring kailanganin ang pakikilahok sa isang programa para sa pamamahala ng pangangalaga. Ang mga miyembro ay dapat ding mayroong pirma ng doktor para sa pagsusuri batay sa kakulangan ng impormasyon sa medikal na kasaysayan.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
<p>New York NHC (HMO D-SNP) na makipag-ugnayan sa iyo sa pamamagitan ng telepono, mail, o anupamang paraan ng komunikasyon ayon sa hayagang nakasaad sa aplikasyon mo.</p> <p>Kapag naaprubahan na, awtomatikong bibigyan ng laman iyong Healthy You Card ng pinagsamang allowance na \$285 tuwing buwan na gagamitin para sa benepisyo ng SSBCI. Ang anumang hindi magagamit na pondo sa katapusan ng bawat buwan ay hindi madadala sa susunod na buwan.</p> <p><b>Pagkain at Produkto*</b></p> <p>Ang mga benepisyaryo na may malalang kondisyon na nakalista sa itaas ay kwalipikado rin para sa benepisyo sa pagkain at produkto sa pamamagitan ng benepisyo ng Healthy You card. Ang iyong Healthy You card ay awtomatikong bibigyan ng laman ng hanggang \$285 bawat buwan kasama ang nga item na Nabibili nang Walang Reseta (OTC), mga OTC hearing aid, Transportasyon patungo sa mga Pasilidad ng Kalusugan na Aprubado ng Plano, Transportasyon para sa Hindi Medikal na Pangangailangan, at mga Bayarin* (Kuryente, Natural gas, at Tubig).</p> <p>Maaari mong gamitin ang allowance sa iyong Healthy You card para sa iba't ibang branded at generic na produkto ng masusustansyang pagkain sa iyong malalapit na kalahok na lokal na tindahan, o online na may paghahatid sa bahay nang walang dagdag na gastos sa <a href="http://SWHMA.com">SWHMA.com</a>.</p> <p>Ang anumang hindi magagamit na pondo sa katapusan ng bawat buwan ay hindi madadala sa susunod na buwan.</p> <p><b>Transportasyon para sa Hindi Medikal na Pangangailangan</b></p> <p>Maaari mong gamitin ang iyong Healthy You card upang bumili ng mga pagsakay para sa mga hindi medikal na pangangailangan sa mga aprubadong lokasyon tulad ng mga fitness center, pantry ng pagkain, mga grocery store, mga parmasya upang bumili ng mga supply ng OTC, mga serbisyong pangrelihiyon, at mga senior center. Para sa higit pang impormasyon mangyaring tingnan ang seksyon para sa prefunded debit Healthy You card.</p> <p><b>Mga Utility*</b></p> <p>Ang mga miyembro ay dapat sumailalim sa isang pagsusuri upang matukoy ang pagiging kwalipikado sa ilalim ng benepisyo para sa tulong sa mga Utility (Kuryente at Natural Gas, Tubig).</p> <p>Ang iyong Healthy You card ay awtomatikong bibigyan ng laman ng hanggang \$285 bawat buwan kasama ang nga item na Nabibili nang Walang Reseta (OTC), mga OTC hearing aid, Pagkain at Produkto*, Transportasyon patungo sa mga Pasilidad ng Kalusugan na Aprubado ng Plano, Transportasyon para sa Hindi Medikal na Pangangailangan.</p>	


**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
*Mga kinakailangan para sa Pagiging Kwalipikado para sa Malubhang Kondisyon	
<p><b>Pinapangasiwaang Ehersisyong Therapy (SET)</b></p> <p>Saklaw ang SET para sa mga miyembrong may sintomas na sakit sa peripheral artery (PAD).</p> <p>Hanggang 36 na sesyon sa panahon ng 12-linggo kung natutugunan ang lahat ng kinakailangan sa SET.</p> <p>Ang programang SET ay dapat na:</p> <p><b>Pinapangasiwaang Ehersisyong Therapy (SET) (Pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Binubuo ng mga session na tumatagal ng 30-60 minuto, na binubuo ng programa ng therapeutic na ehersisyo at pagsasanay para sa PAD sa mga pasyenteng may claudication</li> <li>• Sa isang lugar ng ospital para sa pasyenteng hindi mananatili sa ospital o sa tanggapan ng doktor</li> <li>• Inihahatid ng mga kwalipikadong tauhan na tumitiyak mas higit ang benepisyo kaysa sa pinsala at sinanay sa ehersisyo na therapy para sa PAD</li> <li>• Sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng isang doktor, kasama ng doktor, o nars na practitioner/espesyalistang klinikal na nars na sinanay sa parehong basic at advanced na mga diskarte sa pagsuporta sa buhay</li> </ul> <p><b>Maaaring saklawin ang SET nang lampas sa 36 na sesyon sa loob ng 12 linggo para sa karagdagang 36 na sesyon sa loob ng pinahabang panahon kung ituturing na medikal na kinakailangan ng isang provider ng pangangalaga ng kalusugan.</b></p>	<p>Walang coinsurance o copayment para sa mga miyembrong karapat-dapat para sa benepisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon.</b></p>
<p><b>Transportasyon na hindi pang-emergency (Karagdagan)</b></p> <p>Mayroon kang pinagsamang \$285 na allowance bawat buwan na magagamit para sa transportasyon papunta sa isang lugar na may kinalaman sa kalusugan ayon sa iyong pagpapasya gamit ang iyong Healthy You card. Ang halagang ito ay hindi tumutugma sa isang itinakdang bilang ng “mga pagsakay” ngunit maaaring gamitin upang bumili ng hindi pang-emergency na transportasyon sa limitasyon ng benepisyo. Ang halagang ito ay pinagsama sa mga gamot na Nabibili nang Walang Reseta (OTC), mga OTC hearing aid, Pagkain at Produkto*, Transportasyon patungo sa mga Pasilidad ng Kalusugan na Aprubado ng Plano, at buwanang allowance para sa mga Bayarin. Kung hindi mo gagamitin ang buong halaga ng iyong buwanang benepisyo, mag-e-expire ang natitirang balanse at hindi ito magagamit sa susunod na buwan.</p>	<p>Walang coinsurance o copayment para sa mga serbisyong ito kung ginagamit mo ang iyong Healthy You card.</p> <p>Maaari kang maging responsable para sa mga gastos kung lumampas ka sa iyong pinakamataas na taunang allowance.</p> <p>Maaaring malapat ang mga limitasyon at pagbubukod. Kung kailangan mo ng pang-emergency na</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<p>Maaari mong gamitin ang iyong may pondong Healthy You card upang bumili ng mga biyahe sa mga ride-hailing na application, sa mga serbisyo ng taxi, o patungo sa iba pang anyo ng transportasyon ng hindi pang-emergency gaya ng mga ticket para sa bus, mga card para sa tren, o iba pang anyo ng pampublikong sasakyan. Hinihikayat ang mga miyembro na i-maximize ang bilang ng mga sakay na magagamit sa pamamagitan ng allowance na ito. Para sa mga karaniwang hinihiling na destinasyon, tulad ng mga dialysis center o mga pasilidad ng pisikal na therapy, makipag-ugnayan nang direkta sa pasilidad ng provider upang makita kung may magagamit na mas matipid na transportasyon bago mag-iskedyul sa pamamagitan ng isang ride-hailing o retail na serbisyo sa transportasyon.</p> <p><b>*Mga Kinakailangan para sa pagiging Kwaliipikado para sa Malubhang Kondisyon</b></p>	<p>pangangalaga, i-dial ang 911 at humiling ng ambulansya.</p> <p>Tingnan ang “Mga serbisyo ng ambulansya” sa talaan na ito upang malaman ang higit pa tungkol sa transportasyong pang-emergency.</p>
	<p><b>Mga serbisyong agarang kinakailangan</b></p> <p>Ang isang serbisyo na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon na sinasaklaw ng plano na hindi isang emergency ay isang agarang kinakailangang serbisyo kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo aming plano, o kahit na nasa loob ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano, kung hindi makatuwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon na kunin mo ang serbisyong ito mula sa mga provider na nasa network. Dapat saklawin ng aming plano ang mga serbisyong agarang kinakailangan at sisingilin ka lang dapat nito ng nasa network na pagbabahagi sa gastos. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay ang mga hindi inaasahang kundisyong medikal at pinsala o hindi inaasahang biglaang paglala ng mga umiiral na kundisyon. Ang mga regular na pagpapatingin sa provider na medikal na kinakailangan (tulad ng taunang pagsusuri) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ito.</p>
	<p><b>Pangangalaga ng paningin (sinasaklaw ng Medicare)</b></p> <p>Kabilang sa mga saklaw na serbisyo ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mga serbisyo ng doktor para sa outpatient para sa pagsusuri at paggamot ng mga sakit at pinsala sa mata, kabilang ang paggamot para sa macular degeneration na nauugnay sa edad. Hindi sinasaklaw ng Original Medicare ang mga regular na pagsusuri sa mata (eye refraction ng) para sa mga salamin sa mata/contact.</li> </ul>	<p>Walang coinsurance o copayment para sa mga miyembrong karapat-dapat para sa benepisyong ito.</p> <p><b>Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon para sa salamin sa mata.</b></p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para sa mga taong nasa mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma, sasaklawin namin ang isang screening para sa glaucoma bawat taon. Kabilang sa mga taong nasa mataas na panganib ng glaucoma ang: mga taong may kasaysayan ng glaucoma sa pamilya, mga taong may diabetes, mga African-American na edad 50 at mas matanda at mga Hispanic American na edad 65 o mas matanda.</li> <li>• Para sa mga taong may diabetes, ang pag-screen para sa diabetic retinopathy ay saklaw isang beses bawat taon</li> <li>• Isang pares ng salamin sa mata o contact lens pagkatapos ng bawat operasyon sa katarata na kinabibilangan ng paglalagay ng intraocular lens. Kung mayroon kang 2 magkahiwalay na operasyon sa katarata, hindi mo marereserba ang benepisyo pagkatapos ng unang operasyon at hindi ka makakabili ng 2 salamin pagkatapos ng pangalawang operasyon.</li> </ul> <p><b>Pangangalaga sa paningin (Karagdagan)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isang regular na pagsusuri sa mata bawat taon ng kalendaryo</li> <li>• Salamin sa mata, hanggang \$350 na limitasyon bawat taon</li> </ul> <p><b>Kasama sa mga saklaw na serbisyo ng Medicaid ang:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga Serbisyo ng Mga Optometrist, Ophthalmologist at Ophthalmic dispenser kabilang ang mga salamin sa mata, mga contact lens at polycarbonate lens na medikal na kinakailangan, mga artipisyal na mata (stock o pinasadya), tulong sa malabong paningin at mga serbisyo sa malabong paningin. Kasama sa saklaw ang pagkukumpuni o pagpapalit ng mga bahagi.</li> </ul> <p><b>Pangangalaga ng paningin (saklaw ng Medicare) (Pagpapatuloy)</b></p> <p>Mga pagsusuri para sa diagnosis at paggamot ng mga visual na depekto at/o sakit sa mata. Ang mga pagsusuri para sa repraksyon ay limitado sa bawat 2 taon maliban kung medikal na kinakailangan. Dapat gumamit ng isang provider na nasa network. Tingnan ang Direktoryo ng Provider at Parmasya o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa listahan.</p>	
	<p><b>Welcome to Medicare pagbisita para sa pag-iwas sa mga sakit</b></p> <p>Sinasaklaw ng aming plano ang minsanang <i>Welcome to Medicare</i> na pagpapatinging pang-iwas sa sakit. Kasama sa pagpapatingin ang pagsusuri ng iyong kalusugan, pati na ang pagtuturo at pagpapayo tungkol sa mga pang-iwas na serbisyong kailangan mo (kabilang ang mga partikular na screening at iniksyon), at mga referral para sa iba pang pangangalaga kung kinakailangan.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pang-iwas na pagbisita na <i>Welcome to Medicare</i>.</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mahalaga: Sasaklawin namin ang <i>Welcome to Medicare</i> na pagpapatinging pang-iwas sa sakit sa unang 12 buwan ng pagkakaroon mo ng Medicare Part B. Kapag nagpa-appointment ka, ipaalam sa tanggapan ng iyong doktor na gusto mong iiskedyul ang iyong <i>Welcome to Medicare</i> na pagpapatinging pang-iwas sa sakit.</li> </ul>	
	<p><b>Pandaigdigang emergency na saklaw (Karagdagan)*</b></p> <p>Bilang karagdagan benepisyong, kasama sa iyong saklaw ang hanggang \$10,000 bawat taon ng kalendaryo para sa pandaigdigang emergency/ agarang pangangalaga sa labas ng United States (U.S.)</p> <p>Ang benepisyong ito ay limitado sa mga serbisyong itinuturing na pang-emergency na pangangalaga kung ang pangangalaga ay ibinigay sa U.S. Kabilang sa Pandaigdigang pagsaklaw ang pangangalaga sa emergency, at pangangalaga sa pagpapagaling.</p> <p>Kapag nangyari ang mga sitwasyong ito, hinihiling namin na tawagan mo kami o ang isang taong nag-aalaga sa iyo. Susubukan naming isaayos na kunin ng mga provider na nasa network ang iyong pangangalaga sa sandaling mapahihintulutan ng iyong kundisyong medikal at mga kalagayan.</p> <p>Hindi saklaw ang transportasyon pabalik sa U.S mula sa ibang bansa. Ang regular na pangangalaga at mga paunang nakaiskedyul o elektibong pamamaraan ay hindi saklaw.</p> <p>Ang mga buwis sa ibang bansa at bayarin (kabilang ang ngunit hindi limitado sa, conversion ng pera o mga bayarin sa transaksyon) ay hindi saklaw.</p> <p>Ibig sabihin ng U.S. ay ang 50 estado, ang District of Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island, at American Samoa.</p>	<p>Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.</p> <p>Kung nakatanggap ka ng pang-emergency na pangangalaga sa labas ng U.S. at kailangan mo ng inpatient na pangangalaga pagkatapos maging stable ng iyong emergency na kondisyon, dapat kang bumalik sa isang ospital na nasa network para patuloy na masaklaw ang iyong pangangalaga O dapat kunin mo ang iyong inpatient na pangangalaga sa ospital na wala sa network na awtorisado ng plano.</p> <p>Ang iyong gastos ay ang pagbabahagi sa gastos na babayaran mo sa isang ospital na nasa network.</p>

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

	<b>Saklaw na Serbisyo</b>	<b>Ang babayaran mo</b>
	<b>Pandaigdigang saklaw na pang-emergency (Karagdagan)* (Pagpapatuloy)</b>	<p>Nalalapat ang maximum na plano.</p> <p>Maaaring kailanganin mong maghain ng claim para sa reimbursement ng emergency/ agarang pangangalaga na natanggap sa labas ng U.S.</p> <p>Ang maximum ng plano na \$10,000 bawat taon ng kalendaryo ay nalalapat para sa benepisyong ito.</p>

**SEKSYON 3 Mga saklaw na serbisyo sa labas ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)**

Ang mga sumusunod na serbisyo ay hindi saklaw ng Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO-D-SNP) ngunit available sa pamamagitan ng Medicaid:

- Wala sa network na mga serbisyo sa Pagpapalano ng Pamilya (Family Planning) sa ilalim ng mga probisyon ng direktang pag-access,
- Mga Benepisyong sa Parmasya ng Medicaid na pinapayagan ng Batas ng Estado (mga piling kategorya ng gamot na hindi kasama sa benepisyong Medicare Part D),
- Mga Programa sa Paggamot sa Pagpapanatili ng Methadone,
- Mga Serbisyo sa Pag-rehabilitate na Ibinibigay sa mga Residente ng Mga Lisensyadong Paninirahan ng Komunidad (CRs) ng OMH at Mga Programa sa Paggamot na Batay sa Pamilya,
- Tanggapan ng Mga Serbiyo para sa Mga Taong May Kapansanan sa Pag-unlad,
- Kumprehensibong Pamamahala ng Kaso ng Medicaid,
- Directly Observed Therapy (DOT) para sa Sakit na Tuberkulosis,

**SEKSYON 4 Mga serbisyong hindi sinsasaklaw ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) O Medicaid**

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

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

Kung makakakuha ka ng mga serbisyong hindi kasama (hindi saklaw), dapat mong bayaran ang mga ito mismo maliban sa ilalim ng mga partikular na kundisyon na nakalista sa ibaba. Kahit matanggap mo ang mga hindi

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

kasamang serbisyo sa isang pasilidad ng emergency, hindi pa rin sinasaklaw ang mga hindi kasamang serbisyo, at hindi babayaran ng aming plano ang mga ito. Ang tanging pagbubukod ay kung ang serbisyo ay inapela at napagpasyahan: sa pag-apela para maging isang serbisyong medikal na dapat ay binayaran o sinasaklaw namin dahil sa partikular na sitwasyon mo. (Para sa impormasyon tungkol sa pag-apela sa aming ginawang desisyon na huwag saklawin ang isang medikal na serbisyo, tingnan ang Kabanata 9, Seksyon 6.3.)

<b>Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare</b>	<b>Saklaw lamang sa ilalim ng mga partikular na kundisyon</b>
<b>Acupuncture</b>	Available para sa mga taong may matinding pananakit sa bandang ibaba ng likod sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon
<b>Cosmetic surgery o mga pamamaraan</b>	Sinaklaw sa mga kaso ng aksidenteng pinsala o para sa pagpapahusay ng paggana ng may ibang hubog na bahagi ng katawan  Sinaklaw para sa lahat ng yugto ng muling pagpapagawa ng suso pagkatapos ng mastectomy, pati ng hindi apektadong suso para makagawa ng pantay na hitsura
<b>Pantulong na pangangalaga</b>  Ang pantulong na pangangalaga ay isang personal na pangagalagang hindi nangangailangan ng patuloy na atensyon ng sanay na medikal o paramedikal na tauhan, tulad ng pangangalagang tumutulong sa iyo sa mga pang-araw-araw na gawain, gaya ng pagligo o pagbibihis	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
<b>Mga pang-eksperimentong medikal at pang-operasyong pamamaraan, kagamitan, at mga gamot</b>  Mga panubok na pamamaraan at kagamitan ay mga gamit at pamamaraang tinukoy ng Original Medicare na huwag tanggapin, sa pangkalahatan, ng medikal na komunidad	Maaaring saklawin ng aming plano o ng Original Medicare sa ilalim ng klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare  (Tingnan ang Kabanata 3, Seksyon 5 para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pag-aaral sa klinikal na pananaliksik)
<b>Mga bayaring sinisingil sa iyong malalapit na kamag-anak o miyembro ng iyong sambahayan para sa pangangalaga</b>	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
<b>Buong panahon na pangangalaga ng nurse sa iyong tahanan</b>	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
<b>Mga pagkaing inihahatid sa bahay</b>	Hindi saklaw sa anumang kundisyon

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

<b>Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare</b>	<b>Saklaw lamang sa ilalim ng mga partikular na kundisyon</b>
<b>Kasama sa mga serbisyo ng homemaker ang pangunahing tulong sa sambahayan, kabilang ang magandang gawaing bahay o paghahanda ng kaunting pagkain.</b>	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
<b>Mga serbisyo para sa naturopath (gumagamit ng mga natural o alternatibong paggamot)</b>	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
<b>Mga sapatos na orthopaedic o pansuportang kagamitan para sa mga paa</b>	Mga sapatos na bahagi ng isang leg brace at kasama sa halaga ng brace. Orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may diabetic foot disease. Maaaring saklaw ang mga orthopedic na sapatos sa ilalim ng Medicaid
<b>Mga personal na gamit sa iyong kwarto sa ospital o sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, tulad ng telepono o ng telebisyon</b>	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
<b>Pribadong kwarto sa isang ospital</b>	Sinasaklaw lang kapag medikal na kinakailangan
<b>Pag-reverse ng mga pamamaraan ng isterilisasyon at/o mga kontraseptibong supply na hindi nangangailangan ng reseta</b>	Hindi saklaw sa anumang kundisyon
<b>Regular na pangangalaga ng chiropractic</b>	Sinasaklaw ang mano-manong pagmamanipla ng gulugod upang itama ang isang subluxation
<b>Regular na pangangalaga sa ngipin, tulad ng paglilinis, filling, o pustiso</b>	Hindi saklaw sa anumang kundisyon Tingnan ang Chart ng Mga Benepisyong Medikal para sa higit pang impormasyon.
<b>Mga regular na eksaminasyon sa mata, mga salamin sa mata, radial keratotomy, LASIK surgery, at iba pang pantulong sa malabong paningin.</b>	Hindi saklaw sa anumang kundisyon Tingnan ang Chart ng Mga Benepisyong Medikal para sa higit pang impormasyon.
<b>Regular na pangangalaga sa paa</b>	Ilang limitadong pagsaklaw na ibinibigay alinsunod sa mga alituntunin ng Medicare, (hal., kung mayroon kang diabetes) Tingnan ang Chart ng Mga Benepisyong Medikal para sa higit pang impormasyon.
<b>Mga regular na pagsusuri sa pandinig, mga hearing aid, o mga pagsusuri upang magkasya ang mga hearing aid</b>	Sinasaklaw ng Medicaid ang mga pagsusuri at eksaminasyon, pagsusuri ng hearing aid, at mga reseta (kung medikal na kinakailangan). Tingnan ang Chart ng Mga Benepisyong Medikal para sa higit pang impormasyon.

**Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyong Medikal (kung ano ang saklaw)**

---

<b>Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medicare</b>		<b>Saklaw lamang sa ilalim ng mga partikular na kundisyon</b>
<b>Mga serbisyong itinuturing na hindi makatwiran at kinakailangan, ayon sa mga pamantayan ng Original Medicare</b>		Hindi saklaw sa anumang kundisyon

---

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

Dahil kwalipikado ka para sa Medicaid, kwalipikado ka para sa at nakakakuha ng Extra Help mula sa Medicare upang bayaran ang iyong mga sa plano sa inireresetang gamot. Dahil ikaw ay nasa programa ng Extra Help, **ang ilang impormasyon sa *Ebidensya ng Saklaw na ito tungkol sa mga gastos para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi D ay maaaring hindi nalalapat sa iyo.*** Nagpadala kami sa iyo ng hiwalay na kalakip, na tinatawag na *Ebidensya ng Saklaw na Rider para sa Taong Nakakakuha ng Extra Help sa Pagbabayad para sa mga Inireresetang Gamot* (kilala rin bilang *Rider ng Subsidy sa Mababang Kita* o ang *LIS Rider*), na nagsasabi sa iyo tungkol sa iyong pagsaklaw sa gamot. Kung wala sa iyo ang kalakip na ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at hilingin ang *LIS Rider*.

(Ang mga numero ng telepono ng Mga Serbisyo para sa Miyembro ay naka-print sa likod na pabalat ng dokumentong ito.)

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

---

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

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

### Seksyon 2.1 Mga parmasyang nasa network

#### Maghanap ng isang parmasyang nasa network sa iyong lugar

Upang maghanap ng parmasyang nasa network, tingnan ang iyong *Direktoryo ng Provider/Parmasya*, bisitahin ang aming website ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)), at/o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

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

#### Kung umalis ang iyong parmasya sa network

Kung umalis sa network ng aming plano ang parmasyang ginagamit mo, kakailanganin mong humanap ng bagong parmasyang nasa network. Upang maghanap ng iba pang parmasya na malapit sa iyo, humingi ng tulong sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o gamitin ang *Direktoryo ng Provider/Parmasya*. Makakahanap ka rin ng impormasyon sa aming website sa [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

#### Mga espesyalisadong parmasya

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

- Mga parmasya na nagsu-supply ng mga gamot para sa infusion therapy sa bahay.
- Mga parmasya na nagsusupply ng mga gamot para sa mga residente ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (LTC), tulad ng pasilidad ng pag-aalaga. Kadalasan, ang isang pasilidad ng LTC (tulad ng isang bahay pagamutan) ay may sariling parmasya. Kung nahihirapan kang makakuha ng iyong mga gamot sa Bahagi D sa isang pasilidad ng LTC, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).
- Mga parmasya na nagsisilbi sa Indian Health Service /Tribal /Urban Indian Health Program (hindi available sa Puerto Rico). Maliban sa mga emergency, ang mga Native American o Alaska Native lamang ang maaaring gumamit ng mga parmasya na ito.

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

---

- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot na pinaghihigpitan ng FDA sa mga partikular na lokasyon o na nangangailangan ng espesyal na pangangasiwa, ng pakikipagtulungan ng provider, o ng kaalaman tungkol sa paggamit ng mga ito. Upang maghanap ng espesyalisadong parmasya, tingnan ang iyong *Direktoryo ng Provider/Parmasya* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

**Seksyon 2.2 Ang aming serbisyonang mail-order ng plano**

Para sa ilang uri ng gamot, maaari mong gamitin ang mga serbisyo ng padala sa koreo ng network ng aming plano. Sa pangkalahatan, ang mga gamot na ibinibigay sa pamamagitan ng padala sa koreo ay mga gamot na regular mong ginagamit para sa isang malubha o pangmatagalang kundisyong medikal. Ang mga gamot na hindi available sa pamamagitan ng serbisyo sa padala sa koreo ng aming plano ay may markang “NM” sa aming Listahan ng Mga Gamot.

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

Para makakuha ng mga form ng order at impormasyon tungkol sa pagpuno sa iyong mga reseta sa pamamagitan ng koreo pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o bisitahin ang aming website sa [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

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

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

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

**Mga muling pagkuha sa mga reseta sa pamamagitan ng mail-order.** Para sa mga refill ng iyong mga gamot, mayroon kang opsyon na mag-sign up para sa isang awtomatikong programa ng pag-refill. Sa ilalim ng programang ito, awtomatiko naming sisimulang iproseso ang iyong susunod na pagkuha kapag ipinakita ng aming mga talaan na malapit na kang maubusan ng gamot. Makikipag-ugnayan sa iyo ang parmasya bago ipadala ang bawat refill upang matiyak na kakailanganin mo ng higit pang gamot, at maaari mong ikansela ang mga nakaiskedyul na refill kung may sapat ka nang gamot o kung pinalitan ang iyong gamot.

Kung pipiliin mong huwag gamitin ang aming programa sa awtomatikong refill pero gusto mo pa ring ipadala sa iyo ng mail order na parmasya ang iyong reseta, makipag-ugnayan sa iyong parmasya 14 araw bago maubos ang kasalukuyan mong reseta. Titiyakin nito na maipapadala sa iyo ang iyong order sa tamang oras.

Para huwag sumali sa aming programa na awtomatikong naghahanda ng mga mail-order ng muling pagkumpleto, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o bisitahin ang aming website sa [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

Kung awtomatiko kang makatanggap ng refill sa pamamagitan ng mail na hindi mo gusto, maaari kang maging kwalipikadong makakuha ng refund.

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

---

**Seksyon 2.3 Paano kumuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot?**

Nag-aalok ang aming plano ng dalawang paraan ng pagkuha ng pangmatagalang supply (tinatawag ding pinalawig na supply) ng mga maintenance na gamot sa Listahan ng Mga Gamot ng aming plano. (Ang mga maintenance na gamot ay ang mga gamot na regular mong ginagamit para sa isang malubha o pangmatagalang kundisyong medikal.)

1. May ilang retail na parmasya na nasa aming network na nagbibigay sa iyo ng pahintulot na kumuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Isinasaad sa iyo ng iyong *Direktoryo ng Provider/ Parmasya* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) kung aling mga parmasya sa aming network ang puwedeng magbigay sa iyo ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Maaari ka ring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa higit pang impormasyon
2. Maaari ka ring makatanggap ng mga maintenance na gamot sa pamamagitan ng aming programa sa mail-order. Tingnan ang Seksyon 2.3 para sa higit pang impormasyon.

**Seksyon 2.4 Paggamit ng parmasyang wala sa network ng aming plano**

Sa pangkalahatan, sinasaklaw *lang* namin ang mga gamot na kinuha sa isang parmasyang wala sa network kapag hindi mo puwedeng gamitin ang isang parmasyang nasa network. Mayroon din kaming mga parmasyang nasa network na nasa labas ng aming lugar ng serbisyo kung saan maaari mong kunin ang iyong mga reseta bilang miyembro ng aming plano. **Tumawag muna sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)** upang malaman kung mayroon bang parmasyang nasa network sa malapit.

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

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

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

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

---

**SEKSYON 3 Ang iyong mga gamot ay kailangang nasa Listahan ng Mga Gamot ng aming plano**

---

**Seksyon 3.1 Sinasabi sa Listahan ng Mga Gamot kung aling mga gamot sa Bahagi D ang saklaw**

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

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

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

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

- Aprubado ng FDA para sa diagnosis o sa kundisyong pinagresetahan nito, o
- Sinusuportahan ng ilang partikular na mga sanggunian, gaya ng American Hospital Formulary Service Drug Information at ang DRUGDEX Information System.

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

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

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

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

**Mga over-the-counter na gamot**

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

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

---

impormasyon, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

**Mga gamot na wala sa Listahan ng Gamot**

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

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

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

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

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

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

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

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

- Suriin ang pinakabagong Listahan ng Mga Gamot na ibinigay namin sa elektronikong paraan.
- Bisitahin ang website ng plano ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)). Ang Listahan ng Mga Gamot sa aming website ay palaging napapanahon.
- Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para malaman kung ang isang partikular na gamot ay nasa Listahan ng Mga Gamot ng aming plano o upang humingi ng kopya ng listahan.

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

---

- Gamitin ang “Tool para sa Real Time na Benepisyo” ng aming plano ([Caremark.com](http://Caremark.com) o sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro), maghanap ng mga gamot sa aming Listahan ng Mga Gamot upang makakuha ng tantya kung ano ang babayaran mo at makita kung mayroon bang mga alternatibong gamot sa Listahan ng Mga Gamot na maaaring makagamot sa parehong kundisyon. Maaari ka ring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

## SEKSYON 4 Mga gamot na may mga paghihigpit sa pagsaklaw

---

### Seksyon 4.1 Bakit may mga paghihigpit ang ilang gamot

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

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

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

### Seksyon 4.2 Mga uri ng paghihigpit

**Kung may paghihigpit para sa iyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na ikaw o ang iyong provider ay kailangang gumawa ng mga karagdang hakbang para saklawin namin ang gamot.** Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang malaman kung ano ang maaari mong gawin o ng iyong provider upang makakuha ng saklaw para sa gamot. **Kung gusto mong alisin namin ang paghihigpit para sa iyo, kailangan mong gamitin ang proseso ng desisyon sa pagsaklaw at hilingin sa amin na gumawa ng eksepsiyon.** Maaari kaming sumang-ayon o hindi na bawiin ang paghihigpit para sa iyo. (Tingnan ang Kabanata9.)

### Patiunang pagkuha ng pag-apruba ng plano

Para sa mga partikular na gamot, kailangan mo at ng iyong provider na kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano bago kami sumag-ayon na saklawin ang gamot para sa iyo. Ito ay tinatawag na **paunang awtorisasyon**. Ito ay inilalagay para matiyak ang kaligtasan ng gamot at tumulong sa paggabay sa angkop na paggamit ng ilang partikular na gamot. Kung hindi mo makuha ang pag-apruba ito, maaaring hindi saklawin ng aming plano ang iyong gamot. Maaaring makuha ang pamantayan ng paunang awtorisasyon ng aming plano sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o sa aming website [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

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

---

**Pagsubok muna ng ibang gamot**

Hinihikayat ka ng pangangailangang ito na sumubok ng mga gamot na kasing-bisa pero mas mura bago saklawin ng aming plano ang isa pang gamot. Halimbawa, kung ang Gamot A at Gamot B ay nakakagamot sa parehong kundisyong medikal at mas mura ang Gamot A, maaaring hilingin sa iyo ng aming plano na subukan muna ang Gamot A. Kung hindi mabisa ang Gamot A sa iyo, sasaklawin ng aming plano ang Gamot B. Ang kinakailangang ito na sumubok muna ng ibang gamot ay tinatawag na **step therapy**. Ang pamantayan ng step therapy ng aming plano ay maaaring makuha sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o sa aming website [SWHNY.com](http://SWHNY.com).

**Mga limitasyon sa dami**

Halimbawa, puwede naming limitahan kung gaano karami ng gamot ang pwedeng makuha mo sa tuwing pupunan mo ang reseta mo. Halimbawa, kung karaniwang itinuturing na ligtas na uminom lang ng isang pill kada araw para sa isang partikular na gamot, maaari naming limitahan ang pagsaklaw sa iyong reseta sa hindi hihigit sa isang pill kada araw.

---

**SEKSYON 5    Ano ang maaari mong gawin kung ang isa sa iyong mga gamot ay hindi sinasaklaw sa paraang gusto mo**

---

May mga sitwasyon kung saan ang inireresetang gamot na iniinom mo, o na sa tingin mo o ng iyong provider ay dapat mong inumin, ay wala sa aming Listahan ng Gamot o may mga paghihigpit. Halimbawa:

- Ang gamot ay maaaring hindi saklaw ng lahat. O maaaring saklawin ang generic na bersyon ng gamot pero hindi ang sasaklawin branded na bersyon na gusto mong inumin.
- Sinasaklaw ang gamot, ngunit may mga karagdagang panuntunan o paghihigpit sa pagsaklaw para sa gamot na iyon.

**Kung ang iyong gamot ay nasa tier ng pagbabahagi sa gastos na mas nagpapamahal sa iyong gastos kumpara sa palagay mong halaga nito, tingnan ang Seksyon 5.1 upang malaman kung ano ang maaari mong gawin.**

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

- Maaari kang makakuha ng pansamantalang supply ng gamot.
- Maaari kang magpalit ng ibang gamot.
- Maaari kang humiling ng eksepsiyon at hilingin sa aming plano na saklawin ang gamot o alisin ang mga paghihigpit sa gamot.

**Maaari kang makakuha ng pansamantalang supply**

Sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon, dapat magbigay ang aming plano ng pansamantalang supply ng gamot na iniinom mo na. Ang pansamantalang supply na ito ay nagbibigay sa iyo ng oras para makipag-usap sa iyong provider tungkol sa pagbabago sa saklaw at magpasya kung ano ang gagawin.

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

- **Kung ikaw ay bagong miyembro**, sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot sa unang **90 araw** ng iyong pagiging miyembro sa aming plano.

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

- **Kung nakatala ka sa aming plano noong nakaraang taon,** sasaklawin namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot sa unang 90 araw ng taon ng kalendaryo.
- Ang pansamantalang supply na ito ay para sa maximum na 31 araw na supply. Kung ang inireseta sa iyo ay para sa mas kaunting bilang ng araw, papayagan namin ang maraming refill upang magbigay ng hanggang sa maximum na 31 araw ng gamot. Dapat punan ang reseta sa isang parmasyang nasa network. (Tandaan na maaaring paunti-unting ibigay ng parmasya sa pangmatagalang pangangalaga ang iyong gamot para maiwasan ang pag-aaksaya.)
- **Para sa mga miyembrong ng aming plano sa loob ng mahigit sa 90 araw at naninirahan sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga at nangangailangan kaagad ng supply:** Sasaklawin namin ang isang 31 araw na supply ng emergency ng isang partikular na gamot, o mas kaunti kung ang iyong reseta ay para sa mas kaunting bilang ng araw. Bukod pa ito sa pansamantalang supply sa itaas.
- Kung ikaw ay bagong residente ng pasilidad ng LTC at nakatala sa aming plano nang higit sa 90 araw at nangangailangan ng gamot na wala sa aming pormularyo o napapailalim sa iba pang paghihigpit, gaya ng step therapy o mga limitasyon sa dami (mga limitasyon sa dosis), sasaklawin namin ang pansamantalang 31 araw na pang-emergency na supply ng gamot na iyon (maliban kung ang reseta ay para sa mas kaunting araw) habang ang miyembro ay nagpapatuloy ng isang pagbubukod sa pormularyo. Available ang mga pagbubukod sa mga sitwasyon kung saan nakakaranas ka ng pagbabago sa antas ng pangangalaga na natatanggap mo na nangangailangan din sa iyo na lumipat mula sa isang pasilidad o sentro ng paggamot patungo sa isa pa. Sa ganitong mga pagkakataon, magiging kwalipikado ka para sa pansamantalang, isang beses na pagbubukod sa pagpuno kahit na ikaw ay nasa labas ng unang 90 araw bilang miyembro ng plano. Pakitandaang nalalapat lang ang aming patakaran sa pag-transition sa mga “Bahagi D” na gamot na binili sa isang parmasyang nasa network. Hindi maaaring gamitin ang patakaran sa pag-transition upang bumili ng hindi Bahagi D na gamot o ng gamot na wala sa network, maliban na lang kung magiging kwalipikado ka para sa access sa wala sa network.

Para sa mga tanong tungkol sa pansamantalang supply, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

**Sa panahon na gumagamit ka ng pansamantalang supply ng gamot, dapat kang makipag-usap sa iyong provider upang magpasya kung ano ang gagawin kapag naubos ang pansamantalang supply mo. Mayroon kang 2 opsyon:**

### **Opsyon 1. Maaari mong magpalit ng ibang gamot.**

Kausapin ang iyong provider tungkol sa kung may iba bang gamot na sinasaklaw ng aming plano ang posibleng mabisa rin sa iyo. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang humingi ng listahan ng mga saklaw na gamot na nakakagamot sa parehong kundisyong medikal. Matutulungan ng listahang ito ang iyong provider na maghanap ng saklaw na gamot na posibleng mabisa para sa iyo.

### **Opsyon 2. Maaari kang humiling ng pagbubukod**

**Maari ka at ang iyong provider na humiling sa aming plano na gumawa ng eksepsiyon at saklawin ang gamot sa paraang gusto mo.** Kung sinabi ng iyong provider na mayroon kang mga medikal na dahilan na nagpapatibay sa paghiling mo sa amin ng eksepsiyon, maaari kang tulungan ng iyong provider na humiling ng eksepsiyon. Halimbawa, maaari mong hilingin sa aming plano na saklawin ang isang gamot kahit na wala ito sa Listahan ng Gamot ng aming plano. O maaari mong hilingin sa aming plano na gumawa ng eksepsiyon at saklawin ang gamot nang walang paghihigpit.

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

---

Kung kasalukuyan kang miyembro at aalisin sa pormularyo ang gamot na iniinom mo o pinaghihigpitan ito sa ilang paraan sa susunod na taon, ipapaalam namin ang tungkol sa anumang pagbabago bago ang susunod na taon. Puwede kang humiling ng pagbubukod bago sumapit ang susunod na taon at magbibigay kami sa iyo ng sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang iyong kahilingan (o ang pahayag ng suporta ng iyong tagapagreseta). Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan, pahihintulutan namin ang pagsaklaw sa gamot bago ipatupad ang pagbabago.

**Kung gusto mo at ng iyong provider na humiling ng pagbubukod, pumunta sa Kabanata 8, Seksyon 7.4 upang malaman kung ano ang dapat gawin.** Ipinapaliwanag nito ang mga pamamaraan at takdang petsang itinakda ng Medicare para tiyaking mapapangasiwaan agad at nang patas ang iyong kahilingan.

**Seksyon 5.1 Ano ang dapat gawin kung ang iyong gamot ay nasa tier ng pagbabahagi sa gastos na sa palagay mo ay masyadong mataas**

Kung ang iyong gamot ay nasa tier ng pagbabahagi sa gastos na sa palagay mo ay masyadong mataas, narito ang ilang bagay na maaari mong gawin:

**Maaari mong magpalit ng ibang gamot.**

Kung ang iyong gamot ay nasa tier ng pagbabahagi sa gastos na sa palagay mo ay masyadong mataas, makipag-usap sa iyong provider. Maaaring may ibang gamot sa mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos na maaaring mabisa para sa iyo. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang humingi ng listahan ng mga saklaw na gamot na nakakagamot sa parehong kundisyong medikal. Matutulungan ng listahang ito ang iyong provider na maghanap ng saklaw na gamot na posibleng mabisa para sa iyo.

**Maaari kang humiling ng pagbubukod**

Maaari kang humiling at ang iyong provider sa aming plano na gumawa ng pagbubukod sa tier ng pagbabahagi sa gastos para sa gamot upang mas mababa ang iyong babayaran para rito. Kung sinabi ng iyong provider na mayroon kang mga medikal na dahilan na nagpapatibay sa paghiling mo sa amin ng eksepsiyon, maaari kang tulungan ng iyong provider na humiling ng eksepsiyon sa panuntunan.

Kung gusto mo at ng iyong provider na humiling ng eksepsiyon, pumunta sa Kabanata 9, Seksyon 7 kung ano ang dapat gawin. Ipinapaliwanag nito ang mga pamamaraan at takdang petsang itinakda ng Medicare para tiyaking mapapangasiwaan agad at nang patas ang iyong kahilingan.

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

**SEKSYON 6 Maaaring magbago ang Listahan ng Mga Gamot namin sa buong taon**

---

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

- **Magdagdag o mag-alis ng mga gamot mula sa Listahan ng Mga Gamot.**
- **Magdagdag o mag-alis ng paghihigpit sa saklaw para sa isang gamot.**
- **Palitan ang isang branded na gamot ng isang generic na bersyon ng gamot.**

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

---

- **Palitan ang orihinal na produktong biyolohikal ng isang napapalitang biosimilar na bersyon ng biological na produkto.**

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

### Impormasyon sa mga pagbabago sa pagsaklaw sa gamot

Kapag nagkaroon ng mga pagbabago sa Listahan ng Mga Gamot, pino-post namin ang impormasyon sa aming website tungkol sa mga pagbabagong iyon. Regular din naming ina-update ang aming online na Listahan ng Mga Gamot. Minsan makakatanggap ka ng direktang abiso kung may ginawang mga pagbabago sa isang gamot na iniinom mo.

### Mga pagbabago sa pagsaklaw sa gamot na makakaapekto sa iyo sa loob ng taon ng plano

- **Nagdaragdag ng mga bagong gamot sa Listahan ng Mga Gamot at agad na nagtatanggal o gumagawa ng mga pagbabago sa isang kagayang gamot sa Listahan ng Mga Gamot.**
  - Maaari naming alisin kaagad ang isang gamot mula sa Listahan ng Gamot, ilipat ang katulad na gamot sa ibang tier ng bahagian sa gastos, magdagdag ng mga bagong paghihigpit, o pareho. Ang bagong bersyon ng gamot ay nasa pareho o mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos at may pareho o mas kaunting mga paghihigpit.
  - Gagawin lang namin ang mga agarang pagbabagong ito kung magdaragdag kami ng bagong generic na bersyon ng isang brand o magdaragdag ng ilang partikular na bagong bersyon ng biosimilar ng isang orihinal na biological na produkto na nasa Listahan ng Gamot.
  - Maaaring agaran naming gawin ang mga pagbabagong ito at ipaalam namin sa inyo pagkatapos, kahit na iniinom ninyo ang gamot na inalis namin o ginawan ng mga pagbabago. Kung iniinom ninyo ang katulad na gamot sa panahong ginawa namin ang pagbabago, ipapaalam namin sa inyo ang tungkol sa anumang partikular na pagbabagong ginawa namin.
- **Pagdaragdag ng mga gamot sa Listahan ng Mga Gamot at pag-aalis o paggawa ng mga pagbabago sa isang katulad na gamot sa Listahan ng Mga Gamot na may paunang abiso.**
  - Kapag nagdaragdag ng isa pang bersyon ng isang gamot sa Listahan ng Mga Gamot, maaari naming alisin ang isang kagayang gamot mula sa Listahan ng Mga Gamot, ilipat ito sa ibang tier ng pagbabahagi sa gastos, magdagdag ng mga bagong paghihigpit, o pareho. Ang bersyon ng gamot na idaragdag namin ay nasa pareho o mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos at may pareho o mas kaunting mga paghihigpit.
  - Gagawin lang namin ang mga pagbabagong ito kung magdaragdag kami ng bagong generic na bersyon ng isang branded na gamot o magdagdag ng ilang partikular na bagong bersyon ng biosimilar ng isang orihinal na biological na produkto na nasa Listahan ng Gamot.
  - Ipapaalam namin sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang pagbabago o ipaalam namin sa iyo ang tungkol sa pagbabago at sasaklawin namin ang 31 araw na pagkuha ng bersyon ng gamot na iniinom mo.
- **Pagtanggal ng mga hindi ligtas na gamot at iba pang gamot sa Listahan ng Mga Gamot na tinanggal mula sa merkado.**
  - Minsan ang isang gamot ay maaaring ituring na hindi ligtas o alisin sa merkado para sa ibang dahilan. Kung mangyari ito, maaari naming alisin kaagad ang gamot sa Listahan ng Mga Gamot. Kung iniinom mo ang gamot na iyon, ipapaalam namin sa iyo pagkatapos naming gawin ang pagbabago.
- **Paggawa ng iba pang mga pagbabago sa mga gamot na nasa Listahan ng Mga Gamot.**

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

---

- Maaari kaming gumawa ng iba pang pagbabago kapag nagsimula na ang taon na makakaapekto sa mga gamot na iniinom mo. Halimbawa, nagbabase kami sa mga babala sa kahon ng FDA o mga bagong klinikal na alituntunin na kinikilala ng Medicare.
- Ipapaalam namin sa iyo nang hindi bababa sa 30 araw bago namin gawin ang mga pagbabagong ito o ipaalam namin sa iyo ang tungkol sa pagbabago at sasaklawin ang karagdagang 31 araw na pagkuha ng gamot na iniinom mo.

Kung gagawin namin ang alinman sa mga pagbabagong ito sa anuman sa mga gamot na iniinom mo, makipag-usap sa iyong tagapagreseta tungkol sa mga opsyong pinakamabisa para sa iyo, kasama ang pagpapalit ng ibang gamot para gamutin ang iyong kundisyon, o paghiling ng desisyon sa pagsaklaw para matugunan ang anumang bagong paghihigpit sa gamot na ginagamit mo. Ikaw o ang iyong tagareseta ay maaaring humiling sa amin ng pagbubukod upang maipagpatuloy ang pagsaklaw sa gamot o bersyon ng gamot na iyong iniinom. Para sa higit pang impormasyon kung paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang eksepsiyon, tingnan ang Kabanata 9.

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

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

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

- Inilipat namin ang iyong gamot sa mas mataas na tier sa pagbabahagi ng gastos.
- Naglagay kami ng bagong paghihigpit sa paggamit ng gamot mo.
- Inalis namin ang iyong gamot sa Listahan ng Mga Gamot.

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

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

## **SEKSYON 7 Mga uri ng gamot na hindi namin sinasaklaw**

---

Hindi kasama ang ilang uri ng mga inireresetang gamot. Ibig sabihin ay hindi babayaran ng Medicare ang mga gamot na ito.

Kung umapela ka at mapag-alamang hindi kasama ang gamot na hiniling sa mga ibinukod na gamot sa Bahagi D, magbabayad kami para dito o sasaklawin namin ito. (Para sa impormasyon tungkol sa pag-apela ng desisyon, pumunta sa Kabanata 9.) Kung ang gamot na hindi kasama sa aming plano ay hindi rin kasama sa Medicaid, dapat mo itong bayaran mismo.

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

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

---

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

Bilang karagdagan, ayon sa batas, ang mga sumusunod na kategorya ng mga gamot na nakalista sa ibaba ay hindi saklaw ng Medicare. Gayunpaman, ang ilan sa mga gamot na ito ay maaaring saklawin para sa iyo sa ilalim ng iyong pagsaklaw sa gamot ng Medicaid. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagsaklaw sa gamot ng Medicaid, dapat kang makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro o sa tanggapan ng Medicaid sa iyong Estado (nakalista ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 6).

- Mga gamot na hindi inireseta (tinatawag ding mga walang reseta na gamot)
  - Mga gamot na ginagamit para itaguyod ang pertilidad
  - Mga gamot na ginagamit para mapawi ang mga sintomas ng ubo o sipon\*
  - Mga gamot na ginagamit para sa mga layuning kosmetiko o para itaguyod ang pagtubo ng buhok
  - Mga inireresetang bitamina at mineral na produkto, maliban sa prenatal na bitamina at mga paghahanda ng fluoride
  - Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng sekswal o erectile dysfunction
  - Mga gamot na ginagamit para sa paggamot ng anorexia, pagpababa ng timbang o pagpataas ng timbang
  - Mga gamot para sa mga outpatient kung saan hinihiling ng tagagawa ng gamot na bilhin lamang sa kanila ang mga nauugnay na pagsusuri o mga serbisyo ng pagsubaybay bilang kundisyon ng pagbebenta

Kung nakatanggap ka ng Extra Help sa pagbabayad ng iyong mga reseta, hindi babayaran ng Extra Help ang mga gamot na hindi karaniwang sinasaklaw. Kung mayroon kayong pagsaklaw ng gamot sa pamamagitan ng Medicaid, maaaring saklawin ng programa ng Medicaid ng inyong estado ang ilang inireresetang gamot na hindi karaniwang sinasaklaw ng plano ng gamot ng Medicare. Makipag-ugnayan sa programa ng Medicaid ng inyong estado para matukoy kung anong pagsaklaw sa gamot ang maaaring available para sa inyo. (Humanap ng mga numero ng telepono at impormasyon ng pakikipag-ugnayan para sa Medicaid sa Kabanata 2, Seksyon 6.)

## SEKSYON 8 Paano punan ang isang reseta

---

Upang kunin ang iyong reseta, ibigay ang impormasyon ng pagiging miyembro mo sa aming plano (na makikita sa iyong membership card sa parmasyang nasa network na pinili mo. Awtomatikong sisingilin ng parmasyang nasa network ang aming plano para sa aming bahagi ng gastos ng iyong gamot. Kakailanganin mong bayaran sa parmasya ang iyong bahagi ng gastos kapag kinuha mo ang iyong reseta.

Kung wala sa iyo ang impormasyon ng iyong pagiging miyembro sa aming plano, maaari kang tumawag sa aming plano o ang parmasya para kunin ang kinakailangang impormasyon, o maaari mong hilingin sa parmasya na hanapin ang iyong impormasyon ng pagpapatala sa aming plano.

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

---

Kung hindi makukuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, **maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga ng reseta kapag kinuha mo ito.** Pagkatapos ay maaari mong **hilingin sa amin na bayaran ka** para sa aming bahagi. Tingnan ang Kabanata 7, Seksyon 2 para sa impormasyon tungkol sa kung paano hilingin sa aming plano na ibalik ang iyong ibinayad.

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

---

**Seksyon 9.1 Sa isang ospital o pasilidad para sa bihasang pag-aalaga para sa isang pananatili na saklaw ng aming plano**

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

**Seksyon 9.2 Bilang residente sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga (long-term care, LTC)**

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

Tingnan ang iyong *Direktoryo ng Provider/Parmasya* [SWHNY.com](http://SWHNY.com) upang malaman kung ang parmasya ng iyong pasilidad ng LTC o ang ginagamit nito ay bahagi ng aming network. Kung hindi, o kung kailangan mo ng higit pang impormasyon o tulong, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Kung ikaw ay nasa pasilidad ng LTC, dapat naming tiyaking nakasanayan mong tinatanggap ang iyong mga benepisyo sa Bahagi D sa pamamagitan ng aming network ng mga parmasya ng LTC.

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

**Seksyon 9.3 Kung nakakakuha ka rin ng pagsaklaw sa gamot mula sa isang plano ng employer o grupo ng mga retirado**

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

Sa pangkalahatan, kung ikaw ay may saklaw mula sa isang grupo ng mga empleyado o retirado, ang pagsaklaw sa gamot na makukuha mo mula sa amin ay magiging *pangalawa* sa iyong panggrupong saklaw. Ibig sabihin nito, ang iyong panggrupong saklaw ang unang magbabayad.

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

---

**Espesyal na paalala ukol sa maaasahang saklaw:**

Kada taon, dapat kang padalhan ng iyong employer o pangkat ng retirado ng abiso na nagsasabi sa iyo kung kinikilala ang iyong pagsaklaw sa gamot para sa susunod na taon ng kalendaryo.

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

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

**Seksyon 9.4 Kung ikaw ay nasa hospisyo na sertipikado ng Medicare**

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

Kung sakaling bawiin mo ang paghahalal sa iyo sa hospisyo o mapalabas ka mula sa hospisyo, dapat saklawin ng aming plano ang mga gamot mo gaya ng ipinaliwanag sa dokumentong ito. Upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa isang parmasya sa oras na matapos ang iyong benepisyo sa hospisyo ng Medicare, magdala ng dokumentasyon sa parmasya upang mapatunayang wala ka na sa hospisyo.

**SEKSYON 10 Mga programa para sa kaligtasan sa droga at pamamahala ng mga gamot**

---

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

Magbabayad ka ng copay sa tuwing kukuha ka ng inireresetang gamot. Regular din naming sinusuri ang aming mga rekord. Sa panahon ng mga pagsusuring ito, naghahanap kami ng mga posibleng problema tulad ng:

- Posibleng mga error sa gamot
- Mga gamot na maaaring hindi kailangan dahil umiinom ka ng parehong gamot na gumagamot sa parehong medikal na kundisyon
- Mga gamot na maaaring hindi ligtas o angkop dahil sa edad o kasarian mo
- Ang ilang partikular na kumbinasyon ng mga gamot na maaaring makapinsala sa iyo kung iniinom nang sabay
- Mga reseta para sa mga gamot na may mga sangkap kung saan ka may allergy
- Mga posibleng pagkakamali sa dami (dosis) ng gamot na iniinom mo
- Hindi ligtas na dami ng mga gamot sa pananakit ng opioid

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

---

Kung may makita kaming posibleng problema sa paggamit mo ng mga gamot, makikipagtulungan kami sa iyong provider para iwasto ang problema.

**Seksyon 10.1 Programa sa Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program, DMP) upang tulungan ang mga miyembro na ligtas na gamitin ang mga opioid na gamot**

Isang programa na tumutulong na tiyaking ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang madalas na inaabusong mga gamot. Tinatawag ang programang ito na Programa sa Pamamahala ng Gamot o Drug Management Program (DMP). Kung gumagamit ka ng mga opioid na gamot na nakukuha mula sa iba't ibang mga tagareseta o parmasya, o kung nagkaroon ka ng kamakailang labis na dosis sa opioid, maaari kaming makipag-usap sa mga tagareseta upang matiyak na ang iyong paggamit ng opioid na gamot ay naaangkop at medikal na kinakailangan. Sa pakikipagtulungan sa iyong mga tagareseta, kung magpasya kami na hindi ligtas ang paggamit mo ng mga resetang opioid o benzodiazepine na gamot, maaari naming limitahan ang iyong pagkuha ng mga gamot na iyon. Kung ilalagay ka namin sa aming DMP, ang mga limitasyon ay maaaring:

- Nangangailangan sa iyo na kunin ang lahat ng reseta mo para sa mga gamot na opioid o benzodiazepine mula sa partikular na (mga) parmasya
- Kailangang kunin mo ang lahat ng iyong reseta para sa mga opioid o benzodiazepine na gamot mula sa partikular na (mga) tagareseta
- Paglilimita sa dami ng mga opioid o benzodiazepine na gamot na sasaklawin namin para sa iyo

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

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

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

---

**Seksyon 10.2 Pamamahala ng Therapy ng Gamot (Medication Therapy Management, MTM) na programa upang tulungan ang mga miyembro na pamahalaan ang mga gamot**

Mayroon kaming programa na makakatulong sa aming mga miyembro na may mga kumplikadong pangangailangan sa kalusugan. Ang aming programa ay tinatawag na Medication Therapy Management (MTM) o Pamamahala ng Therapy ng Gamot. Boluntaryo at libre ang programang ito. Binuo ng isang pangkat ng mga pharmacist at doktor ang programa para sa amin upang makatulong na tiyaking pinakamalaking mga benepisyo ang nakukuha ng aming mga miyembro sa mga gamot na iniinom nila.

Ang ilang mga miyembrong may partikular na malubhang sakit at umiinom ng mga gamot na lampas sa isang partikular na mga gastos sa gamot o nasa DMP, para tulungan silang gamitin ang kanilang mga opioid sa ligtas na paraan, ay maaaring makakuha ng mga serbisyo sa pamamagitan ng programa ng MTM. Kung kwalipikado ka para sa programa, bibigyan ka ng parmasyutiko o iba pang propesyonal sa kalusugan ng kumprehensibong pagsusuri sa lahat ng gamot mo. Sa panahon ng pagsusuri, maaari mong pag-usapan ang mga gamot mo, ang iyong mga gastos, at anumang mga problema o tanong mo tungkol sa mga reseta mo at walang reseta na gamot. Makakakuha ka ng nakasulat na buod na may inirerekumendang listahan ng dapat gawin na kinabibilangan ng mga hakbang na dapat mong gawin para makuha ang pinakamahusay na mga resulta mula sa mga gamot mo. Isang listahan ng personal na gamot na kinabibilangan ng lahat ng gamot na ginagamit mo, kung gaano karami ang ginagamit mo, at kailan, at bakit mo ginagamit ang mga ito. Bilang karagdagan, makakatanggap ang mga miyembrong nasa programa ng MTM ng impormasyon tungkol sa ligtas na pagtatapon ng mga inireresetang gamot na mga kontroladong sangkap.

Magandang ideya na makipag-usap sa doktor mo tungkol sa plano sa pagkilos at listahan ng gamot mo. Dalhin ang iyong plano ng pagkilos at listahan ng gamot sa iyong pagbisita o anumang oras na makikipag-usap ka sa iyong mga doktor, parmasisa, at iba pang mga provider ng pangangalaga ng kalusugan. Panatilihin mo ding napapanahon ang iyong listahan ng gamot at palaging dalhin (halimbawa, kasama ng iyong ID) kung pupunta ka sa ospital o emergency room.

Kung mayroon kaming programang naaangkop sa iyong mga pangangailangan, awtomatiko ka naming itatala sa programa at padadalhan ka namin ng impormasyon. Kung magpasya kang huwag makilahok, abisuhan kami at aalisin namin ka. Para sa mga tanong tungkol sa programang ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

**Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D****KABANATA 6:****Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D****SEKSYON 1 Magkano ang babayaran para sa mga gamot sa Part D**

Ginagamit namin ang salitang “gamot” sa kabanatang ito upang tukuyin ang inireresetang gamot sa Bahagi D. Hindi lahat ng gamot ay mga gamot ng Part D. Ibinukod ng batas ang ilang gamot sa pagsaklaw sa Part D. Ang ilan sa mga gamot na hindi kasama sa saklaw ng Bahagi D ay saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Part B.

Upang maunawaan ang impormasyon sa pagbabayad, kailangan mong malaman kung anong mga gamot ang saklaw, kung saan mo puwedeng kumpletuhin ang iyong mga reseta, at kung anong mga tuntunin ang dapat sundin kapag kinukuha mo ang iyong mga saklaw na gamot. Ipinaliliwanag ng Kabanata 5 ang mga alituntuning ito. Kapag ginamit mo ang “Tool para sa Real-Time na Benepisyo” ng aming plano para maghanap ng pagsaklaw sa gamot ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)), ang halagang makikita mo ay isang pagtatantya sa mga gastos mula sa sariling bulsa na inaasahang babayaran mo Maaari mo ring makuha ang impormasyon na ibinibigay sa “Tool para sa Real Time na Benepisyo” sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

**Paano ka makakakuha ng impormasyon tungkol sa iyong mga gastos sa gamot kung nakakakuha ka ng Extra Help sa iyong mga gastos sa inireresetang gamot sa Bahagi D?**

Dahil kwalipikado ka para sa Medicaid, kwalipikado ka para sa at nakakakuha ng Extra Help mula sa Medicare upang bayaran ang iyong mga sa plano sa inireresetang gamot. Dahil nasa programa ka ng Extra Help, **ang ilang impormasyon sa Ebidensya ng Saklaw na ito tungkol sa mga gastos para sa mga inireresetang gamot sa Bahagi D ay maaaring hindi nalalapat sa iyo.** Nagpadala kami sa iyo ng hiwalay na kalakip, na tinatawag na *Ebidensya ng Saklaw na Rider para sa Taong Nakakakuha ng Extra Help sa Pagbabayad para sa mga Inireresetang Gamot* (kilala rin bilang *Rider ng Subsidy sa Mababang Kita* o ang *LIS Rider*), na nagsasabi sa iyo tungkol sa iyong pagsaklaw sa gamot. Kung hindi mo ito natanggap, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humingi ng *LIS Rider*.

**Seksyon 1.1 Mga uri ng sariling gastos na maaari mong bayaran para sa mga saklaw na gamot**

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

- Ang **deductible** ay ang halagang babayaran mo para sa mga gamot bago simulang bayaran ng aming plano ang aming bahagi para dito.
- Ang **Copayment** ay ang fixed na halaga na babayaran mo sa tuwing kukuha ka ng reseta.
- Ang **Coinsurance** ay ang porsyento ng kabuuang halaga na babayaran mo sa tuwing kukuha ka ng reseta.

## Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D

---

### Seksyon 1.2 Paano kinakalkula ng Medicare ang iyong sariling mga gastos

May mga panuntunan ang Medicare tungkol sa kung ano ang maituturing at hindi maituturing na bahagi ng iyong gastos mula sa sariling bulsa.

Narito ang mga patakaran na kailangan nating sundin upang subaybayan ang iyong sariling mga gastos.

---

#### Ang mga pagbabayad na ito ay kabilang sa iyong sariling mga gastos

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

- Ang halagang babayaran mo para sa mga gamot kapag ikaw ay nasa alinman sa sumusunod na mga yugto ng pagbabayad sa gamot:
  - Ang Yugto ng Deductible
  - Ang Yugto ng Panimulang Pagsaklaw
- Anumang pagbabayad na ginawa mo sa loob ng taon ng kalendaryong ito bilang miyembro ng ibang plano sa gamot ng Medicare bago kayo sumali sa aming plano
- Anumang pagbabayad para sa mga gamot na ginawa ng kapamilya o mga kaibigan
- Anumang pagbabayad para sa inyong mga gamot ng Extra Help mula sa Medicare, mga planong pangkalusugan ng employer o union, Indian Health Service, mga AIDS drug assistance programs, State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) at mga kawanggawa

#### Paglipat tungo sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw:

Kapag nakagastos ka na (o ang nagbabayad sa ngalan mo) ng kabuuang \$2,100 sa mga gastos na mula sa sariling bulsa sa loob ng taon ng kalendaryo, lilipat ka mula sa Yugto ng Panimulang Pagsaklaw papunta sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw.

---

#### Ang mga bayad na ito ay hindi kasama sa iyong mga gastos mula sa sariling bulsa

**Hindi kasama** sa iyong mga gastos mula sa sariling bulsa ang anuman sa mga uri ng pagbabayad na ito:

- Mga gamot na binili mo sa labas ng United States at mga teritoryo nito
- Mga gamot na hindi sinasaklaw ng aming plano
- Mga gamot na nakuha mo mula sa isang parmasyang wala sa network na hindi nakakatugon sa mga kinakailangan ng aming plano para sa pagsaklaw na wala sa network
- Mga gamot na hindi Bahagi D, kabilang ang mga inireresetang gamot na saklaw ng Bahagi A o Bahagi B at iba pang mga gamot na hindi kasama sa saklaw ng Medicare
- Mga inireresetang gamot na sinasaklaw ng Bahagi A o Bahagi B.
- Mga pagbabayad na ginawa mo para sa mga saklaw na gamot sa ilalim ng karagdagang pagsaklaw ngunit hindi karaniwang sinasaklaw sa isang Plano sa Gamot ng Medicare
- Mga pagbabayad na ginawa mo para sa mga gamot na karaniwang hindi sinasaklaw sa isang Plano sa Gamot ng Medicare

## Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D

---

- Mga bayad para sa iyong mga gamot na ginawa ng mga partikular na plano ng insurance at mga programang pangkalusugan na pinondohan ng pamahalaan tulad ng TRICARE at ng Administrasyon ng Kalusugan ng mga Beterano (Veterans Health Administration o VA)
- Mga pagbabayad para sa iyong mga gamot na ginawa ng ikatlong partido na may legal na pananagutan na magbayad para sa mga gastos sa reseta (halimbawa, Mga Pasuweldo sa mga Manggagawa)
- Mga binayaran ng mga tagagawa ng gamot sa ilalim ng Manufacturer Discount Program

*Paalala:* Kung binayaran ng anumang iba pang organisasyon katulad ng mga nakalista sa itaas ang bahagi o lahat ng iyong mga gastos mula sa sariling bulsa para sa mga gamot, kailangan mo itong ipaalam sa aming plano sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

---

### Pagsubaybay sa iyong mga gastos mula sa sariling bulsa

- Kabilang sa Paliwanag ng mga Benepisyo sa Bahagi D (Explanation of Benefits o EOB) na matatanggap mo ay ang kasalukuyang total ng iyong mga gastos mula sa sariling bulsa. Kapag umabot na ang halagang ito sa \$2,100, ipapaalam sa iyo ng EOB ng Bahagi D na wala ka na sa Yugto ng Panimulang Saklaw at lumipat na ka sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw.
- **Tiyaking taglay namin ang impormasyon na kailangan namin.** Tingnan ang Seksyon 3.1 upang malaman kung ano ang maaari mong gawin upang makatulong na matiyak na kumpleto at napapanahon ang aming mga ulat tungkol sa iyong mga nagastos.

## SEKSYON 2 Mga yugto ng pagbabayad sa gamot para sa mga miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

---

May **3 yugto ng pagbabayad sa gamot** para sa iyong pagsaklaw sa gamot sa ilalim ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Kung magkano ang iyong babayaran para sa bawat reseta ay depende kung nasaang yugto ka kapag kinukuha o nagre-refill ka ng reseta. Ipinapaliwanag ang mga detalye ng bawat yugto sa kabanatang ito. Ang mga Yugto ay:

- **Yugto 1: Yearly Yugto ng Deductible**
- **Yugto 2: Yugto ng Panimulang Pagsaklaw**
- **Yugto 3: Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw**

## SEKSYON 3 Ipinapaliwanag ng iyong Paliwanag ng mga Benepisyo sa Bahagi D kung nasa anong yugto ka ng pagbabayad

---

- Sinusubaybayan ng aming plano ang iyong mga gastos sa inireresetang gamot at ang mga pagbabayad na ginawa mo sa tuwing kumukuha ka ng reseta sa parmasya. Sa ganitong paraan, masasabi namin sa iyo kapag lilipat ka na sa kasunod na yugto ng pagbabayad ng gamot. Sinusubaybayan namin ang 2 uri ng gastos:

## Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D

- **Mga Gastos Mula sa Sariling Bulsa:** ito ang kabuuang halaga na iyong binayaran. Kabilang dito ang kung ano ang binayaran mo noong kumuha ka ng saklaw na gamot sa Bahagi D, anumang pagbabayad para sa iyong mga gamot na ginawa ng kapamilya o mga kaibigan, at anumang pagbabayad na ginawa para sa iyong mga gamot ng Extra Help mula sa Medicare, mga planong pangkalusugan ng employer o union, Indian Health Service, mga AIDS drug assistance programs, mga kawanggawa, at karamihan ng mga State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP).
- **Kabuuang Mga Gastos sa Gamot:** ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad na ginawa para sa iyong mga saklaw na gamot sa Bahagi D. Kasama rito kung ano ang binayaran ng aming plano, kung ano ang binayaran mo, at kung ano ang binayaran ng iba pang programa o organisasyon para sa iyong mga saklaw na gamot sa Bahagi D.

Kung kumuha ka ng isa o higit pang reseta sa pamamagitan ng aming plano noong nakaraang buwan, papadalan ka namin ng EOB ng Bahagi D. Kabilang sa EOB sa Bahagi D ang:

- **Impormasyon para sa buwan na iyon.** Nagbibigay ang ulat na ito ng mga detalye ng pagbabayad tungkol sa mga reseta na kinuha mo noong nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot, kung ano ang binayaran ng aming plano, at kung ano ang binayaran mo at ng iba pang nagbayad para sa iyo.
- **Mga kabuuan para sa taon mula noong Enero 1.** Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot at kabuuang pagbabayad para sa iyong mga gamot simula sa pagsisimula ng taon.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot.** Ipapakita nito ang kabuuang presyo ng gamot, at impormasyon tungkol sa mga pagbabago ng presyo mula sa una mong pagkuha para sa bawat reseta sa parehong dami.
- **Available na mga alternatibong reseta na mas mura.** Ipinapakita nito ang impormasyon tungkol sa iba pang available na gamot na may mas mababang bahagian sa gastos para sa bawat kukuning reseta, kung naaangkop.

### Seksyon 3.1 Tulungan kaming panatilihin ang aming impormasyon tungkol sa mga pagbabayad mo sa gamot

Para subaybayan ang mga gastos mo sa gamot at ang mga pagbabayad na ginawa mo, ginagamit namin ang mga talaan na nakuha namin mula sa iyo at mula sa parmasya mo. Narito kung paano mo kami matutulungan na panatilihin tama at napapanahon ang impormasyon mo:

- **Ipakita ang iyong kard ng pagiging miyembro sa tuwing kukuha ka ng reseta.** Makakatulong ito sa amin na matiyak na alam namin ang tungkol sa mga reseta ng kinuha mo at kung ano ang binayaran mo.
- **Tiyaking taglay namin ang impormasyon na kailangan namin.** May mga pagkakataon na maaari mong bayaran ang buong halaga ng isang inireresetang gamot. Sa ganitong kaso, hindi namin awtomatikong kukunin ang impormasyong kailangan namin para masubaybayan ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa. Upang matulungan kaming subaybayan ang iyong sariling mga gastos, bigyan kami ng mga kopya ng iyong mga resibo. **Mga halimbawa** kung kailan mo kami dapat bigyan ng mga kopya ng iyong mga resibo:
  - Kapag bumili ka ng saklaw na gamot sa isang parmasyang nasa network sa espesyal na presyo o gumamit ng card ng diskwento na hindi bahagi ng benepisyo ng plano namin
  - Kapag nagbayad ka ng copayment para sa mga gamot na ibinigay sa ilalim ng programa sa tulong sa pasyente ng manufacturer ng gamot.

## Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D

---

- Anumang oras na bumili ka ng mga saklaw na gamot sa mga parmasyang wala sa network o nagbayad ka nang buong presyo ng isang saklaw na gamot sa ilalim ng mga espesyal na pagkakataon.

Kung siningil ka para sa isang saklaw na gamot, maaari mong hilingin sa aming plano na bayaran ang aming bahagi ng gastos. Para sa mga tagubilin sa kung paano ito gawin, pumunta sa Kabanata 7, Seksyon 2.

- **Ipadala sa aming ang impormasyon tungkol sa mga binayaran ng ibang tao para sa iyo.** Ang mga pagbabayad na ginawa ng iba pang tao at mga organisasyon ay binibilang din sa iyong mga gastos mula sa sariling bulsa. Halimbawa, ang mga binayaran ng isang State Pharmaceutical Assistance Program, AIDS drug assistance program (ADAP), Serbisyo sa Kalusugan ng Indian, at ang mga kawang-gawa ay itinuturing na iyong mga gastos mula sa sariling bulsa. Panatilihin ang isang talaan ng mga pagbabayad na ito at ipadala ang mga ito sa amin para masubaybayan namin ang mga gastos mo.
- **Tingnan ang nakasulat na ulat na ipinadala namin sa iyo.** Kapag natanggap mo ang EOB ng Bahagi D, suriin ito upang matiyak na kumpleto at wasto ang impormasyon. Kung sa tingin mo ay may kulang o kung may mga tanong ka, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Maaaring ma-access ng mga miyembro ng plano ang kanilang mga EOB online sa [Caremark.com](http://Caremark.com). Tiyaking panatilihin ang mga ulat na ito.

## SEKSYON 4 Ang Yugto ng Deductible

---

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

Kung hindi ka nakakatanggap ng Extra Help, ang Yugto ng Deductible ang unang yugto ng pagbabayad para sa iyong pagsaklaw sa gamot. Magsisimula ang yugtong ito kapag kinuha mo ang una mong reseta para sa taon. Kapag nasa yugto kang ito ng pagbabayad, **dapat mong bayaran ang buong gastos ng iyong mga gamot** hanggang sa maabot mo ang halaga ng deductible ng aming plano, na \$615 para sa 2026. Ang deductible ay hindi nalalapat sa mga saklaw na produkto ng insulin at karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D na pang-adulto, kabilang ang mga shingle, tetanus, at mga bakuna sa paglalakbay. Magbabayad ka ng taunang deductible ng \$615 sa mga gamot sa Tier 2-5. **Dapat mong bayaran ang kabuuang halaga ng \$615 sa mga gamot sa Tier 2-5** hanggang sa maabot mo ang halaga ng deductible ng aming plano. Para sa lahat ng iba pang mga gamot, hindi mo kinakailangang magbayad ng anumang deductible. Kadalasang mas mababa ang **kabuuang gastos** kaysa sa karaniwang buong presyo ng gamot, dahil naipagkasundo ng aming plano ang mga mas mababang gastos para sa halos lahat ng gamot sa mga parmasyang nasa network. Ang kabuuang halaga ay hindi dapat lumampas sa maximum na patas na presyo at ang bayad sa pagpapalabas ng gamot na itinakda para sa mga gamot na may naipagkasundong presyo sa ilalim ng Medicare Drug Price Negotiation Program.

Kapag nakapagbayad ka na ng \$615 sa mga gamot sa Tier 2-5, aalis ka sa Yugto ng Deductible at lilipat sa Yugto ng Panimulang Pagsaklaw.

**Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D**

---

**SEKSYON 5 Ang Yugto ng Panimulang Pagsaklaw**

---

**Seksyon 5.1 Kung ano ang babayaran mo para sa isang gamot ay nakadepende sa gamot at kung saan mo kinuha ang iyong reseta**

Sa panahon ng Yugto ng Panimulang Pagsaklaw, babayaran ng aming plano ang bahagi nito sa gastos sa iyong mga saklaw na gamot, at babayaran mo naman ang iyong bahagi ng gastos (ang halaga ng iyong copayment o coinsurance). Mag-iiba ang iyong bahagi sa gastos depende sa gamot at kung saan mo kinukumpleto ang iyong reseta.

**May anim (6) na tier ng pagbabahagi sa gastos ang aming plano**

Ang bawat gamot na nasa Listahan ng Mga Gamot ng aming plano ay nasa isa sa anim (6) na tier ng pagbabahagi sa gastos. Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang numero ng tier ng pagbabahagi sa gastos, mas mataas ang gastos mo sa gamot:

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

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

**Ang mga pagpipilian mong parmasya**

Ang halagang babayaran mo para sa isang gamot ay nakadepende kung saan mo kukunin ang gamot:

- Isang retail na parmasyang nasa network
- Isang parmasyang wala sa network ng aming plano. Sinasaklaw namin ang mga resetang kinuha sa isang parmasyang wala sa network sa mga limitadong sitwasyon lamang. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 upang malaman kung kailan namin sasaklawin ang mga resetang kinuha sa mga parmasyang wala sa network.
- Mail-order na parmasya ng aming plano.

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pagpipiliang parmasyang ito at sa pagkuha ng iyong mga reseta, pumunta sa Kabanata 5 at sa *Direktoryo ng Parmasya* ng aming plano.

**Seksyon 5.2 Ang iyong mga gastos para sa isang buwan na supply ng gamot**

Sa panahon ng Yugto ng Panimulang Pagsaklaw, ang iyong bahagi sa gastos ng saklaw na gamot ay magiging copayment o coinsurance.

Kung minsan, mas mababa ang gastos sa gamot kumpara sa iyong copayment. Sa mga ganitong sitwasyon, babayaran mo ang mas mababang presyo para sa gamot sa halip na ang copayment.

**Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D****Ang iyong mga gastos para sa isang buwan na supply ng saklaw na gamot sa Bahagi D**

<b>Tier</b>	<b>Karaniwang pagbabahagi sa gastos sa retail (hanggang 31-araw na suplay)</b>	<b>Pagbabahagi sa gastos sa padala sa koreo (hanggang 31-araw na suplay)</b>	<b>Pagbabahagi sa gastos sa pangmatagalang pangangalaga (Long-term care o LTC) (hanggang 31-araw na suplay)</b>	<b>Pagbabahagi sa gastos na wala sa network (Limitado ang pagsaklaw sa ilang mga sitwasyon, tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.) (hanggang 31-araw na suplay)</b>
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 1 (Preferred Generic)</b>	\$0 copay	\$0 copay	\$0 copay	\$0 copay
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 2 (Generic)</b>	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 3 (Preferred Brand)</b>	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.

**Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D**

<b>Tier</b>	<b>Karaniwang pagbabahagi sa gastos sa retail (hanggang 31-araw na suplay)</b>	<b>Pagbabahagi sa gastos sa padala sa koreo (hanggang 31-araw na suplay)</b>	<b>Pagbabahagi sa gastos sa pangmatagalang pangangalaga (Long-term care o LTC) (hanggang 31-araw na suplay)</b>	<b>Pagbabahagi sa gastos na wala sa network (Limitado ang pagsaklaw sa ilang mga sitwasyon, tingnan ang Kabanata 5 para sa mga detalye.) (hanggang 31-araw na suplay)</b>
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 4 (Non-Preferred Drug)</b>	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 5 (Specialty)</b>	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 6 (Select Care Drugs)</b>	\$0 copay	\$0 copay	\$0 copay	\$0 copay

Tingnan ang Seksyon 8 para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagbabahagi sa gastos para sa mga bakuna sa Bahagi D.

### **Seksyon 5.3 Kung nagreseta ang iyong doktor ng mas mababa sa buong buwan na supply, maaaring hindi mo kailangang bayaran ang halaga ng buong buwan na supply.**

Karaniwang sinasaklaw ng halagang binabayaran mo para sa isang gamot ang isang buong buwang supply. Maaaring may mga pagkakataon na gugustuhin mo o ng iyong doktor na magkaroon ng mas mababa sa isang

## Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D

buwang supply ng gamot (halimbawa, kapag sinusubukan mo ang isang gamot sa unang beses). Maaari mo ring hilingin sa iyong doktor na magreseta, at sa iyong pharmacist na magbigay, ng mas mababa sa isang buwang supply kung makakatulong ito sa iyong mapagplanuhan nang mas mabuti ang petsa ng pag-refill.

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

- Kung ikaw ang mananagot para sa coinsurance, magbabayad ka ng *porsyento* ng kabuuang halaga ng gamot. Dahil nakabatay ang coinsurance sa kabuuang halaga ng gamot, magiging mas mababa ang babayaran mo dahil magiging mas mababa ang kabuuang halaga ng gamot.
- Kung may pananagutan ka sa copayment ng gamot, babayaran mo lamang ang para sa bilang ng mga araw ng mga gamot na natanggap mo sa halip na ang buong buwan. Kinakalkula namin ang halagang babayaran mo kada araw para sa gamot (ang pang-araw-araw na halaga ng pagbabahagi sa gastos) at imu-multiply ito sa bilang ng araw ng gamot na natanggap mo.

### Seksyon 5.4 Ang iyong mga gastos para sa pangmatagalan (hanggang 100-araw) na supply ng saklaw na ganmo ssa Bahagi D

Para sa ilang mga gamot, makakakuha ka ng pangmatagalang supply (tinatawag ding pinahabang supply). Ang pangmatagalang supply ay hanggang 100-araw na supply.

#### Ang iyong mga gastos para sa pangmatagalang supply ng saklaw na gamot sa Bahagi D

Tier	Karaniwang pagbabahagi sa gastos sa retail (sa loob ng network) (hanggang 100-araw na suplay)	Pagbabahagi sa gastos sa padala sa koreo (hanggang sa 100araw na supply)
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 1 (Preferred Generic)</b>	\$0 copay	\$0 copay
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 2 (Generic)</b>	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 3 (Preferred Brand)</b>	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.

**Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D**

<b>Tier</b>	<b>Karaniwang pagbabahagi sa gastos sa retail (sa loob ng network)</b> (hanggang 100-araw na suplay)	<b>Pagbabahagi sa gastos sa padala sa koreo</b> (hanggang sa 100araw na supply)
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 4 (Non-Preferred Drug)</b>	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.	\$0, \$1.60, o \$5.10 copay para sa mga generic na gamot (kabilang ang mga branded na gamot na itinuturing na generic) \$0, \$4.90, o \$12.65 copay para sa lahat ng iba pang gamot bawat reseta.
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 5 (Specialty)</b>	Hindi available ang pangmatagalang supply para sa mga gamot sa Tier five (5).	Hindi available ang pangmatagalang supply para sa mga gamot na nasa Tier five (5).
<b>Pagbabahagi sa Gastos sa Tier 6 (Select Care Drugs)</b>	\$0 copay	\$0 copay

**Seksyon 5.5 Mananatili ka sa Yugto ng Panimulang Pagsaklaw hanggang sa umabot ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa para sa taon sa \$2,100**

Mananatili ka sa Yugto ng Panimulang Pagsaklaw hanggang sa umabot ang iyong kabuuang gastos mula sa sariling bulsa sa \$2,100. Pagkatapos ay lilipat ka na sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw.

Ang *EOB ng Bahagi D* na matatanggap mo ay makakatulong sa iyo na masubaybayan kung magkano na ang nagastos mo, ng aming plano, at ng anumang ikatlong partido sa ngalan mo sa buong taon. Hindi maaabot ng lahat ng miyembro ang \$2,100 na limitasyon sa gastos na mula sa sariling bulsa sa isang taon.

Ipapaalam namin sa iyo kung naabot mo na ang halagang ito. Tingnan ang Seksyon 1.3 para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano kinakalkula ng Medicare ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa.

**SEKSYON 6 Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw**

Sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw, wala kang babayaran para sa mga saklaw na gamot mo sa Bahagi D. Papasok ka sa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw kapag umabot ang iyong gastos mula sa sariling bulsa sa \$2,100 na limitasyon para sa taon ng kalendaryo. Kapag ikaw ay nasa Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw, mananatili ka sa yugtong ito ng pagbabayad hanggang matapos ang taon ng kalendaryo.

Sa panahon ng yugto ng pagbabayad na ito, wala kang babayaran para sa mga saklaw na gamot ng Bahagi D.

**SEKSYON 7 Ang babayaran mo para sa mga bakuna sa Bahagi D**

**Mahalagang mensahe tungkol sa kung ano ang binabayaran mo para sa mga bakuna** – Ang ilang bakuna ay itinuturing na mga benepisyong medikal at sinasaklaw sa ilalim sa Bahagi B. Ang ilang bakuna naman ay itinuturing na mga gamot sa Bahagi D. Maaari mong mahanap ang mga bakunang ito na nakalista sa Listahan

## Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D

---

ng Gamot ng aming plano. Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna ng nasa hustong gulang sa Bahagi D nang wala kang babayaran. Tingnan ang Listahan ng Mga Gamot ng aming plano o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa mga detalye tungkol sa pagsaklaw at pagbabahagi sa gastos sa mga partikular na bakuna.

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

- Ang unang bahagi ay ang bayad **ng bakuna mismo**.
- Ang ikalawang bahagi ay para sa bayad ng **pagtuturok sa iyo ng bakuna**. (Ang tawag dito ay pamamahagi ng bakuna.)

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

### 1. Kung inirerekomenda ng isang organisasyon na tinatawag na Komite ng Pagpapayo sa Mga Kasanayan ng Pagbabakuna (ACIP) ang bakuna para sa mga matatanda.

- Ang karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto ay inirerekomenda ng ACIP at wala kang babayaran dito.

### 2. Saan mo makukuha ang bakuna?

- Ang mismong bakuna ay maaaring ibigay ng parmasya o ibigay ng tanggapan ng doktor.

### 3. Sino ang magbibigay sa iyo ng bakuna?

- Isang parmasyutiko o ibang provider ang maaaring magbigay ng bakuna sa parmasya. O, maaari itong ibigay ng isang provider sa tanggapan ng doktor.

Ang babayaran mo sa panahong makuha mo ang bakuna sa Bahagi D ay maaaring magkakaiba depende sa mga sitwasyon at kung nasa aling **yugto ng pagbabayad ng gamot** ka.

- Kapag nagpabakuna ka, maaaring kailangan mong bayaran ang buong gastos para sa bakuna mismo at sa gastos para sa provider na nagbakuna sa iyo. Maaari mong hingin sa aming plano na bayaran ka para sa aming bahagi sa gastos. Para sa karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, nangangahulugan itong ibabalik sa iyo ang kabuuang gastos na iyong binayaran.
- Sa ibang pagkakataon, kapag nakakuha ka ng bakuna, babayaran mo lang ang iyong bahagi sa gastossa ilalim ng iyong benepisyo sa Bahagi D. Para sa karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, wala kang babayaran.

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

*Sitwasyon 1:* Kinuha mo ang bakuna sa Bahagi D sa parmasyang nasa network. (Kung mayroon ka ng pagpipilian na ito ay depende sa kung saan ka nakatira. Hindi pinapayagan ng ilang estado ang mga parmasya na magbigay ng ilang partikular na bakuna.)

- Para sa karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, wala kang babayaran.
- Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, babayaran mo sa parmasya ang iyong coinsurance O copayment para sa mismong bakuna na kinabibilangan ng gastos ng pagbibigay sa iyo ng bakuna.
- Babayaran ng aming plan ang natitira sa mga gastos.

*Sitwasyon 2:* Kinuha mo ang iyong bakuna sa Bahagi D sa tanggapan ng iyong doktor.

- Kapag nagpabakuna ka, maaaring kailangan mong bayaran ang buong gastos para sa bakuna mismo at ang gastos para sa provider na nagbakuna sa iyo.
- Pagkatapos ay maaari mong hilingin sa aming plano na bayaran ang aming bahagi sa gastos sa pamamagitan ng paggamit ng mga pamamaraang inilarawan sa Kabanata 7.

**Kabanata 6: Ang babayaran mo para sa mga gamot sa Bahagi D**

---

- Para sa karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, ibabalik sa iyo ang kabuuang gastos na iyong binayaran. Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, ire-reimburse sa iyo ang halagang binayaran mo at ibabawas ang anumang coinsurance O copayment para sa bakuna (kabilang ang pangangasiwa), at ibabawas ang anumang pagkakaiba sa pagitan ng halaga ng mga singil ng doktor at ng kung ano ang karaniwan naming binabayaran. (Kung nakakuha ka ng Extra Help, ibabalik namin sa iyo ang diperensya.)

*Sitwasyon 3:* Binili mo mismo ang bakuna sa Bahagi D sa parmasyang nasa network, at dinala mo ito sa tanggapan ng iyong doktor kung saan ituturok sa iyo ang bakuna.

- Para sa karamihan sa mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, wala kang babayaran para sa bakuna mismo.
- Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, babayaran mo ang parmasya para sa iyong coinsurance O copayment para sa bakuna mismo.
- Kapag binigay sa iyo ng iyong doktor ang bakuna, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga para sa serbisyong ito.
- Pagkatapos ay maaari mong hilingin sa aming plano na bayaran ang aming bahagi ng gastos, sa pamamagitan ng mga paggamit sa pamamaraan sa Kabanata 7.
- Para sa karamihan ng mga bakuna sa Bahagi D para sa adulto, ibabalik sa iyo ang kabuuang gastos na iyong binayaran. Para sa iba pang bakuna sa Bahagi D, ibabalik sa iyo ang halagang iyong ibinayad bawas sa anumang coinsurance para sa pagtuturok ng bakuna, at bawas sa anumang diperensya sa pagitan ng halagang siningil ng doktor at ng karaniwang halagang binabayaran namin. (Kung nakakuha ka ng Extra Help, ibabalik namin sa iyo ang diperensya.)

**Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang isang bill para sa aming bahagi ng bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal o gamot**

---

**KABANATA 7:****Paghiling sa amin na bayaran ang isang bill para sa aming bahagi ng bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal o gamot****SEKSYON 1 Mga sitwasyon kung kailan mo dapat hilingin sa amin na bayaran ang aming bahagi ng gastos para sa mga saklaw na serbisyo o gamot**

---

Direktang sinisingil ng aming mga provider na nasa network ang aming plano para sa iyong mga saklaw na serbisyo at gamot. Kung makatanggap ka ng bill para sa buong halaga ng pangangalagang medikal na nakuha mo, ipadala sa amin ang bill na ito para mabayaran namin ito. Kapag ipinadala mo sa amin ang bill, titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo at gamot. Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang mga ito, direkta naming babayaran ang provider.

**Kung nabayaran mo na ang serbisyo o item ng Medicare na saklaw ng aming plano,** maaari mong hilingin sa aming plano na ibalik ang ibinayad mo (ang pagbabayad sa iyo ay kadalasang tinatawag na **pag-reimburse** sa iyo). May karapatan ka na mabayaran ng aming plano sa tuwing nagbabayad ka ng mahigit sa iyong bahagi sa gastos para sa mga serbisyong medikal o gamot na sinasaklaw ng aming plano. Maaaring may mga deadline na dapat mong matugunan upang mabayaran. Tingnan ang Seksyon 2 ng kabanatang ito. Kapag nagpadala ka sa amin ng bill na binayaran mo na, titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo o gamot. Kung magdesisyon kami na dapat saklawin ang mga ito, babayaran ka namin para sa mga serbisyo o gamot.

Posibleng mayroon ding mga pagkakataon na makatanggap ka ng bill mula sa provider para sa buong halaga ng pangangalagang medikal na natanggap mo o mas mataas kaysa sa iyong pagbabahagi sa gastos. Una, subukang lutasin ang bill sa provider. Kung hindi nito maayos ang lahat, ipadala sa amin ang bill sa halip na bayaran ito. Titingnan namin ang bill at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang mga serbisyo. Kung mapagpasyahan naming dapat saklawin ang mga ito, direkta naming babayaran ang provider. Kung magpasya kaming huwag itong bayaran, aabisuhan namin ang provider. Hindi ka dapat magbayad nang higit pa sa pinahihintulutang pagbabahagi sa gastos. Kung ang provider na ito ay kinontrata, mayroon ka pa ring karapatan sa paggamot.

Narito ang mga halimbawa ng mga sitwasyon kung saan kailangan mong hilingin sa aming plano na ibalik ang iyong ibinayad o bayaran ang bill na natanggap mo:

**1. Kapag nakatanggap ka ng pangangalagang medikal na pang-emergency o agarang kinakailangan mula sa isang provider na wala sa network ng aming plano**

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

## **Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang isang bill para sa aming bahagi ng bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal o gamot**

- Kung babayaran mo ang buong halaga kapag natanggap mo ang pangangalaga, hilingin sa amin na bayaran ka pabalik para sa aming bahagi ng gastos. Ipadala sa amin ang bill, kasama ng mga dokumentasyon ng anumang ibinayad mo.
- Maaari kang makatanggap ng bill mula sa provider na humihingi ng bayad na sa tingin mo ay hindi mo dapat bayaran. Ipadala sa amin ang bill na ito, kasama ng mga dokumentasyon ng anumang ibinayad mo.
  - Kung may dapat bayaran sa provider, direkta namin silang babayaran.
  - Kung nakapagbayad ka na ng higit sa iyong bahagi ng gastos para sa serbisyo, tutukuyin namin kung magkano ang nautang at babayaran ka namin para sa aming bahagi ng gastos.

### **2. Kapag nagpadala ng bill ang provider na nasa network na sa palagay mo ay hindi mo dapat bayaran**

Palaging dapat direktang singilin ng mga provider na nasa network ng aming plano. Pero kung minsan ay nagkakamali sila at ikaw ang siningil nila para sa iyong mga serbisyo O nang higit sa iyong bahagi ng gastos.

- Kailangan mo lang bayaran ang halaga ng iyong pagbabahagi sa gastos kapag nakakuha ka ng mga saklaw na serbisyo. Hindi namin pinapahintulutan ang mga provider na magdagdag ng hiwalay na mga singil, na tinatawag na pagsingil ng balanse. Ang proteksiyong ito (na hindi ka magbabayad ng higit sa halaga ng iyong pagbabahagi sa gastos) ay nalalapat kahit na bayaran namin ang provider nang nakabawas na ang mga singil ng provider para sa isang serbisyo at kahit na magkaroon ng hindi pagkakaunawaan at hindi namin babayaran ang ilang partikular na singil ng provider. Hindi namin pinapahintulutan ang mga provider na singilin ka para sa mga saklaw na serbisyo. Direkta naming binabayaran ang aming mga provider, at pinoprotektahan ka namin mula sa anumang mga singil. Totoo ito kahit na mas mababa ang ibinabayad namin sa provider kaysa sa sinisingil ng provider para sa serbisyo. Sa tuwing makatanggap ka ng bill mula sa provider na nasa network na sa palagay mo ay higit sa dapat mong bayaran, ipadala sa amin ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aayusin ang problema sa pagsingil.
- Kung nabayaran mo na ang bill sa isang provider na nasa network, ngunit pakiramdam mo ay sobra ang iyong binayaran, ipadala sa amin ang bayarin kasama ang dokumentasyon ng anumang binayaran mo. Hilingin sa amin na bayaran ka para sa iyong mga saklaw na serbisyo O para sa pagkakaiba sa pagitan ng halagang binayaran mo at ng halagang nautang mo sa ilalim ng aming plano.

### **3. Kung retroaktibo kang nakatala sa aming plano**

Kung minsan, ang pagkakatala ng isang tao sa aming plano ay retroaktibo. (Ibig sabihin, lumipas na ang unang araw ng pagpapatala mo. Ang petsa ng pagpapatala ay maaaring nangyari noong nakaraang taon.)

Kung retroaktibo kang nakatala sa aming plano at nagbayad ka mula sa bulsa para sa alinman sa iyong mga saklaw na serbisyo o gamot pagkatapos ng iyong petsa ng pagpapatala, maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka para sa aming bahagi sa mga gastos. Kailangan mong magsumite ng mga papeles gaya ng mga resibo at bill para mapangasiwaan namin ang pagbabalik ng nagastos.

### **4. Kapag gumamit ka ng parmasyang wala sa network sa pagkuha ng reseta**

Kung pumunta ka sa isang parmasyang wala sa network, maaaring hindi maisumite ng parmasya ang claim nang direkta sa amin. Kapag nangyari ito, kakailanganin mong bayaran ang kabuuang halaga ng iyong reseta.

Itabi ang iyong resibo at magpadala sa amin ng kopya kapag hiniling mo sa amin na bayaran ang nagastos mo para sa aming bahagi sa gastos. Tandaan na sinasaklaw lang namin ang mga parmasyang wala sa network sa mga limitadong pagkakataon. Tingnan ang Kabanata 5, Seksyon 2.5 upang malaman ang higit

## **Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang isang bill para sa aming bahagi ng bill para sa mga saklaw na serbisyon medikal o gamot**

---

pa tungkol sa mga sitwasyong ito. Maaaring hindi namin maibalik sa iyo ang iyong ibinayad sa diperensya sa pagitan ng halagang binayaran mo para sa gamot sa parmasyang wala sa network at ng halaga na binabayaran namin sa parmasyang nasa network.

### **5. Kapag nagbayad ka ng kabuuang halaga para sa isang reseta dahil hindi mo dala ang iyong membership card ng aming plano**

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

Itabi ang iyong resibo at magpadala sa amin ng kopya kapag hiniling mo sa amin na bayaran ang nagastos mo para sa aming bahagi sa gastos. Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang buong halaga na iyong binayaran kung ang presyo na iyong binayaran ay mas mataas kaysa sa aming napagkasunduang presyo para sa reseta.

### **6. Kapag binayaran mo ang buong halaga para sa isang reseta sa ibang mga sitwasyon**

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

- Halimbawa, maaaring wala ang gamot sa Listahan ng Gamot ng aming plano o maaaring mayroon itong kinakailangan o paghihigpit na hindi mo alam o sa palagay mo ay hindi nalalapat sa iyo. Kung magdesisyon kang kunin ang gamot, maaaring kailangan mong bayaran ang buong halaga nito.
- I-save ang resibo mo at magpadala ng kopya sa amin kapag hiniling mo sa amin na bayaran ka. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailanganin naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa iyong doktor upang maibalik sa iyo ang iyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos para sa gamot. Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang buong halaga na iyong binayaran kung ang presyo na iyong binayaran ay mas mataas kaysa sa aming napagkasunduang presyo para sa reseta.

Kapag nagpadala ka sa amin ng kahilingan para sa bayad, susuriin namin ang iyong kahilingan at magpapasya kami kung dapat bang saklawin ang serbisyo o gamot. Ito ay tinatawag na paggawa ng **desisyon sa pagsaklaw**. Kung magpasya kami na dapat itong saklawin, babayaran namin ang aming bahagi ng gastos para sa serbisyo at gamot. Kung tatanggihan namin ang kahilingan mo para sa pagbabayad, puwede mong iapela ang desisyon namin. Nasa Kabanata 9 ang impormasyon tungkol sa kung paano maghain ng apela.

## **SEKSYON 2 Paano hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad mo o na bayaran ang natanggap mong bill**

---

Maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka sa pamamagitan ng pagpapadala sa amin ng nakasulat na kahilingan. Kung magpapadala ka ng nakasulat na kahilingan, ipadala ang iyong bill at dokumentasyon ng anumang pagbabayad na ginawa mo. Isang magandang ideya na gumawa ng kopya ng iyong bill at mga resibo para sa iyong mga talaan. **Dapat mong isumite ang iyong claim sa amin sa loob ng isang (1) taon ng kalendaryo** mula sa petsa kung kailan mo nakuha ang serbisyo at/o item, o sa loob ng 36 buwan mula sa petsa kung kailan mo nakuha ang gamot.

Para matiyak na ibinibigay mo sa amin ang lahat ng impormasyong kailangan namin para makapagpasya, maaari mong punan ang aming form ng claim upang gawin ang kahilingan mo para sa pagbabayad.

**Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang isang bill para sa aming bahagi ng bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal o gamot**

---

- Hindi mo kailangang gamitin ang form, ngunit mas mapapadali nito ang aming pagproseso ng impormasyon.
- I-download ang kopya ng form mula sa aming website ([SWHNY.com](http://SWHNY.com)) o tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humingi ng form.

Ipadala sa amin sa pamamagitan ng koreo ang iyong kahilingan para sa bayad kasama ang anumang mga bill o resibo sa address na ito:

**Mga pagbabayad sa nagastos sa Serbisyong Medikal:**

Senior Whole Health of New York  
Attn: Medicare Member Services  
200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802  
Or fax to (310) 507-6186

**Mga pagbabayad sa nagastos sa Inireresetang Gamot:**

Molina Healthcare  
Attn: Pharmacy Department  
7050 Union Park Center, Suite 600  
Midvale, UT 84047

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

---

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

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

**Seksyon 3.1 Kung sasabihin namin sa iyo na hindi namin babayaran ang lahat o bahagi ng pangangalagang medikal o gamot, maaari kang umapela**

Kung sa palagay mo ay nagkamali kami sa pagtanggap sa iyong kahilingan para sa bayad o sa halagang babayaran namin, maaari kang umapela. Kung maghahain ka ng apela, nangangahulugan ito na hinihiling mo sa amin na baguhin ang desisyon na ginawa namin noong tinanggihan namin ang kahilingan mo para sa pagbabayad.

**Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang isang bill para sa aming bahagi ng bill para sa mga saklaw na serbisyong medikal o gamot**

---

Ang proseso ng pag-apela ay isang pormal na proseso na may mga detalyadong pamamaraan at mahahalagang deadline. Para sa mga detalye sa kung paano ihain ang apelang ito, tingnan ang Kabanata 9.

**Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

---

**KABANATA 8:****Ang iyong mga karapatan at responsibilidad****SEKSYON 1 Dapat igalang ng aming plano ang iyong mga karapatan at pagkasensitibo sa kultura**

---

**Seksyon 1.1 Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang madali para sa iyo at naaayon sa iyong kultura na paniniwala (sa mga wika bukod sa English, braille, malaking titik, o iba pang alternatibong format, atbp.)**

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

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembro hindi nagsasalita ng English. Maaari ka rin naming bigyan ng mga materyal sa Braille, sa malaking print, o iba pang alternatibong format nang walang bayad kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan ka ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa iyo, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

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

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

Kung nakakaranas ka ng anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa format na naa-access at naaangkop para sa iyo, pagpapatingin sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan o pagpapahanap ng espesyalistang nasa network, tumawag upang maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa (833) 671-0440, Lunes-Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 711. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

**Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad****Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)**

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los teleescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras grandes o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en la situación en que no hay especialistas disponibles en la red del plan que cubran el servicio que usted necesita, llame al plan para obtener información respecto a dónde acudir a fin de obtener el servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (833) 671-0440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

**節 1.1 我們必須以適用於您且依據您文化敏感度的方式向您提供資訊 (非英語版本、點字、大字體版本或其他替代格式等)**

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以符合文化習慣且無障礙的方式提供給所有保戶，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不足或文化和種族背景多元的人士。一項計劃如何符合這些無障礙要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本計劃提供免費的口譯服務，為不說英語的會員回答問題。我們也可以根據您的需求，免費提供點字、大字體版本或其他替代格式資訊。我們必須以無障礙和適用於您的格式提供本計劃福利相關資訊。若要向我們索取適用於您的資訊版本，請致電會員服務部。

本計劃必須可讓女性保戶選擇，是否要直接透過網絡內的婦女健康專科醫師取得例行性和預防性健康照護服務。

如果無法提供本計劃網絡內某專科服務提供者，則本計劃有責任尋找網絡外專科服務提供者，為您提供必要的照護。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現本計劃網絡中沒有自己所需給付服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解可前往何處以網絡內分攤費用的方式獲得此服務。

如果您遇到任何問題而無法以無障礙和適用於您的格式向本計劃取得資訊，請致電會員服務部提出申訴，電話號碼為 (833) 671-0440，當地時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點為您提供服務。TTY 使用者

**Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

請撥打 711。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話號碼為 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

**القسم 1-1** يجب أن نقدم معلومات بطريقة تناسبك وتتسق مع حساسياتك الثقافية (بلغات غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل أو بخط كبير، أو بتسويات بديلة أخرى، إلخ).

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافياً ويمكن الوصول إليها لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية متنوعة. تتضمن الأمثلة على كيفية تلبية الخطة لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات المترجم أو خدمات الترجمة الفورية أو الآلات الكاتبة أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو هاتف الآلة الكاتبة).

وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة. يمكننا أيضاً أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل، أو بخط كبير، أو بتسويات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتسويق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك. يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

مطلوب منا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمة في شبكة الخطة متاحين لأحد التخصصات، تقع على عاتق الخطة مسؤولية تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط تكاليف المشاركة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاجها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خلال مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا كانت لديك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتسويق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء عن طريق الاتصال على 671-0440 (833)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. TTY، يرجى الاتصال على الرقم 711. يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE أو مباشرة مع مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو TTY 1-800-537-7697.

**1.1 섹션** 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성과 일치하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등으로).

귀하의 플랜은 임상 및 비임상 서비스를 모두 문화적으로 유능한 방식으로 제공하고 제한된 영어 능력, 제한된 읽기 능력, 청력 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 등록자가 액세스 할 수 있도록 보장해야 합니다. 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역가 서비스, 통역 서비스, 전신 타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신 타자기 전화) 연결 제공 등이 있습니다(단, 이에 국한되지 않음).

본 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 직원이 있습니다. 또한 필요한 경우 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식으로 정보를 무료로 제공할 수 있습니다. 플랜의 혜택에 대한 정보를 귀하에게 접근 가능하고 적합한 형식으로 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

당사의 플랜은 여성 등록자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내에서 여성 건강 전문가에게 직접 액세스할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

플랜 네트워크에 속한 전문의를 이용할 수 없는 경우, 플랜은 네트워크 외부에서 전문의를 지정하여 필요한 진료를 받을 수 있도록 해드려야 합니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담만 지불하면 됩니다. 필요한 서비스를 제공하는 플랜 네트워크에 전문의가 없는 경우, 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 제공하는 의료 제공자의 정보를 플랜에 문의하십시오.

**Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

당사 플랜에서 귀하에게 접근할 수 있고 적합한 형식으로 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우, 현지 시간으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 (833) 671-0440로 전화하여 가입자 서비스부에 불만을 제기하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697로 직접 민권 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다.

**Раздел 1.1 Мы должны предоставлять вам информацию в доступной для вас форме, а также в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.).**

Ваш план должен следить за тем, чтобы вся помощь, как клиническая, так и нет, оказывалась с учетом культурных особенностей пациента и была доступна всем участникам плана, в том числе с плохим знанием английского языка, ограниченными навыками чтения и нарушениями слуха или с различными культурными и этническими особенностями. Примеры того, как план может выполнить эти требования, включают, помимо прочего, предоставление услуг устных и письменных переводчиков, а также линий для слабослышащих (TTY — текстовый телефон или телетайп).

В нашем плане есть устные переводчики, готовые ответить на вопросы участников, не говорящих на английском языке. Услуги устных переводчиков предоставляются бесплатно. Кроме того, при необходимости мы можем бесплатно присылать вам наши материалы, напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля, либо в других альтернативных форматах. Информацию о покрываемых планом услугах мы должны сообщать в доступном и удобном для вас виде. Для того чтобы получить информацию в доступной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания.

Наш план должен давать женщинам-участникам возможность обращаться непосредственно к гинекологам, которые сотрудничают с планом, для обычного и профилактического обслуживания.

Если сотрудничающих с планом врачей нужной специальности нет, план должен найти вам такого специалиста за пределами сети. В подобной ситуации вы оплачиваете только расходы в рамках сети. Если выясняется, что врачи нужной для вас специальности с планом не сотрудничают, позвоните в наш отдел обслуживания. Там объяснят, к кому обратиться за нужной вам помощью, заплатив только ту сумму, которая предусмотрена планом.

Если у вас возникнут проблемы с получением информации от нашего плана в доступной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 и подайте жалобу (с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. по местному времени). При использовании TTY набирайте 711. Кроме того, можно пожаловаться в программу Medicare (телефон: 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) (телефон: 1-800-368-1019 или TTY: 1-800-537-7697).

**Sezione 1.1 Dobbiamo fornire le informazioni in modo adeguato alle esigenze del cliente e in linea con le sue sensibilità culturali (in lingue diverse dall'inglese, in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi, ecc.)**

Il Suo piano è necessario per garantire che tutti i servizi, sia clinici che non clinici, siano forniti in modo culturalmente competente e siano accessibili a tutti gli iscritti, compresi quelli con conoscenza della lingua inglese limitata, capacità di lettura limitate, incapacità uditiva o quelli con diversi background culturali ed etnici. Esempi di come un piano può soddisfare questi requisiti di accessibilità includono, a titolo esemplificativo

## **Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

ma non esaustivo, la fornitura di servizi di traduzione, servizi di interpretazione, telescriventi o connessione tty (telefono di testo o telefono di telescrivente).

Il nostro piano ha servizi di interpretariato gratuiti disponibili per rispondere alle domande dei membri non di lingua inglese. Possiamo anche fornirLe informazioni in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi gratuitamente se ne ha bisogno. Siamo tenuti a fornirLe informazioni sui vantaggi del piano in un formato accessibile e appropriato per Lei. Per ottenere informazioni da noi in un modo che funzioni per Lei, chiami il Servizio Soci.

Il nostro piano è necessario per dare alle donne iscritte la possibilità di accedere direttamente a uno specialista della salute delle donne all'interno della rete per i servizi di assistenza sanitaria di routine e preventiva delle donne.

Se i fornitori nella rete del piano per una specialità non sono disponibili, è responsabilità del piano individuare i fornitori di specialità al di fuori della rete che forniranno le cure necessarie. In questo caso, pagherà solo la condivisione dei costi in rete. Se si trova in una situazione in cui non ci sono specialisti nella rete del piano che coprono un servizio di cui ha bisogno, chiami il piano per informazioni su dove andare per ottenere questo servizio con la condivisione dei costi in rete.

Se ha problemi a ottenere informazioni dal nostro piano in un formato accessibile e appropriato per Lei, chiami per presentare un reclamo al Servizio Soci chiamando il numero (833) 671-0440, dal lunedì al venerdì, dalle 8 a.m. alle 8 p.m. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711. Può anche presentare un reclamo a Medicare chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o direttamente all'Ufficio per i diritti civili 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

<b>Section 1.1</b>	<b>Nous sommes tenus de fournir des renseignements d'une manière qui vous convienne et soit respectueuse de vos sensibilités culturelles (dans d'autres langues que l'anglais, en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats de substitution, etc.)</b>
--------------------	---

Votre régime est tenu de veiller à ce que tous les services, tant cliniques que non cliniques, soient fournis d'une manière culturellement compétente et soient accessibles à tous les affiliés, y compris ceux qui ont une maîtrise limitée de l'anglais, des capacités de lecture limitées, une incapacité auditive, ou ceux qui ont des origines culturelles et ethniques diverses. Un régime peut, par exemple, satisfaire à ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des téléimprimeurs ou une connexion ATS (téléphone textuel ou téléimprimeur), mais cette liste n'est pas exhaustive.

Notre régime dispose de services d'interprétation gratuits pour répondre aux questions des affiliés non anglophones. Nous pouvons également vous fournir gratuitement des informations en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats si nécessaire. Nous sommes tenus de vous fournir des informations sur les prestations du régime dans un format accessible et adapté à vos besoins. Pour obtenir des informations dans un format qui vous convienne, veuillez appeler les services aux membres.

Notre régime est tenu d'offrir aux femmes affiliées la possibilité d'accéder directement à un spécialiste de la santé des femmes au sein du réseau pour les soins de santé courants et préventifs.

Si le réseau du régime ne dispose pas de prestataires pour certains services spécialisés, il incombe au régime de trouver des prestataires de services spécialisés en dehors du réseau qui vous fourniront les soins nécessaires. Dans ce cas, vous ne paierez que la participation aux coûts au sein du réseau. Si vous vous trouvez dans une situation où aucun spécialiste du réseau du régime ne couvre un service dont vous avez besoin, appelez le régime pour savoir où vous adresser pour obtenir ce service avec une participation aux coûts au sein du réseau.

**Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

Si vous avez des difficultés à obtenir des informations de notre régime dans un format accessible et adapté à vos besoins, veuillez déposer un grief auprès des services aux membres en appelant le (833) 671-0440, du lundi au vendredi entre 8 a.m. et 8 p.m., heure locale. Pour les utilisateurs du système TTY, veuillez appeler le 711. Vous pouvez également déposer une plainte auprès de Medicare en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou directement auprès de l'Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

**seksyon 1.1    Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite fòma, elatriye.)**

Plan w lan dwe garanti tout sèvis yo, kit sèvis klinik ak sèvis ki pa sèvis klinik yo, pou li bay yo yon fason ki konpetan nan domèn kiltirèl epi yo aksesib pou tout moun ki enskri yo (asire yo), ki gen ladann moun ki pa pale Anglè byen, moun ki pa ka li byen, moun ki gen difikilte pou tandè, oswa moun ki gen divès kalite kilti ak orijin etnik yo. Men kèk egzanp sou fason yon plan ka reponn ak kundisyon aksesiblite sa yo (aksè pou moun ki gen yon andikap), li gen ladann bagay sa yo men se pa sa sèlman, bay sèvis tradiktè, sèvis entèprèt, telefòn tèks, oswa koneksyon TTY (telefòn tèks).

Plan nou an genyen sèvis entèprèt ki disponib gratis pou reponn kesyon manm ki pa pale Anglè yo. Epitou, nou kapab ba w enfòmasyon an bray, an gwo karaktè, oswa an lòt fòma gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon nan men nou yon fason ki bon pou ou, tanpri rele Sèvis pou Manm yo.

Plan nou an oblije bay fanm ki enskri yo yon opsyon aksè dirèk a yon espesyalis sante pou fanm ki nan rezo a, pou sèvis swen sante woutin yo ak swen prevansyon pou fanm yo.

Si pwofesyonèl swen sante ki nan rezo plan an pou yon espesyalite pa disponib, se responsablite plan an pou li jwenn pwofesyonèl swen sante espesyalize deyò rezo a k ap gen pou ba w swen ki nesèsè yo. Nan ka sa a, w ap peye sèlman pataj depans ki nan rezo a. Si w twouve w nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezo plan an ki kouvri yon sèvis ou bezwen, rele plan an pou w ka jwenn enfòmasyon konsènan kote pou w ale pou w ka jwenn sèvis sa a nan pataj depans ki nan rezo a.

Si ou gen pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou, tanpri rele pou depoze yon doleyans nan Sèvis pou Manm yo, deepi ou rele nimewo, (833)6710440, Lendi-Vandredi, 8 a.m. - 8 p.m. lè lokal. . Itilizatè TTY yo, tanpri rele nan nimewo 711. Epitou, ou ka depoze yon plent nan Medicare, pou fè sa, rele nan nimewo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) oswa dirèkteman nan Biwo pou Dwa Sivil la nan nimewo 1-800-368-1019 oswa itilizatè TTY yo rele nan nimewo 1-800-537-7697.

**1.1 סקציע מיר מוזן צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר איר און קאָנסיסטענט מיט דיין קולטור סענסיטיוויטי (אין אנדערע שפראַכן ווי ענגליש, אין בראַיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאָטירונגען, אאז"ו.)**

אייער פֿלאַך איז פארלאנגט צו ענשור אַז אַ לע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפֿעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַ לע ענראַ וּלְ, אריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט ליענען סקילז, געהער ומפֿ אַ סיק, אַ דער יענע מיט פֿאַר רשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ ונדז. ביישפילן פון ווי אַ פֿלאַך קען באַ געגענען די אַ קסעסאַ ביליטי פֿאַדערונגען אַ ריינגעמען, אַ בער זענען נישט באַ גרענעצט צו צושטעלן פון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטייפֿ רייטערז אַ דער TTY (טעקסט טעלעפֿאָן אַ דער טעלעטייפֿ רייטער טעלעפֿאָן) פֿאַר רבינדונג.

אונזער פֿלאַך האט פריי יבערזעצער סערוויסעס פֿאַראַנען צו ענטפֿערן פֿאַר אַגאַס פון ניט-ענגליש בייטןעט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאָרמאַציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַ דער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאָטירונגען און קיין קאסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פֿאַרלאנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן



**Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad****Seksyon 1.1 Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang gumagana para sa iyo at sumusunod sa mga pagkasensitibo ng kultura (sa wika maliban sa English, sa braille, sa malalaking letra, o ibang kahaliling mga format, atbp.)**

Kinakailangan ang plano mo para matiyak na ang lahat ng serbisyo, parehong klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa isang paraang may kakayahang pangkultura at naa-access sa lahat ng nakatala, kabilang ang mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kakayahan sa pagbasa, kawalan ng kakayahan sa pandinig, o mga may magkakaibang kultura at etnikong pinagmulan. Kasama sa mga halimbawa ng kung paano matutugunan ng plan ang mga kinakailangan sa pagiging naa-access na ito, ngunit hindi limitado sa pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, mga serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o TTY (teleponong pang-text o teleponong teletypewriter) na koneksyon.

Mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter ng aming plano na handang magamit para sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nakakapagsasalita ng English. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa braille, sa malaking letra, o ibang kahaliling format nang walang bayad kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming magbigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plan sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana sa iyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Inaatasan ang aming plano na bigyan ang mga babaeng nakatala ng opsyon ng direktang pag-access sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan sa loob ng network para sa mga regular na serbisyo ng kababaihan at pang-iwas na pangangalaga ng kalusugan.

Kung hindi handang magamit ang mga provider na nasa network ng plan para sa isang espesyalidad, responsibilidad ng plano na humanap ng mga provider ng espesyalidad sa labas ng network na magbibigay sa iyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa kasong ito, babayaran mo lamang ang bahagi sa gastos sa network. Kung nakita mo ang sarili mo sa isang sitwasyon kung saan walang mga espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa isang serbisyo na kailangan mo, tawagan ang plan para sa impormasyon kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahagi sa gastos sa network.

Kung mayroon kang anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plan sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo, mangyaring tumawag para maghain ng hinaing sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa (833) 671-0440, Lunes-Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

**বাভাগ 1.1 আমাদের অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্রদান করতে হবে যা আপনার জন্য কার্যকরী এবং আপনার সাংস্কৃতিক সংবেদনশীলতার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হয় (ইংরেজি ব্যতীত অন্যান্য ভাষায়, ব্রহ্মইলে, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে ইত্যাদিতে)**

সমস্ত পরামিতি, ক্লিনিকাল এবং অ-ক্লিনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্রদান করা হয় এবং যাদের ইংরেজিতে দক্ষতা সীমিত, পড়ার দক্ষতা সীমিত, শ্রবণশক্তির অক্ষমতা রয়েছে বা যাদের বচৈত্রিয়ময় সাংস্কৃতিক এবং জাতগিত প্রক্ৰেপাট রয়েছে তারা সহ সমস্ত তালিকাভুক্তদের জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য, আপনার প্ল্যানটিকে তা নিশ্চিত করতে হবে। কোনও প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সেসযোগ্যতার প্রয়োজনীয়তাগুলি পূরণ করতে পারে তার উদাহরণগুলির মধ্যে রয়েছে, তবে অনুবাদক পরামিতি, দোভাষী পরামিতি, টেলোটিইপ্রাইটার বা TTY (টেক্সট টেলিফোন বা টেলোটিইপ্রাইটার ফোন) সংযোগের বিনিময়ে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদের প্ল্যানের, ইংরেজিভাষী নয় এমন সদস্যদের প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য বিনামূল্যে দোভাষী পরামিতি রয়েছে। আপনার প্রয়োজন হলে, আমরা আপনাকে ব্রহ্মইলে, বড় হরফে মুদ্রণে বা অন্যান্য বকিল্প ফর্ম্যাটে কোনও খরচ

## Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

ছাড়াই তথ্য দিতে পারি। আমাদের আপনাকে প্ল্যানের সুবিধাগুলির সম্পর্কে এমন একটি ফর্ম্যাটে তথ্য দিতে হবে যা আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনার জন্য কার্যকরী এমন উপায়ে আমাদের থেকে তথ্য পতে, অনুগ্রহ করে সদস্য পরিসেবাতে কল করুন।

আমাদের প্ল্যানটির মহিলা তালিকাভুক্তদের, মহিলাদের বুটনি ও প্রতিরোধমূলক স্বাস্থ্যসেবা পরিসেবাগুলোর জন্য নটেওয়ারকরে মধ্যে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞের সরাসরি যোগাযোগ করতে দেওয়ার বকল্প প্রদান করা প্রয়োজন।

কোনো বিশেষভাবে জন্য প্ল্যানের নটেওয়ারকরে সরবরাহকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারকরে বাইরে বিশেষ সরবরাহকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সরবরাহ করবে তাদের খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর করে নেওয়ার অর্থ পমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরিসেবা আপনাকে প্রদান করতে পারে প্লানের নটেওয়ারক্রে এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নই এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর করে নেওয়ার সময় এই পরিসেবাটি পতে কোথায় যতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য প্লানে কল করুন।

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদের প্ল্যান বিষয়ক তথ্য পতে আপনার কোনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুরুর স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাত 8টার মধ্যে সদস্য পরিসেবা অভিযোগ দায়ের করতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারী, অনুগ্রহ করে 711 এ কল করুন। এছাড়াও, আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে Medicare-এর কাছে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে স্ভিলি রাইটস অফিসে অভিযোগ দায়ের করতে পারেন।

### **Seksioni 1.1 Ne jemi të përkushtuar të ofrojmë informacion të përshtatshëm për ju dhe që respekton ndjeshmëritë tuaja kulturore (në gjuhë të tjera përveç anglishtes, në braile, në format me shkronja të mëdha ose formate të tjera alternative, etj.)**

Planit tuaj duhet të ofrojë të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike në një mënyrë kompetente kulturore dhe janë të aksesueshme për të gjithë të regjistruarit, duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara në anglisht, personat me aftësi të kufizuara në lexim, personat me aftësi të kufizuar në dëgjim ose personat me kulturë dhe prejardhje etnike të ndryshme. Shembujt se si një plan mund t'i plotësojë këto kërkesa aksesueshmërie përfshijnë, por nuk kufizohen me ofrimin e shërbimeve të përkthyesve, shtypshkronjave ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me shtypshkronjë).

Plani ynë ofron shërbime me përkthyes falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht. Ne gjithashtu mund t'ju japim informacione në braile, në format me shkronja të mëdha ose në formate të tjera alternative pa kosto, sipas nevojës. Neve na kërkohet t'ju japim informacione rreth përfitimeve të planit në një format që është i aksesueshëm dhe i përshtatshëm për ju. Për të marrë informacion nga ne në një mënyrë të përshtatshme për ju, ju lutemi telefononi Shërbimet e Anëtarëve.

Plani ynë duhet t'ju japë grave të regjistruara mundësinë e aksesit të drejtpërdrejtë te një specialist i shëndetit të gruas brenda rrjetit për shërbimet rutinë dhe parandaluese të kujdesit shëndetësor për gratë.

Nëse ofruarit në rrjetin e planit për një specialitet nuk janë të disponueshëm, është përgjegjësi e planit të gjejë ofruarit e specializuar jashtë rrjetit, të cilët do t'ju ofrojnë kujdesin e nevojshëm. Në këtë rast, ju do të paguani vetëm ndarjen e kostos brenda rrjetit. Nëse përballeni me një situatë ku nuk ka specialistë në rrjetin e planit që mbulojnë një shërbim që ju nevojitet, telefononi planin për të marrë informacion se ku të shkoni për ta marrë këtë shërbim me ndarjen e kostos brenda rrjetit.

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, nga ora 8 a.m. - 8 p.m., ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi

**Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

711. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

**Ενότητα 1.1 Πρέπει να παρέχουμε πληροφορίες με τρόπο που να λειτουργεί για εσάς και που να συνάδει με τις πολιτισμικές σας ευαισθησίες (σε γλώσσες εκτός των Αγγλικών, σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές κ.λπ.)**

Το πρόγραμμά σας απαιτείται να διασφαλίσει ότι όλες οι υπηρεσίες, τόσο κλινικές όσο και μη κλινικές, παρέχονται με πολιτισμικά ικανό τρόπο και είναι προσβάσιμες σε όλους τους εγγεγραμμένους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με περιορισμένη αγγλική επάρκεια, περιορισμένες δεξιότητες ανάγνωσης, ανικανότητα ακοής ή άτομα με διαφορετικό πολιτιστικό και εθνοτικό υπόβαθρο. Παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο ένα πρόγραμμα μπορεί να πληροί αυτές τις απαιτήσεις προσβασιμότητας περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την παροχή μεταφραστικών υπηρεσιών, υπηρεσιών διερμηνείας, τηλεγραφομηχανών ή σύνδεσης TTY (τηλέφωνο κειμένου ή τηλέφωνο τηλεγραφομηχανής).

Το πρόγραμμά μας διαθέτει δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσετε σε ερωτήσεις από μη αγγλόφωνα μέλη. Μπορούμε, επίσης, να σας δώσουμε πληροφορίες σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές χωρίς κόστος, εάν τις χρειάζεστε. Είμαστε υποχρεωμένοι να σας παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τις παροχές του προγράμματος σε μορφή που είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς. Για να λάβετε πληροφορίες από εμάς με τρόπο που σας εξυπηρετεί, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Το πρόγραμμά μας απαιτείται να δώσει στις γυναίκες εγγεγραμμένους τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε έναν ειδικό υγείας γυναικών στο πλαίσιο του δικτύου για υπηρεσίες ρουτίνας και προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης των γυναικών.

Εάν οι πάροχοι στο δίκτυο του προγράμματος για μια ειδικότητα δεν είναι διαθέσιμοι, είναι ευθύνη του προγράμματος να εντοπίσει εξειδικευμένους παρόχους εκτός του δικτύου που θα σας παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα. Σε αυτήν την περίπτωση, θα πληρώσετε μόνο επιμερισμό κόστους εντός δικτύου. Εάν βρεθείτε σε μια κατάσταση όπου δεν υπάρχουν ειδικοί στο δίκτυο του προγράμματος που να καλύπτουν μια υπηρεσία που χρειάζεστε, καλέστε το πρόγραμμα για πληροφορίες σχετικά με το πού να πάτε για να αποκτήσετε αυτήν την υπηρεσία με επιμερισμό κόστους εντός δικτύου.

Εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λήψη πληροφοριών από το πρόγραμμά μας σε μορφή που να είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς, καλέστε για να υποβάλετε παράπονο στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό (833) 671-0440, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8 a.m. έως 8 p.m., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλέσουν στο 711. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία στο Medicare καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ή απευθείας στο Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων 1-800-368-1019 ή TTY 1-800-537-7697.

**1.1 Σεικشن 1.1** ہمیں معلومات اس انداز میں فراہم کرنی چاہیے جو آپ کے لیے مناسب ہو اور آپ کے ثقافتی حساس پہلوؤں سے ہم آہنگ ہو (انگریزی کے علاوہ باقی زبانوں میں، بریل میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس، وغیرہ)

آپ کے منصوبے سے اس بات کو یقینی بنانے کا تقاضا کیا جاتا ہے کہ تمام سروسز، کلینکل اور غیر کلینکل دونوں ثقافتی طور پر موزوں انداز میں فراہم کی جاتی ہیں اور تمام مندرجہ افراد کو ان تک رسائی حاصل ہے جن میں انگریزی زبان کی محدود مہارت، پڑھنے کی محدود مہارتیں، قوت سماعت سے محروم، یا متنوع ثقافتی اور نسلی پس منظر سے تعلق رکھنے والے افراد شامل ہیں۔ منصوبہ رسائی کے تقاضے کیسے پورا کر سکتا ہے اس کی مثالوں میں بلاتحدید، ترجمان کی سروسز، مترجم کی سروسز، ٹیلی ٹائپ رائٹرز، یا TTY (ٹیکسٹ ٹیلی فون یا ٹیلی ٹائپ رائٹر فون) کنکشن کی فراہمی شامل ہیں۔

## Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

ہمارے منصوبے میں مفت ترجمان کی سروسز موجود ہیں جو انگریزی نہ بولنے والے ممبرز کے سوالات کا جواب دینے کے لیے دستیاب ہیں۔ ہم آپ کو ضرورت پیش آنے پر بریل سسٹم میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس میں بغیر کسی قیمت کے بھی معلومات فراہم کرتے ہیں۔ ہمارے لیے منصوبے کے وظائف کے بارے میں ایسے فارمیٹ میں آپ کو معلومات فراہم کرنا ضروری ہے جو آپ کے لیے قابل رسائی اور موزوں ہو۔ براہ کرم ہم سے اپنے لیے کام کرنے والی معلومات حاصل کرنے کے لیے ممبر سروسز کو کال کریں۔

ہمارے منصوبے سے تقاضا کیا جاتا ہے کہ وہ مندرجہ خواتین کو ان کی روزمرہ اور احتیاطی صحت کی نگہداشت کی سروسز کے لیے نیٹ ورک کے اندر خواتین کی صحت کے ماہر تک براہ راست رسائی کا اختیار دے۔

اگر منصوبے کے نیٹ ورک میں خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان دستیاب نہیں ہیں، تو یہ منصوبے کی ذمہ داری ہے کہ وہ نیٹ ورک سے باہر خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان کو تلاش کرے جو آپ کو ضروری نگہداشت فراہم کریں گے۔ اس کیس میں، آپ صرف اندرون نیٹ ورک لاگت کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ خود کو ایک ایسی صورتحال میں پاتے ہیں جہاں منصوبے کے نیٹ ورک میں کوئی ماہرین موجود نہیں ہیں جو آپ کو درکار سروسز کو کور کریں، تو منصوبے کو اس حوالے سے معلومات کے لیے کال کریں کہ اس سروسز کو اندرون نیٹ ورک لاگت کے اشتراک پر حاصل کرنے کے لیے کہاں جائیں۔

اگر آپ کو ہمارے منصوبے میں موجود اپنے لیے قابل رسائی اور موزوں فارمیٹ میں معلومات حاصل کرنے میں کسی مشکل کا سامنا کرنا پڑ رہا ہے، تو براہ کرم مقامی وقت کے مطابق، پیر-جمعہ، صبح 8 بجے - رات 8 بجے تک، (833) 671-0440 پر کال کر کے ممبر سروسز کو شکایت درج کروائیں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر کال کریں۔ آپ Medicare ((1-800-633-4227)) پر کال کر کے یا دفتر برائے شہری حقوق کو 1-800-368-1019 یا 1-800-537-7697 TTY پر براہ راست کال کر کے Medicare کے ساتھ شکایت درج کروا سکتے ہیں۔

### Seksyon 1.2 Dapat naming tiyakin na makakakuha ka ng napapanahong access sa mga saklaw na serbisyo at gamot

May karapatan kang pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga (PCP) sa network ng plano na magbibigay at mangangasiwa ng iyong mga saklaw na serbisyo. May karapatan ka sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang hindi kumukuha ng referral.

May karapatan kang kumuha ng mga nakatakdang pagpapatingin at mga saklaw na serbisyo mula sa mga provider na nasa network ng plano sa loob ng makatwirang haba ng panahon. Kabilang dito ang karapatang makakuha ng mga napapanahong serbisyo mula sa mga espesyalista kapag kailangan mo ang pangangalagang iyon. May karapatan ka ring kunin o i-refill ang iyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network nang hindi naghihintay nang matagal.

Kung sa palagay mo ay hindi mo natatanggap ang iyong pangangalagang medikal o mga gamot sa Bahagi D sa loob ng makatuwirang tagal ng panahon, isinasaad ng Kabanata 9 kung ano ang puwede mong gawin.

### Seksyon 1.3 Dapat naming protektahan ang privacy ng personal na impormasyon mo sa kalusugan

Pinoprotektahan ng mga batas ng pederal at estado ang privacy ng mga medikal na rekord at personal na impormasyon sa kalusugan mo. Pinoprotektahan namin ang personal na impormasyon sa kalusugan mo gaya ng iniaatas ng mga batas na ito.

- Kasama sa personal na impormasyon sa kalusugan mo ang **personal na impormasyon** na ibinigay mo sa amin noong nagpatala ka sa planong ito gayundin ang mga medikal na rekord mo at iba pang impormasyong medikal at kalusugan.

## Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

- May mga karapatan ka kaugnay sa impormasyon mo at pagkontrol kung paano nagagamit ang impormasyon sa kalusugan mo. Bibigyan ka namin ng nakasulat na abiso, na tinatawag na *Abiso ng Pagsasanay sa Privacy*, na nagsasabi tungkol sa mga karapatang ito at nagpapaliwanag kung paano namin pinoprotektahan ang privacy ng impormasyon sa kalusugan mo.

### Paano namin pinoprotektahan ang privacy ng impormasyon sa kalusugan mo?

- Sinisigurado namin na hindi makikita o mapapalitan ng mga hindi awtorisadong tao ang mga rekord mo.
- Maliban sa mga sitwasyong tinukoy sa ibaba, kung nilalayan naming ibigay ang iyong impormasyon sa kalusugan sa sinumang hindi nagbibigay ng iyong pangangalaga o nagbabayad para sa iyong pangangalaga, *kinakailangan naming kumuha muna ng nakasulat na pahintulot mula sa iyo o sa sinumang may legal na kapangyarihang gumawa ng mga desisyon para sa iyo.*
- May mga partikular na eksepsiyon na hindi nag-aatas sa aming kunin muna ang iyong nakasulat na pahintulot. Pinapayagan o inaatas ng batas ang mga pagbubukod na ito.
  - Inaatasan kaming maglabas ng impormasyon sa kalusugan sa mga ahensiya ng gobyerno na nagsusuri sa kalidad ng pangangalaga.
  - Dahil miyembro ka ng aming plano sa pamamagitan ng Medicare, kailangan naming ibigay sa Medicare ang iyong impormasyon sa kalusugan kabilang ang impormasyon tungkol sa iyong mga inireresetang gamot sa Bahagi D. Kung ilalabas ng Medicare ang iyong impormasyon para sa pananaliksik o para sa iba pang paggamit, gagawin ito nang naaayon sa mga batas at regulasyon ng pederal na pamahalaan; sa karaniwan, inaatas nito na huwag ibahagi ang impormasyong partikular na makakapagtukoy sa iyo.

### Makikita mo ang impormasyon sa iyong mga tala at malalaman mo kung paano ito ibinahagi sa ibang tao

May karapatan kang tingnan ang iyong mga medikal na rekord na nasa aming plano, at kumuha ng kopya ng iyong mga tala. May pahintulot kaming singilin ka ng bayarin para sa paggawa ng mga kopya. May karapatan ka rin na hilingin sa amin na gumawa ng mga pagdaragdag o pagwawasto sa mga medikal na rekord mo. Kung hihilingin mo na gawin namin ito, makikipagtulungan kami sa iyong provider ng pangangalaga ng kalusugan para magdesisyon kung dapat bang gawin ang mga pagbabago.

May karapatan kang malaman kung paano ibinahagi ang iyong impormasyon sa kalusugan sa ibang tao para sa anumang layunin na hindi karaniwan.

Kung mayroon kang mga tanong o alalahanin tungkol sa pagkapribado ng iyong personal na impormasyon sa kalusugan, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

### ABISO SA MGA KASANAYAN SA PRIVACY

#### INILALARAWAN NG ABISONG ITO KUNG PAANO MAAARING GAMITIN AT IBUNYAG ANG MEDIKAL NA IMPORMASYON TUNGKOL SA IYO AT KUNG PAANO KA MAKAKAKUHA NG ACCESS SA IMPORMASYONG ITO. PAKISURI ITONG MABUTI.

Inilalarawan ng Paunawang ito ang mga kasanayan sa privacy ng mga kaakibat na planong pangkalusugan ng Molina Healthcare (tinutukoy dito bilang “Molina”, “kami” o “aming”). Ginagamit at ibinabahagi namin ang protektadong impormasyon sa kalusugan (“PHI”) tungkol sa iyo upang maibigay ang iyong mga benepisyo sa kalusugan bilang isang miyembro ng Molina. Ginagamit at ibinabahagi namin ang iyong PHI upang maisagawa ang paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan. Ginagamit at ibinabahagi rin namin ang iyong PHI para sa iba pang mga kadahilanan na pinapayagan at iniaatas ng batas. May tungkulin

## **Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

---

kami na panatilihin pribado ang iyong impormasyon sa kalusugan at sundin ang mga tuntunin ng Abisong ito. Ang petsa ng pagkakabisa ng Abisong ito ay Enero 1, 2026.

Ang **PHI** ay impormasyon sa kalusugan na kinabibilangan ng pangalan mo, numero ng miyembro o iba pang mga nakakatukoy, at ginagamit o ibinabahagi namin. Kasama sa PHI ang impormasyong pangkalusugan tungkol sa mga karamdaman sa paggamit ng substansiya at biometric na impormasyon (tulad ng voiceprint).

### **Bakit namin ginagamit o ibinabahagi ang iyong PHI?**

Ginagamit o ibinabahagi namin ang iyong PHI upang mabigyan ka ng mga benepisyo sa pangangalaga ng kalusugan. Ang iyong PHI ay ginagamit o ibinabahagi din para sa paggamot, pagbabayad, at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan.

### **Para sa Paggamot**

Maaari naming gamitin o ibahagi ang iyong PHI upang mabigyan ka ng, o maiayos ang, iyong pangangalagang medikal. Kasama rin sa paggamot na ito ang mga referral sa pagitan ng iyong mga doktor o iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan. Halimbawa, maaari kaming magbahagi ng impormasyon tungkol sa kondisyon ng iyong kalusugan sa isang espesyalista. Tinutulungan nito ang espesyalista na makipag-usap tungkol sa iyong paggamot sa iyong doktor.

### **Para sa Pagbabayad**

Maaaring gamitin o ibahagi namin ang PHI upang makagawa ng mga desisyon sa pagbabayad. Maaaring kabilang dito ang mga paghahabol, mga pag-apruba para sa paggamot, at mga desisyon tungkol sa medikal na pangangailangan. Ang iyong pangalan, iyong kondisyon, iyong paggamot, at mga panustos na ibinigay ay maaaring nakasulat sa singil. Halimbawa, maaari naming ipaalam sa isang doktor na taglay mo ang mga benepisyo namin. Sasabihin din namin sa doktor ang halaga ng bayarin na babayaran namin.

### **Para sa Mga Operasyon sa Pangangalaga ng Kalusugan**

Maaaring gamitin o ibahagi namin ang PHI tungkol sa iyo upang mapatakbo ang aming (mga) planong pangkalusugan. Halimbawa, maaari kaming gumamit ng impormasyon mula sa iyong paghahabol upang maipalam sa iyo ang tungkol sa isang programang pangkalusugan na maaaring makatulong sa iyo. Maaari din naming gamitin o ibahagi ang iyong PHI upang malutas ang iyong mga alalahanin. Ang iyong PHI ay maaari ding gamitin upang makita kung nababayaran nang tama ang mga paghahabol.

**Ang mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan ay kinabibilangan ng maraming pang-araw-araw na pangangailangan sa negosyo. Kabilang dito ang ngunit hindi limitado sa mga sumusunod:**

- Pagpapabuti ng kalidad;
- Mga aksyon sa mga programang pangkalusugan upang matulungan ang mga miyembro sa ilang partikular na kondisyon (tulad ng hika);
- Pagsasagawa o pag-aayos para sa medikal na pagsusuri;
- Mga serbisyong legal, kabilang ang mga programa sa pagtuklas ng panloloko at pang-aabuso at paglilitis;
- Mga aksyon para matulungan tayong sumunod sa mga batas;
- Tugunan ang mga pangangailangan ng miyembro, kabilang ang paglutas sa mga reklamo at karainan.

Ibahagi namin ang PHI mo sa ibang mga kumpanya (“**mga kasosyo sa negosyo**”) na nagsasagawa ng iba't ibang uri ng mga aktibidad para sa (mga) planong pangkalusugan namin. Maaari din naming gamitin ang PHI mo para mabigyan ka ng mga paalala tungkol sa mga appointment mo. Maaari naming gamitin ang PHI mo para mabigyan ka ng impormasyon tungkol sa ibang (mga) paggamot, o iba pang mga benepisyo at serbisyong nauugnay sa kalusugan.

## **Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

---

**Kailan namin maaaring gamitin o ibahagi ang iyong PHI nang walang nakasulat na pahintulot (pag-apruba) mula sa iyo?**

**Bukod sa paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan, pinapayagan o inaatasan ng batas ang Molina na gamitin at ibahagi ang iyong PHI para sa ilang iba pang mga layunin kabilang ang mga sumusunod:**

### **Iniaatas ng batas**

Gagamitin o ibabahagi namin ang impormasyon tungkol sa iyo ayon sa iniaatas ng batas. Ibabahagi namin ang iyong PHI kapag kinakailangan ng Kalihim ng Department of Health and Human Services (HHS). Maaaring para ito sa isang kaso sa korte, iba pang legal na pagsusuri, o kapag kinakailangan para sa mga layuning pagpapatupad ng batas.

### **Pampublikong Kalusugan**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa mga aktibidad sa pampublikong kalusugan. Maaaring kabilang dito ang pagtulong sa mga ahensya ng pampublikong kalusugan upang maiwasan o makontrol ang sakit.

### **Pagsubaybay sa Pangangalaga ng Kalusugan**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi sa mga ahensya ng gobyerno. Maaaring kailanganin nila ang iyong PHI para sa mga pag-audit.

### **Pananaliksik**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa pananaliksik sa ilang partikular na kaso, tulad ng kapag naaprubahan ng isang lupon ng privacy o pagsusuri ng institusyon.

### **Mga Legal o Administratibong Paglilitis**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa mga legal na paglilitis, gaya ng pagtugon sa isang utos ng hukuman.

### **Pagpapatupad ng Batas**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi sa pulisya para sa mga layunin ng pagpapatupad ng batas, tulad ng pagtulong sa paghahanap ng suspek, saksi o nawawalang tao.

### **Kalusugan at Kaligtasan**

Maaaring ibahagi ang iyong PHI upang maiwasan ang isang seryoso at nalalapit na banta sa kalusugan o kaligtasan ng isang tao o ng publiko.

### **Mga Tungkulin ng Pamahalaan**

Maaaring ibahagi ang PHI mo sa gobyerno para sa mga espesyal na function. Isang halimbawa ang para protektahan ang Pangulo.

### **Mga Biktima ng Pang-aabuso, Pagpapabaya o Karahasan sa Bahay**

Ang iyong PHI ay maaaring ibahagi sa mga legal na awtoridad kung naniniwala kami na biktima ng pang-aabuso o pagpapabaya ang isang tao.

### **Kabayaran sa mga Manggagawa**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi upang masunod ang mga batas sa Kabayaran sa mga Manggagawa.

## **Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

---

### **Iba pang Pagbubunyag**

Maaaring ibahagi ang PHI mo sa mga funeral director o coroner para makatulong sa paggawa nila ng kanilang trabaho.

### **Karagdagang mga Paghihigpit sa Paggamit at Pagsisiwalat.**

Maaaring kailanganin ng ilang pederal at lokal na batas ang espesyal na mga proteksiyon sa privacy na naglilimita sa paggamit at pagsisiwalat ng ilang uri ng impormasyon sa kalusugan. Maaaring protektahan ng mga naturang batas ang mga sumusunod na uri ng impormasyon: mga karamdaman sa paggamit ng alak at ipinagbabawal na gamot, biometric na impormasyon, pang-aabuso o pagpapabaya sa bata o adulto kabilang ang seksuwal na pag-atake, mga nakakahawang sakit, impormasyong henetiko, HIV/AIDS, kalusugang pangkaisipan, impormasyon ng mga menor de edad, mga reseta, kalusugang reproduktibo, at mga sakit na nakukuha sa pakikipagtalik. Susundin namin ang mas mahigpit na batas, kung ito ay naaangkop sa amin.

Impormasyon Tungkol sa Karamdaman sa Paggamit ng Substansya (SUD). Bagama't hindi kami isang programa ng paggamot para sa karamdaman sa paggamit ng substansya sa ilalim ng pederal na batas (isang "SUD Program"), maaari kaming makatanggap ng impormasyon mula sa isang SUD Program tungkol sa iyo. Hindi namin maaaring ibunyag ang impormasyon ng SUD para magamit sa isang sibil, kriminal, administratibo, o pambatasan na paglilitis laban sa iyo maliban kung mayroon kaming (i) nakasulat na pahintulot mo, o (ii) isang utos ng hukuman na sinamahan ng isang subpoena o iba pang legal na kinakailangan ng pagbubunyag na inisyu matapos namin at kayong mabigyan ng abiso at pagkakataon na marinig.

### **Kailan kailangan ng Molina ang iyong nakasulat na pahintulot (pag-apruba) para magamit o maibahagi ang iyong PHI?**

Kailangan namin ang iyong nakasulat na pag-apruba upang magamit o maibahagi ang iyong PHI para sa isang layunin na wala sa nakalista sa Abisong ito. Kailangan namin ang iyong pahintulot bago namin ibunyag ang iyong PHI para sa mga sumusunod: (1) karamihan sa mga gamit at pagsisiwalat ng mga tala ng psychotherapy; (2) mga paggamit at pagsisiwalat para sa mga layunin ng marketing; at (3) mga paggamit at pagsisiwalat na may kinalaman sa pagbebenta ng PHI. Maaari mong kanselahin ang isang nakasulat na pag-apruba na ibinigay mo sa amin. Ang iyong pagkansela ay hindi mailalapat sa mga aksyon na nagawa na namin dahil sa pag-apruba na naibigay mo na sa amin.

### **Ano ang iyong mga karapatan sa impormasyon sa kalusugan?**

May karapatan ka na:

#### **Humiling ng mga Paghihigpit sa mga Paggamit o Pagbubunyag ng PHI (Pagbabahagi sa Iyong PHI)**

Maaari mong hilingin sa amin na huwag ibahagi ang iyong PHI upang maisagawa ang paggamot, pagbabayad o mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan. Maaari mo ring hilingin sa amin na huwag ibahagi ang iyong PHI sa kapamilya, mga kaibigan o iba pang mga taong pinangalanan mo na kasangkot sa iyong pangangalaga ng kalusugan. Gayunpaman, hindi kami kinakailangang sumang-ayon sa iyong kahilingan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form para gawin ang iyong kahilingan.

#### **Humiling ng Kumpidensyal na mga Komunikasyon ng PHI**

Maaari mong hilingin sa Molina na ibigay sa iyo ang iyong PHI sa isang partikular na paraan o sa isang partikular na lugar upang makatulong na mapanatiling pribado ang iyong PHI. Susundin namin ang mga makatwirang kahilingan, kung sasabihin mo sa amin kung paano magsasapanganib sa buhay mo ang pagbabahagi ng lahat o bahagi ng PHI na iyon. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form para gawin ang iyong kahilingan.

## **Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

---

### **Suriin at Kopyahin ang Iyong PHI**

May karapatan kang suriin at makakuha ng kopya ng iyong PHI na hawak namin. Maaaring kabilang dito ang mga rekord na ginamit sa paggawa ng pagsaklaw, mga paghahabol at iba pang mga desisyon bilang aming Miyembro. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form para gawin ang iyong kahilingan. Maaari ka naming singilin ng makatwirang bayad para sa pagkopya at pagpapadala ng mga talaan sa koreo. Sa ilang mga kaso, maaari naming tanggihan ang kahilingan. Mahalagang Paalala: Wala kaming kumpletong mga kopya ng iyong mga medikal na rekord. Kung gusto mong tingnan, kumuha ng kopya ng, o baguhin ang iyong mga medikal na rekord, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong doktor o klinika.

### **Amyendahan ang Iyong PHI**

Maaari mong hilingin na amyendahan namin (baguhin) ang iyong PHI. Kinabibilangan lamang ito ng mga rekord na itinago namin tungkol sa iyo bilang isang Miyembro. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form para gawin ang iyong kahilingan. Maaari kang maghain ng liham ng hindi pagsang-ayon sa amin kung tatanggihan namin ang kahilingan.

### **Tumanggap ng Accounting ng mga pagsisiwalat ng PHI (Pagbabahagi ng Iyong PHI)**

Maaari mong hilingin na bigyan ka namin ng isang listahan ng ilang mga partido na pinagbahagian namin ng PHI mo sa loob ng anim na taon bago ang petsa ng kahilingan mo. Hindi isasama sa listahan ang PHI na ibinahagi ayon sa sumusunod:

- para sa paggamot, pagbabayad o mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan;
- sa mga tao tungkol sa kanilang sariling PHI;
- pagbabahagi na ginawa nang may pahintulot mo;
- insidente sa paggamit o pagsisiwalat na hindi pinahihintulutan o kinakailangan sa ilalim ng naaangkop na batas;
- PHI na inilabas para sa kapakanan ng pambansang seguridad o para sa intelihensiya; o
- bilang bahagi ng isang limitadong ng data na naitakda alinsunod sa nalalapat na batas.

Maniningil kami ng makatwirang bayad para sa bawat listahan kung hihilingin mo ang listahang ito nang higit sa isang beses sa loob ng 12 buwan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form para gawin ang iyong kahilingan.

Maaari kang gumawa ng alinman sa mga kahilingang nakalista sa itaas, o maaari kang makakuha ng papel na kopya ng Abisong ito. Tumawag nang libre sa aming departamento ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numerong nasa likod ng iyong ID card, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY /TDD, mangyaring tumawag sa 711.

### **Ano ang maaari mong gawin kung hindi naprotektahan ang iyong mga karapatan?**

Maaari kang magreklamo sa amin at sa Department of Health and Human Services kung naniniwala ka na nalabag ang iyong mga karapatan sa privacy. Hindi kami gagawa ng anumang bagay laban sa iyo para sa paghahain ng reklamo. Ang iyong pangangalaga at mga benepisyo ay hindi magbabago sa anumang paraan.

Maaari kang maghain ng reklamo sa amin sa:

Tumawag nang libre sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero na nasa likod ng iyong ID card, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY/TDD, mangyaring tumawag sa 711. O sumulat sa amin sa:

**Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

---

Molina Healthcare  
Attn: Appeals and Grievances  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801-9977

Maaari kang maghain ng reklamo sa Kalihim ng Department of Health and Human Services ng U.S. sa:

U.S. Department of Health & Human Services  
Office for Civil Rights  
200 Independence Ave., S.W.  
Suite 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

**Ano ang aming mga tungkulin?**

Kinakailangan naming:

- Panatilihin ang iyong PHI na pribado;
- Bigyan ka ng nakasulat na impormasyon, tulad nito sa aming mga tungkulin at mga kasanayan sa privacy tungkol sa iyong PHI;
- Magbigay sa iyo ng abiso kung sakaling magkaroon ng anumang paglabag sa hindi secure na PHI mo;
- Huwag gamitin o ibunyag ang genetic na impormasyon mo para sa mga layunin ng pag-underwrite;
- Sundin ang mga tuntunin ng Abiso na ito.

**Napapailalim ang Abisong ito sa Pagbabago**

Inilalaan namin ang karapatang baguhin ang aming mga gawi sa paggamit ng impormasyon at ang mga tuntunin ng Abisong ito anumang oras. Kung gagawin namin, malalapat ang mga bagong tuntunin at kasanayan sa lahat ng PHI na pinapanatili namin. Kung gagawa kami ng anumang mahahalagang pagbabago, ipo-post namin ang binagong Abiso sa aming website at ipapadala ang binagong Abiso, o impormasyon tungkol sa mahahalagang pagbabago at kung paano makukuha ang binagong Abiso, sa aming susunod na taunang pagpapadala sa aming mga miyembro na sinasaklaw pa rin namin. Available ang Abisong ito sa aming website sa [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com).

**Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan****Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa Abisong ito, mangyaring makipag-ugnayan sa amin.**

Tumawag sa aming departamento ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa walang bayad na numero na nasa likod ng iyong ID card, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY/TDD, mangyaring tumawag sa 711. O sumulat sa Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puwede mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, gaya ng malaking print, braille, o audio. Tumawag sa (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Libre ang tawag.

## Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

---

### Seksyon 1.4 Dapat ka naming bigyan ng impormasyon tungkol sa plano namin, sa network ng mga provider namin, at sa mga saklaw na serbisyo sa iyo

Bilang miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), may karapatan kang makakuha ng ilang uri ng impormasyon mula sa amin.

Kung gusto mong makatanggap ng anuman sa mga sumusunod na uri ng impormasyon, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711):

- **Impormasyon tungkol sa aming plano.** Kasama rito ang, halimbawa, impormasyon tungkol sa pinansyal na kundisyon ng aming plano.
- **Impormasyon tungkol sa aming mga provider na nasa network at parmasya.** May karapatan kang makakuha ng impormasyon tungkol sa mga kwalipikasyon ng mga provider at parmasya sa aming network at kung paano namin binabayaran ang mga provider sa aming network.
- **Impormasyon tungkol sa iyong saklaw at ang mga panuntunang dapat mong sundin kapag ginagamit ang iyong saklaw.** Ang Kabanata 3 at 4 ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa mga serbisyong medikal. Ang Kabanata 5 at 6 ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa pagsaklaw sa gamot sa Bahagi D.
- **Impormasyon tungkol sa kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay at ano ang puwede mong gawin tungkol dito.** Ang Kabanata 9 ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa paghiling ng nakasulat na paliwanag kung bakit hindi sinaklaw ang isang medikal na serbisyo o isang gamot sa Bahagi D o kung bakit pinaghihigpitan ang pagsaklaw sa iyo. Nagbibigay rin ng impormasyon ang Kabanata 9 sa paghiling sa amin na magbago ng desisyon, na tinatawag ding apela.

### Seksyon 1.5 May karapatan kang malaman ang mga opsyon mo sa paggamot at lumahok sa mga desisyon tungkol sa iyong pangangalaga

Karapatan mo na makuha ang buong impormasyon mula sa mga doktor mo at iba pang mga provider ng pangangalaga ng kalusugan. Dapat ipaliwanag ng iyong mga provider ang iyong kundisyong medikal at ang mga pagpipilian mong paggamot *sa paraang nauunawaan mo*.

May karapatan ka rin na ganap na lumahok sa mga desisyon tungkol sa pangangalaga ng kalusugan mo. Para matulungan kang gumawa ng mga desisyon sa iyong mga doktor tungkol sa kung anong paggamot ang pinakamainam para sa iyo, kasama sa mga karapatan mo ang sumusunod:

- **Upang malaman ang tungkol sa lahat ng iyong pagpipilian.** May karapatan kang masabihan tungkol sa lahat ng opsyon ng paggamot na inirekomenda para sa iyong kundisyon, magkano man ang gastos o kung sinasaklaw ba ang mga ito ng aming plano. Kasama rin dito ang pagsasabihan tungkol sa mga programang inaalok ng aming plano para tulungan ang mga miyembro na pamahalaan ang kanilang mga gamot at gumamit ng mga gamot nang ligtas.
- **Para malaman ang tungkol sa mga panganib.** May karapatan kang masabihan tungkol sa anumang mga panganib na kasangkot. Dapat masabihan ka nang maaga kung ang anumang iminumungkahing pangangalagang medikal o paggamot ay bahagi ng isang eksperimento sa pananaliksik. May karapatan kang tanggihan ang mga iniekperimentong paggamot.

## Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

- **Ang karapatang magsabi ng “hindi.”** May karapatan kang tanggihan ang kahit anong paggamot. Kabilang dito ang karapatang umalis sa ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit na pinapayuhan ka ng doktor mo na huwag umalis. May karapatan ka ring huminto sa pag-inom ng gamot mo. Kung tatanggihan mo ang paggamot o hihinto ka sa pag-inom ng gamot, tinatanggap mo ang buong pananagutan sa mangyayari sa iyong katawan.

### May karapatan kang magbigay ng mga tagubilin tungkol sa kung ano ang dapat gawin kung hindi ka makakagawa ng mga medikal na desisyon para sa iyong sarili

Minsan ang mga tao ay hindi makapagpasya sa pangangalaga ng kalusugan para sa kanilang sarili dahil sa mga aksidente o malubhang karamdaman. May karapatan kang sabihin ang gusto mong mangyari kung nasa ganitong sitwasyon ka. Ibig sabihin nito, *kung gusto mo*, magagawa mong:

- Punan ang nakasulat na form upang bigyan ang **isang tao ng legal na awtoridad upang gumawa ng mga medikal na desisyon para sa iyo** kung sakaling hindi mo na kayang gumawa ng desisyon para sa sarili mo.
- **Bigyan ang iyong mga doktor ng nakasulat na mga tagubilin** tungkol sa kung paano mo gustong pangasiwaan nila ang iyong pangangalagang medikal kung hindi mo kayang gumawa ng mga desisyon para sa iyong sarili.

Ang mga legal na dokumentong maaari mong gamitin para ibigay ang iyong mga tagubilin nang maaga sa mga sitwasyong ito ay tinatawag na **mga paunang direktiba**. Ang mga dokumentong tinatawag na **living will** at **power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan** ang mga halimbawa ng mga paunang direktiba.

### Paano magtakda ng paunang direktiba upang magbigay ng mga tagubilin:

- **Kumuha ng form.** Maaari kang kumuha ng form ng paunang direktiba mula sa iyong abogado, sa isang social worker, o sa ilang tindahan ng supply sa opisina. Kung minsan ay makakakuha ka ng mga form ng paunang direktiba mula sa mga organisasyon na nagbibigay sa mga tao ng impormasyon tungkol sa Medicare. Maaari ka ring tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para humingi ng mga form.
- **Punan ang form at pirmahan ito.** Saan mo man nakuha ang form na ito, isa itong legal na dokumento. Dapat mong isaalang-alang na magpatulong sa abogado sa paghahanda nito.
- **Bigyan ng kopya ng form ang mga tamang tao.** Dapat kang magbigay ng kopya ng form sa iyong doktor at sa taong itinalaga mo sa form na gagawa ng mga desisyon para sa iyo kung hindi mo kaya. Maaari mo ring gustuhin na magbigay ng mga kopya sa iyong mga kaibigan o miyembro ng pamilya. Magtago ng kopya sa bahay.

Kung alam mo na ikaw ay maoospital, at pumirma ka ng paunang direktiba, **magdala ng kopya nito sa ospital.**

- Tatanungin sa iyo ng ospital kung pumirma ka ba ng isang form ng paunang direktiba at kung dala mo ba ito.
- Kung hindi ka pa pumirma ng form ng paunang direktiba, may mga form na available sa ospital at tatanungin ka nila kung gusto mong pumirma ng isa.

**Nasa iyong pagpapasya kung pipirma ka ng paunang direktiba** (kabilang kung gusto mo bang pumirma ng isa kung nasa ospital ka). Ayon sa batas, walang makakatanggig bigyan ka ng pangangalaga o walang makapagdiskrimina sa iyo batay sa kung pumirma ka o hindi ng paunang direktiba.

### Kung hindi nasunod ang iyong mga tagubilin

## **Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

---

Kung lumagda ka ng isang paunang direktiba, at naniniwala kang hindi sinunod ng isang doktor o ospital ang mga tagubilin dito, maaari kang maghain ng reklamo sa Hotline ng Reklamo ng New York State Department of Health sa 1-866-334-9866 (TTY 711).

### **Seksyon 1.6 May karapatan kang magreklamo at hilingin sa amin na muling ikonsidera ang mga desisyon na ginawa namin**

Kung mayroon kang anumang problema, alalahanin, o reklamo at kailangan mong humiling ng pagsaklaw, o maghain ng apela, isinasaad sa iyo ng Kabanata 9 ng dokumentong ito kung ano ang maaari mong gawin. Anuman ang iyong gagawin—humiingi ng desisyon sa pagsaklaw, maghain ng apela, o maghain ng reklam—**kailangan ka naming tratuhin nang patas.**

### **Seksyon 1.7 Kung naniniwala kang hindi ka tinatrato nang patas o hindi iginagalang ang iyong mga karapatan**

Kung naniniwala kang hindi ka trinato nang patas o hindi iginalang ang iyong mga karapatan dahil sa iyong lahi, kapansanan, relihiyon, kasarian, kalusugan, etnisidad, pananampalataya (mga paniniwala), edad, o bansang pinagmulan, tumawag sa **Office for Civil Rights** ng Department of Health and Human Services sa 1-800-368-1019 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697), o tumawag sa iyong lokal na Office for Civil Rights.

Kung naniniwala kang hindi ka trinato nang patas o hindi iginalang ang iyong mga karapatan, *at ito ay hindi* tungkol sa diskriminasyon, makakakuha ka ng tulong sa pag-aayos ng iyong problema mula sa mga lugar na ito:

- **Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng aming plano sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)**
- **Tumawag sa iyong lokal na SHIP** sa SHIP. Available ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa Kabanata 2, Seksyon 3.
- **Tumawag sa Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048)

### **Seksyon 1.8 Paano makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo**

Kumuha ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan mula sa mga lugar na ito:

- **Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)**
- **Tumawag sa iyong lokal na SHIP** at (800) 701-0501
- **Makipag-ugnayan sa Medicare**
  - Bisitahin ang [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) upang basahin ang publikasyon na *Mga Karapatan at Pagprotekta ng Medicare* (na available sa: Mga Karapatan at Pagprotekta ng Medicare)

## Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad

---

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048)

### **SEKSYON 2 Ang iyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano**

---

Nakalista sa ibaba ang mga bagay na kailangan mong gawin bilang miyembro ng aming plano. Para sa mga tanong, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

- **Maging pamilyar sa iyong mga saklaw na serbisyo at sa mga tuntuning dapat mong sundin para makuha ang mga saklaw na serbisyonang ito.** Gamitin ang Ebidensya ng Saklaw na ito upang matutunan kung ano ang sinasaklaw at ang mga panuntunang kailangan mong sundin para makuha mo ang iyong mga saklaw na serbisyo.
  - Ang Kabanata 3 at 4 ay nagbibigay ng detalye tungkol sa mga serbisyonang medikal.
  - Ibinibigay ng Kabanata 5 at 6 ang mga detalye tungkol sa iyong mga saklaw sa Bahagi D.
- **Kung mayroon kang anumang iba pang saklaw sa kalusugan at pagsaklaw sa gamot bukod pa sa aming plano, kailangan mo itong ipaalam sa amin.** Sinasabi sa iyo ng Kabanata 1 ang tungkol sa pagsasaayos ng mga benepisyong ito.
- **Sabihin sa iyong doktor at iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na miyembro ka ng aming plano.** Ipakita ang membership card ng aming plano at ang iyong Medicaid card sa tuwing kukuha ka ng iyong pangangalagang medikal o mga inireresetang gamot sa Bahagi D.
- **Tulungan ang mga doktor mo at iba pang provider na tulungan ka sa pamamagitan ng pagbibigay sa kanila ng impormasyon, pagtatanong, at pagsunod sa pangangalaga sa iyo.**
  - Para makatulong na makuha ang pinakamahasag na pangangalaga, sabihin sa mga doktor mo at iba pang provider ng kalusugan ang tungkol sa mga problema mo sa kalusugan. Sundin ang mga plano at tagubilin sa paggamot na pinagkasunduan mo at ng iyong mga doktor.
  - Tiyaking alam ng iyong mga doktor ang lahat ng gamot na iniinom mo, kabilang ang mga gamot na nabibili nang walang reseta, bitamina, at mga supplement.
  - Kung mayroon kang mga tanong, tiyaking magtanong at makakuha ng sagot na nauunawaan mo.
- **Maging mapagkonsidera.** Inaasahan namin na igagalang ng lahat ng aming miyembro ang mga karapatan ng ibang pasyente. Inaasahan din namin na kikilos ka sa paraang makakatulong sa maayos na pagpapatakbo ng tanggapan ng iyong doktor, mga ospital, at iba pang mga tanggapan.
- **Bayaran mo dapat mong bayaran.** Bilang miyembro ng plano, tungkulin mong bayaran ang mga sumusunod:
  - Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong mga premium sa Medicare para manatiling miyembro ng aming plano.
  - Kung inatasan kang magbayad ng karagdagan halaga para sa Bahagi D dahil sa iyong mas mataas na kita (ayon sa iniulat sa iyong huling tax return), dapat mong patuloy na bayaran nang direkta ang karagdagan halaga sa gobyerno upang manatili kang miyembro ng aming plano.
- **Kung lilipat ka sa loob ng lugar ng serbisyo ng aming plano, kailangan naming malaman** upang mapanatiling napapanahon ang rekord ng membership mo at malaman kung paano makipag-ugnayan sa iyo.

### **Kabanata 8: Ang iyong mga karapatan at responsibilidad**

---

- **Kung lilipat ka *sa labas* ng lugar ng serbisyo ng aming plano, hindi ka maaaring manatiling miyembro ng aming plano.**
- **Kung lilipat ka, ipaalam ito sa Seguridad Panlipunan (o sa Lupon para sa Benepisyo sa Pagreretiro ng mga Trabahador sa Riles).**

## KABANATA 9:

# Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

## **SEKSYON 1    Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o alalahanin**

---

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga proseso sa pangangasiwa ng mga problema at alalahanin. Ang prosesong gagamitin mo para tugunan ang iyong problema ay depende sa uri ng problema na mayroon ka:

- Para sa ilang problema, kailangan mong gamitin ang **proseso para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela**.
- Para sa iba pang problema, kailangan mong gamitin ang **proseso para sa paghahain ng reklamo** (na tinatawag ding mga hinaing).

### **Seksyon 1.1    Mga legal na termino**

May mga legal na termino para sa ilan sa mga panuntunan, pamamaraan, at uri ng mga deadline na ipinaliwanag sa kabanatang ito. Karamihan sa mga terminong ito ay hindi pamilyar sa karamihan ng mga tao. Upang gawing madali ang lahat, gumagamit ang kabanatang ito ng mas pamilyar na mga salita bilang kapalit sa ilang mga legal na termino.

Gayunpaman, minsan ay mahalaga ring malaman ang wastong mga legal na termino. Upang matulungan kang malaman kung aling mga termino ang dapat gamitin upang makatanggap ng wastong tulong o impormasyon, isinama **namin** ang mga legal na termino na ito kapag nagbibigay ng mga detalye para sa pangangasiwa ng mga partikular na sitwasyon.

## **SEKSYON 2    Saan makakakuha ng higit pang impormasyon at pinasadyang tulong**

---

Available kami palagi para tulungan ka. Kahit na mayroon kang reklamo tungkol sa paggamot namin sa iyo, obligado kaming igalang ang iyong karapatang magreklamo. Dapat ay palagi kang tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) para sa tulong. Sa ilang sitwasyon, maaaring gustuhin mo din ng tulong o gabay mula sa isang taong hindi nauugnay sa amin. Ang dalawang organisasyong makakatulong ay ang:

### **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)**

Ang bawat estado ay may programa ng gobyerno na may mga sinanay na tagapayo. Hindi konektado ang programang ito sa amin o sa alinmang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Matutulungan ka ng mga tagapayo sa programang ito na maunawaan kung aling proseso ang dapat mong gamitin para pangasiwaan ang isang problema na nararanasan mo. Maaari din nilang sagutin ang iyong mga tanong, bigyan ka ng higit pang impormasyon, at mag-alok ng patnubay sa gagawin.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

---

Ang mga serbisyo ng mga tagapayo ng SHIP ay libre. Available ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng SHIP sa Kabanata 2, Seksyon 3.

**Medicare**

Maaari ka ring makipag-ugnayan sa Medicare para sa tulong:

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov)

**Makakakuha ka ng tulong at impormasyon mula sa Medicaid**

- Maaari mong tawagan ang Medicaid Helpline sa 1-800-541-2831 (TTY 711) Lunes hanggang Biyernes 8 a.m.-8 p.m., Sabado 9 a.m.-1 p.m.
- Maaari kang sumulat sa iyong Local Department of Social Services (LDSS). Hanapin ang address para sa iyong LDSS sa: [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss)
- Maaari mo ring bisitahin ang website ng New York State Medicaid: [www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid](http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid)

**SEKSYON 3 Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medicaid**

---

Mayroon kang Medicare at nakakakuha ka ng tulong mula sa Medicaid. Ang impormasyon sa kabanatang ito ay nalalapat sa **lahat** ng iyong mga benepisyong sa Medicare at Medicaid. Tinatawag itong pinagsamang proseso dahil pinagsasama, o pinagsasanib nito, ang mga proseso ng Medicare at Medicaid.

Minsan ang mga proseso ng Medicare at Medicaid ay hindi pinagsasama. Sa mga sitwasyong iyon, gamitin ang proseso ng Medicare para sa benepisyong saklaw ng Medicare at proseso ng Medicaid para sa benepisyong saklaw ng Medicaid. Ipinapaliwanag ang mga sitwasyong ito sa **Seksyon 6.4**.

**SEKSYON 4 Aling proseso ang gagamitin para sa iyong problema**

---

Kung mayroon kang problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa iyong sitwasyon. Ang impormasyon sa ibaba ay makakatulong sa iyo na mahanap ang tamang seksyon ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo tungkol sa **mga benepisyong saklaw ng Medicare o Medicaid**.

**Ang problema o alalahanin ba mo ay tungkol sa mga benepisyong saklaw mo?**

Kasama rito ang mga problema tungkol sa kung sasaklawin ba o hindi ang pangangalagang medikal (mga medikal na item, mga serbisyo, at/o mga gamot sa Bahagi B), ang paraan ng pagsaklaw sa mga ito, at ang mga problemang may kaugnayan sa pagbabayad para sa pangangalagang medikal.

**Oo.**

Tingnan ang **Seksyon 5, Isang gabay para sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela.**

**Hindi.**

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

Tingnan ang **Seksyon 11, Paano maghain ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, serbisyo sa customer o iba pang alalahanin.**

---

**Mga desisyon sa pagsaklaw at apela**

---

**SEKSYON 5 Isang gabay sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela**

---

Mga desisyon sa pagsaklaw at apela na may kinalaman sa mga problemang nauugnay sa iyong mga benepisyo at pagsaklaw para sa iyong pangangalagang medikal (mga serbisyo, item, at gamot sa Bahagi B, kabilang ang pagbabayad). Para panatilihin simple ang mga bagay-bagay, karaniwan naming tinutukoy ang mga medikal na item, serbisyo, at gamot sa Medicare Part B bilang **pangangalagang medikal**. Gagamitin mo ang proseso ng desisyon sa pagsaklaw at mga apela para sa mga isyu gaya ng kung saklaw o hindi ang isang bagay at kung paano sasaklawin ang isang bagay.

**Paghingi ng mga desisyon sa pagsaklaw bago ka makakuha ng mga serbisyo**

Kung gusto mong malaman kung sasaklawin namin ang isang pangangalagang medikal bago mo ito makuha, maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw para sa iyo. Ang desisyon sa pagsaklaw ay isang desisyong ginagawa namin tungkol sa iyong mga benepisyo saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa mga pangangalagang medikal mo. Halimbawa, kung ni-refer ka ng doktor na nasa network ng aming plano sa isang medikal na espesyalistang wala sa network, itinuturing na makakabuting desisyon sa pagsaklaw ang referral na ito maliban na lang kung maipapakita ng iyong doktor na nasa network na nakatanggap ka ng karaniwang abiso ng pagtanggap para sa medikal na espesyalistang ito, o nilinaw ng Ebidensya ng Saklaw na hindi kailanman sasaklawin ang naturang ni-refer na serbisyo sa ilalim ng anumang kundisyon. Maaari ka o ang iyong doktor na makipag-ugnayan sa amin at humiling ng desisyon sa pagsaklaw kung hindi sigurado ang iyong doktor kung sasaklawin namin o hindi ang isang partikular na medikal na serbisyo o tatanggihan namin ang pagbibigay ng pangangalagang medikal na sa tingin mo ay kailangan mo.

Sa mga limitadong pagkakataon, ang isang kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw ay babalewalain, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa **kung** kailan binabalewala ang isang kahilingan ay kung ang kahilingan ay hindi kumpleto, kung may ibang gumawa ng kahilingan sa ngalan mo ngunit hindi siya legal na pinapahintulutan na gawin ito, o kung hihilingin mong bawiin ang iyong kahilingan. Kung tanggihan namin ang kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw, magpapadala kami ng abisong nagpapaliwanag kung bakit tinanggihan ang kahilingan at kung paano hihiling na suriin ang pagtanggap.

Gumagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw kapag nagdedesisyon kami kung ano ang sasaklawin para sa iyo at kung magkano ang babayaran namin. Sa ilang kaso, maaari kaming magpasya na hindi saklawin o hindi na saklawin ng Medicare ang pangangalagang medikal mo. Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon sa pagsaklaw na ito, maaari kang gumawa ng apela.

**Pag-apela**

Kung gagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw, bago man o pagkatapos mong makatanggap ng benepisyo, at hindi ka nasiyahan, maaari mong **iapela** ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin namin ang aming ginawang desisyon sa pagsaklaw. Sa ilalim ng ilang sitwasyon, maaari kang humiling ng pinabilis o **mabilis na apela** ng isang desisyon sa pagsaklaw. Ang iyong apela ay pinangangasiwaan ng ibang mga tagasuri kaysa sa mga gumawa ng orihinal na desisyon.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

Kapag nag-apela ka sa isang desisyon sa unang pagkakataon, ito ay tinatawag na Antas 1 na Apela. Sa apelang ito, sinusuri namin ang desisyon sa pagsaklaw na ginawa namin upang tingnan kung sinunod namin nang tama ang mga panuntunan. Kapag nakumpleto na namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon.

Sa mga limitadong pagkakataon, tinatanggi ang kahilingan para sa Antas 1 na apela, ibig sabihin, hindi namin susuriin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa kung kailan binabalewala ang isang kahilingan ay kung ang kahilingan ay hindi kumpleto, kung may humiling sa ngalan mo ngunit hindi siya legal na awtorisadong gawin ito o kung hihilingin mong bawiin ang kahilingan mo. Kung tanggi namin ang kahilingan para sa Antas 1 na apela, magpapadala kami ng abisong nagpapaliwanag kung bakit tinanggi ang kahilingan at kung paano hihiling na suriin ang pagtanggihan.

Kung tatanggihan namin ang lahat o bahagi ng iyong Antas 1 na apela para sa pangangalagang medikal, awtomatikong mapupunta ang iyong apela sa Antas 2 na apela. Ang Antas 2 na apela ay isinasagawa ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na walang kaugnayan sa amin.

- Wala kang kailangang gawin para magsimula ng Antas 2 na apela. Kinakailangan sa mga panuntunan ng Medicare na awtomatiko naming ipadala ang iyong apela para sa pangangalagang medikal sa Antas 2 kung hindi kami ganap na sumasang-ayon sa iyong Antas 1 na apela.
- Tingnan ang **Seksyon 6.4** ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga Antas 2 na apela para sa pangangalagang medikal.
- Tinatalakay ang mga apela sa Bahagi D sa Seksyon 7 ng kabanatang ito.

Kung hindi ka nasisiyahan sa desisyon sa Antas 2 na apela, maaari kang makapagpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela (ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga proseso ng Antas 3, 4, at 5 na apela).

### **Seksyon 5.1 Humingi ng tulong para sa desisyon sa pagsaklaw o pag-apela**

Narito ang mga sanggunian kung magpapasya kang humiling ng anumang uri ng desisyon sa pagsaklaw o umapela sa isang desisyon:

- **Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)**
- **Kumuha ng libreng tulong** mula sa iyong State Health Insurance Assistance Program
- **Ang iyong doktor o ibang provider ng pangangalaga ng kalusugan ay maaaring humiling para sa iyo.** Kung tumutulong ang iyong doktor sa isang apela na lampas sa Antas 2, kakailanganin nilang maitalaga bilang iyong kinatawan. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humingi ng form para sa *Pagtatalaga ng Kinatawan*. (Available din ang form sa [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf))
  - Para sa pangangalagang medikal, puwedeng ang doktor o iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan mo ang humiling ng desisyon sa pagsaklaw o ng Antas 1 na apela sa ngalan mo. Kung tinanggi ang iyong apela sa Antas 1, awtomatiko itong dadalhin sa Antas 2.
  - Kung hihilingin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta na ipagpatuloy ang isang serbisyo o bagay na nakukuha mo na sa panahon ng iyong apela, **maaaring** kailanganin mong pangalanan sila bilang iyong kinatawan para kumilos sa ngalan mo.
  - Para sa mga gamot sa Bahagi D, maaaring humiling ang iyong doktor o tagapagreseta ng desisyon sa pagsaklaw o ng isang Antas 1 na apela sa iyong ngalan. Kung tinanggi ang iyong Antas 1 na apela, maaaring humiling ang iyong doktor o tagapagreseta ng Antas 2 na apela.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

- **Maaari mong hilingin sa isang tao na kumilos para sa iyo.** Maaari mong pangalanan ang isa pang tao para kumilos para sa iyo bilang kinatawan mo upang humiling ng isang desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela.

Kung gusto mong gawing kinatawan ang isang kaibigan, kamag-anak, o iba pang tao, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) at humingi ng form para sa *Pagtatalaga ng Kinatawan*. (Available din ang form sa [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)) Nagbibigay ang form na ito ng pahintulot sa taong iyon na kumilos sa ngalan mo. Dapat mo itong lagdaan at pati na rin ng taong gusto mong kumilos sa ngalan mo. Dapat mo kaming bigyan ng kopya ng nilagdaang form.

Maaari kaming tumanggap ng kahilingan sa apela mula sa isang kinatawan nang wala ang form, ngunit hindi namin masisimulan o makukompleto ang aming pagsusuri hanggang sa matanggap namin ito. Kung hindi namin makukuha ang form bago ang deadline namin sa paggawa ng desisyon tungkol sa iyong apela, tatanggihan na ang iyong kahilingan sa apela. Kung mangyayari ito, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng iyong karapatang humiling sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na suriin ang desisyon naming tanggihan ang iyong apela.

- **May karapatan ka ring kumuha ng abogado.** Maaari kang makipag-ugnayan sa sarili mong abogado o kumuha ng pangalan ng abogado sa iyong lokal na samahan ng mga abogado o sa iba pang serbisyo ng referral. Bibigyan ka ng ilang ligal na grupo ng mga libreng serbisyong ligal kung kwalipikado ka. Gayunpaman, **hindi mo kailangang kumuha ng abogado** para humiling ng anumang uri ng desisyon sa pagsaklaw o iapela ang isang desisyon.

### **Seksyon 5.2 Mga alituntunin at deadline para sa iba't ibang sitwasyon**

Mayroong 4 na magkakaibang sitwasyon na kinasasangkutan ng mga desisyon sa pagsaklaw at apela. May iba't ibang panuntunan at huling araw na nakatakda para sa bawat sitwasyon, ibinibigay namin ang mga detalye para sa bawat isa sa mga sitwasyong ito:

- **Seksyon 6:** “Pangangalagang medikal: Paano humingi ng desisyon sa saklaw o gumawa ng apela”
- **Seksyon 7:** “Mga gamot sa Bahagi D: Paano humingi ng desisyon sa saklaw o gumawa ng apela”
- **Seksyon 8:** “Paano hihilingin sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital para sa inpatient kung sa tingin mo ay masyado kang maagang pinalabas”
- **Seksyon 9:** “Paano hihilingin sa amin na patuloy na saklawin ang ilang partikular na mga serbisyong medikal kung sa tingin mo ay masyadong maagang magtatapos ang iyong saklaw” (Nalalapat lang sa mga serbisyong ito: mga serbisyo ng pangangalaga sa kalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, at Kumprehensibong Pasilidad para sa Pag-rehabilitate sa Outpatient Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility o CORF)

Kung hindi ka sigurado kung aling impormasyon ang nalalapat sa iyo, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Puwede ka ring makakuha ng tulong o impormasyon mula sa iyong SHIP.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

---

**SEKSYON 6 Pangangalagang medikal: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o mag-apela**

---

**Seksyon 6.1 Ano ang gagawin kung mayroon kang mga problema sa pagkuha ng saklaw para sa pangangalagang medikal o kung gusto mong bayaran ka namin para sa iyong pangangalaga**

Ang iyong mga benepisyo para sa pangangalagang medikal ay inilalarawan sa Kabanata 4 ng Chart ng Mga Benepisyong Medikal. Sa ilang kaso, iba't ibang panuntunan ang nalalapat sa isang kahilingan para sa isang Bahagi B na gamot. Sa mga sitwasyong iyon, ipapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga gamot sa Bahagi B mula sa mga panuntunan para sa mga medikal na item at serbisyo.

Isinasaad ng seksiyon na ito ang maaari mong gawin kung ikaw ay nasa alinman sa 5 sumusunod na sitwasyon:

1. Hindi mo nakukuha ang ilang partikular na pangangalagang medikal na gusto mo, at naniniwala kang sinsaklaw ng aming plano ang pangangalagang ito. **Humiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 6.2.**
2. Hindi inaaprubahan ng aming plano ang pangangalagang medikalng gustong ibigay sa iyo ng iyong doktor o iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan, at naniniwala kang sinasaklaw ng aming plano ang pangangalagang ito. **Humiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 6.2.**
3. Nakatanggap ka ng pangangalagang medikal na sa tingin mo ay dapat saklawin ng aming plano, pero sinabi naming hindi namin babayaran ang pangangalagang ito. **Gumawa ng apela. Seksyon 6.3.**
4. Nakatanggap at nagbayad ka ng pangangalagang medikal na sa tingin mo ay dapat saklawin ng aming plano, at gusto mong hilingin sa aming plano na bayaran ka sa nagastos mo para sa pangangalagang ito. **Ipadala sa aminang bill. Seksyon 6.5.**
5. Sinabihan kang babawasan o ititigil na ang pagsaklaw para sa partikular na pangangalagang medikal na natatanggap mo (na dati na naming naaprubahan), at naniniwala kang maaaring makasama sa iyong kalusugan ang pagbawas o paghinto ng pangangalagang ito. **Gumawa ng apela. Seksyon 6.3.**

**Tandaan: Kung ang ititigil na pagsaklaw ay para sa mga serbisyo sa pangangalaga sa ospital, pangangalaga sa kalusugan sa bahay, pangangalaga mula sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, o Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF), tingnan ang Seksyon 8 at 9. May mga espesyal na pantuntunang nalalapat sa ganitong mga uri ng pangangalaga.**

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)****Seksyon 6.2 Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw****Mga Legal na Termino:**

Ang desisyon sa pagsaklaw na kinasasangkotan ng iyong pangangalagang medikal ay tinatawag na **pagpapasya ng organisasyon**.

Ang **mabilis na desisyon sa pagsaklaw** ay tinatawag na **pinabilis na pagpapasya**.

**Hakbang 1:** Magpasya kung kailangan mo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilis na desisyon sa pagsaklaw.

Ang karaniwang desisyon sa pagsaklaw ay karaniwang naibibigay sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo kapag ang medikal na gamit o serbisyo ay sumasailalim sa aming mga panuntunan ng paunang awtorisasyon, 14 na mga araw ng kalendaryo para sa lahat ng iba pang medikal na kagamitan at serbisyo, o 72 oras para sa mga gamot sa Bahagi B. Ang isang mabilis na desisyon sa pagsaklaw ay karaniwang ginagawa sa loob ng 72 oras, para sa mga serbisyong medikal, 24 na oras para sa mga gamot sa Bahagi B.

- Makakakuha ka *lamang* ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw kung ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay maaaring *magdulot ng malubhang pinsala sa iyong kalusugan o makapinsala sa iyong kakayahang kumilos*.
- **Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor na kinakailangan ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw dahil sa kundisyon ng iyong kalusugan, awtomatiko kaming sasang-ayon sa pagbibigay sa iyo ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw.**
- **Kung ikaw mismo ang hihiling ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw, nang walang suporta ng iyong doktor, magdedesisyon kami kung kinakailangan ba ng iyong kundisyon sa kalusugan na bigyan ka namin ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw.** Kung hindi namin aaprubahan ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw, papadalhan ka namin ng sulat na:
  - Nagpapaliwanag na gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.
  - Nagpapaliwanag na kung hihilingin ng iyong doktor ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw, awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw
  - Nagpapaliwanag na maaari kang makapaghain ng mabilis na reklamo tungkol sa desisyon naming bigyan ka ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw na hiniling mo.

**Hakbang 2:** Hilingin sa aming plano na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw o mabilis na desisyon sa pagsaklaw.

- Magsimula sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o pag-fax sa aming plano upang gawin ang kahilingan mo na pahintulutan namin o magbigay kami ng saklaw para sa pangangalagang medikal na gusto mo. Ikaw, ang iyong doktor, o ang kinatawan mo ang maaaring gumawa nito. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

**Hakbang 3: Pag-iisipan namin ang kahilingan mo para sa pagsaklaw ng pangangalagang medikal at ibibigay namin sa iyo ang aming sagot.**

*Para sa mga karaniwang desisyon sa pagsaklaw, ginagamit namin ang mga karaniwang deadline.*

**Ibig sabihin nito ay bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo** matapos naming matanggap ang iyong kahilingan **para sa isang medikal na gamit o serbisyo na sumasailalim sa aming mga panuntunan ng paunang awtorisasyon. Kung ang iyong hiniling na medikal na gamit o serbisyo ay hindi sumasailalim sa aming mga panuntunan ng paunang awtorisasyon, bibigyan ka namin ng sagot sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo matapos naming matanggap ang iyong kahilingan.** Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang **gamot sa Bahagi B**, bibigyan ka namin ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

- **Gayunpaman**, kung hihiling ka ng karagdagang oras, o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon na maaaring makatulong sa iyo, **maaari kaming tumagal ng hanggang 14 pang araw ng kalendaryo** kung ang kahilingan mo ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.
- Kung naniniwala kang *hindi* dapat kami maglaan ng karagdagang araw, maaari kang maghain ng mabilis na reklamo. Bibigyan ka namin ng sagot sa iyong reklamo sa sandaling makagawa kami ng desisyon. (Ang proseso para sa paggawa ng reklamo ay iba sa proseso para sa mga desisyon sa pagsaklaw at mga apela. Tingnan ang Seksyon 11 para sa impormasyon tungkol sa mga reklamo.)

*Para sa mabilis na mga desisyon sa pagsaklaw, gumagamit kami ng pinabilis na takdang panahon*

**Ang ibig sabihin ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw ay sasagot kami sa loob ng 72 oras kung ang iyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B, sasagot kami sa loob ng 24 na oras.**

- **Gayunpaman**, kung hihiling ka ng karagdagang oras, o kung kakailanganin namin ng higit pang makakatulong sa iyo, **maaaring abutin kami nang hanggang 14 pang mga araw ng kalendaryo.** Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.
- Kung naniniwala kang *hindi* kami dapat tumagal ng ilan pang araw, maaari kang maghain ng mabilis na reklamo. (Tingnan ang Seksyon 11 para sa impormasyon tungkol sa mga reklamo.) Tatawagan ka namin sa sandaling makagawa kami ng desisyon.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin.

**Hakbang 4: Kung tatanggihan namin ang kahilingan mo para sa pagsaklaw para sa pangangalagang medikal, maaari kang umapela.**

- Kung sasabihin naming hindi, may karapatan kang hilingin sa amin na muling ikonsidera ang desisyong ito sa pamamagitan ng pag-apela. Nangangahulugan ito ng paghiling muli para makuha ang pagsaklaw ng pangangalagang medikal na gusto mo. Kung maghahain ka ng apela, nangangahulugan itong magpapatuloy ka sa Antas 1 ng proseso ng pag-apela.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)****Seksyon 6.3 Paano gumawa ng Antas 1 na apela****Mga Legal na Termino:**

Ang isang apela sa aming plano tungkol sa desisyon sa pagsaklaw sa isang pangangalagang medikal ay tinatawag na **muling pagsasaalang-alang** ng plano.

Ang mabilis na apela ay tinatawag rin na **pinabilis na muling pagpapasya**.

**Hakbang 1: Magpasya kung kailangan mo ng karaniwang apela o mabilis na apela.**

**Karaniwang ginagawa ang karaniwang apela sa loob ng 30 araw ng kalendaryo o 7 araw ng kalendaryo para sa mga gamot sa Bahagi B. Ang mabilis na apela ay karaniwang ginagawa sa loob ng 72 oras.**

- Kung umaapela ka sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa pagsaklaw sa pangangalaga, kakailanganin mo at ng iyong doktor na magpasya kung kailangan mo ng mabilis na apela. Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor na kinakailangan ang mabilis na apela dahil sa kundisyon ng iyong kalusugan, bibigyan ka namin ng mabilis na apela.
- Ang mga kinakailangan sa pagkuha ng mabilis na apela ay pareho lang ng mga kinakailangan sa paghingi ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw sa Seksyon 6.2.

**Hakbang 2: Tanungin ang aming plano para sa isang apela o isang mabilis na apela**

- **Kung humihiling ka ng karaniwang apela, isumite ang karaniwan mong apela nang nakasulat.** Maaari ka ring humingi ng apela sa pamamagitan ng pagtawag sa amin. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- **Kung humihiling ka ng mabilis na apela, gawin ang iyong apela sa pamamagitan ng pagsulat o pagtawag sa amin.** Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- **Dapat mong gawin ang iyong kahilingan sa pag-apela sa loob ng 65 araw ng kalendaryo** mula sa petsang nakalagay sa nakasulat na abisong ipinadala namin upang sabihin sa iyo ang aming sagot sa desisyon sa pagsaklaw. Kung napalampas mo ang deadline na ito at may magandang dahilan ka para makaligtaan ito, ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang iyong apela kapag ginawa mo ang iyong apela. Maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras upang gawin ang iyong apela. Kabilang sa mga halimbawa ng magandang dahilan kaya hindi mo nagawang makipag-ugnayan sa amin ay nagkaroon ka ng malubhang karamdaman o kung hindi tama o hindi kumpleto ang impormasyong naibigay namin sa iyo tungkol sa deadline sa paghiling ng apela.
- **Maaari kang humingi ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa iyong medikal na desisyon. Ikaw at ang iyong doktor ay maaaring magbigay ng higit pang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.**

**Kung sasabihin namin sa iyo na ihihinto o babawasan namin ang mga serbisyo o item na nakukuha mo na, maaari mong patuloy na magamit ang mga serbisyo o item na iyon sa panahon ng iyong apela.**

- Kung magpapasya kaming baguhin o ihinto ang pagsaklaw sa isang serbisyo o gamit na kasalukuyan mong nakuha, padadalhan ka namin ng abiso bago isagawa ang iminungkahing pagkilos.
- Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kang maghain ng Antas 1 na Apela. Patuloy naming sinasaklaw ang serbisyo o item kung hihingi ka ng Antas 1 na Apela sa loob ng 10 mga araw ng kalendaryo ng petsa sa aming liham o sa nilalayong petsa ng pagkakaroon ng bisa ng aksyon, alinman ang mas huli.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

- Kung matugunan mo ang deadline na ito, makukuha niyo ang serbisyo o item na walang pagbabago habang nakabinbin ang iyong Antas 1 na apela. Patuloy mo ring makukuha ang lahat ng iba pang serbisyo o item (na hindi paksa ng iyong apela) nang walang mga pagbabago.

### **Hakbang 3: Pag-iisipan namin ang iyong apela at bibigyan ka namin ng aming sagot.**

- Kapag sinusuri namin ang iyong apela, tinitingnan namin nang mabuti ang lahat ng impormasyon. Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng panuntunan noong tumanggi kami sa iyong kahilingan.
- Mangangalap kami ng higit pang impormasyon kung kinakailangan at maaaring makipag-ugnayan sa iyo o sa iyong doktor.

### **Mga deadline para sa mabilis na apela**

- Para sa mga mabilis na apela, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang iyong apela**. Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
  - Kung hihiling ka ng karagdagang oras, o kung kakailanganin naming mangalap ng higit pang impormasyong makakatulong sa iyo, **maaaring abutin kami nang hanggang 14 pang mga araw ng kalendaryo** kung ang iyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.
  - Kung hindi ka namin mabigyan ng sagot sa loob ng 72 oras (o sa katapusan ng pinalawig na yugto ng oras kung naglaan kami ng karagdagang araw), kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipinapaliwanag ng Seksyon 6.4 ang proseso ng Antas 2 ng apela.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, ipapadala namin sa iyo ang aming desisyon sa sulat at awtomatiko naming ipapadala ang iyong apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa Antas 2 na apela. Aabisuhan ka ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa sulat kapag natanggap na nila ang iyong apela.

### **Mga deadline ng karaniwang apela**

- Para sa mga karaniwang apela, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela. Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B na hindi mo pa natanggap, bibigyan ka namin ng sagot **sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo** matapos naming matanggap ang iyong apela. Ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kundisyon sa kalusugan.
  - Gayunpaman, kung hihiling ka ng karagdagang oras, o kung kailangan namin ng higit pang impormasyon na maaaring makatulong sa iyo, **maaari kaming tumagal ng hanggang 14 pang araw ng kalendaryo** kung ang kahilingan mo ay para sa isang medikal na item o serbisyo. Kung maglaan kami ng karagdagang araw, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Hindi kami maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.

## Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Kung naniniwala kang *hindi* dapat kami maglaan ng karagdagang araw, maaari kang maghain ng mabilis na reklamo. Kapag maghahain ka ng mabilis na reklamo, magbibigay kami ng sagot sa iyong reklamo sa loob ng 24 na oras. (Para sa higit pang impormasyon tungkol sa proseso ng paghahain ng mga reklamo, kabilang ang mga mabilis na reklamo, tingnan ang **Seksyon 11.**)
- Kung hindi ka namin mabigyan ng sagot hanggang sa deadline (o hanggang sa katapusan ng pinalawig na yugto ng panahon), ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 na apela kung saan susuriin ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang apela. Ipinapaliwanag ng Seksyon 6.4 ang proseso ng Antas 2 ng apela.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling,** dapat naming pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw sa loob ng **30 mga araw ng kalendaryo,** o **sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo** kung ang iyong kahilingan ay para sa gamot sa Bahagi B.
- **Kung sasagot ng hindi ang aming plano sa bahagi o sa lahat ng iyong apela, mayroon kang mga karagdagang karapatan para umapela.**
- Kung hindi ang aming sagot sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan, padadalhan ka namin ng sulat.
  - Kung ang problema mo ay tungkol sa pagsaklaw ng isang serbisyo o gamit ng Medicare, ipapabatid sa iyo sa sulat na ipinadala namin ang kaso mo sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa Antas 2 na apela.
  - Kung ang problema mo ay tungkol sa pagsaklaw ng isang serbisyo o gamit na nasa Medicaid, sasabihin sa iyo sa sulat kung paano ka mismo maghahain ng Antas 2 na apela.

### Seksyon 6.4 Antas 2 na proseso ng pag-apela:

#### Legal na Termino:

Ang pormal na pangalan para sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay **Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri**. Tinatawag ito minsang **Independent Review Entity o IRE**.

Ang **hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ay isang hiwalay na organisasyon na inempleyo ng Medicare**. Wala itong koneksyon sa amin at ito ay hindi isang ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang nagpapasya kung ang desisyon na ginawa namin ay tama o kung dapat itong baguhin. Ang Medicare ang nangangasiwa sa gawain nito.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang **sinasaklaw ng Medicare**, awtomatiko naming ipapadala ang iyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela sa sandaling makumpleto ang Antas 1 na apela.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o gamit na karaniwang **sinasaklaw ng Medicaid**, maaari mismo kang maghain ng Antas 2 na apela. Sasabihin sa iyo ng liham kung paano ito gagawin. Nasa ibaba rin ang impormasyon.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na maaaring **parehong saklawin ng Medicare at Medicaid**, awtomatiko kang makakakuha ng Antas 2 na apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Maaari ka ring humiling ng isang Patas na Pagdinig sa estado.

Kung kwalipikado ka para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo noong naghain ka ng iyong Antas 1 na Apela, ang iyong mga benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot na nasa ilalim ng apela ay maaari ding magpatuloy sa Antas 2. Pumunta sa page 138 para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng mga benepisyo mo sa panahon ng Antas 1 na mga apela.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyong karaniwang sinasaklaw ng Medicare, ang iyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay hindi magpapatuloy sa panahon ng Antas 2 na proseso ng pag-apela sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo na karaniwang sinasaklaw ng Medicaid, ang iyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay magpapatuloy kung magsumite ka ng Antas 2 na apela sa loob ng 10 mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang sulat ng pagpapasya ng aming plano.

### **Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medicare:**

#### **Hakbang 1: Susuriin ng hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ang iyong apela.**

- Ipapadala namin ang impormasyon tungkol sa iyong apela sa organisasyong ito. Tinatawag ang impormasyong ito na iyong **dokumento ng kaso. May karapatan kang humingi sa amin ng isang libreng kopya ng iyong file ng kaso.**
- May karapatan kang magbigay ng karagdagang impormasyon sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri upang suportahan ang iyong apela.
- Susuriing mabuti ng mga tagasuri sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.

#### ***Kung nagkaroon ka ng mabilis na apela sa Antas 1, mayroon ka ring “mabilis” na apela sa Antas 2.***

- Para sa mabilis na apela, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat na magbigay ng sagot sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 72 oras** kung kailan nito natanggap ang iyong apela.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo at kailangan ng hiwalay na organisasyon ng pagsusuri na mangalap ng higit pang impormasyon na maaari mong mapakinabangan, **maaari itong umabot nang hanggang 14 pang mga araw ng kalendaryo.** Ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay hindi maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.

#### ***Kung nagkaroon ka ng karaniwang apela sa Antas 1, magkakaroon ka rin ng “karaniwang” apela sa Antas 2.***

- Para sa karaniwang apela, kung ang iyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat na magbigay ng sagot sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo** kung kailan nito natanggap ang iyong apela. Kung ang iyong kahilingan ay para sa gamot sa Bahagi B, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat na magbigay ng sagot sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo** kung kailan nito natanggap ang iyong apela.
- Kung ang iyong kahilingan ay para sa isang medikal na item o serbisyo at kailangan ng hiwalay na organisasyon ng pagsusuri na mangalap ng higit pang impormasyon na maaari mong mapakinabangan, **maaari itong umabot nang hanggang 14 pang mga araw ng kalendaryo.** Ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay hindi maaaring maglaan ng karagdagang oras upang gumawa ng desisyon kung ang iyong kahilingan ay para sa isang gamot sa Bahagi B.

#### **Hakbang 2: Ibibigay sa iyo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang kanilang sagot.**

Sasabihin sa iyo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang kanilang desisyon sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag ang mga dahilan ng desisyon.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

- **Kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling para sa isang medikal na item o serbisyo**, dapat naming pahintulutan ang pagsaklaw sa pangangalagang medikal **sa loob ng 72 oras** o ibigay ang serbisyo sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa **mga karaniwang kahilingan**. Para sa mga **pinabilis na kahilingan**, mayroon kaming **72 oras** mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa bahagi o lahat ng iyong hiniling para sa isang gamot sa Bahagi B**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang gamot sa Bahagi B sa loob ng **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa mga **karaniwang kahilingan**. Para sa mga **pinabilis na kahilingan** mayroon kaming **24 oras** mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o lahat ng iyong apela**, ibig sabihin nito ay sumasang-ayon sila sa aming plano na hindi dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o ang bahagi ng iyong kahilingan) para sa pagsaklaw sa pangangalagang medikal. (Tinatawag itong **pagpapanatiling desisyon** o **pagtangga sa iyong apela**.) Sa kasong ito, papadalhan ka ng sulat ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na:
  - Nagpapaliwanag sa naging desisyon.
  - Nagpapaalam sa iyo tungkol sa iyong karapatan para sa Antas 3 na apela kung natutugunan ng halaga sa dolyar ng pagsaklaw sa pangangalagang medikal ang isang partikular na minimum. Ang nakasulat na abiso na matatanggap mo mula sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ang magsasabi sa iyo ng halaga ng dolyar na dapat mong matugunan upang maipagpatuloy ang proseso ng pag-apela.
  - Nagsasabi sa iyo kung paano maghain ng Antas 3 na apela.
- Kung tinanggihan ang iyong Antas 2 na apela at nakatugon ka sa mga kinakailangan para makapagpatuloy sa proseso ng pag-apela, dapat kang magpasya kung gusto mong tumuloy sa Antas 3 at maghain ng pangatlong apela. Ang mga detalye tungkol sa kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na abiso na makukuha mo pagkatapos ng iyong Antas 2 na Apela.
  - Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Administrative Law Judge o abogadong tagahatol. Ipinapaliwanag ng **Seksyon 10** sa kabanatang ito ang proseso para sa Antas 3, 4, at 5 na mga apela.

**Kapag ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o bagay na karaniwang sinasaklaw ng Medicaid:****Hakbang 1: Humiling ng isang Makatarungang Pagdinig sa estado.**

- Ang Antas 2 ng proseso ng pag-apela para sa mga serbisyong karaniwang sinasaklaw ng Medicaid ay isang Makatarungang Pagdinig sa estado. Dapat kang humiling ng Makatarungang Pagdinig sa pagsulat o sa pagtawag sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo simula sa petsa kung kailan namin ipinadala ang sulat ng desisyon sa iyong Antas 1 na apela. Ang liham na makukuha mo mula sa amin ay magsasabi sa iyo kung saan isusumite ang iyong kahilingan sa pagdinig.
- Sa pamamagitan ng telepono: 1-800-342-3334 (TTY tumawag sa 711 at sabihin sa operator na tumawag sa 1-877-502-6155)
- Sa pamamagitan ng pag-fax: 518-473-6735
- Sa pamamagitan ng internet: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- Sa pamamagitan ng koreo: NYS Office of Temporary and Disability Assistance

Office of Administrative Hearings  
 Managed Care Hearing Unit  
 P.O. Box 22023

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

Albany, New York 12201-2023

- Nang personal: Para sa mga hindi residente ng Lungsod ng New York:

Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
40 North Pearl Street  
Albany, New York 12243

- Para sa mga residente ng Lungsod ng New York :

Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
5 Beaver Street  
New York, New York 10004

**Pagkatapos mong humiling ng isang Makatarungang Pagdinig**, magpapadala sa iyo ang Estado ng abiso kasama ang oras at lugar ng pagdinig. Sa pagdinig, hihilingin sa iyo na ipaliwanag kung bakit sa tingin mo ay mali ang desisyong ito. Makikinig ang isang opisyal ng pagdinig mula sa iyo at sa plano at magpapasya kung mali ang aming desisyon. Kung tatanggihan ng Estado ang iyong kahilingan para sa isang mabilis na Makatarungang Pagdinig, tatawagan ka nila at padadalhan ka ng sulat. Kung ang iyong kahilingan para sa isang mabilis na Makatarungang Pagdinig ay tinanggihan, ipoproseso ng Estado ang iyong Makatarungang Pagdinig sa loob ng 90 araw.

Kung inaprubahan ng Estado ang iyong kahilingan para sa isang mabilis na Makatarungang Pagdinig, tatawagan ka nila upang ibigay sa iyo ang oras at petsa ng iyong pagdinig. Ang lahat ng Mabilis na Makatarungang Pagdinig ay gaganapin sa pamamagitan ng telepono.

**Upang maghanda para sa pagdinig:**

- **Magpapadala kami sa iyo ng kopya ng “packet ng ebidensya” bago ang pagdinig.** Ito ang impormasyon na ginamit namin para gumawa ng desisyon tungkol sa iyong mga serbisyo. Ibibigay namin ang impormasyong ito sa opisyal ng pagdinig para ipaliwanag ang aming desisyon. Kung walang sapat na oras para maipadala ito sa iyo, dadalhin namin ang kopya ng evidence packet sa pagdinig para sa iyo. Kung hindi mo matanggap ang ipacket ng ebidensya isang linggo bago ang iyong pagdinig, maaari kang tumawag sa 1-800 MCO-PLAN upang hilingin ito.
- **May karapatan ka upang makita ang iyong file ng kaso at iba pang mga dokumento.** Nasa iyong mga rekord ng kalusugan ang file ng iyong kaso at maaaring may higit pang impormasyon tungkol sa kung bakit nabago o hindi naaprubahan ang iyong serbisyon pangkalusugan. Maaari ka ring humiling na makita ang mga tagubilin at anumang iba pang dokumento na ginamit namin para gawin ang desisyong ito. Maaari kang tumawag sa 1-800 MCO-PLAN upang makita ang iyong file ng kaso at iba pang mga dokumento, o upang humiling ng isang libreng kopya. Ang mga kopya ay ipapadala lamang sa iyo kung sasabihin mong gusto mong ipadala ang mga ito.
- **May karapatan kang magsama ng isang tao upang tulungan ka sa pagdinig, tulad ng** isang abogado, isang kaibigan, isang kamag-anak o ibang tao. Sa pagdinig, ikaw o ang taong ito ay maaaring magbigay sa opisyal ng pagdinig ng isang bagay sa pamamagitan ng pagsulat, o sabihin lamang kung bakit mali ang desisyon. Maaari ka ring magdala ng mga tao upang magsalita para sa iyo. Ikaw o ang taong ito ay maaari ring magtanong ng sinumang iba pang tao sa pagdinig.

## Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- **May karapatan kang magsumite ng mga dokumento upang suportahan ang iyong kaso.** Magdala ng kopya ng anumang mga papeles na sa tingin mo ay makakatulong sa iyong kaso, tulad ng mga sulat ng doktor, mga bill sa pangangalagang pangkalusugan, at mga resibo. Maaaring makatulong na magdala ng kopya ng abisong ito at lahat ng mga pahinang kasama nito sa iyong pagdinig.
- **Maaari kang makakuha ng legal na tulong sa** pamamagitan ng pagtawag sa iyong lokal na Legal Aid Society o grupo ng tagapagtaguyod. Para makahanap ng abogado, lagyan ng tsek ang iyong Yellow
- Mga pahina sa ilalim ng “Mga abogado” o pumunta sa [www.LawhelpNY.org](http://www.LawhelpNY.org). Sa Lungsod ng New York, tumawag sa 311.

### Panlabas na Apela

Mayroon kang iba pang mga karapatan sa apela kung sinabi namin na ang serbisyong hinihiling mo ay:

1. hindi medikal na kinakailangan;
2. pang-eksperimento o sinisiyasat;
3. hindi naiiba sa pangangalagang makukuha mo sa network ng plano; o
4. makukuha mula sa isang kalahok na provider na may tamang pagsasanay at karanasan upang matugunan ang mga pangangailangan mo.

Para sa ganitong uri ng mga desisyon, maaari kang humiling sa New York State (NYS) ng isang hiwalay na Panlabas na Apela. Tinatawag itong Panlabas na Apela dahil ito ay pinapasyahan ng mga tagasuri na hindi nagtatrabaho para sa Senior Whole Health of New York NHC or NYS. Ang mga tagasuring ito ay mga kwalipikadong tao na aprubado ng NYS. Ang serbisyo ay dapat nasa pakete ng benepisyo ng plano o isang pang-eksperimentong paggamot, clinical trial, o paggamot para sa isang bihirang sakit. Hindi mo kailangang magbayad para sa isang Panlabas na Apela.

Mayroon kang 4 na buwan mula sa petsa kung kailan ipinadala namin ang liham ng desisyon sa iyong apela sa Antas 1 para humingi ng Panlabas na Apela. Kung nagkasundo ka at ang Senior Whole Health of New York NHC na laktawan ang aming proseso ng pag-apela, dapat kang humiling ng Panlabas na Apela sa loob ng **4 na buwan** mula nang ginawa mo ang kasunduang iyon.

Para humingi ng Panlabas na Apela, punan ang isang aplikasyon at ipadala ito sa Departamento ng Mga Serbisyong Pinansyal. Maaari kang tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa likod ng iyong ID card ng miyembro kung kailangan mo ng tulong sa paghahain ng Panlabas na Apela. Ikaw at ang iyong mga doktor ay kakailanganing magbigay ng impormasyon tungkol sa iyong medikal na problema. Sinasabi ng aplikasyon ng Panlabas na Apela kung anong impormasyon ang kailangan.

Narito ang ilang paraan para makakuha ng aplikasyon sa Panlabas na Apela:

- Tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyong Pinansyal sa 1-800-400-8882
- Pumunta sa website ng Departamento ng Mga Serbisyong Pinansyal sa [www.dfs.ny.gov](http://www.dfs.ny.gov).
- Makipag-ugnayan sa amin sa 833) 671-0440

Ang iyong Panlabas na Apela ay mapapasiyahan sa loob ng 30 araw. Maaaring kailanganin ng higit pang oras (hanggang limang araw ng trabaho) kung humiling ang tagasuri ng Panlabas na Apela ng higit pang impormasyon. Ipapaalam sa iyo at sa Senior Whole Health of New York NHC ang panghuling desisyon sa loob ng dalawang araw pagkatapos ng pagpapasya.

Maaari kang makakuha ng mabilis na desisyon kung:

- Sinasabi ng iyong doktor na ang pagkaantala ay magdudulot ng seryosong pinsala sa iyong kalusugan;
- o

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

- Nasa ospital ka pagkatapos ng pagbisita sa emergency room at tinanggihan ng iyong plano ang pangangalaga sa ospital.

Ito ay tinatawag na isang Pinabilis na Panlabas na Apela. Ang panlabas na tagasuri ng apela ay magpapasya sa pinabilis na apela sa loob ng 72 oras o mas maaga pa.

Kung humiling ka ng paggamot sa sakit na dulot ng paggamit ng substance para sa inpatient ng hindi bababa sa 24 na oras bago ka umalis ng ospital, ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa iyong pananatili kung:

- humiling ka ng mabilis na Antas 1 na Apela sa loob ng 24 na oras; AT
- humiling ka ng mabilis na Panlabas na Apela sa parehong oras.

Ipagpapatuloy namin ang pagbabayad para sa iyong pananatili hanggang sa magkaroon ng desisyon sa iyong mga apela. Gagawa kami ng desisyon tungkol sa iyong mabilis na Antas 1 na apela sa loob ng 24 na oras. Ang pinabilis na Panlabas na Apela ay mapapasiyahan sa loob ng 72 oras.

Ipapaalam agad ng tagasuri ng Panlabas na Apela sa iyo at sa plano ang desisyon sa pamamagitan ng telepono o fax. Pagkatapos, ipapadala ang isang liham na nagsasaad ng desisyon.

Maaari kang humiling ng Patas na Pagdinig o humiling ng Panlabas na Apela, o pareho. Kung humiling ka ng parehong Makatarungang Pagdinig at Panlabas na Apela, ang desisyon ng opisyal ng makatarungang pagdinig ang magiging mahalaga.

Sa seksyon 10.2, Mga Karagdagang Apela sa Medicaid, ang MMCP ay hindi dapat magsama ng karagdagang wika kung saan inuutusan ng EOC ang MMCP na maglagay ng isang paglalarawan ng mga pamamaraan at mga tagubilin tungkol sa pag-file ng mga karagdagang apela sa estado.

Sa seksyon 11.4, Maaari mo ring sabihin sa Medicare at Medicaid ang tungkol sa iyong reklamo:

1. Dapat ilagay ng MMCP ang “at Medicaid” sa pamagat ng seksyong ito.
2. Dapat isama ng MMCP na nagpapatakbo sa programa ng MAP ang sumusunod na impormasyon sa pakikipag-ugnayan sa reklamo ng ahensya ng Medicaid:

May karapatan ka ring makipag-ugnayan sa Departamento ng Kalusugan ng Estado ng New York tungkol sa iyong reklamo.

Makipag-ugnayan sa Departamento ng Kalusugan sa pamamagitan ng:

- Telepono: 1-866-712-7197
- Sa koreo: New York State Department of Health  
Bureau of Managed Long Term Care  
Technical Assistance Center  
99 Washington Ave/ One Commerce Plaza 16th Fl  
Albany, NY 12210
- E-mail: [mltctac@health.ny.gov](mailto:mltctac@health.ny.gov)

May karapatan ka ring makipag-ugnayan sa Departamento ng Kalusugan ng Estado ng New York tungkol sa iyong reklamo. Makipag-ugnayan sa Departamento ng Kalusugan sa pamamagitan ng:

- Telepono: 1-800-206-8125

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

- Sa koreo: New York State Department of Health  
Managed Care Complaint Unit  
OHIP DHPKO 1CP-1609  
Albany, New York 12237  
E-mail: managedcarecomplaint@health.ny.gov

### **Hakbang 2: Bibigyan ka ng sagot ng tanggapan ng Patas na Pagdinig.**

Ipapaalam sa iyo ng tanggapan ng Makatarungang Pagdinig ang kanilang desisyon sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag ang mga dahilan.

- **Kung oo ang sagot ng tanggapan ng Makatarungang Pagdinig sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang medikal na item o serbisyo**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang serbisyo o item sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang kanilang desisyon mula sa tanggapan ng Makatarungang Pagdinig.
- **Kung sasagot ng hindi ang tanggapan ng Patas na Pagdinig sa bahagi o lahat ng iyong apela**, sumasang-ayon sila sa aming plano na ang iyong kahilingan (o bahagi ng iyong kahilingan) para sa pagsaklaw ng pangangalagang medikal ay hindi dapat aprubahan. (Tinatawag itong **pagpapanatiling desisyon o pagtangi sa iyong apela.**)

### **Kung hindi ang desisyon para sa lahat o bahagi ng iyong hiniling, maaari kang maghain ng panibagong apela.**

Kung hindi ang desisyon ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri o ng tanggapan ng Makatarungang Pagdinig sa lahat o bahagi ng iyong kahilingan, mayroon kang **karagdagang karapatang umapela**.

Ilalarawan ng sulat na makukuha mo mula sa tanggapan ng Patas na Pagdinig ang susunod na opsyon sa apela na ito.

Sumangguni sa Seksyon 10 para sa higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan sa apela pagkatapos ng Antas 2.

## **Seksyon 6.5 Kung hinihiling mo sa amin na bayaran ka para sa isang bill na natanggap mo para sa pangangalagang medikal**

**Hindi namin direktang maibabalik sa iyo ang serbisyo o item ng Medicaid.** Kung makakatanggap ka ng bayarin para sa mga saklaw na serbisyo at item ng Medicaid, ipadala ang bayarin sa amin. **Huwag bayaran mismo ang bill.** Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aayusin ang problema. Ngunit kung magbabayad ka ng bayarin, maaari kang makakuha ng refund mula sa provider ng pangangalaga ng kalusugan na iyon kung sinunod mo ang mga tuntunin para sa pagkuha ng serbisyo o item.

### **Ang paghingi ng pagbabayad ng nagastos ay paghingi ng desisyon sa pagsaklaw mula sa amin.**

Kung ipapadala mo sa amin ang mga papeles na humihingi ng pagbabayad ng nagastos, humihingi ka ng desisyon sa pagsaklaw. Upang gawin ang desisyong ito, susuriin namin kung sinasaklaw ang pangangalagang medikal na binayaran mo. Titingnan din namin kung sinunod mo ang mga panuntunan sa paggamit ng iyong saklaw para sa pangangalagang medikal.

Kung gusto mong i-reimburse ka namin para sa isang serbisyo o item ng **Medicare** o kung hinihiling mo sa amin na bayaran ang provider ng pangangalaga ng kalusugan para sa isang serbisyo o item ng Medicaid na binayaran mo, hilingin sa amin na gawin ang desisyon sa pagsaklaw na ito. Susuriin namin kung saklaw na

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

---

serbisyo ang pangangalagang medikal na binayaran mo. Titingnan din namin kung sinunod mo ang lahat ng panuntunan sa paggamit ng iyong saklaw para sa pangangalagang medikal.

- **Kung oo ang sagot namin sa kahilingan mo:** Kung saklaw ng Medicare ang pangangalagang medikal, ipapadala namin sa iyo ang bayad para sa gastos sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan.
  - Kung ang Medicaid na pangangalaga na iyong binayaran sa isang provider ng pangangalaga ng kalusugan ay saklaw at sa tingin mo ay dapat naming bayaran ang provider ng pangangalaga ng kalusugan, ipapadala namin sa iyong provider ng pangangalaga ng kalusugan ang bayad para sa gastos sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan.
  - Pagkatapos ay kailangan mong makipag-ugnayan sa iyong provider ng pangangalaga ng kalusugan upang makuha ang iyong bayad pabalik. Kung hindi mo pa nabayaran ang pangangalagang medikal, direkta naming ipapadala ang bayad sa provider ng pangangalaga ng kalusugan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa kahilingan mo:** Kung hindi saklaw ang pangangalagang medikal, o hindi mo sinunod ang lahat ng patakaran, hindi kami magpapadala ng bayad. Sa halip, magpapadala kami sa iyo ng sulat na nagsasabing hindi namin babayaran ang pangangalagang medikal at ang mga dahilan kung bakit.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyong tanggihan ka, **maaari kang maghain ng apela.** Kung gagawa ka ng apela, nangangahulugan ito na hinihiling mo sa amin na baguhin ang desisyon sa pagsaklaw na ginawa namin noong tinanggihan namin ang kahilingan mo para sa pagbabayad.

**Upang ihain ang apelang ito, sundin ang proseso para sa mga apela sa Seksyon 6.3.** Para sa mga apelang nauugnay sa pagbabalik ng bayad, tandaan:

- Dapat kaming tumugon sa iyo sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong apela.
- Kung magpapasya ang hiwalay na organisasyon ng pagsusuri na dapat kaming magbayad, dapat naming ipadala sa iyo o sa provider ang bayad sa loob ng 30 araw ng kalendaryo. Kung oo ang sagot sa iyong apela sa anumang yugto ng proseso ng pag-apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala sa iyo o sa provider ng pangangalaga ng kalusugan ang bayad na hiningi mo sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo.

## **SEKSYON 7 Mga gamot sa Bahagi D: Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw o mag-apela**

---

### **Seksyon 7.1 Isinasaad sa iyo ng seksyon ito kung ano ang dapat gawin kung magkakaproblema ka sa pagkuha ng gamot sa Bahagi D o kung nais mong bayaran ka namin para sa isang gamot sa Bahagi D**

Kasama sa iyong mga benepisyo ang pagsaklaw para sa maraming inireresetang gamot. Upang maging saklaw, ang gamot ay dapat gamitin para sa medikal na tinatanggap na indikasyon. (Tingnan ang Kabanata 5 para sa higit pang impormasyon tungkol sa indikasyong medikal na tinatanggap.) Para sa mga detalye tungkol sa mga gamot sa Bahagi D, mga panuntunan, paghihigpit, at gastusin, tingnan ang Kabanata 5 at 6. **Ang seksyong ito ay tungkol lamang sa iyong mga gamot sa Bahagi D.** Para panatilihin simple ang mga bagay, karaniwan naming sinasabing *gamot* sa natitirang bahagi ng seksyong ito, sa halip na ulitin ang *saklaw na inireresetang*

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

*gamot para sa outpatient o Bahagi D* na gamot sa bawat oras. Ginagamit din namin ang terminong Listahan ng Mga Gamot sa halip na *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* o Pormularyo.

- Kung hindi mo alam kung sinasaklaw ang isang gamot o kung natutugunan mo ang mga panuntunan, maaari kang magtanong sa amin. May ilang gamot na kailangan mong kunin ang pag-apruba mula sa amin bago namin ito saklawin.
- Kung sasabihin sa iyo ng parmasya mo na hindi maaaring ibigay ang nakasulat sa iyong reseta, bibigyan ka ng parmasya ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano makikipag-ugnayan sa amin para humingi ng desisyon sa pagsaklaw.

**Mga desisyon sa pagsaklaw at apela sa Bahagi D****Legal na Termino:**

Ang desisyon sa panimulang pagsaklaw tungkol sa iyong mga gamot sa Bahagi D ay tinatawag na **pagpapasya sa pagsaklaw**.

Ang desisyon sa pagsaklaw ay isang desisyong ginagawa namin tungkol sa iyong mga benepisyo saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa iyong mga gamot. Isinasaad ng seksiyon na ito ang maaari mong gawin kung ikaw ay nasa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Paghiling sa amin na saklawin ang isang gamot sa Bahagi D na wala sa Listahan ng Gamot ng aming plano. **Humiling ng isang pagbubukod. Seksyon 7.2.**
- Paghiling sa amin na i-waive ang paghihigpit sa pagsaklaw ng aming plano para sa isang gamot (gaya ng mga limitasyon sa dami ng gamot na makukuha mo, pamantayan sa paunang awtorisasyon, o ang kinakailangang sumubok ng muna ng ibang gamot). **Humiling ng isang pagbubukod. Seksyon 7.2.**
- Paghiling na makakuha ng paunang pag-apruba para sa isang gamot. **Humiling ng desisyon sa pagsaklaw. Seksyon 7.4.**
- Magbayad para sa isang inireresetang gamot na nabili mo na. **Hilingin sa amin na bayaran ka. Seksyon 7.4.**

Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon sa saklaw na ginawa namin, maaari mong iapela ang aming desisyon. Isinasaad sa iyo ng seksyong ito kung paano humiling ng mga desisyon sa pagsaklaw at kung paano humiling ng isang apela.

**Seksyon 7.2 Paghiling ng isang pagbubukod****Mga Legal na Termino:**

Ang paghiling para sa pagsaklaw ng gamot na wala sa Listahan ng Gamot ay isang **eksepsiyon sa pormularyo**.

Ang paghiling na alisin ang paghihigpit sa pagsaklaw para sa isang gamot ay isang **eksepsiyon sa pormularyo**.

Ang paghiling na magbayad ng mas mababang halaga para sa sinasaklaw na hindi preferred na gamot ay isang **eksepsiyon sa tier**.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

Kung hindi sinasaklaw ang isang gamot sa paraang gusto mo, maaari kang humiling sa amin na gumawa ng **eksepsiyon**. Ang pagbubukod ay isang uri ng desisyon sa pagsaklaw.

Upang isaalang-alang namin ang iyong kahilingan para sa isang pagbubukod, kakailanganing ipaliwanag ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan mo ng pagbubukod. Narito ang 3 halimbawa ng mga pagbubukod na maaaring hingin mo o ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta sa amin na gawin:

- 1. Pagsaklaw sa isang gamot sa Bahagi D na wala sa aming Listahan ng Mga Gamot.** Kung sumang-ayon kaming saklawin ang isang gamot na wala sa Listahan ng Mga Gamot, kakailanganing mong bayaran ang halaga ng pagbabahagi sa gastos na nalalapat sa mga gamot sa Tier 5 *Specialty* Hindi ka maaaring humiling ng pagbubukod para sa halaga ng pagbabahagi sa gastos na hinihingi namin na bayaran mo para sa gamot.
- 2. Pag-alis ng paghihigpit para sa isang saklaw na gamot.** Inilalarawan ng Kabanata 5 ang mga karagdagang panuntunan o paghihigpit na nalalapat sa ilang partikular na gamot sa aming Listahan ng Mga Gamot. Kung sasang-ayon kaming gumawa ng pagbubukod at isantabi ang paghihigpit para sa iyo, maaari kang humiling ng pagbubukod sa halaga ng bahaginan sa bayad o coinsurance na pinapabayaran namin sa iyo para sa gamot.
- 3. Pagbabago sa pagsaklaw ng gamot sa mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos.** Ang bawat gamot sa aming Listahan ng Mga Gamot ay nasa isa sa anim (6) na tier ng pagbabahagi sa gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mababa ang antas ng tier ng pagbabahagi sa gastos, mas mababa rin ang babayaran mong bahagi ng gastos sa gamot.
  - Kung mayroong (mga) alternatibong gamot sa aming Listahan ng Mga Gamot para sa paggamot sa iyong kundisyong medikal na nasa mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos kaysa sa iyong gamot, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ang iyong gamot sa halaga ng pagbabahagi sa gastos na nalalapat sa (mga) alternatibong gamot.
  - Kung branded na gamot ang iniinom mo, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ang iyong gamot sa halaga ng bahagian sa gastos na nalalapat sa pinakamababang tier kung nasaan ang mga branded na alternatibo para sa paggamot ng iyong kundisyon.
  - Kung generic na gamot ang iniinom mo, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ang iyong gamot sa halaga ng bahagian sa gastos na nalalapat sa pinakamababang tier kung nasaan ang alinman sa mga branded o generic na alternatibo para sa paggamot ng iyong kundisyon.
  - Hindi mo maaaring hilingin sa amin na baguhin ang tier ng pagbabahagi sa gastos para sa anumang gamot sa *Tier 5 Specialty*.
  - Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan para sa eksepsiyon sa tier at may mahigit sa isang tier na may mas mababang pagbabahagi sa gastos na may alternatibong gamot na hindi mo maaaring inumin, kadalasan na ang pinakamababang halaga ang babayaran mo.

### **Seksyon 7.3 Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghingi ng mga pagbubukod**

#### **Dapat sabihin sa amin ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan**

Dapat magbigay sa amin ang iyong doktor o iba pang tagapagreseta ng pahayag na nagpapaliwanag ng mga medikal na dahilan kung bakit ka humihiling ng eksepsiyon. Para sa mas mabilis na desisyon, isama ang medikal na impormasyong ito mula sa iyong doktor o iba pang tagapagreseta kapag humiling ka ng pagbubukod.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

Ang aming Listahan ng Gamot ay kadalasang may kasamang higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kundisyon. Ang iba't ibang posibilidad na ito ay tinatawag na **mga alternatibong** gamot. Kung ang isang alternatibong gamot ay magiging kasing bisa ng gamot na hinihiling mo at hindi magdudulot ng higit pang side effect o iba pang problema sa kalusugan, hindi namin aaprubahan sa pangkalahatan ang iyong kahilingan para sa eksepsiyon. Kung hihiling ka sa amin ng eksepsiyon sa tier, karaniwan na hindi namin aaprubahan ang iyong kahilingan para sa eksepsiyon maliban na lang kung hindi rin magiging mabisa para sa iyo o kung posibleng magdulot sa iyo ng masama o iba pang panganib ang lahat ng alternatibong gamot na nasa (mga) tier na may mas mababang pagbabahagi sa gastos.

### **Maaari naming sabihin ang Oo o Hindi sa iyong kahilingan**

- Kung aaprubahan namin ang iyong kahilingan para sa isang eksepsiyon, karaniwang may-bisa ang pag-apruba namin hanggang sa katapusan ng taon ng aming plano. Totoo ito hangga't ipagpapatuloy ng doktor mo ang pagreseta sa gamot para sa iyo at nagapapatuloy na ligtas at mabisa ang gamot na iyon sa paggamot sa kundisyon mo.
- Kung tatanggihan namin ang kahilingan mo, maaari kang humiling ng isa pang pagsusuri sa pamamagitan ng pag-apela.

## **Seksyon 7.4 Paano humiling ng desisyon sa pagsaklaw, kabilang ang isang pagbubukod**

### **Legal na termino:**

Ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw ay tinatawag na **pinabilis na pagpapasya sa pagsaklaw**.

### **Hakbang 1: Magpasya kung kailangan mo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilis na desisyon sa pagsaklaw.**

**Ang mga karaniwang desisyon sa pagsaklaw** ay nagagawa sa loob ng **72 oras** matapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor. **Ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw** ay nagagawa sa loob ng **24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng iyong doktor.

### **Kung kinakailangan ito ng kalusugan mo, hilingin sa amin na bigyan ka ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw. Upang makakuha ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw, dapat mong matugunan ang 2 kinakailangan:**

- Dapat kang humiling para sa isang *gamot na hindi mo pa nakuha*. (Hindi ka maaaring humiling ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw upang maibalik namin ang nagastos mo para sa isang gamot na nabili mo na.)
- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay maaaring magdulot ng *malubhang pinsala sa inyong kalusugan o makapinsala sa inyong kakayahang kumilos*.
- **Kung sasabihin sa amin ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta na kinakailangan ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw dahil sa kundisyon ng iyong kalusugan, awtomatiko naming sasang-ayunan ang pagbibigay sa iyo ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw.**
- **Kung hihiling ka ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw ng ikaw mismo, nang walang suporta ng iyong doktor o tagareseta, magpapasya kami kung kailangan ng kalusugan mo na bigyan ka namin ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw.** Kung hindi namin aaprubahan ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw, papadalhan ka namin ng sulat na:
  - Nagpapaliwanag na gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

- Nagpapaliwanag na kung hihiling ang iyong doktor o iba pang tagapagreseta ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw, awtomatiko naming ibibigay ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw.
- Ipapaalam sa iyo kung paano ka makakapaghain ng mabilis na reklamo tungkol sa desisyon naming bigyan ka ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na ang mabilis na desisyon sa pagsaklaw na hiniling mo. Sasagutin namin ang iyong reklamo sa loob ng 24 na oras mula nang matanggap namin ito.

### **Hakbang 2: Humiling ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw o mabilis na desisyon sa pagsaklaw.**

Simulan sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o pag-fax sa aming plano upang hilingin sa amin na pahintulutan o ipagkaloob ang pagsaklaw para sa pangangalagang medikal na gusto mo. Maaari mo ring i-access ang proseso ng pagpapasya sa saklaw sa pamamagitan ng aming website. Dapat naming tanggapin ang anumang nakasulat na kahilingan, kabilang ang isang kahilingang isinumite sa form ng *CMS Model Coverage Determination Request*, na available sa aming website [SWHNY.com](http://SWHNY.com). Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan. Upang tulungan kaming iproseso ang iyong kahilingan, isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyong nagpapakita kung anong tinanggihang claim ang inaapela.

Ikaw, ang iyong doktor, (o iba pang tagareseta) o ang kinatawan mo ay maaaring gawin ito. Maaari ka ring magkaroon ng isang abogado na kikilos para sa iyo. Sinasabi ng seksyon 4 ng kabanatang ito kung paano ka makapagbibigay ng nakasulat na pahintulot sa ibang tao na kumilos bilang kinatawan mo.

- **Kung humihiling ka ng isang eksepsiyon, ibigay ang pansuportang pahayag**, na siyang medikal na dahilan para sa eksepsiyon. Maaaring i-fax o ipadala sa amin ng iyong doktor o ibang tagapagreseta ang sumusuportang pahayag. O maaaring sabihin sa amin ng iyong doktor o ibang tagareseta sa telepono at mag-follow up sa pamamagitan ng pag-fax o pagpapadala ng nakasulat na pahayag kung kailangan.

### **Hakbang 3: Isinasaalang alang namin ang iyong kahilingan at binibigyan ka ng aming sagot.**

#### **Mga deadline para sa mabilis na desisyon sa pagsaklaw**

- Sa karaniwan ay dapat naming maibigay ang aming sagot **sa loob ng 24 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
  - Para sa mga pagbubukod, magbibigay kami sa iyo ng aming sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng iyong doktor. Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
  - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang pahayag ng doktor mo na sumusuporta sa iyong kahilingan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka aapela.

#### **Mga deadline para sa isang karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa isang gamot na hindi mo pa nakuha**

- Dapat kaming magbigay sa iyo ng aming sagot **sa loob ng 72 na oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

- Para sa mga eksepsiyon, magbibigay kami sa iyo ng aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pansuportang pahayag ng iyong doktor. Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.
- Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming **ibigay ang pagsaklaw** na sinang-ayunan naming ibigay **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan o ang pahayag ng doktor mo na sumusuporta sa iyong kahilingan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka aapela.

**Mga deadline para sa karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa pagbabayad para sa isang gamot na nabili mo na**

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
  - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, kinakailangan ka rin naming bayaran sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka aapela.

**Hakbang 4: Kung ang aming sagot sa iyong kahilingan para sa pagbubukod ay Hindi, maaari kang gumawa ng apela.**

- Kung sasabihin naming hindi, may karapatan kang hilingin sa amin na muling ikonsidera ang desisyong ito sa pamamagitan ng pag-apela. Nangangahulugan ito ng pagtatanong muli upang makuha ang pagsaklaw sa gamot na gusto mo. Kung maghahain ka ng apela, nangangahulugan itong magpapatuloy ka sa Antas 1 ng proseso ng pag-apela.

**Seksyon 7.5 Paano gumawa ng Antas 1 na apela****Mga Legal na Termino:**

Ang isang apela sa aming plano tungkol sa desisyon sa pagsaklaw sa gamot sa Bahagi D ay tinatawag na **muling pagpapasya** ng plano.

Ang mabilis na apela ay tinatawag ding **pinabilis na muling pagpapasya**.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)****Hakbang 1: Magpasya kung kailangan mo ng karaniwang apela o mabilis na apela.**

**Ang karaniwang apela ay karaniwang ginagawa sa loob ng 7 araw ng kalendaryo. Ang mabilis na apela ay karaniwang ginagawa sa loob ng 72 oras. Kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela.**

- Kung umaapela ka sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa isang gamot na hindi mo nakuha, kakailanganin mo at ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta na magpasya kung kailangan mo ng mabilis na apela.
- Ang mga kinakailangan sa pagkuha ng mabilis na apela ay pareho lang ng mga kinakailangan sa paghingi ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw sa Seksyon 7.4.

**Hakbang 2: Ikaw, ang iyong kinatawan, doktor o iba pang tagapagreseta ay dapat makipag-ugnayan sa amin at gawin ang iyong Antas 1 na apela. Kung kinakailangan ng iyong kalusugan ang mabilis na pagtugon, dapat kang humingi ng mabilis na apela.**

- **Para sa mga karaniwang apela, magsumite ng nakasulat na kahilingan o tumawag sa amin.** Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- **Para sa mabilis na apela, maaari mong isumite ang iyong apela sa pamamagitan ng sulat o tawagan kami sa numero sa likod ng iyong ID card ng miyembro.** Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.
- **Dapat naming tanggapin ang anumang nakasulat na kahilingan,** kabilang ang isang kahilingang isinumite sa CMS Model Redetermination Request Form, na available sa aming website [SWHNY.com](http://SWHNY.com). Isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa iyong claim para tulungan kaming iproseso ang iyong kahilingan.
- **Dapat mong gawin ang iyong kahilingan sa pag-apela sa loob ng 65 araw ng kalendaryo** mula sa petsang nakalagay sa nakasulat na abisong ipinadala namin upang sabihin sa iyo ang aming sagot sa desisyon sa pagsaklaw. Kung napalampas mo ang deadline na ito at may magandang dahilan ka para makaligtaan ito, ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang iyong apela kapag ginawa mo ang iyong apela. Maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras upang gawin ang iyong apela. Kabilang sa mga halimbawa ng magandang dahilan kaya hindi mo nagawang makipag-ugnayan sa amin ay nagkaroon ka ng malubhang karamdaman o kung hindi tama o hindi kumpleto ang impormasyong naibigay namin sa iyo tungkol sa deadline sa paghiling ng apela.
- **Maaari kang humingi ng kopya ng impormasyon sa iyong apela at magdagdag ng higit pang impormasyon.** Ikaw at ang iyong doktor ay maaaring magbigay ng higit pang impormasyon upang suportahan ang iyong apela.

**Hakbang 3: Isasaalang alang namin ang iyong apela at bibigyan ka ng aming sagot.**

- Kapag sinuri namin ang iyong apela, tinitingnan namin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa iyong kahilingan para sa pagsaklaw. Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng panuntunan noong tumanggi kami sa iyong kahilingan. Maaari kaming makipag-ugnayan sa iyo o sa iyong doktor o iba pang tagapagreseta upang makakuha ng higit pang impormasyon.

**Mga deadline para sa mabilis na apela**

- Para sa mga mabilis na apela, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang iyong apela.** Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

- Kung hindi ka namin mabigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipinapaliwanag ng **Seksyon 7.6** ang Antas 2 ng proseso ng pag-apela.
- **Kung oo ang isasagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming ibigay ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin at kung paano mo iaapela ang aming desisyon.

***Mga deadline para sa isang karaniwang apela para sa isang gamot na hindi mo pa nakuha***

- Para sa mga karaniwang apela, ibibigay namin sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela. Mas maaga naming ibibigay sa iyo ang aming desisyon kung hindi mo pa natanggap ang gamot at kung kinakailangan ito dahil sa kundisyon ng iyong kalusugan.
  - Kung hindi ka namin mabigyan ng desisyon sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Ipinapaliwanag ng **Seksyon 7.6** ang Antas 2 ng proseso ng pag-apela.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming ibigay ang pagsaklaw sa pinakamabilis na paraan ayon sa kinakailangan ng iyong kalusugan, ngunit hindi dapat tumagal ng **7 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin at kung paano mo iaapela ang aming desisyon.

***Mga deadline para sa karaniwang apela tungkol sa bayad para sa isang gamot na nabili mo na***

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
  - Kung hindi namin masusunod ang deadline na ito, kinakailangan naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela, kung saan susuriin ito ng isang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, kinakailangan ka rin naming bayaran sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingan.
- **Kung hindi ang sagot namin sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, magpapadala kami sa iyo ng nakasulat na pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi ang isinagot namin. Sasabihin din namin sa iyo kung paano ka aapela.

**Hakbang 4: Kung tatanggihan namin ang iyong apela, magpasya ka kung gusto mong magpatuloy sa proseso ng pag-apela at gumawa ng isa pang apela.**

- Kung magpapasya kang gumawa ng isa pang apela, nangangahulugan ito na ang iyong apela ay mapupunta sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)****Legal na Termino**

Ang pormal na pangalan para sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay **Hiwalay na Entidad sa Pagsusuri**. Tinatawag ito minsang **Independent Review Entity o IRE**.

Ang **hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ay isang hiwalay na organisasyon na inempleyo ng Medicare**. Wala itong koneksyon sa amin at ito ay hindi isang ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang nagpapasya kung ang desisyon na ginawa namin ay tama o kung dapat itong baguhin. Ang Medicare ang nangangasiwa sa gawain nito.

**Hakbang 1: Ikaw (o ang kinatawan mo o ang iyong doktor o iba pang tagareseta) ay dapat makipag-ugnayan sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri at humingi ng pagsusuri sa iyong kaso.**

- Kung hindi ang isinagot namin sa iyong Antas 1 na apela, kasama sa nakasulat na abiso na ipapadala namin sa iyo ang **mga tagubilin kung paano maghain ng Antas 2 na apela** sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri. Nakasaad sa mga tagubilin ito kung sino ang puwedeng maghain ng Antas 2 na apela, ano ang mga deadline na dapat mong sundin, at paano makikipag-ugnayan sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Dapat kang maghain ng apela sa loob ng 65 mga araw ng kalendaryo** mula sa petsa ng nakasulat na abiso.
- Kung hindi namin kukumpletuhin ang aming pagsusuri sa naaangkop na timeframe o hindi pabor sa iyo ang desisyon namin kaugnay ng pagtukoy sa **nanganganib** na pagpapasya sa ilalim ng aming drug management program, awtomatiko naming ipapasa ang iyong kahilingan sa IRE.
- Ipapadala namin ang impormasyon tungkol sa iyong apela sa organisasyong ito. Tinatawag ang impormasyong ito na iyong **dokumento ng kaso. May karapatan ka para sa isang libreng kopya ng iyong file ng kaso.**
- May karapatan kang magbigay ng karagdagang impormasyon sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri upang suportahan ang iyong apela.

**Hakbang 2: Susuriin ng hiwalay na organisasyon ng pagsusuri ang iyong apela.**

Susuriin mabuti ng mga tagasuri sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.

***Mga deadline para sa isang mabilis na apela***

- Kung kinakailangan ng iyong kalusugan, humiling sa independent review organization ng mabilis na apela.
- Kung sasang-ayon ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na bigyan ka ng mabilis na apela, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat magbigay sa iyo ng sagot sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 72 oras** matapos nitong matanggap ang iyong kahilingan para sa apela.

***Mga deadline para sa karaniwang apela***

- Para sa mga karaniwang apela, dapat magbigay sa iyo ng sagot ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri para sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 7 mga araw ng kalendaryo** matapos nitong matanggap ang iyong apela kung para ito sa gamot na hindi mo pa nakuha. Kung hinihiling mo sa amin na ibalik ibinayad mo para sa isang gamot na nabili na mo, ang hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ay dapat magbigay sa iyo ng sagot sa iyong Antas 2 na apela **sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo** pagkatapos nitong matanggap ang iyong kahilingan.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

---

### **Hakbang 3: Ibibigay sa iyo ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang kanilang sagot.**

#### ***Para sa mga mabilis na apela:***

- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling**, dapat naming ibigay ang pagsaklaw sa gamot na inaprubahan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

#### ***Para sa mga karaniwang apela:***

- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling na pagsaklaw**, dapat naming **ibigay ang pagsaklaw sa gamot** na inaprubahan ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.
- **Kung oo ang isasagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa isang bahagi o sa lahat ng iyong hiniling na ibalik ang iyong ibinayad** para sa isang gamot na nabili mo na, kinakailangan naming **ipadala ang bayad sa iyo sa loob ng 30 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon mula sa hiwalay na organisasyon sa pagsusuri.

### **Paano kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa iyong apela?**

**Kung hindi ang naging sagot ng hiwalay na organisasyon sa bahagi o lahat ng iyong apela**, ibig sabihin ay sumasang-ayon sila sa aming desisyong huwag aprubahan ang iyong kahilingan (o bahagi ng iyong kahilingan). (Tinatawag itong **pagpapanatiling desisyon** o **pagtangga sa iyong apela**.) Sa kasong ito, papadalhan ka ng sulat ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri na:

- Nagpapaliwanag sa naging desisyon.
- Nagpapaalam sa iyo tungkol sa iyong karapatan para sa Antas 3 na apela kung natutugunan ng halaga sa dolyar ng pagsaklaw sa gamot na hinihiling mo ang isang partikular na minimum. Kung masyadong mababa ang dolyar na halaga ng pagsaklaw sa gamot na hinihiling mo, hindi ka makakapaghain ng panibagong apela at magiging pinal na ang desisyon sa Antas 2.
- Nagsasabi sa iyo tungkol sa halaga ng dolyar na dapat ay nasa di-pagkakasundo para makapagpatuloy sa proseso ng pag-apela.

### **Hakbang 4: Kung natutugunan ng iyong kaso ang mga kinakailangan, pipiliin mo kung gusto mong ipagpatuloy pa ang iyong apela.**

- May 3 karagdagang antas sa proseso ng pag-apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang 5 antas ng apela). Kung gusto mong magpatuloy sa Antas 3 na apela, ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na abiso na makukuha mo pagkatapos ng desisyon sa iyong Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Administrative Law Judge o abogadong tagahatol. Tinatalakay sa **Seksyon 10** ang higit pa tungkol sa proseso ng Antas 3, 4, at 5 na apela.

## **SEKSYON 8 Paano hihilingin sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital bilang inpatient kung sa tingin mo ay masyadong maaga kang pinalabas**

---

Kapag na-admit ka sa ospital, may karapatan kang makuha ang lahat ng iyong saklaw na serbisyo sa ospital na kinakailangan upang masuri at magamot ang iyong karamdaman o injury.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

Sa panahon ng saklaw mong pananatili sa ospital, makikipagtulungan sa iyo ang iyong doktor at tauhan ng ospital upang maghanda para sa araw ng iyong paglabas sa ospital. Tutulong din silang ayusin ang pangangalaga maaaring kailanganin mo pagkalabas mo.

- Ang araw na lalabas ka sa ospital ay tinatawag na iyong **petsa ng pag-discharge**.
- Kapag napagpasyahan na ang petsa ng pag-discharge mo, sasabihin ito sa iyo ng iyong doktor o ng kawani ng ospital.
- Kung sa palagay mo ay masyadong maaga ang pagpapalabas sa iyo ng ospital, puwede kang humiling ng mas matagal na pananatili sa ospital at ang iyong kahilingan ay isasaalang-alang.

### **Seksyon 8.1 Sa panahon ng iyong pananatili sa ospital para sa inpatient, makatanggap ka ng nakasulat na abiso mula sa Medicare na nagpapaliwanag sa iyo ng tungkol sa mga karapatan mo**

Sa loob ng 2 mga araw ng kalendaryo ng pagkaka-admit sa ospital, bibigyan ka ng nakasulat na abiso na tinatawag na *Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Iyong Mga Karapatan*. Lahat ng may Medicare ay makakakuha ng kopya ng abisong ito.

Kung hindi mo matanggap ang abiso mula sa sinuman sa ospital (halimbawa, isang caseworker o nurse), hingin ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan mo ng tulong, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit nga TTY ay tumawag sa 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ang mga gumagamit nga TTY ay tumawag sa 1-877-486-2048).

- 1. Basahin ang abisong ito nang maigi at magtanong kung hindi mo ito naiintindihan. Ipinapaalam nito sa iyo:**
  - Karapatan mong makatanggap ng mga saklaw na serbisyo ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng iyong pananatili sa ospital, ayon sa utos ng iyong doktor. Kabilang dito ang karapatang malaman kung ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito, at kung saan mo makukuha ang mga ito.
  - Ang iyong karapatan na masangkot sa anumang desisyon tungkol sa pananatili mo sa ospital.
  - Kung saan iuulat ang anumang alalahanin na mayroon ka tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa iyo sa ospital.
  - Karapatan mong **humiling ng agarang pagsusuri** sa desisyong palabasin ka kung sa palagay mo ay masyadong maaga kang pinalabas sa ospital. Ito ay isang pormal, legal na paraan para humiling na ipagpaliban ang iyon petsa ng pag-discharge nang sa gayon ay mas mahabang panahon ng iyong pangangalaga sa ospital ang saklawin namin.
- 2. Hihilingin sa iyong lagdaan ang nakasulat na abiso upang ipahayag na natanggap mo ito at nauunawaan mo ang iyong mga karapatan.**
  - Hihilingin sa iyo o sa isang taong kumikilos sa ngalan mo na lagdaan ang abiso.
  - Ang paglagda sa abiso ay nagpapakita **lang** na natanggap mo ang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan. Hindi nakalagay sa abiso ang iyong petsa ng pag-discharge. Ang paglagda sa abiso ay **hindi nangangahulugan** na sumasang-ayon ka sa petsa ng pag-discharge.
- 3. Itago ang iyong kopya** ng abiso para madali mong malaman ang impormasyon tungkol sa paghahain ng apela (o pag-uulat ng alalahanin tungkol sa kalidad ng pangangalaga) kung kakailanganin mo ito.
  - Kung lalagdaan mo ang abiso nang mahigit sa 2 mga araw ng kalendaryo bago ang iyong petsa ng pag-discharge, makatanggap ka ng panibagong kopya bago ang nakaiskedyul na petsa ng paglabas mo.

## Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)

- Upang tumingin sa isang kopya ng abisong ito, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari mo ring makuha ang abiso online sa [www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

### Seksyon 8.2 Paano maghain ng Antas 1 na apela upang baguhin ang petsa ng iyong pag-discharge mula sa ospital

Upang hilingin sa amin na saklawin ang mga serbisyo ng ospital para sa inpatient nang mas matagal, gamitin ang proseso ng pag-apela upang gawin ang kahilingang ito. Bago ka magsimula, unawain kung ano ang kailangan mong gawin at kung ano ang mga deadline.

- **Sundin ang proseso**
- **Sumunod sa mga deadline**
- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito.** Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). O tumawag sa iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP), para sa personalisadong tulong. Available ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng SHIP sa Kabanata 2, Seksyon 3.

**Sa panahon ng Level 1 na apela, sinusuri ng Quality Improvement Organization ang iyong apela.** Tinitingnan nito kung medikal na angkop sa iyo ang nakaplanong petsa ng pag-discharge mo.

Ang **Quality Improvement Organization** ay isang pangkat ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan para suriin at pahasayin ang kalidad ng pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. Kabilang dito ang pagsusuri sa mga petsa ng pag-discharge sa ospital para sa mga taong may Medicare. Ang mga dalubhasang ito ay hindi bahagi ng aming plano.

**Hakbang 1: Makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization para sa iyong estado at humingi ng agarang pagsusuri sa paglabas mo sa ospital. Kailangan mong kumilos nang mabilis.**

#### ***Paano ka makikipag-ugnayan sa organisasyong ito?***

- Makikita sa nakasulat na abisong natanggap mo (*Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare Tungkol sa Iyong Mga Karapatan*) kung paano makikipag-ugnayan sa organisasyong ito. O hanapin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Quality Improvement Organization para sa iyong estado sa Kabanata 2.

#### ***Kumilos nang mabilis:***

- Upang isagawa ang iyong apela, dapat kang makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization **bago** ka lumabas sa ospital at **nang hindi lalampas sa hatinggabi sa araw ng paglabas mo.**
  - **Kung masusunod mo ang deadline na ito,** maaari kang manatili sa ospital **pagkatapos** ng iyong petsa ng pag-discharge **nang hindi nagbabayad para dito** habang hinihintay mo ang desisyon mula sa Quality Improvement Organization.
  - Kung hindi mo matutugunan ang **deadline na ito,** makipag-ugnayan sa amin. Kung magpasya kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng pag-discharge, *maaaring kailanganin mong bayaran ang lahat ng gastos* para sa pangangalaga sa ospital na natanggap mo pagkalipas ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

Kapag humiling ka ng agarang pagsusuri sa iyong paglabas sa ospital, makikipag-ugnayan sa amin ang Quality Improvement Organization. Pagdating ng tanghali pagkatapos makipag-ugnayan sa amin, bibigyan ka namin ng **Detalyadong Abiso ng Paglabas sa Ospital**. Ibinibigay ng abisong ito ang nakaplanong petsa ng pag-discharge mo at ipinapaliwanag nang detalyado ang mga dahilan kung bakit naniniwala ang iyong doktor, ang ospital, at kami na angkop na (medikal na naaangkop) para sa iyo na mapalabas sa petsang iyon.

Makakakuha ka ng sample ng **Detalyadong Abiso ng Paglabas sa Ospital** sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.) O maaari kang kumuha ng sample online sa [www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

### **Hakbang 2: Ang Quality Improvement Organization ay nagsasagawa ng hiwalay na pagsusuri ng iyong kaso.**

- Tatanungin ka (o ang iyong kinatawan) ng mga propesyonal sa kalusugan sa Quality Improvement Organization (ang mga tagasuri) kung bakit naniniwala kang dapat magpatuloy ang pagsaklaw para sa mga serbisyo. Hindi mo kailangang maghanda ng anumang sulat, ngunit maaari mo itong gawin kung gusto mo.
- Titingnan din ng mga tagasuri ang iyong medikal na impormasyon, kakausapin ang iyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay namin at ng ospital sa kanila.
- Sa tanghali pagkatapos sabihin sa amin ng mga tagasuri ang tungkol sa iyong apela, makakatanggap ka ng nakasulat na abiso mula sa amin na nagsasaad ng iyong nakatakdang petsa ng pag-discharge. Detalyado ring ipinapaliwanag ng abisong ito ang mga dahilan kung bakit sa tingin ng iyong doktor, ng ospital, at namin ay tama (medikal na naaangkop) para sa iyo na mapalabas sa petsang iyon.

### **Hakbang 3: Sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nito, ibibigay sa iyo ng Quality Improvement Organization ang kanilang sagot sa iyong apela.**

#### ***Ano ang mangyayari kung ang sagot ay oo?***

- Kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri, **dapat naming patuloy na ibigay ang iyong mga saklaw na serbisyo ng ospital para sa inpatient hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyong ito.**
- Kakailanganin mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi ng mga gastos (gaya ng mga deductible o copayment, kung naaangkop ang mga ito). Bilang karagdagan, maaaring may mga limitasyon sa iyong saklaw na mga serbisyo ng ospital.

#### ***Ano ang mangyayari kung ang sagot ay hindi?***

- Kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri, sinasabi nito na medikal na nararapat ang iyong nakaplanong petsa ng pag-discharge. Kung mangyayari ito, ang **aming saklaw para sa iyong mga serbisyo sa ospital para sa inpatient ay magtatapos** sa tanghali sa araw **pagkatapos** na ibigay sa iyo ng Quality Improvement Organization ang sagot nito sa iyong apela.
- Kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri sa iyong apela at magpasya kang manatili sa ospital, **posibleng ikaw ang kinakailangang magbayad ng buong gastos** sa pangangalaga sa ospital na matatanggap mo sa tanghali ng araw na iyon pagkatapos ibigay sa iyo ng Quality Improvement Organization ang kanilang sagot sa iyong apela.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

---

**Hakbang 4: Kung ang sagot sa iyong Antas 1 na apela ay hindi, magpapasya ka kung gusto mong gumawa ng isa pang apela.**

- Kung hindi ang sagot ng Quality Improvement Organization sa iyong apela, **at** nanatili ka sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng pag-discharge, maaari kang maghain ng panibagong apela. Ang paghahain ng panibagong apela ay nangangahulugang magpapatuloy ka sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela.

**Seksyon 8.3 Paano maghain ng Antas 2 na apela upang baguhin ang iyong petsa ng pag-discharge**

Sa panahon ng Antas 2 na apela, hinihiling mo sa Quality Improvement Organization na suriin ulit ang naging desisyon nito sa iyong unang apela. Kung tatanggihan ng Quality Improvement Organization ang iyong Antas 2 na apela, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga para sa pananatili mo pagkatapos ng nakaplanong petsa ng pag-discharge mo.

**Hakbang 1: Makipag-ugnayan muli sa Quality Improvement Organization at humingi ng isa pang pagsusuri.**

- Dapat mong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na sinagot ng Quality Improvement Organization ng hindi ang iyong Antas 1 na apela. Maaari mo lang hilingin ang pagsusuring ito kung mananatili ka sa ospital pagkatapos ng petsa na natapos ang iyong pagsaklaw para sa pangangalaga.

**Hakbang 2: Ang Quality Improvement Organization ay gagawa ng pangalawang pagsusuri sa iyong sitwasyon.**

- Susuriin muli ng mabuti ng Quality Improvement Organization ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.

**Hakbang 3: Sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang kahilingan mo para sa Antas 2 na apela, ang mga tagasuri ay magpapasya sa iyong apela at sasabihin sa iyo ang desisyon nito.*****Kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri:***

- **Dapat naming ibalik ang iyong ibinayad** para sa aming bahagi ng gastos sa pangangalaga sa ospital na natanggap mo simula tanghali pagkatapos ng petsa kung kailan tinanggihan ang iyong unang apela ng Quality Improvement Organization. **Dapat naming ipagpatuloy ang pagbibigay ng saklaw para sa iyong pangangalaga sa ospital para sa inpatient hangga't ito ay medikal na kinakailangan.**
- Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi sa mga gastos at maaaring malapat ang mga limitasyon sa saklaw.

***Kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri:***

- Nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyong ginawa nila sa iyong Antas 1 na apela.
- Sasabihin sa iyo sa abisong matatanggap mo kung ano ang maaari mong gawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng pagsusuri.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)****Hakbang 4: Kung hindi ang sagot, kailangan mong magdesisyon kung gusto mong ipagpatuloy pa ang iyong apela sa pamamagitan ng pagpunta sa Antas 3.**

- May 3 karagdagang antas sa proseso ng pag-apela pagkatapos ng Antas 2 (para sa kabuuang 5 antas ng apela). Kung gusto mong pumunta sa isang Antas 3 na apela, ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na abiso na makukuha mo pagkatapos ng iyong desisyon sa Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Administrative Law Judge o abogadong tagahatol. Tinatalakay sa **Seksyon 10** ang higit pa tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na proseso ng pag-apela.

**SEKSYON 9 Paano hihilingin sa amin na patuloy na saklawin ang ilang partikular na serbisyong medikal kung sa tingin mo ay masyadong maagang magtatapos ang iyong saklaw**

Kapag nakakakuha ka ng saklaw **na mga serbisyong pangkalusugan sa bahay, bihasang pag-aalaga, o pangangalagang pag-rehabilitate (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)**, may karapatan kang patuloy na makuha ang iyong mga serbisyo para sa ganoong uri ng pangangalaga hangga't kailangan ang pangangalaga upang masuri at magamot ang iyong sakit o pinsala.

Kapag magpasya kami na panahon nang itigil ang pagsaklaw sa alinman sa 3 uri ng pangangalaga para sa iyo, kinakailangan naming sabihin ito sa iyo nang maaga. Kapag natapos na ang iyong saklaw para sa pangangalagang iyon, *ititigil na namin ang pagbabayad para sa iyong pangangalaga.*

Kung sa tingin mo ay masyadong maaga naming tinatapos ang pagsaklaw para sa iyong pangangalaga, **maaari mong iapela ang aming desisyon.** Sinasabi sa iyo ng seksyong ito kung paano humingi ng apela.

**Seksyon 9.1 Sasabihin namin sa iyo nang maaga kung kailan matatapos ang saklaw mo****Legal na Termino:**

**Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare.** Sinasabi nito sa iyo kung paano humiling ng **mabilisang apela.** Ang paghiling sa amin ng mabilis na apela ay isang pormal, legal na paraan para humiling na baguhin ang aming desisyon sa pagsaklaw tungkol sa kung kailan dapat ihinto ang iyong pangangalaga.

- 1. Nakatanggap ka ng nakasulat na abiso** nang mas maaga nang hindi bababa sa 2 araw ng kalendaryo bago ihinto ng aming plano sa pagsaklaw sa iyong pangangalaga. Sasabihin sa iyo ng abiso:
  - Ang petsa kung kailan dapat namin ihinto ang pagsaklaw ng pangangalaga para sa iyo.
  - Paano humiling ng mabilisang apela upang hilingin sa aming patuloy na saklawin ang iyong pangangalaga sa loob ng mas matagal na panahon.
- 2. Ikaw, o ang taong kumikilos sa ngalan mo, ay hihilinging lagdaan ang nakasulat na abiso upang ipakitang natanggap mo ito.** Ang paglagda sa abiso ay nagpapakita *lang* na natanggap mo ang impormasyon tungkol sa kung kailan ihihinto ang pagsaklaw sa iyo. **Ang paglagda rito ay hindi nangangahulugang sumasang-ayon ka** sa desisyon ng aming plano na ihinto ang pangangalaga.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

### **Seksyon 9.2 Paano maghain ng Antas 1 na apela upang saklawin ng aming plano ang iyong pangangalaga sa mas mahabang panahon**

Kung gusto mong hilingin sa aming saklawin nang mas matagal ang iyong pangangalaga, kakailanganin mong gamitin ang proseso ng pag-apela upang gawin ang kahilingang ito. Bago ka magsimula, unawain kung ano ang kailangan mong gawin at kung ano ang mga deadline.

- **Sundin ang proseso**
- **Sumunod sa mga deadline**
- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito.** Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). O tumawag sa iyong State Health Insurance Assistance Program (SHIP) para sa personalisadong tulong. Available ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng SHIP sa Kabanata 2, Seksyon 3.

#### **Sa panahon ng Leval 1 na apela, sinusuri ng Quality Improvement Organization ang iyong apela.**

Nagpapasya ito kung ang petsa ng pagtatapos para sa pangangalaga sa iyo ay medikal na naaangkop.

Ang **Quality Improvement Organization** ay isang pangkat ng mga doktor at iba pang dalubhasa sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan para suriin at pahasayin ang kalidad ng pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. Kabilang dito ang pagsusuri sa mga desisyon ng plano tungkol sa kung kailan oras na upang ihinto ang pagsaklaw sa ilang partikular na uri ng pangangalagang medikal. Ang mga dalubhasang ito ay hindi bahagi ng aming plano.

#### **Hakbang 1: Gawin ang iyong Antas 1 na apela: makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization at humingi ng mabilis na sinusubaybayang apela. Kailangan mong kumilos nang mabilis.**

##### ***Paano ka makikipag-ugnayan sa organisasyong ito?***

- Isinasaad sa iyo ng nakasulat na abiso na natanggap mo (*Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare*) kung paano makikipag-ugnayan sa organisasyong ito. O hanapin ang pangalan, address, at numero ng telepono ng Quality Improvement Organization para sa iyong estado sa Kabanata 2.

##### ***Kumilos nang mabilis:***

- Dapat kang makipag-ugnayan sa Quality Improvement Organization upang simulan ang iyong apela **sa tanghali ng araw bago ang petsa ng bisa** sa Abiso ng Hindi Pagiging Saklaw ng Medicare na ipinadala namin sa iyo.
- Kung hindi ka nakaabot sa deadline, at gusto mong maghain ng apela, mayroon ka pa ring karapatang umapela. Makipag-ugnayan sa iyong Quality Improvement Organization.

#### **Hakbang 2: Ang Quality Improvement Organization ay nagsasagawa ng hiwalay na pagsusuri ng iyong kaso.**

##### **Legal na Termino:**

**Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw.** Abisong nagbibigay ng mga detalye sa mga dahilan para sa pagwawakas ng pagsaklaw.

##### ***Ano ang nangyayari sa panahon ng pagsusuring ito?***

### **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

- Itatanong sa iyo, o sa kinatawan mo, ng mga propesyonal sa kalusugan sa Quality Improvement Organization (ang mga tagasuri) kung bakit naniniwala kang dapat magpatuloy ang pagsaklaw para sa mga serbisyo. Hindi mo kailangang maghanda ng anumang sulat, ngunit maaari mo itong gawin kung gusto mo.
- Titingnan din ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri ang iyong medikal na impormasyon, kakausapin ang iyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.
- Bago lumipas ang araw na ipinabatid sa amin ng mga tagasuri ang tungkol sa iyong apela, makakatanggap ka rin ng **Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw** mula sa amin na detalyadong nagpapaliwanag ng mga dahilan namin sa pagwawakas ng pagsaklaw namin sa iyong mga serbisyo.

#### **Hakbang 3: Sa loob ng isang buong araw pagkatapos nilang makuha ang lahat ng impormasyon na kailangan nila, sasabihin sa iyo ng mga tagasuri ang kanilang desisyon.**

##### ***Ano ang mangyayari kung sasagot ng oo ang mga tagasuri?***

- Kung *oo* ang sagot ng mga tagasuri sa iyong apela, **dapat naming patuloy na ipagkaloob ang iyong saklaw na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.**
- Kakailanganin mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi ng mga gastos (gaya ng mga deductible o copayment, kung naaangkop ang mga ito). Maaaring may mga limitasyon sa iyong mga saklaw na serbisyo.

##### ***Ano ang mangyayari kung sasagot ng hindi ang mga tagasuri?***

- Kung *hindi* ang sagot ng mga tagasuri, **matatapos ang iyong pagsaklaw sa petsang sinabi namin sa iyo.**
- Kung magpasya kang patuloy na tumanggap ng pangangalaga sa kalusugan sa bahay, o pangangalaga mula sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, o mga serbisyo ng Komprehensibong Pasilidad para sa Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF) **pagkatapos** ng petsang ito kung kailan magwawakas ang iyong pagsaklaw, **kakailanganin mong bayaran mismo ang kabuuang gastos** para sa pangangalagang ito.

#### **Hakbang 4: Kung ang sagot sa iyong Antas 1 na apela ay hindi, magpapasya ka kung gusto mong gumawa ng isa pang apela.**

- Kung hindi ang sagot ng mga tagasuri sa iyong Antas 1 na apela - **at** pipiliin mong patuloy na makatanggap ng pangangalaga pagkatapos na magwawakas ang pagsaklaw para sa iyong pangangalaga, maaari kang maghain ng Antas 2 na apela.

### **Seksyon 9.3 Paano maghain ng Antas 2 na apela upang saklawin ng aming plan ang pangangalaga sa iyo sa mas mahabang panahon**

Para sa Antas 2 na apela, hihilingin mo sa Quality Improvement Organization ng Kalidad na suriing muli ang desisyon na ginawa nila sa iyong unang apela. Kung tatanggihan ng Quality Improvement Organization ang iyong Antas 2 na apela, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga para sa iyong pangangalaga ng kalusugan sa bahay, o pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga, o mga serbisyo ng Pasilidad ng Kumprehensibong Pag-rehabilitate sa Outpatient (CORF) **pagkatapos** ng petsa kung kailan sinabi namin na ang iyong saklaw ay tapos na.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

---

**Hakbang 1: Makipag-ugnayan muli sa Quality Improvement Organization at humingi ng isa pang pagsusuri.**

- Dapat kang humingi ng pagsusuring ito **sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ang Quality Improvement Organization ng hindi sa iyong Antas 1 na apela. Maaari mo lang hilingin ang pagsusuring ito kung ipinagpatuloy mo ang pagkuha ng pangangalaga makalipas ang petsa na natapos ang iyong pagsaklaw para sa pangangalaga.

**Hakbang 2: Ang Quality Improvement Organization ay gagawa ng pangalawang pagsusuri sa iyong sitwasyon.**

- Susuriin muli ng mabuti ng Quality Improvement Organization ang lahat ng impormasyong nauugnay sa iyong apela.

**Hakbang 3: Sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang kahilingan mo sa apela, magpapasya ang mga tagasuri sa iyong apela at sasabihin sa iyo ang desisyon nito.*****Ano ang mangyayari kung oo ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri?***

- **Dapat naming ibalik ang iyong ibinayad** para sa aming bahagi sa mga gastos ng pangangalagang natanggap mo pagkatapos ng petsang sinabi naming matatapos ang iyong pagsaklaw. **Dapat naming patuloy na ibigay ang pagsaklaw** para sa pangangalaga hangga't medikal na kinakailangan ito.
- Dapat mong patuloy na bayaran ang iyong bahagi sa mga gastos, at maaaring may mga limitasyon sa saklaw na nalalapat.

***Ano ang mangyayari kung hindi ang sagot ng hiwalay na organisasyon sa pagsusuri?***

- Nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyong ginawa sa iyong Antas 1 na apela.
- Sasabihin sa iyo sa abisong matatanggap mo kung ano ang maaari mong gawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng pagsusuri. Magbibigay ito sa iyo ng mga detalye tungkol sa kung paano ka makakapagpatuloy sa sunod na antas ng apela, na pinangangasiwaan ng Hukom ng Administratibong Batas o abogadong tagahatol.

**Hakbang 4: Kung hindi ang sagot, kakailanganin mong magdesisyon kung gusto mong ipagpatuloy pa ang iyong apela.**

- May 3 karagdagan antas ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuang 5 antas ng apela. Kung gusto mong pumunta sa isang Antas 3 na apela, ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na abiso na makukuha mo pagkatapos ng iyong desisyon sa Antas 2 na apela.
- Ang Antas 3 na apela ay pinangangasiwaan ng Administrative Law Judge o abogadong tagahatol. Nagsasabi ng higit pa ang **Seksyon 10** sa kabanatang ito ang proseso para sa Antas 3, 4, at 5 na mga apela.

---

**SEKSYON 10 Pagdadala ng iyong apela sa Antas 3, 4, at 5**

---

**Seksyon 10.1 Mga Antas 3, 4 at 5 na Apela para sa Mga Kahilingan sa Serbisyong Medikal**

Maaaring naaangkop para sa iyo ang seksyong ito kung naghain ka ng Antas 1 na apela at Antas 2 na apela, at parehong tinanggihan ang mga apelang ito.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

Kung nakatutugon sa partikular na dolyar na halaga ang halaga ng item o serbisyong medikal na inapela mo, maaari kang makapagpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela. Kung hindi umabot sa kinakailangang pinakamababang antas ang dolyar na halaga, hindi ka makakapaghain pa ng apela. Ipapaliwanag ng nakasulat na tugon na natanggap mo sa iyong Antas 2 na apela kung paano maghain ng Antas 3 na apela.

Para sa karamihan ng mga sitwasyon na may kinalaman sa mga apela, halos pareho ang pagsasagawa sa huling 3 antas ng apela gaya ng naunang 2 antas. Narito kung sino ang nangangasiwa sa pagsusuri ng iyong apela sa bawat isa sa mga antas na ito.

### **Antas 3 na apela**

Isang **Hukom ng Administratibong Batas** o isang abogadong tagahatol na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan ang susuri sa iyong apela at magbibigay sa iyo ng sagot.

- **Kung sasagot ng oo ang Hukom ng Administratibong Batas o abogadong tagahatol sa iyong apela, ang proseso ng pag-apela ay maaaring tapos na o hindi pa.** Hindi katulad ng desisyon sa Antas 2 na apela, may karapatan kaming iapela ang isang desisyon sa Antas 3 na pabor sa iyo. Kung magpasya kaming mag-apela, mapupunta ito sa Antas 4 na apela.
  - Kung magpasya kaming *hindi* iapela, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa iyo ang pangangalagang medikal sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Hukom ng Administratibong Batas o abogadong tagahatol.
  - Kung magpasya kaming iapela ang desisyon, magpapadala kami sa iyo ng kopya ng kahilingan sa Antas 4 na apela kalakip ang anumang kasamang dokumento. Maaari naming hintayin ang desisyon sa Antas 4 na Apela bago pahintulutan o ibigay ang pangangalagang medikal na pinagtatalunan.
- **Kung hindi ang isasagot ng Hukom ng Administratibong Batas o abogadong tagahatol sa iyong apela, ang proseso ng pag-apela ay maaaring tapos na o maaaring hindi pa.**
  - Kung magpasya kang tanggapin ang desisyong tumatanggi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng pag-apela.
  - Kung hindi mo gustong tanggapin ang desisyon, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

### **Antas 4 na apela**

Ang **Konseho ng Mga Apela ng Medicare** (Konseho) ang susuri sa iyong apela at magbibigay sa iyo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

- **Kung ang sagot ay oo, o kung tinanggihan ng Konseho ang aming kahilingang suriin ang desisyon sa Antas 3 na apela na pabor sa iyo, ang proseso ng pag-apela ay maaaring tapos na o hindi pa.** Hindi tulad ng desisyon sa Antas 2, may karapatan kaming mag-apela ng desisyon sa Antas 4 na pabor sa iyo. Magpapasya kami kung iaapela ba ang desisyong ito sa Antas 5.
  - Kung magpasya kaming *hindi* iapela ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ipagkaloob sa iyo ang pangangalagang medikal sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Konseho.
  - Kung magpasya kaming iapela ang desisyon, ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat.
- **Kung ang sagot ay hindi o kung tatanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, ang proseso ng pag-apela ay maaaring matapos na o hindi pa matapos.**
  - Kung magpasya kang tanggapin ang desisyong ito na tumatanggi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng pag-apela.

## **Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

- Kung hindi mo gustong tanggapin ang desisyon, maaari mong ipagpatuloy sa susunod na antas ang proseso ng pagsusuri. Kung hindi ang isasagot ng Konseho sa iyong apela, sasabihin sa iyo sa abisong matatanggap mo kung pinapayagan ka ng mga panuntunan na magpatuloy sa Antas 5 na apela at kung paano magpatuloy sa Antas 5 na apela.

### **Antas 5 na apela**

Isang hukom sa **Hukuman ng Pederal na Distrito** ang susuri sa iyong apela.

- Susuriin ng isang hukom ang lahat ng impormasyon at magpapasya siya kung *oo* o *hindi* ang isasagot sa iyong kahilingan. Ito ang magiging pangwakas na sagot. Wala nang ibang antas ng apela pagkatapos ng Pederal na Hukuman ng Distrito.

### **Seksyon 10.2 Mga karagdagang apela sa Medicaid**

Mayroon ka ring iba pang karapatan sa pag-apela kung ang iyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medicaid. Sasabihin sa iyo ng sulat na matatanggap mo mula sa tanggapan ng Makatarungang Pagdinig kung ano ang maaari mong gawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng pag-apela.

### **Seksyon 10.3 Mga Antas 3, 4 at 5 na Apela para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Bahagi D**

Maaaring naaangkop para sa iyo ang seksyong ito kung naghain ka ng Antas 1 na apela at Antas 2 na apela, at parehong tinanggihan ang mga apelang ito.

Kung nakatutugon sa partikular na dolyar na halaga ang halaga ng gamot na inapela mo, maaari kang magpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela. Kung mas mababa ang halaga ng dolyar, hindi ka na makakapaghain pa ng apela. Ipapaliwanag ng nakasulat na tugon na natanggap mo sa iyong Antas 2 na apela kung kanino makikipag-ugnayan at kung ano ang gagawin upang humiling para sa isang Antas 3 na apela.

Para sa karamihan ng mga sitwasyon na may kinalaman sa mga apela, halos pareho ang pagsasagawa sa huling 3 antas ng apela gaya ng naunang 2 antas. Narito kung sino ang nangangasiwa sa pagsusuri ng iyong apela sa bawat isa sa mga antas na ito.

Antas 3 na apela

**Isang Hukom ng Administratibong Batas o isang abogadong tagahatol na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan ang susuri sa iyong apela at magbibigay sa iyo ng sagot.**

- **Kung oo ang sagot, tapos na ang proseso ng pag-apela.** Dapat naming **pahintulutan o ipagkaloob ang pagsaklaw sa gamot** na inaprubahan ng Administrative Law Judge o abogadong tagahatol sa loob ng **72 oras (24 na oras para sa mga pinabilis na apela) o dapat kaming magbayad sa loob nang hindi lalampas sa 30 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang desisyon.
- **Kung hindi ang isasagot ng Hukom ng Administratibong Batas o abogadong tagahatol sa iyong apela, ang proseso ng pag-apela ay maaaring tapos na o maaaring hindi pa.**
  - Kung magpasya kang tanggapin ang desisyong ito na tumatangi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng pag-apela.
  - Kung hindi mo gustong tanggapin ang desisyon, maaari kang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

Antas 4 na apela

Ang **Konseho ng Mga Apela ng Medicare** (Konseho) ang susuri sa iyong apela at magbibigay sa iyo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na pamahalaan.

- **Kung oo ang sagot, tapos na ang proseso ng pag-apela.** Dapat naming **pahintulutan o ibigay ang pagsaklaw sa gamot** na inaprubahan ng Konseho **sa loob ng 72 oras (o 24 oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 mga araw ng kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang desisyon.
- **Kung ang sagot ay hindi o kung tatanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, ang proseso ng pag-apela ay maaaring matapos na o hindi pa matapos.**
  - Kung magpasya kang tanggapin ang desisyong tumatangi sa iyong apela, tapos na ang proseso ng pag-apela.
  - Kung hindi mo gustong tanggapin ang desisyon, maaari mong ipagpatuloy sa susunod na antas ang proseso ng pagsusuri. Kung hindi ang isasagot ng Konseho sa iyong apela, sasabihin sa iyo sa abisong matatanggap mo kung pinapayagan ka ng mga panuntunan na magpatuloy sa Antas 5 na apela at kung paano magpatuloy sa Antas 5 na apela.

Antas 5 na apela

Isang hukom sa **Hukuman ng Pederal na Distrito** ang susuri sa iyong apela.

- Susuriin ng isang hukom ang lahat ng impormasyon at magpasya siya kung oo o hindi ang isasagot sa iyong kahilingan. Ito ang magiging pangwakas na sagot. Wala nang ibang antas ng apela pagkatapos ng Pederal na Hukuman ng Distrito.

---

## Paghahain ng mga reklamo

---

### SEKSYON 11 Paano magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mga oras ng paghihintay, serbisyo sa customer, o iba pang alalahanin

---

#### Seksyon 11.1 Anong mga uri ng mga problema ang hinahawakan ng proseso ng reklamo

Ang proseso ng reklamo ay ginagamit *lamang* para sa ilang uri ng mga problema. Kasama rito ang mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng mga problemang pinangangasiwaan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
<b>Kalidad ng iyong pangangalagang medikal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hindi ka ba nasisiyahan sa kalidad ng pangangalagang natanggap mo (kabilang ang pangangalaga sa loob ng ospital)?</li> </ul>
<b>Paggalang sa iyong privacy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hindi ba iginalang ng isang tao ang karapatan mo sa privacy o nagbahagi ng kumpidensyal na impormasyon?</li> </ul>
<b>Kawalang-galang, hindi magandang serbisyo sa customer, o iba pang negatibong pag-uugali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• May naging bastos o walang galang ba sa iyo?</li> <li>• Hindi ka ba nasisiyahan sa aming Mga Serbisyo para sa Miyembro?</li> </ul>

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

Reklamo	Halimbawa
<b>Mga oras ng paghihintay</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pakiramdam mo ba ay hinihikayat kang umalis sa aming plano?</li> <li>• Nahihirapan ka bang kumuha ng appointment, o naghihintay ka ba nang masyadong matagal upang makuha ito?</li> <li>• Pinaghintay ka ba nang napakatagal ng mga doktor, parmasyutiko, o iba pang propesyonal sa kalusugan? O ng aming Mga Serbisyo para sa Miyembro o iba pang kawani ng aming plano? <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Kasama sa mga halimbawa ang paghihintay nang masyadong matagal sa telepono, sa waiting o exam room, o pagkuha ng reseta.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Kalinisan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hindi ka ba nasisiyahan sa kalinisan o kalagayan ng isang klinika, ospital, o tanggapan ng doktor?</li> </ul>
<b>Impormasyong nakukuha mo mula sa amin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nabigo ba kaming bigyan ka ng kinakailangang abiso?</li> <li>• Mahirap bang maunawaan ang aming nakasulat na impormasyon?</li> </ul>
<p><b>Pagiging tama sa oras</b> (Ang mga ganitong uri ng reklamo ay nauugnay sa pagiging tama sa oras ng aming mga pagkilos na may kinalaman sa mga desisyon sa pagsaklaw at apela)</p>	<p>Kung humiling ka na sa amin ng desisyon sa pagsaklaw o naghain ka na ng apela, at sa palagay mo ay mabagal ang pagtugon namin, maaari ka ring maghain ng reklamo tungkol sa pagiging mabagal namin. Narito ang mga halimbawa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Humiling ka sa amin ng isang <i>mabilis na desisyon sa pagsaklaw</i> o ng isang <i>mabilis na apela</i>, at hindi ang naging sagot namin; maaari kang maghain ng reklamo.</li> <li>• Naniniwala kang hindi namin natutugunan ang mga deadline para sa mga desisyon sa pagsaklaw o apela; maaari kang maghain ng reklamo.</li> <li>• Naniniwala kang hindi namin natutugunan ang mga deadline para sa pagsaklaw o pagbabalik ng bayad para sa ilang partikular na medikal na item o mga serbisyo o gamot na naaprubahan na; maaari kang maghain ng reklamo.</li> <li>• Naniniwala kang hindi namin natugunan ang mga kinakailangang deadline para sa pagpapasa ng iyong kaso sa hiwalay na organisasyon ng pagsusuri; maaari kang magreklamo.</li> </ul>

**Seksyon 11.2 Paano gumawa ng reklamo****Mga Legal na Termino:**

Ang **reklamo** ay tinatawag din na **hinaing**.

Ang **paghahain ng reklamo** ay tinatawag na **paghahain ng hinaing**.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)****Mga Legal na Termino:**

**Ang paggamit ng proseso para sa mga reklamo** ay tinatawag na **paggamit ng proseso para sa paghahain ng hinaing**.

Ang **mabilis na apela** ay tinatawag na **pinabilis na hinaing**.

**Hakbang 1: Makipag-ugnayan sa amin kaagad – sa pamamagitan man ng pagtawag o sulat.**

- **Ang pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440** (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **711**) **ang karaniwang unang hakbang**. Kung may iba ka pang kailangang gawin, ipapaalam ito sa iyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- **Kung ayaw mong tumawag (o tumawag ka at hindi ka nasiyahan), maaari mong isulat ang iyong reklamo at ipadala ito sa amin**. Kung isusulat mo ang iyong reklamo, sasagutin namin ang iyong reklamo sa pamamagitan ng sulat.
- Susubukan naming lutasin ang reklamo mo sa tawag. Kung humingi ka ng nakasulat na tugon, magsampa ng nakasulat na karaingan, o ang iyong reklamo ay nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, tutugon kami sa iyo nang nakasulat. Kung hindi namin mareresolba ang reklamo mo sa pamamagitan ng pagtawag, mayroon kaming pormal na pamamaraan para suriin ang iyong mga reklamo. Tinatawag namin itong aming Proseso ng Karaingan ng Miyembro.
- Ikaw, o ang awtorisadong kinatawan mo, ay may karapatan na magsampa ng pinabilis na karaingan sa tuwing kukuha ng palugit ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sa paggawa ng desisyon sa pagpapasiya o muling pagsasaalang-alang ng organisasyon, o kapag tumanggi kami sa isang kahilingan na pabilisin ang pagpapasiya o muling pagsasaalang-alang ng organisasyon. (Hindi kami maaaring kumuha ng palugit kapag gumagawa ng desisyon sa saklaw o ang pagpapasya sa isang apela ay may kasamang gamot sa Bahagi B o Bahagi D.) Tutugon ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) sa mga pinabilis na karaingan na ito sa loob ng (24) oras pagkatapos matanggap.
- Dapat naming tugunan ang hinaing mo sa lalong madaling panahon na kinakailangan ng iyong kaso batay sa iyong katayuan sa kalusugan, ngunit hindi lalampas sa 30 araw pagkatapos matanggap ang iyong reklamo. Maaari naming pahabain ang takdang panahon ng hanggang 14 na araw kung hihilingin mo ang palugit, o kung kailangan namin ng dagdag na impormasyon at ang pagkaantala ay para sa pinakamahusay mong interes.
- **Tumawag ka man o sumulat. dapat kang tumawag agad sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711)**. Maaari kang magreklamo anumang oras pagkatapos mong magkaroon ng problema na gusto mong ireklamo.

**Hakbang 2: Isinasalang alang namin ang iyong apela at binibigyan ka ng aming sagot.**

- **Kung maaari, sasagutin ka namin kaagad**. Kung tatawagan mo kami para magreklamo, puwede ka naming bigyan ng sagot sa parehong tawag sa telepono.
- **Karamihan sa mga reklamo ay sinasagot sa loob ng 30 araw ng kalendaryo**. Kung kailangan namin ng higit pang impormasyon at ang pagkaantala ay para sa pinakamahusay na interes mo o kung humingi ka ng karagdagang oras, maaari kaming tumagal ng hanggang 14 pang araw ng kalendaryo (44 na araw ng kalendaryo sa kabuuan) para masagot ang reklamo mo. Kung mapagpapasyahan naming iapela ang desisyon, sasabihin namin ito sa iyo sa pamamagitan ng pagsulat.

**Kabanata 9: Kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa pagsaklaw, apela, reklamo)**

---

- **Kung nagrereklamo ka dahil tinanggihan namin ang iyong kahilingan para sa mabilis na desisyon sa pagsaklaw o mabilis na apela, awtomatiko ka naming bibigyan ng mabilis na reklamo.** Kung mayroon kang mabilis na reklamo, nangangahulugan ito na bibigyan ka namin **ng sagot sa loob ng 24 na oras.**
- **Kung hindi kami sumasang-ayon** sa ilan o lahat ng iyong reklamo o hindi inaako ang responsibilidad para sa problema na iyong inirereklamo, isasama namin ang aming mga dahilan sa aming tugon sa iyo.

**Seksyon 11.3 Maaari ka ring magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad**

Kapag tungkol sa **kalidad ng pangangalaga** ang iyong reklamo, mayroon ka ding 2 karagdagang opsyon:

- **Maaari kang magreklamo nang direkta sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad.** Ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay isang grupo ng mga nagsasanay na doktor at iba pang mga eksperto sa pangangalaga ng kalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at pagbutihin ang pangangalaga na ibinibigay sa mga pasyente ng Medicare. Ang Kabanata 2 ay may impormasyon sa pakikipag-ugnayan.

0

- **Maaari kang magreklamo sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad at sa amin nang sabay.**

**Seksyon 11.4 Maaari mo ring sabihin sa Medicare at Medicaid ang tungkol sa reklamo mo**

Puwede kang magsumite ng reklamo tungkol sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) nang direkta sa Medicare. Upang magsumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag sa 1-877-486-2048 ang mga gumagamit ng TTY/TDD.

**Kabanata 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano**

---

**KABANATA 10:****Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano****SEKSYON 1 Pagtapos ng pagiging miyembro mo sa aming plano**

---

Ang pagwawakas ng iyong pagiging miyembro sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ay maaaring **kusang-loob** (sarili mong desisyon) o **hindi kusang-loob** (hindi mo sariling desisyon):

- Maaaring umalis ka sa aming plano dahil napagpasyahan mo na gusto mo nang umalis. Nagbibigay ang Seksyon 2 at 3 ng impormasyon tungkol sa boluntaryong pagwawakas ng iyong pagiging miyembro.
- Mayroon ding mga limitadong sitwasyon kung saan kinakailangan naming wakasan ang iyong pagiging miyembro. Isinasaad sa iyo sa Seksyon 5 ang tungkol sa mga sitwasyon kung saan dapat naming wakasan ang iyong pagiging miyembro.

Kung aalis ka na sa aming plano, dapat patuloy na ibigay ng aming plano ang iyong pangangalagang medikal at mga inireresetang gamot, at patuloy mong babayaran ang iyong bahagi ng gastos hanggang sa magwakas ang iyong pagiging miyembro.

**SEKSYON 2 Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo sa aming plano?**

---

**Seksyon 2.1 Maaari mong wakasan ang pagiging miyembro mo (membership) dahil mayroon kang Medicare at Medicaid**

- Tinatapos ng karamihan sa mga taong may Medicare ang kanilang pagiging miyembro (membership) sa ilang partikular na panahon ng taon. Dahil mayroon kang Medicaid, maaari mong tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plan sa pamamagitan ng pagpili mula sa isa sa mga opsyon ng Medicare sa anumang buwan ng taon:
  - Original Medicare na *may* hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare,
  - Original Medicare na *walang* hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare (kung pipiliin mo ang opsyong ito at tumanggap ng Extra Help, maaari kang itala ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung hindi ka lalahok sa awtomatikong pagpapatala.), o
  - Kung karapat-dapat, isang integrated na D-SNP na nagbibigay ng iyong Medicare at karamihan o lahat ng iyong benepisyo ng Medicaid at serbisyo sa isang plan.

**Tandaan:** Kung umalis ka sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Extra Help, at magpatuloy ka nang walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa loob ng magkakasunod na 63 araw o higit pa, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali ka sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

- Tawagan ang Tanggapan ng Medicaid sa iyong Estado sa (833) 671-0440 upang malaman ang tungkol sa inyong mga pagpipilian para sa plano ng Medicaid.

## Kabanata 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano

- Iba pang mga opsyon sa planong pangkalusugan ng Medicare na available sa panahon ng **Panahon ng Bukas na Pagpapatala**. Isinasaad ng Seksyon 2.2 ang higit pa tungkol sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala.
- **Kadalasang magwawakas ang iyong pagiging miyembro sa unang araw ng buwan matapos naming matanggap ang iyong kahilingan na palitan ang iyong mga plano.** Ang iyong pagpapatala sa iyong bagong plano ay magsisimula din sa araw na ito.

### Seksyon 2.2 Maaari mong wakasan ang pagiging miyembro mo sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala

Maaari mong wakasan ang iyong pagiging miyembro sa panahon ng **Panahon ng Bukas na Pagpapatala** kada taon. Sa panahong ito, suriin ang iyong saklaw sa kalusugan at pagsaklaw sa gamot at magpasya tungkol sa saklaw para sa paparating na taon.

- **Ang Panahon ng Bukas na Pagpapatala** ay mula **Oktubre 15 hanggang Disyembre 7**.
- **Piliin na panatilihin ang iyong kasalukuyang saklaw o gumawa ng mga pagbabago sa iyong saklaw para sa paparating na taon.** Kung magpasya kang lumipat sa isang bagong plano, maaari mong piliin ang alinman sa mga sumusunod na uri ng mga plano:
  - Iba pang planong pangkalusugan ng Medicare, na mayroon o walang pagsaklaw sa gamot.
  - Original Medicare na *may* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare
  - Original Medicare na *walang* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare.
  - Kung karapat-dapat, isang integrated na D-SNP na nagbibigay ng iyong Medicare at karamihan o lahat ng iyong benepisyong Medicaid at serbisyo sa isang plan.

#### **Makatatanggap ka ng Extra Help mula sa Medicare para bayaran ang iyong mga inireresetang gamot:**

Kung lilipat ka sa Original Medicare at hindi nagpatala sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, puwedeng magpatala ka ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung sasabihin mo sa Medicare na ayaw mong sumali.

**Tandaan:** Kung umalis ka sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Extra Help, at magpatuloy ka nang walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa loob ng 63 araw na magkakasunod o higit pa, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali ka sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

- **Magwawakas ang iyong pagiging miyembro sa aming plano** kapag nagsimula ang iyong pagsaklaw sa bagong plano sa Enero 1.

### Seksyon 2.3 Maaari mong wakasan ang pagiging miyembro mo sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medicare Advantage

*Isang* pagbabago lang ang maaari mong gawin sa iyong saklaw sa kalusugan sa panahon ng **Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** bawat taon.

- **Ang Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** ay tumatagal mula Enero 1 hanggang Marso 31 at para rin sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na nakatala sa isang MA na plano, mula sa buwan ng entitlement sa Bahagi A at Bahagi B hanggang sa huling araw ng ika-3 buwan ng entitlement.
- **Sa Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** maaari kang:

## Kabanata 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano

- Lumipat sa ibang Plano ng Medicare Advantage nang mayroon o walang pagsaklaw sa gamot.
- Umalis sa pagkakatala sa aming plano at kumuha ng pagsaklaw sa pamamagitan ng Original Medicare. Kung lilipat ka sa Original Medicare sa loob ng panahong ito, maaari ka ring sumali sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare sa panahong iyon.
- **Magwawakas ang iyong pagiging miyembro** sa unang araw ng buwan pagkatapos mong magpatala sa ibang plano ng Medicare Advantage, o pagkatapos naming matanggap ang iyong kahilingang lumipat sa Original Medicare. Kung pipiliin mo ring magpatala sa isang plano sa gamot ng Medicare, magsisimula ang iyong pagiging miyembro sa plano sa gamot sa unang araw ng buwan pagkatapos makuha ng plano sa gamot ang iyong kahilingan sa pagpapatala.

### Seksyon 2.4 Sa ilang partikular na sitwasyon, maaari mong wakasan ang iyong pagiging miyembro sa panahon ng Espesyal na Panahon ng Pagpapatala

Sa ilang partikular na sitwasyon, maaari kang maging kwalipikadong tapusin ang iyong pagiging miyembro sa iba pang mga oras ng taon. Kilala ito bilang isang **Espesyal na Panahon ng Pagpapatala**.

**Maaari kang maging kwalipikado na wakasan ang iyong pagiging miyembro sa panahon ng a Espesyal na Panahon ng Pagpapatala** kung alinman sa mga sumusunod na sitwasyon ang angkop sa iyo. Mga halimbawa lamang ang mga ito. Para sa kumpletong listahan, maaari kang makipag-ugnayan sa aming plano, tumawag sa Medicare, o bumisita sa [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

- Karaniwan, kapag lilipat ka
- Kung mayroon kang New York Medicaid
- Kung kwalipikado ka para sa Extra Help na nagbabayad sa iyong pagsaklaw sa gamot ng Medicare
- Kung lalabagin namin ang aming kontrata sa iyo
- Kung tumatanggap ka ng pangangalaga sa isang institusyon, gaya ng nursing home o ospital para sa pangmatagalang pangangalaga (LTC)
- Kung ikaw ay magpapatala sa Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).
- **Tandaan:** Kung ikaw ay nasa isang drug management program, maaari ka lamang maging kwalipikado para sa partikular na mga Espesyal na Panahon ng Pagpapatala. Ang Kabanata 5, Seksyon 10 ay nagsasabi sa iyo ng higit pa tungkol sa mga drug management program.
- **Tandaan:** Sinasabi sa iyo ng Seksyon 2.1 ang higit pa tungkol sa espesyal na panahon ng pagpapatala para sa mga taong may Medicaid.

**Iba-iba ang mga panahon ng pagpapatala** depende sa iyong sitwasyon.

**Upang malaman kung kwalipikado ka para sa Natatanging Panahon ng Pagpapatala**, tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kwalipikado kang wakasan ang iyong pagiging miyembro dahil sa natatanging sitwasyon, maaari kang magpasyang palitan ang pareho mong pagsaklaw sa kalusugan at pagsaklaw sa gamot ng Medicare. Maaari kang pumili:

- Iba pang planong pangkalusugan ng Medicare na mayroon o walang pagsaklaw sa gamot,
- Original Medicare na *may* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare,
- Original Medicare na *walang* hiwalay na plano sa gamot ng Medicare.
- Kung karapat-dapat, isang integrated na D-SNP na nagbibigay ng iyong Medicare at karamihan o lahat ng iyong benepisyo ng Medicaid at serbisyo sa isang plan.

## Kabanata 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano

**Tandaan:** Kung umalis ka sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Extra Help, at magpatuloy ka nang walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa loob ng 63 araw na magkakasunod o higit pa, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali ka sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

**Kung nakakakuha ka ng Extra Help mula sa Medicare para bayaran ang pagsaklaw sa gamot mo:** Kung lilipat ka sa Original Medicare at hindi nagpatala sa isang hiwalay na plano sa gamot ng Medicare, puwede kang magpatala sa Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung sasabihin mo sa Medicare na ayaw mong sumali.

**Karaniwang magwawakas ang iyong pagiging miyembro** sa unang araw ng buwan matapos mong humiling na palitan ang aming plano.

**Tandaan:** Ang Seksyon 2.1 at 2.2 ay nagsasabi sa iyo ng higit pa tungkol sa espesyal na panahon ng pagpapatala para sa mga taong may Medicaid at Extra Help.

### Seksyon 2.5 Kumuha ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano mo wawakasan ang pagiging miyembro mo?

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa pagwawakas sa pagiging miyembro mo, maaari kang:

- **Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).**
- Hanapin ang impormasyon sa *Medicare & You 2026* na handbook.
- Tumawag sa **Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048).

## SEKSYON 3 Paano tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano

Ipinapaliwanag sa talahanayan sa ibaba kung paano mo maaaring wakasan ang iyong pagiging miyembro sa aming plano.

Upang magpalit mula sa aming plano tungo sa:	Narito ang dapat gawin:
Ibang planong pangkalusugan ng Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magpatala sa bagong Medicare na plano.</li> <li>• Awtomatiko kang aalisin sa pagkakatala mula sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kapag nagsimula ang saklaw ng iyong bagong plano.</li> </ul>
Original Medicare na <i>may</i> hiwalay na plano sa gamot ng Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magpatala sa bagong plano sa gamot ng Medicare.</li> <li>• Awtomatiko kang aalisin sa pagkakatala mula sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kapag nagsimula ang saklaw ng iyong bagong plano sa gamot.</li> </ul>

**Kabanata 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano**

<b>Upang magpalit mula sa aming plano tungo sa:</b>	<b>Narito ang dapat gawin:</b>
Original Medicare na <i>walang</i> hiwalay na plano sa gamot ng Medicare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Magpadala sa amin ang nakasulat na kahilingan upang matanggal sa pagkakatala.</b> Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) kung kailangan mo ng higit pang impormasyon kung paano ito isasagawa.</li> <li>• Maaari ka ring tumawag sa <b>Medicare</b> sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) at humiling na alisin ka sa pagkakatala. Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.</li> <li>• Aalisin ka sa pagkakatala sa Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) kapag nagsimula ang saklaw mo sa Original Medicare.</li> </ul>

**Tandaan:** Kung umalis ka sa pagkakatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare, hindi na nakakatanggap ng Extra Help, at magpatuloy ka nang walang kinikilalang pagsaklaw sa gamot sa loob ng 63 araw na magkakasunod o higit pa, maaaring kailanganin mong magbayad ng multa sa nahuling pagpapatala sa Bahagi D kung sasali ka sa plano sa gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

Para sa mga tanong tungkol sa mga benepisyo mo ng Medicaid, makipag-ugnayan sa New York Medicaid sa (800) 505-5678, Nassau County Department of Social Services (516) 227-7474, Bronx, Kings, New York, Queens, Richmond County Human Resources Administration/Department of Social Services (718) 557-1399, Orange County Department of Social Services (845) 291-4000, Rockland County Department of Social Services (845) 364-3040 o Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333, Lunes - Biyernes, 8:30 a.m. – 8 p.m., Sabado 10 a.m. – 6 p.m. Itanong kung paanong ang pagsali sa iba pang plan o pagbabalik sa Original Medicare ay naapektuhan ng kung paano mo nakukuha ang iyong saklaw ng Medicaid.

#### **SEKSYON 4 Hanggang sa matapos ang pagiging miyembro mo, dapat mong patuloy na kunin ang iyong mga medikal na item, serbisyo at gamot sa pamamagitan ng aming plano**

Hangga't hindi pa nagtatapos ang iyong pagiging miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), at hindi pa nagsisimula ang iyong bagong saklaw sa Medicare, dapat mong patuloy na kunin ang iyong mga medikal na item, serbisyo at mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano.

- **Patuloy na gamitin ang aming mga provider na nasa network upang makakuha ng pangangalagang medikal.**
- **Patuloy na gamitin ang aming mga serbisyo sa mga parmasyang nasa network upang mapunan ang iyong mga reseta.**
- **Kung maospital ka sa araw na matatapos ang iyong pagiging miyembro, karaniwang sasaklawin ng aming plano ang iyong pananatili sa ospital hanggang sa makalabas ka sa ospital** (kahit na makalabas ka na pagkatapos na magsimula ang iyong bagong pagsaklaw sa kalusugan).

**Kabanata 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano****SEKSYON 5 Dapat wakasan ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang pagiging miyembro sa aming plano sa ilang mga sitwasyon****Dapat wakasan ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ang iyong pagiging miyembro sa aming plano kung mangyari ang alinman sa mga sumusunod:**

- Kung wala ka nang Medicare Part A at Part B.
- Kung hindi ka na kwalipikado para sa Medicaid. Gaya ng nakasaad sa Kabanata 1, Seksyon 2.1, ang aming plano ay para sa mga taong kwalipikado para sa parehong Medicare at Medicaid. Kapag natukoy ng Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) na hindi mo na natutugunan ang *espesyal* na kinakailangan sa pagiging kwalipikado, makakatanggap ka ng sulat ng abiso na nagsasaad ng dahilan para sa posibleng pag-alis sa pagkakatala. Pagkatapos ay magkakaroon ka ng 6 buwan (180 araw) mula sa petsa ng sulat para tumugon para sa muling pagsasaalang-alang ng pagiging kwalipikado mo sa pagiging miyembro ng Plano.
- Kung llipat ka sa labas ng aming lugar ng serbisyo.
- Kung malayo ka sa aming lugar ng serbisyo sa loob ng mahigit sa 6 buwan.
  - Kung lilipat ka o bibiyahe nang matagal, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) upang malaman kung ang lugar na lilipatan o pupuntahan mo ay nasa lugar ng serbisyo ng aming plano.
- Kung makukulong ka (papasok sa bilangguan)
- Kung hindi ka na isang mamamayan ng Estados Unidos o hindi na legal ang pananatili mo sa Estados Unidos.
- Kung nagsisinungaling ka o nagtatago ka ng impormasyon tungkol sa iba pang insurance na mayroon ka na nagbibigay ng pagsaklaw sa gamot
- Kung sinadya mong bigyan kami ng maling impormasyon noong nagpapatala ka sa plano namin at nakakaapekto ang impormasyong iyon sa pagiging karapat-dapat mo para sa plano namin. (Hindi ka namin mapapaalis sa aming plano para sa ganitong dahilan maliban na lang kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
- Kung patuloy kang kumikilos sa paraang nakakagambala at nagpapahirap sa amin na maghatid ng pangangalagang medikal para sa iyo at sa iba pang miyembro ng plano namin. (Hindi ka namin mapapaalis sa aming plano para sa ganitong dahilan maliban na lang kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
- Kung hahayaan mo ang ibang tao na gamitin ang iyong kard ng pagiging miyembro upang makakuha ng pangangalagang medikal. (Hindi ka namin mapapaalis sa aming plano para sa ganitong dahilan maliban na lang kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare.)
  - Kung wawakasan namin ang iyong pagiging miyembro dahil sa kadahilanang ito, maaaring ipaimbestigahan ng Medicare ang iyong kaso ng Inspector General.
- Kung kinakailangan mong bayaran ang karagdagang halaga sa Bahagi D dahil sa iyong kita at hindi mo ito binayaran, aalisin ka ng Medicare sa pagkakatala sa aming plano.

Kung mayroon kang mga tanong o gusto ng higit pang impormasyon kung kailan namin maaaring wakasan ang iyong pagiging miyembro, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711).

**Kabanata 10: Pagtapos ng pagiging miyembro sa aming plano**

---

**Seksyon 5.1 Hindi namin maaaring hilingin sa iyo na umalis sa aming plano para sa anumang kadahilanang nauugnay sa kalusugan**

Hindi pinapayagan ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) na hilingin sa iyo na umalis sa aming plano para sa anumang kadahilanang nauugnay sa kalusugan.

**Ano ang dapat mong gawin kung mangyari ito?**

Kung sa palagay mo ay pinapaalis ka sa aming plano para sa dahilang nauugnay sa kalusugan, tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.

**Seksyon 5.2 Ang iyong karapatang magreklamo kung tatapusin namin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano**

Kung tatapusin namin ang iyong membership sa aming plano, dapat naming sabihin sa iyo ang aming mga dahilan para sa pagtatapos ng iyong pagiging miyembro sa pamamagitan ng sulat. Dapat din naming ipaliwanag kung paano ka makakapaghain ng karaingan o gumawa ng reklamo tungkol sa aming desisyon na wakasan ang pagiging miyembro mo.

**Kabanata 11: Mga legal na abiso**

---

# KABANATA 11:

## Mga legal na abiso

### **SEKSYON 1 Abiso tungkol sa namamahalang batas**

---

Ang pangunahing batas na ipinapatupad sa dokumentong ito ng Ebidensya ng Saklaw ay Title XVIII ng Social Security Act at ang mga regulasyon na nilikha sa ilalim ng Social Security Act ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Bilang karagdagan, maaaring may malapat na iba pang pederal na batas at, sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon ay may malapat na mga batas ng estado kung saan ka nakatira. Maaari nitong maapektuhan ang iyong mga karapatan at responsibilidad kahit na hindi isinama o ipinaliwanag ang mga batas sa dokumentong ito.

### **SEKSYON 2 Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina**

---

**Hindi kami nandidiskrimina** batay sa lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa pag-iisip o pisikal na kapansanan, kundisyon ng kalusugan, karanasan sa mga paghahabol, medikal na kasaysayan, impormasyon hinggil sa genes, katibayan ng pagiging kwalipikado para sa seguro, o heograpikong lokasyon sa loob ng lugar ng serbisyo. Ang lahat ng organisasyong naghahatid ng mga plano ng Medicare Advantage, tulad ng aming plano, ay dapat sumunod sa mga Pederal na batas laban sa pandidiskrimina, kabilang ang Title VI ng Civil Rights Act of 1964, ang Rehabilitation Act of 1973, ang Age Discrimination Act of 1975, ang Americans with Disabilities Act, Section 1557 of the Affordable Care Act, lahat ng iba pang batas na nalalapat sa mga organisasyong tumatanggap ng pondo mula sa pederal na pamahalaan, at anupamang batas at panuntunang nalalapat para sa anumang iba pang dahilan.

Kung gusto mo ng higit pang impormasyon o kung may mga alalahanin ka tungkol sa pandidiskrimina o hindi patas na pagtrato, tumawag sa **Office for Civil Rights** ng Department of Health and Human Services sa 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o sa iyong lokal na Office for Civil Rights. Maaari mo ding suriin ang impormasyon mula sa Office for Civil Rights ng Department of Health and Human Services sa [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html).

Kung mayroon kang kapansanan at kailangan mo ng tulong sa pag-access sa pangangalaga, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711). Kung mayroon kang reklamo, tulad ng problema sa access ng wheelchair, makakatulong ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

### **SEKSYON 3 Abiso tungkol sa mga karapatan sa paghalili ng Pangalawang Nagbabayad ng Medicare**

---

May mga karapatan at responsibilidad kaming mangolekta para sa mga saklaw naming serbisyo sa Medicare kung saan hindi ang Medicare ang pangunahing nagbabayad. Ayon sa mga regulasyon ng CMS sa 42 CFR sections 422.108 at 423.462, ang Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP), bilang isang Medicare

**Kabanata 11: Mga legal na abiso**

---

Advantage Organization, ay gagamit ng parehong mga karapatan sa pagbawi na ginagamit ng Kalihim sa ilalim ng mga regulasyon ng CMS sa mga subpart B hanggang D ng bahagi 411 ng 42 CFR at ang mga tuntunin na itinatag sa seksyong ito ay pumapalit sa anumang batas ng estado.

**Kabanata 12: Mga Kahulugan**

---

## KABANATA 12:

### Mga Kahulugan

**Ambulatory Surgical Center** – Ang Ambulatory Surgical Center ay isang entity na eksklusibong nagpapatakbo para sa layunin ng pagbibigay ng mga serbisyo sa operasyon ng outpatient sa mga pasyenteng hindi nangangailangan ng pagpapaospital at na ang inaasahang pananatili sa center ay hindi lalampas sa 24 na oras.

**Apela** – Ang apela ay isang bagay na gagawin mo kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon na tanggihan ang kahilingan para sa saklaw ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan o mga inireresetang gamot o pagbabayad para sa mga serbisyo o gamot na natanggap mo na. Maaari ka ring maghain ng apela kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyong ihinto ang mga serbisyong natatanggap mo.

**Panahon ng Benepisyo** – Ang paraan ng pagsukat ng aming plano at ng Original Medicare iyong paggamit ng mga serbisyo ng ospital at pasilidad para sa bihasang pag-aalaga (SNF). Magsisimula ang panahon ng benepisyo sa araw na pumasok ka sa isang pasilidad ng bihasang pag-aalaga. Ang panahon ng benepisyo ay magtatapos kapag hindi ka nakatanggap ng anumang pangangalaga sa ospital para sa inpatient (o bihasang pag-aalaga sa SNF) sa loob ng magkakasunod na 60 araw. Kung papasok ka sa isang pasilidad para sa bihasang pag-aalaga pagkatapos ng isang panahon ng benepisyo, magsisimula ang isang panibagong panahon ng benepisyo. Walang limitasyon sa bilang ng mga panahon ng benepisyo.

**Biological na Produkto** – Isang inireresetang gamot na ginawa mula sa natural at buhay na pinagmumulan tulad ng mga selula ng hayop, mga selula ng halaman, bakteryang, o lebadura. Mas kumplikado ang mga biological na produkto kaysa sa iba pang gamot at hindi kayang kopyahin nang eksakto ang mga ito, kaya ang mga alternatibong anyo ay tinatawag na mga biosimilar. (tingnan ang “**Orihinal na Produktong Biyolohikal**” at “**Biosimilar**”).

**Biosimilar** – Isang inireresetang gamot na itinuturing na halos kapareho, ngunit hindi eksaktong kapareho ng orihinal na produktong biyolohikal. Ang mga biosimilar ay kasing ligtas at epektibo ng orihinal na produktong biyolohikal. May ilang biosimilar na maaaring ipamalit sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta (tingnan ang “**interchangeable na biosimilar**”).

**Branded na Gamot** – Isang inireresetang gamot na ginawa at ibinebenta ng parmasyutikal na kumpanyang orihinal na nagsaliksik at bumuo ng gamot. May parehong mga sangkap ang mga branded na gamot tulad ng mga generic na bersyon ng mga gamot. Gayunpaman, ang mga generic na gamot ay ginawa at ibinebenta ng ibang mga manufacturer ng gamot at sa pangkalahatan ay hindi magagamit hanggang matapos ang patent sa branded na gamot ay nag-expire.

**Yugto ng Catastrophic na Pagsaklaw** – Ang yugto sa Benepisyo sa Gamot sa Bahagi D ay magsisimula kapag nakagastos ka na (o ang iba pang kwalipikadong partido sa ngalan mo) ng \$2,100 para sa mga saklaw na gamot ng Bahagi D sa panahon ng saklaw na taon.

**Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS)** – Ang pederal na ahensyang namamahala sa Medicare.

**Coinsurance** – Isang halaga na maaaring kailanganin mong bayaran, na ipinahayag bilang isang porsyento (halimbawa 20%) bilang parte mo sa gastos para sa mga serbisyo o inireresetang gamot.

## Kabanata 12: Mga Kahulugan

---

**Reklamo** — Ang pormal na pangalan para sa paggawa ng reklamo ay **paghahain ng karaingan**. Ang proseso ng reklamo ay ginagamit lamang para sa ilang uri ng mga problema. Kasama rito ang mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, at ang serbisyo sa customer na natanggap mo. Kabilang din dito ang mga reklamo kung hindi sinunod ng aming plano ang mga yugto ng panahon sa pagproseso ng apela.

**Pasilidad ng Kumprehensibong Pag-rehabilitate sa Outpatient (CORF)** – Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo sa pag-rehabilitate pagkatapos ng isang karamdaman o pinsala, kabilang ang pisikal na therapy, mga serbisyong panlipunan o sikolohikal, therapy sa paghinga, therapy sa trabaho at mga serbisyo ng pathology sa pagsasalita-wika, at mga serbisyo sa pagsusuri sa kapaligiran ng tahanan.

**Copayment (o copay)** – Isang halaga na maaaring kailanganin mong bayaran bilang iyong parte sa gastos para sa isang serbisyong medikal o supply, tulad ng pagbisita sa isang doktor, pagbisita sa outpatient sa ospital, o isang ineresetang gamot. Ang copayment ay isang nakatakdang halaga (halimbawa \$10), sa halip na isang porsyento.

**Pagbabahagi sa gastos** – Ang pagbabahagi sa gastos ay tumutukoy sa mga halagang kailangang bayaran ng isang miyembro kapag natanggap ang mga serbisyo o gamot. Kabilang sa pagbabahagi sa gastos ang anumang kumbinasyon ng sumusunod na 3 uri ng mga pagbabayad: (1) anumang mababawas na halaga na maaaring ipataw ng isang plano bago saklawin ang mga serbisyo o gamot; (2) anumang nakapirming halaga ng copayment na kailangan ng isang plano kapag natanggap ang isang partikular na serbisyo o gamot; o (3) anumang halaga ng coinsurance, isang porsyento ng kabuuang halaga na binayaran para sa isang serbisyo o gamot na kailangan ng isang plano kapag natanggap ang isang partikular na serbisyo o gamot.

**Tier ng Pagbabahagi sa Gastos** – Ang bawat gamot sa listahan ng mga saklaw na gamot ay nasa isa sa anim (6) na tier ng pagbabahagi sa gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier ng pagbabahagi sa gastos, mas mataas ang gastos mo para sa gamot.

**Pagpapasya sa Pagsaklaw** – Isang pagpapasya kung sasaklawin ba ng aming plano ang gamot na inirereseta para sa iyo at kung magkano ang halaga, kung mayroon man, na kailangan mong bayaran para sa reseta. Sa pangkalahatan, kung dadalhin mo ang iyong reseta sa parmasya at sasabihin ng parmasya na hindi sinasaklaw ang reseta sa ilalim ng aming plano, hindi iyon desisyon sa pagsaklaw. Kailangan mong tumawag o sumulat sa aming plano upang humingi ng pormal na desisyon tungkol sa pagsaklaw. Ang mga pagpapasiya sa saklaw ay tinatawag na mga desisyon sa pagsaklaw.

**Mga Saklaw na Gamot** – Ang terminong ginagamit namin upang tukuyin ang lahat ng mga gamot na sinasaklaw ng aming plano.

**Mga Saklaw na Serbisyo** – Ang terminong ginagamit namin na nangangahulugan ng lahat ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan na saklaw ng aming plano.

**Kinikilalang Pagsaklaw sa Inireresetang Gamot** – Pagsaklaw sa inireresetang gamot (halimbawa, mula sa isang employer o unyon) na inaasahang magbabayad, sa karaniwan, ng hindi bababa sa karaniwang pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare. Ang mga taong may ganitong uri ng saklaw nang sila ay maging kwalipikado para sa Medicare ay karaniwang nakakapagpanatili ng saklaw na iyon nang walang binabayarang multa kung magpapasya silang magpatala sa pagsaklaw sa inireresetang gamot ng Medicare sa ibang pagkakataon.

**Pantulong na Pangangalaga** – Ang pantulong na pangangalaga ay personal na pangangalagang ibinibigay sa isang nursing home, hospisyo o iba pang pasilidad kapag hindi ka nangangailangan ng sanay na pangangalagang medikal o dalubhasang pangangalaga. Ang pantulong na pangangalaga, maaaring ibigay ng mga taong walang propesyonal na kasanayan o pagsasanay, gaya ng tulong sa mga pang-araw-araw na gawaing tulad ng pagligo, pagbibihis, pagkain, paghiga o pagbangon sa kama o pag-upo o pagtayo mula sa

## Kabanata 12: Mga Kahulugan

---

upuan, paggalaw-galaw at paggamit ng banyo. Maaaring kabilang din dito ang uri ng pangangalagang nauugnay sa kalusugan na ginagawa ng karamihan sa mga tao, tulad ng paggamit ng mga pamatak sa mata. Hindi nagbabayad ang Medicare para sa kustodial na pangangalaga.

**Halaga ng pang-araw-araw na pagbabahagi sa gastos** – Maaaring mailapat ang pang-araw-araw na halaga ng pagbabahagi sa gastos kapag niresetahan ka ng iyong doktor ng mas mababa sa isang buwang supply at kinakailangan mong magbayad ng copayment. Ang pang-araw-araw na rate ng pagbabahagi sa gastos ay ang copayment na hinati sa bilang ng mga araw sa isang buwang supply. Narito ang halimbawa: Kung ang iyong copayment para sa isang buwang supply ng gamot ay \$30, at ang isang buwang supply sa iyong plano ay 30 araw, ang iyong halaga ng pang-araw-araw na pagbabahagi sa gastos ay \$1 bawat araw.

**Pag-alis sa pagkakatala** – Ang proseso ng pagtatapos ng iyong pagiging miyembro sa aming plano.

**Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP)** – Ang mga D-SNP ay nagpapatala ng mga indibidwal na may karapatan sa parehong Medicare (titulo XVIII ng Social Security Act) at tulong medikal mula sa isang plano ng estado sa ilalim ng Medicaid (titulo XIX). Sinasaklaw ng mga estado ang ilan o lahat ng gastusin ng Medicare, depende sa katayuan at pagiging kwalipikado ng indibidwal.

**Dually Eligible Individuals** – Isang tao na kwalipikado para sa pagsaklaw ng Medicare at Medicaid.

**Matibay na Kagamitang Medikal (Durable Medical Equipment, DME)** – Ilang kagamitang medikal na ibinilin ng iyong doktor para sa mga medikal na dahilan. Kasama sa mga halimbawa ang mga panlakad, wheelchair, saklay, powered mattress system, supply pang-diabetes, IV infusion pump, speech generating device, kagamitang pang-oxygen, nebulizer, o kama ng ospital na iniutos ng provider para magamit sa bahay.

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

**Pang-emergency na Pangangalaga** – Mga saklaw na serbisyo na: 1) ibinibigay ng isang provider na kwalipikadong magbigay ng mga pang-emergency na serbisyo; at 2) kinakailangan upang magamot, masuri, o mapagaling ang isang pang-emergency na kundisyong medikal.

**Ebidensya ng Saklaw (Evidence of Coverage, EOC) at Impormasyon sa Paghahayag** – Ang dokumentong ito, kasama ng iyong form ng pagpapatala at anupamang attachment, rider, o iba pang opsyonal na piniling pagsaklaw, na nagpapaliwanag sa iyong saklaw, kung ano ang dapat naming gawin, ang iyong mga karapatan, at kung ano ang dapat mong gawin bilang isang miyembro ng aming plano.

**Pagbubukod** – Isang uri ng desisyon sa pagsaklaw na, kung naaprubahan, ay papayagan kang makakuha ng gamot na wala sa aming pormularyo (isang pagbubukod sa pormularyo), o kumuha ng hindi preferred na gamot sa mas mababang tier ng pagbabahagi sa gastos (isang pagbubukod sa tier). Maaari ka ring humiling ng isang eksepsiyon kung iaatas sa iyo ng aming plano na sumubok ng ibang gamot bago mo matanggap ang gamot na hinihiling mo, kung kinakailangan ng aming plano ng paunang awtorisasyon para sa isang gamot at gusto mong alisin namin ang paghihigpit sa mga pamantayan, o kung nililimitahan ng aming plano ang dami o dosis ng gamot na hinihiling mo (eksepsiyon sa pormularyo).

**Extra Help** – Isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na mabayaran ang mga gastusin sa programa sa inireresetang gamot ng Medicare, gaya ng mga premium, deductible, at coinsurance.

**Kabanata 12: Mga Kahulugan**

---

**Generic na Gamot** – Inireresetang gamot na aprubado ng FDA na may (mga) aktibong sangkap na katulad ng sa branded na gamot. Sa pangkalahatan, ang generic na gamot ay mabisa katulad ng branded na gamot at karaniwang mas mura.

**Katulong sa Kalusugan sa Bahay** – Isang taong nagbibigay ng mga serbisyong hindi nangangailangan ng mga kasanayan ng isang lisensyadong nars o therapist, tulad ng tulong sa personal na pangangalaga (tulad ng pagligo, paggamit ng palikuran, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga iniresetang ehersisyo).

**Hospisyo** – Isang benepisyong nagbibigay ng espesyal na paggamot para sa isang miyembro na medikal na nasertipikahan bilang may karamdamang nakamamatay, ibig sabihin ay may taning sa buhay na 6 na buwan o mas maikli. Dapat ibigay sa iyo ng aming plano ang isang listahan ng mga hospisyo sa iyong heograpikong lugar. Kung pipili ka ng hospisyo at patuloy na magbabayad ng mga premium, mananatili kang miyembro ng aming plano. Makukuha mo pa rin ang lahat ng medikal na kinakailangang serbisyo gayundin ang mga inaalok naming karagdagang mga benepisyong.

**Pananatili ng Inpatient sa Ospital** – Isang pananatili sa ospital kapag ikaw ay pormal na ipinasok sa ospital para sa mga bihasang serbisyong medikal. Kahit na manatili ka sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kang ituring na isang outpatient.

**Halaga ng Kaugnay na Pagsasaayos ng Buwanang Kita (IRMAA)** – Kung ang iyong binagong inaayos na kabuuang kita gaya ng iniulat sa iyong IRS tax return mula 2 taon na ang nakalipas ay mas mataas sa isang partikular na halaga, babayaran mo ang karaniwang halaga ng premium at isang Halaga ng Kaugnay na Pagsasaayos ng Buwanang Kita, na kilala rin bilang IRMAA. Ang IRMAA ay isang karagdagang bayad na idinagdag sa iyong premium. Mas mababa sa 5% ng mga taong may Medicare ang apektado, kaya karamihan sa mga tao ay hindi magbabayad ng mas mataas na premium.

**Yugto ng Panimulang Pagsaklaw** – Ito ang yugto bago umabot ang iyong mga gastos mula sa sariling bulsa para sa taon sa halaga ng limitasyon sa gastos mula sa sariling bulsa.

**Panahon ng Paunang Pagpapatala** – Kapag ikaw ay unang kwalipikado para sa Medicare, ang yugto ng panahon kung kailan ka makakapag-sign up para sa Medicare Part A at Part B. Kung ikaw ay kwalipikado para sa Medicare kapag ikaw ay 65 taong gulang, ang iyong Panahon ng Paunang Pagpapatala ay ang 7-buwan na panahon na magsisimula 3 buwan bago ang buwan na ikaw ay naging 65, kasama ang buwan na ikaw ay naging 65, at nagtatapos 3 buwan pagkatapos ng buwan na ikaw ay naging 65.

**Integrated D-SNP** – Isang D-SNP na sumasaklaw sa Medicare at karamihan sa o lahat ng serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng isang planong pangkalusugan para sa mga partikular na grupo ng mga tao na kwalipikado para sa parehong Medicare at Medicaid. Ang mga taong ito ay kilala rin bilang mga taong may kumpletong benepisyong na dobleng kwalipikado.

**Integrated na Karaingan** - Isang uri ng reklamo na ginagawa mo tungkol sa aming plano, mga provider, o parmasya, kabilang ang reklamo na nauugnay sa kalidad ng pangangalaga. Hindi kasama dito ang mga problema sa pagsaklaw o pagbabayad.

**Mapapalitang Biosimilar** – Biosimilar na maaaring gamitin bilang pamalit para sa orihinal na biosimilar na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta dahil natutugunan nito ang mga karagdagang kinakailangan na nauugnay sa potensyal para sa awtomatikong pagpapalit. Ang awtomatikong pagpapalit sa parmasya ay napapailalim sa batas ng estado.

**Listahan ng mga Saklaw na Gamot (pormularyo o Listahan ng Gamot)** – Isang listahan ng mga iniresetang gamot na sinasaklaw ng aming plano.

**Subsidy para sa Mababa ang Kita (LIS)** – Tingnan ang Extra Help.

## Kabanata 12: Mga Kahulugan

---

**Programa ng Diskwento ng Manufacturer** – Isang programa kung saan mga manufacturer ng gamot ang magbabayad sa isang bahagi ng buong gastos ng aming plano para sa mga sinasaklaw na mga branded na gamot at biologics sa Bahagi D. Nakabatay ang mga diskwento sa mga kasunduan sa pagitan ng pederal na pamahalaan at mga manufacturer ng gamot.

**Maximum na Mula sa Bulsang Halaga** – Ang pinakamaximum na babayaran mo mula sa bulsa sa taon ng kalendaryo para sa mga saklaw na serbisyo ng Part A at Part B. Ang mga halagang binabayaran mo para sa mga premium ng aming plano, mga premium ng Medicare Part A at Part B, at mga inireresetang gamot ay hindi binibilang sa maximum na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa. Kung kwalipikado ka para sa tulong sa pagbabahagi sa gastos ng Medicare sa ilalim ng Medicaid, hindi ka responsable sa pagbabayad ng anumang mga gastos na mula sa bulsa tungo sa pinakamataas na halaga ng gastos mula sa bulsa para mga saklaw na serbisyo ng Bahagi A at Bahagi B. (**Tandaan:** Dahil ang aming mga miyembro ay nakakakuha din ng tulong mula sa Medicaid, napakakaunting mga miyembro ang nakakaabot ng maximum na gastos mula sa sariling bulsa na ito.)

**Medicaid (o Tulong Medikal)** – Isang magkasanib na programang Pederal at estado na tumutulong sa mga gastusing medikal para sa ilang taong may mababang kita at limitadong mapagkukunan. Ang mga programang Medicaid ay nag-iiba-iba sa bawat estado, ngunit karamihan sa mga gastos sa pangangalaga ng kalusugan ay sinasaklaw kung kwalipikado ka para sa parehong Medicare at Medicaid.

**Indikasyong Medikal na Tinatanggap** – Paggamit ng gamot na aprubado ng FDA o suportado ng ilang partikular na sanggunian, gaya ng American Hospital Formulary Service Drug Information at ng Micromedex DRUGDEX Information System.

**Medikal na Kinakailangan** – Mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan para sa pag-iwas, pagsusuri, o paggamot sa iyong kundisyong medikal at nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan.

**Medicare** – Ang pederal na programa sa insurance sa kalusugan para sa mga taong 65 taong gulang o mas matanda, ilang taong wala pang 65 taong gulang na may ilang partikular na kapansanan, at mga taong may Sakit sa Bato na Wala Nang Lunas (karaniwan ay ang mga may permanenteng kidney failure na nangangailangan ng dialysis o isang kidney transplant).

**Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage** – Ang nakatakdang panahon mula Enero 1 hanggang Marso 31 kung kailan magagawa ng mga miyembro ng plano ng Medicare Advantage na kanselahin ang kanilang pagpapatala sa plano at lumipat sa ibang plano ng Medicare Advantage, o makakuha ng saklaw sa pamamagitan ng Original Medicare. Kung pipiliin mong lumipat sa Original Medicare sa panahong ito, maaari ka ring sumali sa isang hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare sa panahong iyon. Available din ang Panahon ng Bukas na Pagpapatala sa Medicare Advantage sa loob ng 3 buwang panahon pagkatapos unang maging kwalipikado ang isang indibidwal sa Medicare.

**Medicare Advantage (MA) Plan** – Kung minsan ay tinatawag na Medicare Part C. Isang plano na inaalok ng isang pribadong kumpanya na nakikipagkontrata sa Medicare para ibigay sa iyo ang lahat ng benepisyo mo sa Medicare Part A at Part B. Ang Medicare Advantage Plan ay maaaring i) HMO, ii) PPO, iii) Private Fee-for-Service (PFFS) na plan, o iv) Medicare Medical Savings Account (MSA) na plan. Bukod sa pagpili sa mga ganitong uri ng mga plano, ang isang Medicare Advantage HMO o PPO plan ay maaari ding maging Special Needs Plan (SNP). Sa karamihan ng kaso, nag-aalok din ang Medicare Advantage Plans ng Medicare Part D (pagsaklaw sa inireresetang gamot). Ang mga planong ito ay tinatawag na **Mga Plano ng Medicare Advantage na may kasamang Pagsaklaw sa Inireresetang Gamot.**

## Kabanata 12: Mga Kahulugan

---

**Mga Saklaw na Serbisyo ng Medicare** – Mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part A at Part B. Ang lahat ng plano sa kalusugan ng Medicare ay dapat sumaklaw sa lahat ng mga saklaw na serbisyo ng Medicare Part A at B. Ang terminong Mga Saklaw na Serbisyo ng Medicare ay hindi kasama ang mga karagdagang benepisyo, gaya ng paningin, ngipin, o pagdinig, na maaaring inaalok ng Medicare Advantage Plan.

**Planong Pangkalusugan ng Medicare** – Ang isang planong pangkalusugan ng Medicare ay inaalok ng isang pribadong kumpanya na nakikipagkontrata sa Medicare para magbigay ng mga benepisyo ng Bahagi A at Bahagi B sa mga taong may Medicare na nagpatala sa plano. Kasama sa terminong ito ang lahat ng Medicare Advantage Plans, Medicare Cost Plan, Special Needs Plans, Demonstration/Pilot Programs, at Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

**Pagsaklaw sa Gamot ng Medicare (Medicare Part D)** – Insurance para tumulong sa pagbabayad para sa mga inireresetang gamot ng outpatient, bakuna, biyolohikal, at ilang supply na hindi saklaw ng Medicare Part A o Part B.

**Medigap (Insurance ng Karagdagang Medicare) Policy** – Pandagdag na insurance ng Medicare na ibinebenta ng mga pribadong kumpanya ng insurance upang punan ang “gaps” sa Original Medicare. Gumagana lang ang mga patakaran ng Medigap sa Original Medicare. (Ang plano ng Medicare Advantage ay hindi isang patakaran ng Medigap.)

**Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano)** – Isang taong may Medicare na kwalipikadong makakuha ng mga saklaw na serbisyo, na nagpatala sa aming plano, at na ang pagpapatala ay nakumpirma ng mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (CMS) at ng estado.

**Mga Serbisyo para sa Miyembro** – Isang departamento sa aming plano na responsable sa pagsagot sa iyong mga tanong tungkol sa iyong pagiging miyembro, mga benepisyo, mga karainan, at mga apela.

**Parmasyang Nasa Network** – Isang parmasya na nakikipagkontrata sa aming plano kung saan ang mga miyembro ng aming plano ay makakakuha ng kanilang mga benepisyo sa inireresetang gamot. Sa ilang mga kaso, sinasaklaw lamang ang mga reseta mo kung kukunin ang mga ito sa isa sa mga parmasyang nasa network namin.

**Provider na Nasa Network** Ang provider ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para sa mga doktor, iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, mga ospital, at iba pang pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan na lisensyado o sertipikado ng Medicare at ng Estado para magbigay ng mga serbisyo ng pangangalaga ng kalusugan. **Ang mga provider na nasa network** ay mayroong kasunduan sa aming plano na tanggapin ang aming bayad bilang bayad nang buo, at sa ilang kaso upang makipag-ugnayan at magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ang mga provider na nasa network ay tinatawag ding **mga provider ng plano**.

**Pagpapasiya ng Organisasyon** – Isang desisyon na ginagawa ng aming plano tungkol sa kung ang mga bagay o serbisyo ay saklaw o kung magkano ang kailangan mong bayaran para sa mga saklaw na gamit o serbisyo. Ang mga pagpapasiya ng organisasyon ay tinatawag na mga desisyon sa pagsaklaw sa dokumentong ito.

**Orihinal na Biological na Produkto:** Isang biological na produkto na aprubado ng FDA at inihahatid bilang paghahambing para sa mga manufacturer na gumagawa ng biosimilar na bersyon. Ito ay tinatawag din na sanggunian na produkto.

**Original Medicare (Tradisyunal na Medicare o Bayad para sa Serbisyo ng Medicare)** – Ang Original Medicare ay iniaalok ng pamahalaan, at hindi ito isang pribadong planong pangkalusugan gaya ng mga Medicare Advantage Plan at mga plano sa inireresetang gamot. Sa ilalim ng Original Medicare, ang mga serbisyo ay saklaw sa pamamagitan ng pagbabayad sa mga doktor, ospital, at mga iba pang provider ng pangangalaga

**Kabanata 12: Mga Kahulugan**

---

ng kalusugan ng mga halagang itinakda ng Kongreso. Maaari kang magpakonsulta sa alinmang doktor, ospital, o iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan na tumatanggap ng Medicare. Dapat mong bayaran ang deductible. Binabayaran ng Medicare ang parte nito sa halagang inaprubahan ng Medicare, at babayaran mo ang iyong parte. Ang Original Medicare ay may 2 bahagi: Bahagi A (Insurance sa Ospital) at Bahagi B (Medikal na Insurance) at available kahit saan sa United States.

**Parmasyang Wala sa Network** – Isang parmasya na walang kontrata sa aming plano para mangasiwa o magbigay ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Karamihan sa mga gamot na nakukuha mo sa mga parmasyang wala sa network ay hindi sinasaklaw ng aming plano maliban kung nalalapat ang ilang kundisyon.

**Provider na Wala sa Network o Pasilidad na Wala sa Network** – Isang provider o pasilidad na hindi namin kinontratang mangasiwa o magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ang mga provider na wala sa network ay mga provider na hindi nagtatrabaho para sa, pagmamay-ari ng, o pinapatakbo ng aming plano.

**Mga Gastos Mula sa Sariling Bulsa** – Tingnan ang kahulugan ng pagbabahagi sa gastos sa itaas. Ang pangangailangan ng pagbabahagi sa gastos ng miyembro na magbayad para sa isang bahagi ng mga serbisyo o gamot na natanggap ay tinutukoy din bilang kinakailangan sa gastos mula sa bulsa ng miyembro.

**Hangganan ng Sariling Gastos** – Ang pinakamataas na halaga na iyong binabayaran mula sa iyong bulsa para sa mga gamot sa Bahagi D.

**PACE plan** – Pinagsasama ng PACE plan (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) ang medikal, panlipunan, at long-term services and supports (LTSS) para sa mga mahihinang tao upang matulungan ang mga tao na manatiling malaya at mamuhay sa kanilang komunidad (sa halip na lumipat sa nursing home) hangga't maaari. Ang mga taong nakatala sa mga PACE na plano ay tumatanggap ng kanilang mga benepisyo sa parehong Medicare at Medicaid sa pamamagitan ng aming plano.

**Bahagi C** – Tingnan ang Medicare Advantage (MA) Plan.

**Bahagi D** – Ang boluntaryong Programa ng Benepisyo sa Inireresetang Gamot ng Medicare (Medicare Prescription Drug Benefit Program).

**Mga Gamot sa Bahagi D** – Mga gamot na maaaring saklawin sa ilalim ng Bahagi D. Maaari o hindi namin iaalok ang lahat ng gamot sa Bahagi D. Ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot ay hindi kasama sa Bahagi D na saklaw ng Kongreso. Ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot sa Bahagi D ay dapat na saklaw ng bawat plano.

**Multa sa Nahuling Pagpapatala sa Bahagi D** – Ang halagang idinagdag sa iyong buwanang premium para sa pagsaklaw sa gamot ng Medicare kung magpapatuloy ka nang walang kinikilalang pagsaklaw (pagsaklaw na inaasahang magbabayad, sa average, ng kahit katumbas lamang ng pamantayang pagsaklaw sa gamot ng Medicare) sa loob ng tuloy-tuloy na 63 araw o higit pa pagkatapos mong unang maging kwalipikado na sumali sa isang Bahagi D na plano. Kung mawawalan ka ng Extra Help, maaari kang sumailalim sa multa sa nahuling pagpapatala kung 63 araw o higit pang magkakasunod na wala kang Bahagi D o iba pang kinikilalang pagsaklaw sa gamot.

**Premium** – Ang pana-panahong pagbabayad sa Medicare, isang kumpanya ng insurance, o isang plano sa pangangalaga ng kalusugan para sa saklaw ng kalusugan o pagsaklaw sa inireresetang gamot.

**Provider ng Pangunahing Pangangalaga (PCP)** – Ang doktor o ibang provider ng serbisyo na una mong binibisita para sa karamihan ng mga problema sa kalusugan. Sa maraming planong pangkalusugan sa Medicare,

## Kabanata 12: Mga Kahulugan

---

dapat ka munang magpakonsulta sa iyong provider ng pangunahing pangangalaga bago ka magpatingin sa iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan.

**Paunang Awtorisasyon** – Pag-apruba nang maaga para makakuha ng mga serbisyo o ilang partikular na gamot. Ang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng paunang awtorisasyon ay minarkahan sa Talaan ng Mga Benepisyong Medikal sa Kabanata 4. Ang mga saklaw na gamot na nangangailangan ng paunang awtorisasyon ay may marka sa pormularyo at ang aming mga pamantayan ay naka-post sa aming website.

**Mga Prosthetic at Orthotic** – Mga medikal na device kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga brace sa braso, likod, at leeg; artipisyal na paa; artipisyal na mata; at device na kinakailangan upang mapalitan ang isang internal na bahagi o paggana ng katawan, kasama ang mga supply para sa ostomy at enteral at parenteral nutrition therapy.

**Quality Improvement Organization (QIO)** – Isang grupo ng mga praktikal na doktor at iba pang eksperto sa pangangalaga ng kalusugan na binayaran ng Pederal na pamahalaan upang suriin at pagbutihin ang pangangalaga na ibinibigay sa mga pasyente ng Medicare.

**Mga Limitasyon sa Dami** – Isang kasangkapan sa pamamahala na ginawa para limitahan ang paggamit sa isang gamot para sa mga kadahilanang may kinalaman sa kalidad, kaligtasan, o paggamit. Ang mga limitasyon ay maaaring nasa halaga ng gamot na sinasaklaw namin sa bawat reseta o para sa isang tinukoy na yugto ng panahon.

**“Real-Time Benefit Tool”** – Isang portal o application ng computer kung saan maaaring maghanap ang mga nakatala ng kumpleto, tumpak, napapanahon, naaangkop sa klinikal at mga saklaw na gamot na partikular sa nakatala at impormasyon sa benepisyo. Kabilang dito ang mga halaga ng bahagi sa gastos, mga polmularyong alternatibong gamot na maaaring gamitin para sa parehong kundisyon ng kalusugan bilang ibinibigay na gamot, at mga paghihigpit sa saklaw (Paunang Awtorisasyon, Step Therapy, mga Limitasyon sa Dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

**Mga Serbisyo ng Rehabilitasyon** – Kasama sa mga serbisyong ito ang physical therapy (outpatient), speech at language therapy, at occupational therapy.

**Lugar ng Serbisyo** – Isang heyograpikong lugar kung saan ka dapat manirahan para makasali sa isang partikular na planong pangkalusugan. Para sa mga planong naglilimita kung aling mga doktor at ospital ang maaari mong gamitin, ito rin sa pangkalahatan ang lugar kung saan mo kukunin ang mga regular (hindi emergency) na mga serbisyo. Dapat kang alisin sa pagkakatala sa aming plano kung tuluyan ka nang aalis sa lugar ng serbisyo ng aming plano.

**Pangangalaga sa pasilidad para sa bihasang pag-aalaga (SNF)** – Dalubhasang pangangalaga at mga serbisyo ng rehabilitasyon na ibinibigay nang tuloy-tuloy at araw-araw, sa isang pasilidad para sa bihasang pag-aalaga. Ang mga halimbawa ng pangangalaga ay kinabibilangan ng physical therapy o mga intravenous na iniksyong maaari lang ibigay ng rehistradong nurse o doktor.

**Special Needs Plan** – Isang espesyal na uri ng Medicare Advantage Plan na nagbibigay ng mas nakatutok na pangangalaga sa kalusugan para sa mga partikular na grupo ng mga tao, tulad ng mga may Medicare at Medicaid, na naninirahan sa isang bahay pagamutan, o may ilang malalang kundisyong medikal.

**Step Therapy** – Isang paraan ng paggamit na nag-aatas sa iyong subukan muna ang ibang gamot para gamutin ang iyong kundisyong medikal bago namin saklawin ang gamot na maaaring unang inireseta ng iyong doktor.

**Suplementong Seguridad sa Kita (SSI)** – Buwanang benepisyo na binabayaran ng Seguridad Panlipunan sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na may kapansanan, bulag, o edad 65 taon o mas matanda. Ang mga benepisyo sa SSI ay hindi pareho sa mga benepisyo sa Seguridad Panlipunan.

**Kabanata 12: Mga Kahulugan**

---

**Mga Serbisyong Agarang Kinakailangan** – Ang isang serbisyong sinasaklaw ng plano na hindi isang emergency ay isang agarang kinakailangang serbisyo kung ikaw ay pansamantalang nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano, o kung hindi makatuwiran batay sa oras, lugar, at sitwasyon na kunin mo ang serbisyong ito mula sa mga provider na nasa network. Ang mga halimbawa ng mga serbisyong agarang kinakailangan ay ang mga hindi inaasahang kundisyong medikal at pinsala o hindi inaasahang biglaang paglala ng mga umiiral na kundisyon. Ang mga regular na pagpapatingin sa provider na medikal na kinakailangan (tulad ng taunang pagsusuri) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano o pansamantalang hindi available ang network ng aming plano.

## Karagdagang Mahalagang Impormasyon sa Pangangalagang Pangkalusugan at Mapagkukunan ng Miyembro

- Abiso ng Pagiging Available (Notice of Availability o NOA) - Mga Serbisyo sa Tulong sa Wika
- Abiso sa Mga Kasanayan sa Privacy (Notice of Privacy Practices o NPP)

# Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

## English

**ATTENTION:** If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

## Spanish

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma.

También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles.

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

## Simplified Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

## Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

## Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

## Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

## Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

## Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

## Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פּאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

## Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

## Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

## Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

## French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

## Urdu

### اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

## Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

## Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në

numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

### **German**

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

### **Pennsylvania Dutch**

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deutsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

### **Vietnamese**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

### **Somali**

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa.

Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan.

Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

### **Japanese**

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

### **Ukrainian**

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби

підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

### Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

### Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ገንዘብ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመረጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በገንዘብ ድጋፍ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

### Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

### Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

### Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

### Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

**Gujarati**

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

**Portuguese**

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

**Hindi**

ધ્યાન દે: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**Khmer**

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

**Laotian**

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ວິມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

**Karen**

ဟ်သ့ၣ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကိၣ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလက်ၣ်ဘျီလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘၣ် လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အီၤသ့တဖၣ် လၢတလက်ၣ်ဘျီလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် တက့ၢ်.

## **Swahili**

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

## **Serbian**

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup.

Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

## **Croatian**

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno.

Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

## **Nepali**

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

## **Yoruba**

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ní sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ́ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ látí pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́ẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.



# ABISO NG MGA KASANAYAN SA PRIVACY

**INILALARAWAN NG ABISONG ITO KUNG PAANO MAAARING GAMITIN AT IBUNYAG ANG MEDIKAL NA IMPORMASYON TUNGKOL SA IYO AT KUNG PAANO KA MAKAKAKUHA NG ACCESS SA IMPORMASYONG ITO. PAKISURI ITONG MABUTI.**

Inilalarawan ng Paunawang ito ang mga kasanayan sa privacy ng mga kaakibat na plano sa kalusugan ng Molina Healthcare (tinutukoy dito bilang “**Molina**”, “**kami**” o “**namin**”). Gumagamit at nagbabahagi kami ng protektadong impormasyon sa kalusugan (“**PHI**”) tungkol sa iyo para maibigay ang iyong mga benepisyo sa kalusugan bilang isang miyembro ng Molina. Ginagamit at ibinabahagi namin ang iyong PHI upang maisagawa ang paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan. Ginagamit at ibinabahagi rin namin ang iyong PHI para sa iba pang mga kadahilanan na pinapayagan at iniaatas ng batas. May tungkulin kami na panatilihin pribado ang iyong impormasyon sa kalusugan at sundin ang mga tuntunin ng Abisong ito. Ang petsa ng pagkakaroon ng bisa ng Abisong ito ay Enero 1, 2026.

Impormasyon sa kalusugan ang PHI na kinabibilangan ng pangalan mo, numero bilang miyembro o iba pang mga pantukoy, at ginagamit o ibinabahagi namin. Kasama sa PHI ang impormasyon sa kalusugan tungkol sa mga karamdaman sa paggamit ng substansiya at impormasyon sa biometric (tulad ng isang voiceprint).

## **Bakit namin ginagamit o ibinabahagi ang PHI mo?**

Ginagamit o ibinabahagi namin ang iyong PHI upang mabigyan ka ng mga benepisyo sa pangangalaga ng kalusugan. Ang iyong PHI ay ginagamit din o ibinabahagi para sa paggamot, pagbabayad, at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan.

## **Para sa Paggamot**

Maaari naming gamitin o ibahagi ang iyong PHI para ibigay ang, o isaayos ang, iyong pangangalagang medikal. Kasama rin sa paggamot na ito ang mga referral sa pagitan ng iyong mga doktor o iba pang provider ng pangangalaga ng kalusugan. Halimbawa, maaari kaming magbahagi ng impormasyon tungkol sa kondisyon ng iyong kalusugan sa isang espesyalista. Tinutulungan nito ang espesyalista na makipag-usap tungkol sa iyong paggamot sa doktor mo.

## **Para sa Pagbabayad**

Maaari naming gamitin o ibahagi ang PHI para makagawa ng mga desisyon sa pagbabayad. Maaaring kabilang dito ang mga paghahabol, mga pag-apruba para sa paggamot, at mga desisyon tungkol sa medikal na pangangailangan. Ang iyong pangalan, iyong kondisyon, iyong paggamot, at mga supply na ibinigay ay maaaring nakasulat sa bill. Halimbawa, maaari naming ipaalam sa isang doktor na taglay mo ang mga benepisyo namin. Sasabihin din namin sa doktor ang halaga ng bayarin na babayaran namin.

## **Para sa Mga Operasyon sa Pangangalaga ng Kalusugan**

Maaari naming gamitin o ibahagi ang PHI tungkol sa iyo para mapatakbo ang (mga) planong pangkalusugan namin. Halimbawa, maaari kaming gumamit ng impormasyon mula sa iyong paghahabol upang maipalam sa iyo ang tungkol sa isang programang pangkalusugan na maaaring makatulong sa iyo. Maaari din naming gamitin o ibahagi ang iyong PHI upang malutas ang iyong mga alalahanin. Ang iyong PHI ay maaari ding gamitin upang makita kung nababayaran nang tama ang mga paghahabol.

Ang mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan ay kinabibilangan ng maraming pang-araw-araw na pangangailangan sa negosyo. Kabilang dito ang, ngunit hindi limitado sa, mga sumusunod:

- Pagpapabuti ng kalidad;
- Mga aksyon sa mga programang pangkalusugan upang matulungan ang mga miyembro sa ilang partikular na kondisyon (tulad ng hika);
- Pagsasagawa o pag-aayos para sa medikal na pagsusuri;
- Mga serbisyong legal, kabilang ang mga programa sa pagtuklas ng panloloko at pang-aabuso at paglilitis;
- Mga aksyon para matulungan tayong sumunod sa mga batas;
- Pagtugon sa mga pangangailangan ng miyembro, kabilang ang paglutas sa mga reklamo at karaingan.

Ibabahagi namin ang PHI mo sa ibang mga kompanya (“**mgakasosyo sa negosyo**”) na nagsasagawa ng iba't ibang uri ng mga aktibidad para sa (mga) planong pangkalusugan namin. Maaari din naming gamitin ang PHI mo para mabigyan ka ng mga paalala tungkol sa mga appointment mo. Maaari naming gamitin ang PHI mo para mabigyan ka ng impormasyon tungkol sa iba pang (mga) paggamot, o iba pang benepisyo at serbisyong nauugnay sa kalusugan.

### **Kailan namin maaaring gamitin o ibahagi ang iyong PHI nang hindi nakakakuha ng nakasulat na pahintulot (pag-apruba) mula sa iyo?**

Bukod sa paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan, pinapayagan o inaatasan ng batas ang Molina na gamitin at ibahagi ang iyong PHI para sa ilang iba pang mga layunin kabilang ang mga sumusunod:

#### **Iniaatas ng batas**

Gagamitin o ibabahagi namin ang impormasyon tungkol sa iyo ayon sa iniaatas ng batas. Ibabahagi namin ang iyong PHI kapag iniaatas ng Kalihim ng Department of Health and Human Services (HHS). Maaaring para ito sa isang kaso sa korte, iba pang legal na pagsusuri, o kapag kinakailangan para sa mga layuning pagpapatupad ng batas.

#### **Pampublikong Kalusugan**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa mga aktibidad sa pampublikong kalusugan. Maaaring kabilang dito ang pagtulong sa mga ahensya ng pampublikong kalusugan upang maiwasan o makontrol ang sakit.

#### **Pagsubaybay sa Pangangalaga ng Kalusugan**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi sa mga ahensya ng gobyerno. Maaaring kailanganin nila ang iyong PHI para sa mga pag-audit.

#### **Pananaliksik**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa pananaliksik sa ilang partikular na kaso, tulad ng kapag naaprubahan ng isang lupon ng privacy o pagsusuri ng institusyon.

#### **Mga Legal o Administratibong Paglilitis**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi para sa mga legal na paglilitis, gaya ng pagtugon sa isang utos ng hukuman.

#### **Pagpapatupad ng Batas**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi sa pulisya para sa mga layunin ng pagpapatupad ng batas, tulad ng pagtulong sa paghahanap ng suspek, saksi o nawawalang tao.

## **Kalusugan at Kaligtasan**

Ang iyong PHI ay maaaring ibahagi upang maiwasan ang malubhang at napipintong banta sa kalusugan o kaligtasan ng isang tao o ng publiko.

## **Mga Tungkulin ng Pamahalaan**

Maaaring ibahagi ang PHI mo sa gobyerno para sa mga espesyal na function. Isang halimbawa nito ang pagprotekta sa Pangulo.

## **Mga Biktima ng Pang-aabuso, Pagpapabaya o Karahasan sa Tahanan**

Ang iyong PHI ay maaaring ibahagi sa mga legal na awtoridad kung naniniwala kami na biktima ng pang-aabuso o pagpapabaya ang isang tao.

## **Kabayaran sa mga Manggagawa**

Ang iyong PHI ay maaaring gamitin o ibahagi upang masunod ang mga batas sa Kabayaran ng mga Manggagawa.

## **Iba pang Pagbubunyag**

Maaaring ibahagi ang PHI mo sa mga funeral director o coroner para makatulong sa paggawa nila ng kanilang trabaho.

## **Karagdagang mga Paghihigpit sa Paggamit at Pagbubunyag.**

Maaaring mangailangan ang ilang mga pederal at pang-estadong batas ng mga espesyal na proteksyon sa privacy na naghihigpit sa paggamit at pagsisiwalat ng ilang uri ng impormasyon sa kalusugan. Maaaring protektahan ng naturang mga batas ang mga sumusunod na uri ng impormasyon: mga karamdaman sa paggamit ng alkohol at substansiya, impormasyon ng biometric, pang-aabuso o kapabayaang ng bata o may sapat na gulang kabilang ang sekswal na pag-atake, nakakahawang sakit, genetic na impormasyon, HIV/AIDS, kalusugan ng isip, impormasyon ng mga menor de edad, reseta, kalusugang reproduktibo, at mga sakit na nakukuha sa pakikipagtalik. Susundin natin ang mas mahigpit na batas, kung saan ito ay nalalapat sa atin.

## **Impormasyon ng Disorder sa Paggamit ng Substance (SUD).**

Kahit na hindi kami isang programa sa paggamot sa karamdaman sa paggamit ng substansiya sa ilalim ng pederal na batas (isang “Programa ng SUD”), maaari kaming makatanggap ng impormasyon mula sa isang Programa ng SUD tungkol sa iyo. Hindi namin maaaring ibunyag ang impormasyon ng SUD para magamit sa isang sibil, kriminal, administratibo, o pambatasan na paglilitis laban sa iyo maliban kung mayroon kaming (i) iyong nakasulat na pahintulot, o (ii) isang utos ng hukuman na sinamahan ng isang subpoena o iba pang legal na kinakailangan na nakakahimok na pagbubunyag na inisyu pagkatapos naming bigyan ng abiso at isang pagkakataon na marinig.

## **Kailan namin kailangan ang nakasulat na pahintulot (pag-apruba) mo para gamitin o ibahagi ang PHI mo?**

Kailangan namin ang iyong nakasulat na pag-apruba upang gamitin o ibahagi ang iyong PHI para sa isang layunin maliban sa mga nakalista sa Abisong ito. Kailangan namin ang iyong pahintulot bago namin ibunyag ang iyong PHI para sa mga sumusunod: (1) karamihan sa mga paggamit at pagsisiwalat ng mga tala ng psychotherapy; (2) mga paggamit at pagsisiwalat para sa mga layunin ng marketing; at (3) mga paggamit at pagsisiwalat na may kinalaman sa pagbebenta ng PHI. Maaari mong kanselahin ang isang nakasulat na pag-apruba na ibinigay mo sa amin. Ang iyong pagkansela ay hindi mailalapat sa mga aksyon na nagawa na namin dahil sa pag-apruba na naibigay mo na sa amin.

## **Ano ang iyong mga karapatan sa impormasyon sa kalusugan?**

May karapatan ka na:

- **Humiling ng mga Paghihigpit sa mga Paggamit o Pagbubunyag ng PHI (Pagbabahagi sa Iyong PHI)**  
Maaari mong hilingin sa amin na huwag ibahagi ang iyong PHI upang maisagawa ang paggamot, pagbabayad o mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan. Maaari mo ring hilingin sa amin na huwag ibahagi ang iyong PHI sa kapamilya, mga kaibigan o iba pang mga taong pinangalanan mo na may kinalaman sa iyong pangangalaga ng kalusugan. Gayunpaman, hindi namin kinakailangang sumang-ayon sa iyong kahilingan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form sa paggawa ng iyong kahilingan.
- **Humiling ng Kumpidensyal na mga Komunikasyon ng PHI**  
Maaari mong hilingin sa Molina na ibigay sa iyo ang iyong PHI sa isang partikular na paraan o sa isang partikular na lugar upang makatulong na mapanatiling pribado ang iyong PHI. Susundin namin ang mga makatwirang kahilingan, kung sasabihin mo sa amin kung paano magsasapanganib sa buhay mo ang pagbabahagi ng lahat o bahagi ng PHI na iyon. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form sa paggawa ng iyong kahilingan.
- **Suriin at Kopyahin ang Iyong PHI**  
May karapatan kang suriin at makakuha ng kopya ng iyong PHI na hawak namin. Maaaring kabilang dito ang mga rekord na ginamit sa paggawa ng pagsaklaw, mga paghahabol at iba pang mga desisyon tungkol sa iyo bilang aming miyembro. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form sa paggawa ng iyong kahilingan. Maaari ka naming singilin ng makatwirang bayad para sa pagkopya at pagpapadala ng mga talaan sa pamamagitan ng koreo. Sa ilang mga kaso, maaari naming tanggihan ang kahilingan. *Mahalagang Paalala: Wala kaming kumpletong mga kopya ng iyong mga medikal na rekord. Kung gusto mong tingnan, kumuha ng kopya ng, o baguhin ang iyong mga medikal na rekord, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong doktor o klinika.*
- **Amyendahan ang Iyong PHI**  
Maaari mong hilingin na amyendahan namin (baguhin) ang iyong PHI. Kinabibilangan lamang ito ng mga rekord na itinago namin tungkol sa iyo bilang isang miyembro. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form sa paggawa ng iyong kahilingan. Maaari kang maghain ng liham ng hindi pagsang-ayon sa amin kung tatanggihan namin ang kahilingan.
- **Tumanggap ng Accounting ng mga Pagsisiwalat ng PHI (Pagbabahagi ng Iyong PHI)**  
Maaari mong hilingin na bigyan ka namin ng isang listahan ng ilang mga partido na pinagbahagian namin ng PHI mo sa loob ng anim na taon bago ang petsa ng kahilingan mo. Hindiisasama ang PHI na ibinahagi ayon sa sumusunod:
  - para sa paggamot, pagbabayad o mga operasyon sa pangangalaga ng kalusugan;
  - sa mga tao tungkol sa kanilang sariling PHI;
  - pagbabahagi na ginawa nang may pahintulot mo;
  - insidente sa paggamit o pagsisiwalat na hindi pinahihintulutan o kinakailangan sa ilalim ng naaangkop na batas;
  - PHI na inilabas para sa kapakanan ng pambansang seguridad o para sa intelihensiya ; o
  - bilang bahagi ng isang limitadong ng data na naitakda alinsunod sa nalalapat na batas.

Maniningil kami ng makatwirang bayad para sa bawat listahan kung hihilingin mo ang listahang ito nang higit sa isang beses sa loob ng 12 buwan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang aming form sa paggawa ng iyong kahilingan.

Maaari kang gumawa ng alinman sa mga kahilingang nakalista sa itaas, o maaari kang makakuha ng papel na kopya ng Abisong ito. Mangyaring tawagan ang aming departamento ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa toll-free na numero sa likod ng iyong kard ng pagkakakilanlan, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY/ TDD, mangyaring tumawag sa 711.

### **Ano ang maaari mong gawin kung hindi naprotektahan ang iyong mga karapatan?**

Maaari kang magreklamo sa amin at sa Department of Health and Human Services kung naniniwala ka na nalabag ang mga karapatan mo sa privacy. Hindi kami gagawa ng anumang bagay laban sa iyo para sa paghahain ng reklamo. Ang iyong pangangalaga at mga benepisyong ay hindi magbabago sa anumang paraan.

*Maaari kang maghain ng reklamo sa amin sa:*

Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa toll-free na numero sa likod ng kard ng pagkakakilanlan mo, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY/TDD, mangyaring tumawag sa 711. O sumulat sa amin sa:

Molina Healthcare  
Attn: Appeals and Grievances  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801-9977.

*Maaari kang maghain ng reklamo sa Kalihim ng Department of Health and Human Services ng U.S. sa:*

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights  
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201  
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

### **Ano ang mga tungkulin natin?**

Inaatasan kaming:

- Panatilihin ang iyong PHI na pribado;
- Bigyan ka ng nakasulat na impormasyon, tulad nito, tungkol sa aming mga tungkulin at mga kasanayan sa privacy tungkol sa iyong PHI;
- Magbigay sa iyo ng abiso kung sakaling magkaroon ng anumang breach ng hindi secure na PHI mo;
- Huwag gamitin o ibunyag ang genetic na impormasyon mo para sa mga layunin ng pag-underwrite;
- Sundin ang mga tuntunin ng Abiso na ito.

### **Maaaring Magbago ang Abisong Ito**

**Nakalaan sa amin ang karapatang baguhin ang mga kasanayan sa impormasyon nito at mga tuntunin ng Abisong ito anumang oras. Kung gagawin namin ito, malalapat ang mga bagong tuntunin at kasanayan sa lahat ng PHI na pinapanatili namin. Kung gagawa kami ng anumang mahahalagang pagbabago, ipo-post namin ang narebisang Abiso sa aming website at ipapadala namin ang narebisang Abiso, o**

**impormasyon tungkol sa mahalagang pagbabago at kung paano makuha ang narebisang Abiso, sa aming susunod na taunang pagpapadala sa pamamagitan ng koreo sa aming mga miyembro na saklaw namin. Available ang Paunawa na ito sa website namin na [www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com).**

### **Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan**

Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa Paunawa na ito, mangyaring makipag-ugnayan sa amin.

Tumawag sa aming departamento ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa toll-free na numero sa likod ng kard ng pagkakakilanlan mo; 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY/TDD, mangyaring tumawag sa 711. O sumulat sa Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

Puwede mong makuha ang dokumentong ito nang libre sa iba pang format, gaya ng malaking print, braille, o audio. Tumawag sa (855) 882-3901, TTY/TDD: 711, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Libre ang tawag.





## Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Senior Whole Health of New York NHC

<b>Pamamaraan</b>	<b>Mga Serbisyo para sa Miyembro – Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan</b>
<b>TUMAWAG</b>	(833) 671-0440  Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang mga oras ay Oktubre 1 - Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 – Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras.  Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro (833) 671-0440 (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711) ay mayroon ding libreng mga serbisyo sa pagsasalin ng wika na available para sa mga hindi nagsasalita ng English.
<b>TTY</b>	711  Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapang makarinig o makapagsalita.  Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang mga oras ay Oktubre 1 - Marso 31, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras, 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 – Setyembre 30, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras.
<b>FAX</b>	(310) 507-6186
<b>SUMULAT</b>	Senior Whole Health of New York Attn: Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
<b>WEBSITE</b>	<a href="http://SWHNY.com">SWHNY.com</a>

Ang Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) (**SHIP** ng New York) ay isang programa ng estado na kumukuha ng pera mula sa Pederal na pamahalaan para makapagbigay ng libreng pagpapayo sa lokal na insurance sa kalusugan sa mga taong may Medicare.

<b>Pamamaraan</b>	<b>Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan</b>
<b>TUMAWAG</b>	(800) 701-0501 Lunes – Biyernes, 8:30 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras.
<b>SUMULAT</b>	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 Albany, New York 12223-1251
<b>WEBSITE</b>	<a href="https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap">https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap</a>

**Pahayag ng Pagbubunyag ng PRA** Ayon sa Paperwork Reduction Act ng 1995, walang sinuman ang kinakailangang tumugon sa isang koleksyon ng impormasyon maliban kung ito ay nagpapakita ng wastong OMB control number. Ang wastong OMB control number para sa koleksyon ng impormasyong ito ay 0938-1051. Kung mayroon kang mga komento o mungkahi para sa pagpapabuti ng form na ito, sumulat sa: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.