2025

Handbook ng Miyembro

Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan

California H3038-003

Epektibo mula Enero 1 hanggang Disyembre 31, 2025

H3038_25_003_CAEOC_C TL
CA-H3038-003-DSNP-EC-TL-25

MOLINA® HEALTHCARE

Handbook ng Miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

01/01/2025 – 12/31/2025

Ang Pagsaklaw sa Kalusugan at Gamot mo sa ilalim ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

Panimula ng *Handbook ng Miyembro*

Ipinapaalam sa iyo ng *Handbook ng Miyembro na ito, na kilala din bilang Ebidensya ng Pagsaklaw,* ang tungkol sa pagkakasaklaw mo sa ilalim ng plano namin hanggang 12/31/2025. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (karamdaman sa kalusugan ng pag-iisip at paggamit ng ipinagbabawal na gamot), saklaw sa inireresetang gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Nagpapakita ang mga pangunahing termino at ang kanilang mga kahulugan sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa **Kabanata 12** ng *Handbook ng Miyembro* mo.

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

Kapag sinabi ng *Handbook ng Miyembro* na ito na "kami," "tayo," "aming," o "aming plano," ibig sabihin nito ay Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

Ang dokumentong ito ay makukuha nang libre sa *Spaninsh, Arabe, Armenian, Cambodian, Intsik, Farsi, Hmong, Koreano, Lao, Russo, Tagalog, at Vietnamese*.

Makukuha mo ang dokumentong ito nang libre sa iba pang mga format, tulad ng malalaking letra, braille, at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627 TTY: 711, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. , 7 araw sa isang linggo. Mula Abril 1 – Setyembre 30, Lunes-Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Pakitandaan na maaaring sagutin ng aming awtomatikong sistema ng telepono ang iyong tawag sa mga katapusan ng linggo at mga pista opisyal mula Abril 1 hanggang Setyembre 30. Libre ang tawag.

Puwede ninyong hilingin na palagi namin kayong padalhan ng impormasyon sa wika o format na kailangan ninyo. Tinatawag itong nananatiling kahilingan. Susubaybayan namin ang nananatiling kahilingan ninyo kaya hindi ninyo kailangang gumawa ng magkakahiwalay na kahilingan tuwing papadalhan namin kayo ng impormasyon.

Upang makuha ang dokumentong ito sa isang wika na hindi Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Estado sa (800) 541-5555, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras upang mai-update ang iyong talaan gamit ang gusto mong wika. Upang makuha ang dokumentong ito sa isang alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Matutulungan kayo ng kinatawan na gumawa o magbago ng nananatiling kahilingan. Maaari ka ring makipag-ugnayan sa Koordinador ng Pangangalaga mo para sa tulong sa mga nagpapatuloy na kahilingan.

2025 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan

Talaan ng Mga Nilalaman

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro 5

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan 17

Kabanata 3: Paggamit sa saklaw ng aming plano para sa inyong pangangalagang pangkalusugan at iba pang sinasaklaw na serbisyo 35

Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyo 56

Kabanata 5: Pagkuha ng inyong mga iniresetang gamot para sa outpatient 126

Kabanata 6: Ang binabayaran mo para sa iyong Medicare at Medi-Cal Medicaid na mga inireresetang gamot 142

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang bill na natanggap mo para sa sinasaklaw na mga serbisyo o gamot 149

Kabanata 8: Ang mga karapatan at responsibilidad mo 155

Kabanata 9: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo) 178

Kabanata 10: Pagtapos ng inyong pagiging miyembro sa aming plano 218

Kabanata 11: Mga legal na abiso 226

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mga importanteng salita 229

Mga Disclaimer

- Ang pagsaklaw sa ilalim ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ay pangkuwalipikang pagsaklaw ng kalusugan na tinatawag na “minimum na mahalagang pagsaklaw.” Nakakatugon ito sa iniaatas na responsibilidad sa bawat indibidwal sa Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Bisitahin ang website ng Internal Revenue Service (IRS) sa www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para sa higit pang impormasyon tungkol sa iniaatas na responsibilidad sa bawat indibidwal.
- Ang Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) ay isang Planong Pangkalusugan na may Medicare Contract at isang kontrata sa programa ng Medicaid ng estado. Ang pagpapatala sa Molina Medicare Complete Care Plus ay nakadepende sa pag-renew ng kontrata.
- Kwalipikasyon para sa Modelong Benepisyo o Mga Gantimpala at Mga Insentibo Mga Programa ng (RI) sa ilalim ng Value-Based Insurance Design (VBID) Ang modelo ay hindi natitiyak at tutukuyin ng Medicare Advantage Organization (MAO) pagkatapos ng pagpapatala, batay sa nauugnay na pamantayan hal., mga klinikal na pagsusuri, pamantayan sa pagiging karapat-dapat, paglahok sa isang programa ng estado sa pamamahala ng sakit kung sakaling ang pagiging karapat-dapat ng Mga Target na Enrollee para sa mga Benepisyo ng Modelo o mga Programa ng RI ay hindi matiyak o hindi matukoy bago ang isang Taon ng Plano, kung naaangkop.
- Inaprubahan ng Medicare ang Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) na ibigay ang mga benepisyong ito at/o mas mababang copayment/co-insurance bilang bahagi ng Nakabatay sa Halaga na Disenyo ng Seguro na programa. Binibigyang-daan ng programang ito ang Medicare na sumubok ng mga bagong paraan upang mapahusay ang mga Medicare Advantage plan.

PAUNAWA SA HINDI PANGDIDISKRIMINA

Sumusunod ang Molina Healthcare (Molina) sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandidiskrimina batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, bansang pinagmulan, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, pisikal na kapansanan, kondisyong medikal, genetic na impormasyon, marital status, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, o oryentasyong sekswal.

Kung naniniwala ka na nagdidiskrimina ang Molina batay sa kasarian, lahi, kulay, relihiyon, ninuno, bansang pinagmulan,pagkakakilanlan ng pangkat etniko, edad, kapansanan sa pag-iisip, kapansanan sa katawan, medikal na kondisyon, henetikong impormasyon, katayuan sa pag-aasawa, kasarian, pagkakakilanlan ng kasarian, o sekswal na oryentasyon, maaari kang maghain ng karaingan sa:

Koodinador ng Mga Karapatang Sibil
200 Oceangate Long Beach, CA 90802
Telepono: (866) 606-3889 Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras
TTY: 711
Fax: (562) 499-0610
Email: civil.rights@MolinaHealthcare.com

Maaari kayong maghain ng reklamo nang personal, sa pamamagitan ng koreo, fax, o email. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahain ng karaingan, ang tagapag-ugnay ng mga Karapatang Sibil ay handang tumulong sa inyo.

Puwede rin kayong maghain ng reklamo kaugnay ng mga karapatang sibil sa Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California, Tanggapan ng Mga Karapatang Sibil sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o sa elektronikong paraan:

Deputy Director, Opisina ng mga Karapatang Sibil
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019 (800) 537-7697 (202) 619-3818 OCRMail@hhs.gov
www.hhs.gov/ocr

Available ang mga form ng reklamo sa http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Kung naniniwala ka na nagdidiskrimina ang Molina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, kapansanan, edad, o kasarian, maaari ka ring magsampa ng reklamo sa karapatang sibil sa Departamento ng Kalusugan at Serbisyong Pantao ng U.S, Opisina para sa Mga Karapatang Sibil sa elektronikong paraan sa pamamagitan ng Portal ng Reklamo ng Opisina para sa Mga Karapatang Sibil, na available sa:

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
o sa pamamagitan ng koreo o telepono sa:
Departamento ng Kalusugan at Serbisyong Pantao ng U.S
200 Independence Avenue SW, Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201
1–800–868–1019 o 800–537–7697 (TDD)
Available ang mga form ng reklamo sa:

http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Panimula

Kasama sa kabanata na ito ang impormasyon tungkol sa Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP), isang planong pangkalusugan na sumasaklaw sa lahat ng iyong mga serbisyo sa Medicare at ikinokoordina ang lahat ng iyong mga serbisyo sa Medicare at Medi-Cal, at ang iyong pagsapi dito. Nakasaad din dito ang dapat ninyong asahan at ang iba pang impormasyong makukuha ninyo mula sa amin. Ang mga pangunahing termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay lilitaw sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Welcome sa aming plano 6
B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal 6
B1. Medicare 6
B2. Medi-Cal 6
C. Mga advantage sa aming plano 7
D. Ang lugar ng serbisyo ng aming plano 7
E. Ano ang dahilan para ikaw ay maging karapat-dapat na miyembro ng plano 8
F. Ano ang aasahan kapag sasali kayo sa aming planong pangkalusugan sa unang pagkakataon 8
G. Ang inyong pangkat ng pangangalaga at plano ng pangangalaga 9
G1. Pangkat ng pangangalaga 9
G2. Plano sa pangangalaga 9
H. Ang iyong buwanang mga gastos para sa Molina Medicare Complete Care Plus 10
H1. Premium ng plano 10
H2. Buwanang Premium ng Medicare Bahagi B 10
H3. Halaga sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare 10
I. Ang iyong Handbook ng Miyembro 11
J. Iba pang mahahalagang impormasyon na makukuha ninyo mula sa amin 11
J1. Ang iyong ID Card ng Miyembro 11
J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya* 13
J3. *Ang Listahan ng Mga Sinaklaw na Gamot* 15
J4. *Ang Paliwanag ng mga Benepisyo* 15
K. Pagpapanatiling napapanahon ng inyong rekord bilang miyembro 15
K1. Privacy ng personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information o PHI) 16

A. Welcome sa aming plano

Nagbibigay ang aming plano ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa mga indibidwal na karapat-dapat para sa parehong mga programa. Kasama sa aming plano ang mga doktor, ospital, parmasya, mga tagapagkaloob ng pangmatagalang mga serbisyo at suporta, mga tagapagkaloob ng serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at iba pang mga tagapagkaloob. Mayroon din kaming mga tagapag-ugnay ng pangangalaga at mga pangkat ng pangangalaga na tutulong sa iyo na pamahalaan ang iyong mga tagapagbigay ng serbisyo at mga serbisyo. Nagtutulungan silang lahat para maibigay ang pangangalagang kailangan ninyo.

Sa Molina Healthcare, naiintindihan namin na magkakaiba at may mga natatanging pangangailangan ang bawat miyembro. Iyan ang dahilan kung bakit pinagsasama ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ang inyong mga benepisyo sa Medicare at Medi-Cal sa iisang plano, upang makakuha kayo ng tulong na pinasadya para sa inyo at mapanatag kayo.

Ang Molina Healthcare ay itinatag mahigit 35 taon na ang nakalilipas, upang magdala ng de-kalidad na pangangalagang pangkalusugan sa mas maraming tao – lalo na sa mga taong higit na nangangailangan nito. Sa simula pa lang, isinasapriyoridad na ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ang mga pangangailangan ng aming mga miyembro, at patuloy namin itong ginagawa hanggang ngayon.

Maligayang pagdating sa Molina Healthcare. Ang iyong pinalawak na pamilya.

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal

B1. Medicare

Ang Medicare ang programang seguro sa kalusugan ng pederal para sa:

- mga taong 65 taong gulang o higit pa,
- ilang taong wala pang edad na 65 na may ilang mga kapansanan, **at**
- mga taong may huling yugto na sakit sa bato (pagpalya ng bato).

B2. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ang pangalan ng programang California's Medicaid. Ang Medi-Cal ay pinapatakbo ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na pamahalaan. Tumutulong ang Medi-Cal sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na magbayad para sa mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS) at mga medikal na gastos. Sinasaklaw nito ang mga dagdag na serbisyo at gamot na hindi sakop ng Medicare.

Ang bawat estado ay nagpapasya sa:

- kung ano ang maituturing na kita at mga mapagkukunan,
- kung sino ang karapat-dapat,
- kung anong mga serbisyo ang saklaw, **at**
- ang halaga ng mga serbisyo.

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

Inaprubahan ng Medicare at ng estado ng California ang aming plano. Makukuha mo ang mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa pamamagitan ng aming plano hangga't:

- pinipili naming ialok ang plano, **at**
- Pinapayagan kami ng Medicare at ng estado ng California na ipagpatuloy ang pag-alok sa planong ito.

Kahit na huminto ang pagpapatakbo ng aming plano sa hinaharap, hindi maaapektuhan ang inyong pagiging karapat-dapat sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal.

C. Mga advantage sa aming plano

Makukuha na ninyo ngayon ang lahat ng inyong sinasaklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal mula sa aming plano, kabilang ang mga inireresetang gamot. **Hindi ka magbabayad ng karagdagan upang sumali sa plano ng kalusugan na ito.**

Tutulong kami upang gumanang mas mabuti nang magkasama ang iyong mga benepisyo sa Medicare at Medi-Cal. Ang ilan sa mga pakinabang ay kinabibilangan ng:

- Maaari kang makipagtulungan sa amin para sa **karamihan** ng iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Mayroon kayong pangkat ng pangangalaga na bubuuin nang kasama kayo. Maaaring kabilang sa iyong pangkat ng pangangalaga ang iyong sarili, ang iyong tagapag-alaga, mga doktor, nars, tagapayo, o iba pang mga propesyonal sa kalusugan.
- May access ka sa tagapag-ugnay ng pangangalaga. Ito ay taong makikipagtulungan sa inyo, sa aming plano, at sa inyong pangkat ng pangangalaga upang tumulong na gumawa ng plano ng pangangalaga.
- Magagawa mong pangasiwaan ang iyong sariling pangangalaga sa tulong ng iyong pangkat sa pangangalaga at koordinador ng pangangalaga.
- Makikipagtulungan sa iyo ang iyong pangkat sa pangangalaga at koordinador ng pangangalaga sa paggawa ng plano sa pangangalaga na idinisenyo upang matugunan ang **iyong** mga pangangailangan sa kalusugan. Tutulong ang pangkat ng pangangalaga na isaayos ang mga serbisyong kailangan ninyo. Halimbawa, nangangahulugan ito na tinitiyak ng inyong pangkat ng pangangalaga na:
  - Alam ng iyong mga doktor ang tungkol sa lahat ng gamot na iniinom mo upang matiyak nilang iniinom mo ang tamang mga gamot at maaaring mabawasan ang anumang mga side effect na maaaring mayroon ka mula sa mga gamot.
  - Ibinabahagi ang inyong mga resulta ng pagsusuri sa lahat ng inyong doktor at iba pang tagapagkaloob, ayon sa nararapat.

Mga bagong miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus*:* Sa karamihan ng pagkakataon, ipapatala kayo sa Molina Medicare Complete Care Plus para sa mga benepisyo ninyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos hilingin ninyo na matala sa Molina Medicare Complete Care Plus. Maaari nyo pa ring matanggap ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa inyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Molina Medicare Complete Care Plus. Walang magiging gap sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa (855) 665-4627 TTY: 711 para sa anumang katanungan.

D. Ang lugar ng serbisyo ng aming plano

Kabilang sa aming pinagseserbisyuhang lugar ang mga county sa California:

- Los Angeles, San Diego, Riverside, at San Bernardino na mga county.

Ang mga tao lang na nakatira sa aming pinagseserbisyuhang lugar ang maaaring sumali sa aming plano.

Hindi kayo maaaring manatili sa aming plano kung lilipat kayo sa labas ng aming pinagseserbisyuhang lugar. Sumangguni sa **Kabanata 8** ng iyong Handbook ng Miyembro para sa karagdagang impormasyon kaugnay sa mga epekto ng paglipat sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar.

E. Ano ang dahilan para ikaw ay maging karapat-dapat na miyembro ng plano

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

- nakatira sa aming lugar ng serbisyo (ang mga nakakulong na indibidwal ay hindi itinuturing na nakatira sa lugar ng serbisyo kahit na pisikal na naroroon sila), **at**
- nasa edad 21 at mas matanda sa oras ng pagpapatala, **at**
- magkaroon ng parehong Medicare Bahagi A at Medicare Bahagi B, **at**
- isang mamamayan ng United States o legal na naroroon sa United States, **at**
- kasalukuyang karapat-dapat para sa Medi-Cal

Kung mawala ang iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal ngunit maaasahan mong mabawi ito sa loob ng *3* buwan, karapat-dapat ka pa rin para sa aming plano.

Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

F. Ano ang aasahan kapag sasali kayo sa aming planong pangkalusugan sa unang pagkakataon

Sa una mong pagsali sa aming plano, makakakuha kayo ng pagsusuri sa panganib sa kalusugan o health risk assessment (HRA) sa loob ng 90 araw bago o pagkatapos ng petsa ng bisa ng pagpapatala mo.

Dapat naming kumpletuhin ang isang HRA para sa inyo. Ang HRA na ito ang batayan para sa paggawa ng inyong plano. May kasama ang HRA na mga tanong upang matukoy ang iyong mga pangangailangan para sa medikal, kalusugan ng pag-uugali, at sa paggana.

Makikipag-ugnayan kami sa inyo upang kumpletuhin ang HRA. Ang HRA ay maaaring kumpletuhin sa pamamagitan ng personal na pagbisita, tawag sa telepono, o sulat.

Padadalhan ka namin ng higit pang impormasyon tungkol sa HRA na ito.

Kung bago ang aming plano para sa iyo, maaari mong patuloy na gamitin ang mga doktor na ginagamit mo ngayon para sa partikular na tagal ng panahon, kahit na wala sila sa aming network. Tinatawag namin itong pagpapatuloy ng pangangalaga. Kung wala sila sa aming network, maaari ninyong panatilihin ang inyong mga kasalukuyang tagapagkaloob at awtorisasyon sa serbisyo mula sa panahon ng inyong pagpapatala hanggang sa 12 buwan kung matutugunan ang lahat ng kondisyon na:

- Kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong tagapagkaloob ay humihiling sa amin na hayaan kayong patuloy na gamitin ang inyong kasalukuyang tagapagkaloob.
- Maaari naming patunayan na dati na ninyong nakaugnayan ang isang tagapagkaloob ng pangunahin o espesyalidad na pangangalaga, nang may ilang pagbubukod. Kapag sinabi naming “kasalukuyang kaugnayan,” ang ibig sabihin ay nagpatingin ka sa tagapagkaloob na wala sa network nang hindi bababa sa isang beses para sa pagpapatingin na hindi pang-emerhensiya sa loob ng 12 buwan bago ang petsa ng iyong unang pagpapatala sa aming plano.
  - Malalaman namin na mayroon kang kasalukuyang kaugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa hawak naming impormasyong pangkalusugan tungkol sa iyo o sa impormasyong ibinigay mo sa amin.

- Mayroon kaming 30 araw para tumugon sa iyong kahilingan. Maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng mas mabilis na desisyon at dapat kaming tumugon sa loob ng 15 araw. Maaari mong gawin ang kahilingang ito sa pamamagitan ng pagtawag sa (855) 665-4627, TTY: 711. Kung nasa panganib ka ng pinsala, dapat kaming tumugon sa loob 3 araw.
- Kayo o ang inyong tagapagkaloob ay dapat magpakita ng dokumento ng dating ugnayan at sumang-ayon sa ilang partikular na tuntunin kapag isinumite ninyo ang kahilingan.

Tandaan: Maaari mong gawin ang kahilingang ito para sa mga tagapagbigay ng Matibay na Medikal na Kagamitan (DME) para sa hindi bababa sa 90 araw hanggang sa pahintulutan namin ang isang bagong pagrenta at maipahatid sa tagapagbigay ng serbisyo ng network ang pagrenta. Bagama't hindi mo maaaring gawin ang kahilingang ito para sa mga tagapagbigay ng serbisyong transportasyon, o iba pang mga tagapagbigay ng serbisyong pantulong, maaari kang humiling ng mga serbisyo, ng transportasyon o iba pang mga pantulong na serbisyo na hindi kasama sa aming plano.

Sa oras na magwakas ang panahon ng pagpapatuloy ng pangangalaga, kakailanganin ninyong magpakonsulta sa mga doktor at iba pang tagapagkaloob na nasa network ng Molina Medicare Complete Care Plus na kaakibat ng medikal na pangkat ng inyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga, maliban na lang kung may magiging kasunduan kami sa inyong doktor na wala sa network. Ang isang tagapagkaloob ng network ay isang tagapagkaloob na nakikipagtulungan sa plano ng kalusugan. May mga kaakibat na IPA at medikal na pangkat ang mga PCP ng aming plano. Sa pagpili ng inyong PCP, pinipili rin ninyo ang mga kaakibat na IPA o medikal na pangkat. Ibig sabihin, ire-refer kayo ng inyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong kaanib din ng kanyang IPA o medikal na pangkat. Ang IPA o Medikal na Grupo ay isang asosasyon ng mga PCP at mga espesyalista na nilikha upang magkaloob ng mga nakakoordina na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa iyo. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga.

G. Ang inyong pangkat ng pangangalaga at plano ng pangangalaga

G1. Pangkat ng pangangalaga

Makakatulong sa inyo ang isang pangkat ng pangangalaga na patuloy na makuha ang pangangalaga na kailangan ninyo. Maaaring kabilang sa pangkat ng pangangalaga ang iyong doktor, koordinador ng pangangalaga, o iba pang taong naglilingkod para sa kalusugan na pipiliin mo.

Ang koordinador ng pangangalaga ay isang taong sinanay na tutulong sa iyo na pamahalaan ang pangangalaga na kailangan mo. Makakakuha ka ng tagapag-ugnay ng pangangalaga kapag nagpatala ka sa aming plano. Isasangguni din kayo ng taong ito sa iba pang mapagkukunan ng komunidad na maaaring hindi ibigay ng aming plano at makikipagtulungan sa inyong pangkat ng pangangalaga upang tumulong na iugnay ang inyong pangangalaga. Tawagan kami sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa karagdagang impormasyon tungkol sa inyong tagapag-ugnay ng pangangalaga at pangkat ng pangangalaga.

G2. Plano sa pangangalaga

Ang inyong pangkat ng pangangalaga ay makikipagtulungan sa inyo upang gumawa ng plano sa pangangalaga. Makikita ninyo at ng inyong mga doktor sa plano ng pangangalaga kung anong mga serbisyo ang kailangan ninyo at kung paano ninyo makukuha ang mga ito. Kabilang dito ang medikal, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS o iba pang mga serbisyo.

Kasama sa inyong plano ng pangangalaga ang:

- ang mga layunin mo sa pangangalaga ng kalusugan, **at**

- isang timeline para sa pagkuha ng mga serbisyong kailangan ninyo.

Ang iyong pangkat ng pangangalaga ay makikipagpulong sa iyo pagkatapos ng iyong HRA. Itatanong nila sa iyo ang tungkol sa mga serbisyong kailangan mo. Ipapaalam din nila sa inyo ang tungkol sa mga serbisyong maaari ninyong pag-isipang kunin. Ang iyong plano sa pangangalaga ay nililikha batay sa iyong mga pangangailangan at layunin. Makikipagtulungan sa inyo ang inyong pangkat ng pangangalaga upang i-update ang inyong plano ng pangangalaga nang isang beses sa bawat taon.

H. Ang iyong buwanang mga gastos para sa Molina Medicare Complete Care Plus

Maaaring kabilang sa iyong mga gastos ang sumusunod:

- Premium ng plano (**Seksyon H1**)
- Buwanang Premium ng Medicare Bahagi B (**Seksyon H2**)
- Halaga ng Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare (**Seksyon H3**)

Sa ilang mga sitwasyon, maaaring mas mababa ang premium ng plano mo.

H1. Premium ng plano

Bilang miyembro ng iyong plano, magbabayad ka ng buwanang premium ng plano. Para sa 2025, $1.60 ang buwanang premium para sa Molina Medicare Complete Care Plus. Depende sa iyong antas ng subsidiya ng “Karagdagang Tulong”, ang iyong $1.60 na buwanang premium ay maaaring bawasan sa $0

H2. Buwanang Premium ng Medicare Bahagi B

Inaatasan ang maraming mga miyembro na magbayad sa ibang mga premium ng Medicare

Bilang karagdagan sa pagbabayad ng buwanang premium ng plano, ang ilang miyembro ay kinakailangang magbayad ng iba pang mga premium ng Medicare. Gaya ng ipinaliwanag sa Seksyon E sa itaas, upang maging karapat-dapat para sa aming plano, dapat mong panatilihin ang iyong pagiging karapat-dapat para sa Medi-Cal pati na rin ang parehong Medicare Bahagi A at Medicare Bahagi B. Para sa karamihan ng mga miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus, binabayaran ng Medi-Cal ang iyong premium ng Medicare Bahagi A (kung hindi ka awtomatikong kuwalipikado para dito) at para sa iyong premium ng Medicare Bahagi B.

Kung hindi nagbabayad ang Medi-Cal sa iyong mga premium sa Medicare para sa iyo, dapat mong ipagpatuloy na bayaran ang iyong mga premium sa Medicare upang manatili kang miyembro ng plano. Kabilang dito ang iyong premium para sa Medicare Bahagi B. Maaari rin itong kabilangan ng premium para sa Medicare Bahagi A na nakakaapekto sa mga miyembrong hindi kwalipikado para sa Medicare Bahagi A na libre ang premium. **Bukod dito, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong koordinador ng pangangalaga at ipaalam sa kanila ang pagbabagong ito.**

H3. Halaga sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare

Kung nakikilahok ka sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare, makakakuha ka ng singil mula sa iyong plano para sa iyong mga inireresetang gamot (sa halip na magbayad sa parmasya). Nakabatay ang iyong buwanang singil sa iyong utang para sa anumang mga reseta na nakukuha mo, kasama ang iyong balanse sa nakaraang buwan, na hinati sa bilang ng mga buwang natitira sa taon.

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

I. Ang iyong Handbook ng Miyembro

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

Maaari kang humingi ng *Handbook ng Miyembro* sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina. Maaari ka ring sumangguni sa *Handbook ng Miyembro* na matatagpuan sa aming website na www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Nagkabisa na ang kontrata para sa mga buwan na nakatala ka sa aming plano sa pagitan ng 1/1/2025 at 12/31/2025.

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

Kabilang sa iba pang mahalagang impormasyon na ibinibigay namin sa iyo ang iyong ID Kard bilang Miyembro, impormasyon tungkol sa kung paano ma-access ang *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo* at parmasiya, at impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang *Listahan ng mga Saklaw na Gamot, na kilala rin bilang isang Pormularyo.*

J1. Ang iyong ID Card ng Miyembro

Sa ilalim ng plano namin, mayroon kang isang kard para sa mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal mo, kabilang ang LTSS, ilang mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga reseta. Dapat mong ipakita ang card na ito kapag kukuha ka ng anumang mga serbisyo o reseta. Narito ang isang sample na ID Card ng Miyembro:

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

Hangga't miyembro ka ng plano namin, hindi mo kailangang gamitin ang pula, puti, at asul na Medicare card mo o Medi-Cal card mo para makuha ang karamihan sa mga serbisyo. Itago ang card na ito sa isang ligtas na lugar, kung sakaling kailanganin ninyo ang mga ito sa ibang pagkakataon. Kung ipapakita ninyo ang inyong Medicare card sa halip na ang inyong ID Card ng Miyembro, maaaring singilin ng tagapagkaloob ang Medicare sa halip

na ang aming plano, at maaari kayong makatanggap ng bill. Sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para malaman kung ano ang gagawin kung makatanggap kayo ng bill mula sa isang tagapagkaloob.

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

- Acupuncture
- Waiver sa aids na programa
- Mga serbisyo ng ambulansya
- Mga serbisyong audiolohikal
- Paggamot ng Kalusugan ng Pag-uugali (BHT)
- Dugo at mga deribatibo ng dugo
- Puso at Baga
- Sertipikadong pampamilyang parktisyoner na nars
- Chiropractic
- Mga serbisyo sa matagal nang dialysis
- Mga Serbisyo sa Adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS)
- Programang Komprehensibong Perinatal na Serbisyo (mga serbisyong pang-iwas sa sakit)
- Dental
- Diyagnostikong x-ray
- Dialysis
- Matibay na medical na kagamitan (DME) at mga kaugnay na supply
- Mga Pagbisita sa mga doktor
- Maaga at Pana-panahong Pagsusuri, Diyagnosis, at Paggamot (EPSDT)
- Pang-emergency na pangangalaga
- Enteral na Pormula
- Mga serbisyo at suplay sa pagpaplano ng pamilya
- Mga serbisyo ng pederal na kwalipikadong sentro ng kalusugan (FQHC)
- Pagdinig
- Pangangalaga sa Tahanan at Komunidad para sa mga matatandang may kapansanan sa pagkilos (waiver lamang)
- Mga serbisyo ng ahensya sa pantahanang kalusugan
- Mga serbisyo ng katulong sa pantahanang kalusugan
- Hospice
- Ospital para sa pasyenteng maoospital
- Pasilidad ng intermediate pangangalaga
- Sakit at mga kundisyon sa bato
- Mga serbisyo ng laboratoryo, radiolohikal at radioisotope
- Mga serbisyo ng lisensyadong komadrona
- Mga pagkain
- Hindi pang-emerhensiya na transportasyong medikal
- Mga serbisyo ng taga-anestesya na nars
- Kalusugan ng isip ng pasyenteng hindi maoospital
- Mga iniresetang gamot sa pasyenteng hindi maoospital
- Pagpapagaling ng pasyenteng hindi maoospital
- Mga serbisyo sa pasyenteng hindi maoospital

- Mga serbisyong personal na pangangalaga
- PERS-Personal Emergency Response System o Sistema ng Personal na Pagtugon sa Emerhensiya
- Podiatry
- Mga serbisyong pang-iwas sa sakit
- Mga kagamitang prostetik
- Mga serbisyo sa sikolohiya
- Mga Serbisyo ng Rural na Klinika ng Kalusugan (RHC)
- Mga serbisyo ng interpreter sa wikang pakumpas
- Pasilidad ng dalubhasang pangangalaga
- Espesyal na tungkulin para sa mga serbisyong pangangalaga
- Mga pag-transplant
- Mga serbisyo na transportasyon/Hindi transportasyon
- Mga serbisyong agarang kailangan
- Paningin
- Mga serbisyong pang-iwas sa hika
- Mga Serbisyo para sa Ngipin
- Mga serbisyo ng Doula

Maaaring hindi ito isang kumpletong listahan. Mahahanap mo ang listahan ng mga benepisyong sakop sa labas ng aming plano sa Kabanata 4, Seksyon F.

J2. *Direktoryo ng Provider at Parmasya*

Inililista ng *Direktoryo ng Tagapagkaloob at Parmasya* ang mga tagapagkaloob at parmasyang nasa network ng aming plano. Habang kayo ay miyembro ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga tagapagkaloob na nasa network upang kumuha ng mga saklaw na serbisyo.

Maaari kang humingi ng *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo* at parmasiya (sa elektroniko o sa hard copy na anyo) sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina. Ang mga kahilingan para sa hard copy na mga Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at parmasiya ay ipapadala sa iyo sa loob ng tatlong araw na may negosyo.

Maaari ka ring sumangguni sa Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya sa www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Inililista ng direktoryo na ito ang mga Doktor ng Pangunahing Pangangalaga (PCP), mga ospital, at iba pang mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan na magagamit mo bilang miyembro ng Molina Healthcare. Makikita din ninyo sa inyong Direktoryo ng Tagapagkaloob ang sumusunod na impormasyon tungkol sa mga doktor at iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan ng Molina Healthcare:

- Mga pangalan
- Mga address
- Mga numero ng telepono
- Mga wikang sinasalita
- Kahandaan ng mga lokasyon ng serbisyo
- Mga Pribilehiyo sa Ospital / Mga Kaakibat
- Grupong Medikal

Mahalaga na madaling magpatingin ang mga pasyente sa mga doktor, at makapagbigay ang mga opisina ng mga doktor ng anumang tulong na kailangan nila upang makakuha ng pangangalaga. Nakalista ang impormasyon ng pisikal na aksesibilidad para sa:

- Pangunahing Access
- Limitadong Access

Ginagamit din namin ang mga sumusunod na simbolo na nagpapakita ng aksesibilidad sa aming Mga Direktoryo ng Tagapagkaloob upang maipakita ang iba pang lugar na maaaring i-access sa isang tanggapan ng tagapagkaloob:

- P = Paradahan
- EB = Panlabas na Gusali
- IB = Panloob na Gusali
- W = Silid-hintayan
- R = Banyo
- E = Silid ng Pagsusuri
- T = Mesa ng Pagsusuri
- S = Timbangan ng Wheelchair

Maaari mo ring malaman kung tumatanggap o hindi ng mga bagong pasyente ang isang tagapagkaloob (mga doktor, ospital, espesyalista, o medikal na klinika) sa iyong Direktoryo ng Tagapagkaloob o sa online sa pamamagitan ng aming website sa www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Kahulugan ng mga tagapagkaloob na nasa network

- Kasama sa aming mga tagapagkaloob na nasa network ang:
  - mga doktor, nars, at iba pang propesyonal sa pangangalagang kalusugan na maaari ninyong puntahan bilang miyembro ng aming plano;
  - mga klinika, ospital, pasilidad ng pangangalaga, at iba pang lugar na nagbibigay ng mga serbisyong pangkalusugan sa aming plano; **at**
  - LTSS, mga serbisyong pangkalusugan sa pag uugali, mga ahensya ng kalusugan sa bahay, matibay na mga medikal na kagamitan (durable medical equipment, DME) supplier, at iba pa na nagbibigay ng mga kalakal at serbisyo na nakukuha mo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

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

Kahulugan ng mga parmasiya sa network

- Ang mga parmasyang nasa network ay mga parmasya na sumasang-ayon na punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Tagapagkaloob at Parmasya* upang makita ang parmasyang nasa network na gusto ninyong gamitin.
- Maliban sa panahon ng emergency, dapat mong punan ang iyong mga reseta sa isa sa aming mga parmasiya sa network kung gusto mong tulungan ka ng aming plano na bayaran ang mga ito.

Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon. Maibibigay sa inyo ng parehong Mga Serbisyo sa Miyembro at ng aming website ang pinaka napapanahong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa mga parmasya at tagapagkaloob na nasa aming network.

J3. *Ang Listahan ng Mga Sinaklaw na Gamot*

Ang plano ay may *Listahan ng mga Saklaw na Gamot*. Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot*" sa maikli. Sinasabi nito sa inyo kung aling mga inireresetang gamot ang saklaw ng aming plano.

Isinasalaysay rin sa iyo ng *Listahan ng Gamot* kung may anumang mga panuntunan o paghihigpit sa anumang mga gamot, gaya ng limitasyon sa halagang makukuha mo. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon.

Bawat taon, nagpapadala kami sa iyo ng impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang *Listahan ng Gamot*, ngunit maaaring mangyari ang ilang pagbabago sa buong taon. Upang makuha ang pinakabagong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang saklaw, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o bisitahin ang aming website sa address sa ibaba ng pahina.

J4. *Ang Paliwanag ng mga Benepisyo*

Kapag ginamit mo ang iyong mga benepisyo sa iniresetang gamot na Medicare Bahagi D, nagpapadala kami sa iyo ng buod upang matulungan kang maunawaan at subaybayan ang mga pagbabayad para sa iyong mga iniresetang gamot sa Medicare Bahagi D. Ang buod na ito ay tinatawag na *Paliwanag ng Mga Benepisyo* (Explanation of Benefits o EOB).

Sinasabi sa iyo ng EOB ang kabuuang halaga na ginugol mo, o ng iba pa sa iyong ngalan, sa iyong mga iniresetang gamot sa Medicare Bahagi D at ang kabuuang halaga na binayaran namin para sa bawat isa sa iyong mga gamot na inireseta ng Medicare Bahagi D sa buwan. Ang EOB na ito ay hindi isang bayarin. Naglalaman ang EOB ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom ninyo. Ang **Kabanata 6** ng iyong *Handbook ng Miyembro* ay nagbibigay ng higit pang impormasyon tungkol sa EOB at kung paano ito nakakatulong sa inyong subaybayan ang saklaw ng inyong gamot.

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

K. Pagpapanatiling napapanahon ng inyong rekord bilang miyembro

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

Kailangan namin ang impormasyong ito upang matiyak na mayroon kaming tamang impormasyon sa aming mga talaan. Ang aming mga tagapagkaloob na nasa network at parmasya ay nangangailangan din ng tamang impormasyon tungkol sa inyo. **Ginagamit nila ang inyong rekord ng pagiging miyembro para malaman kung anong mga serbisyo at mga gamot ang nakukuha ninyo at kung magkano ang halaga ng mga ito sa inyo**.

Ipagbigay-alam agad sa amin ang tungkol sa mga sumusunod:

- mga pagbabago sa pangalan, address ninyo, o numero ng telepono ninyo;
- mga pagbabago sa anumang iba pang pagsaklaw ng seguro ng kalusugan, tulad ng mula sa iyong employer, employer ng iyong asawa, o employer ng kinakasama mo, o bayad sa mga manggagawa;
- anumang mga pag-claim sa pananagutan, gaya ng mga pag-claim mula sa aksidente sa sasakyan;
- pagkaka-admit sa isang nursing home o ospital;
- pangangalaga mula sa ospital o emergency room;
- mga pagbabago sa iyong tagapag-alaga (o sinumang responsable para sa iyo); **at**,

- kapag nakibahagi kayo sa isang pag-aaral na klinikal na pananaliksik. (**Tandaan:** Hindi ninyo kinakailangang sabihin sa amin ang tungkol sa isang pag-aaral na klinikal na pananaliksik kung saan nakasali kayo o nakibahagi, pero hinihikayat namin kayong gawin ito.)

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

Puwedeng lumikha ang mga miyembro ng online na My Molina na account para baguhin ang kanilang doktor, i-update ang kanilang impormasyon sa kontak, 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** para lumikha o ma-access ang My Molina na account ninyo.

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

Maaaring kabilang ang personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information o PHI) sa impormasyon sa inyong rekord bilang miyembro. Kinakailangan ng mga batas ng estado at pederal na panatilihin naming pribado ang inyong PHI. Pinoprotektahan namin ang iyong PHI. Para sa higit pang mga detalye tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI, sumangguni sa **Kabanata 8** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Kabanata 2: Mga importanteng numero ng telepono at mapagkukunan

Panimula

Sa kabanatang ito, magkakaroon kayo ng impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa mahahalagang madudulugan na makakatulong sa inyo sa pagsagot sa inyong mga tanong tungkol sa aming plano at sa inyong mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Maaari mo ring gamitin ang kabanatang ito sa pagkuha ng impormasyon kaugnay sa kung paano makipag-ugnayan sa koordinador ng pangangalaga mo at sa iba pa upang magtaguyod sa ngalan mo. Ang mga pangunahing termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay lilitaw sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Mga Serbisyo para sa Miyembro 18
B. Ang Koordinador ng Pangangalaga mo 20
C. Programang Pagpapayo at Pagtataguyod sa Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 22
D. Linya ng Tawag para sa Payo ng Nars 23
E. Linya para sa Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali 23
F. Organisasyon sa Pagpapabuti ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) 24
G. Medicare 25
H. Medi-Cal 26
I. Pinamamahalaang Pangangalaga at Kalusugang Pangkaisipan ng Medi-Cal Office of the Ombudsman 27
J. Mga Serbisyong Panlipunan sa County 27
K. Ahensya ng mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County 28
L. California Department of Managed Health Care 29
M. Mga Programa para Tulungan ang mga Tao na Mabayaran ang Kanilang Mga Inireresetang Gamot 30
M1. Karagdagang Tulong (Extra Help) 30
N. Social Security 31
O. Lupon sa Pagreretiro ng Riles (Railroad Retirement Board, RRB) 32
P. Seguro ng grupo o iba pang seguro mula sa isang taga-empleyo 32
Q. Iba pang mapagkukunan 33
R. Medi-Cal Dental Program 33

A. Mga Serbisyo para sa Miyembro

TUMAWAG	(855) 665-4627. Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras Ang mga pantulong na teknolohiya, kabilang ang mga opsyon sa self-service at voicemail, ay magagamit tuwing holiday, pagkatapos ng regular na mga oras ng negosyo at tuwing Sabado at Linggo. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. Para sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita ang numerong ito. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito. Lunes - Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. lokal na oras.
FAX	**Para sa Mga Serbisyong Medikal:** Fax: (310) 507-6186 **Para sa mga Serbisyo sa Bahagi D (Rx):** Fax: (866) 290-1309
SUMULAT	**Para sa Mga Serbisyong Medikal:** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **Para sa mga Serbisyo sa Bahagi D (Rx):** 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
WEBSITE	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang makakuha ng tulong sa:

- Mga tanong tungkol sa plano
- Mga tanong tungkol sa mga paghahabol o pagsingil
- Mga desisyon sa saklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
  - Ang desisyon sa saklaw tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan ay isang desisyon tungkol sa:
    - inyong mga benepisyo at saklaw na serbisyo, **o**
    - ang halagang babayaran namin para sa inyong mga serbisyong pangkalusugan.
  - Tumawag sa amin kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa desisyon sa saklaw sa inyong pangangalagang pangkalusugan.
  - Upang matuto nang higit pa tungkol sa mga desisyon sa saklaw, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- Mga apela tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan

- Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na repasuhin ang isang desisyon na ginawa namin tungkol sa iyong saklaw at paghiling sa amin na baguhin ito kung sa tingin mo ay nagkamali kami o hindi ka sumasang-ayon sa desisyon.
- Para matuto nang higit pa tungkol sa paggawa ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro o makipag-ugnayan* sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

- Mga reklamo kaugnay sa iyong pangangalagang pangkalusugan
  - Maaari kayong gumawa ng reklamo tungkol sa amin o sa alinmang tagapagkaloob (kabilang ang tagapagkaloob na nasa o wala sa network). Ang tagapagkaloob na nasa network ay isang tagapagkaloob na nakikipagtulungan sa aming plano. Maaari ka ring magreklamo sa amin o sa Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO) tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap mo (sumangguni sa **Seksyon F**).
  - Maaari mo kaming tawagan at ipaliwanag ang reklamo mo sa (855) 665-4627, TTY: 711, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.
  - Kung ang iyong reklamo ay tungkol sa isang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan, maaari kang gumawa ng apela (sumangguni sa seksyon sa itaas).
  - Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online na form sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang humingi ng tulong.
  - Maaari kang magreklamo kaugnay sa aming plano sa Medicare Medi-Cal na Programang Ombuds sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077.
  - Upang malaman ang higit pa tungkol sa paggawa ng reklamo sa inyong pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- Mga desisyon sa pagsaklaw tungkol sa iyong mga gamot
  - Isang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa mga gamot mo ay isang desisyon tungkol sa:
    - ang iyong mga benepisyo at sinasaklaw na gamot, **o**
    - ang halagang babayaran namin para sa iyong mga gamot.
  - Ang mga gamot na hindi saklaw ng Medicare, tulad ng mga gamot na di kailangan ng reseta (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari rin ninyong tawagan ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 800-977-2273.
  - Para sa higit pa sa mga desisyon sa saklaw tungkol sa inyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- Mga apela tungkol sa iyong mga gamot
  - Ang apela ay isang paraan ng paghiling sa amin na baguhin ang isang desisyon sa saklaw.
  - Para sa higit pang impormasyon sa paggawa ng apela kaugnay sa iyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- Mga reklamo tungkol sa iyong mga gamot
  - Maaari kang magreklamo tungkol sa amin o anumang parmasiya. Kabilang dito ang isang reklamo tungkol sa mga inireresetang gamot mo.
  - Kung ang reklamo mo ay tungkol sa isang desisyon sa pagsaklaw sa mga inireresetang gamot mo, maaari kang mag-apela. (Sumangguni sa seksyon sa itaas.)
  - Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online na form sa www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O maaari kang tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang humingi ng tulong.
  - Para sa higit pang impormasyon sa paggawa ng reklamo kaugnay sa iyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

- Bayad para sa pangangalaga ng kalusugan o mga gamot sa na nabayaran mo na
  - Upang makakuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa paghiling sa aming ibalik ang ibinayad ninyo, o bayaran ang natanggap ninyong bill, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
  - Kung hihilingin mo sa amin na magbayad ng bayarin at tanggihan namin ang anumang bahagi ng iyong kahilingan, maaari mong iapela ang aming desisyon. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

B. Ang Koordinador ng Pangangalaga mo

Ang tagapag-ugnay ng Pangangalaga ng Molina Medicare Complete Care Plus ang iyong pangunahing kontak. Tumutulong sa inyo ang taong ito na pangasiwaan ang lahat ng inyong tagapagkaloob, mga serbisyo at sinisigurong nakukuha ninyo ang kailangan ninyo. Ikaw at/o ang iyong tagapag-alaga ay maaaring humiling na palitan ang tagapag-ugnay ng Pangangalaga na itinalaga, kung kinakailangan sa pamamagitan ng pagtawag sa tagapag-ugnay ng Pangangalaga o Mga Serbisyo sa Miyembro. Bukod pa rito, maaaring gumawa ang mga kawani ng Molina Medicare Complete Care Plus ng mga pagbabago sa pagtatalaga ng iyong Koordinador ng Pangangalaga batay sa iyong mga pangangailangan (kultura / wika / pisikal / kalusugan ng pag-uugali) o lokasyon. Makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

TUMAWAG SA	(855) 665-4627. Libre ang tawag na ito. 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras Ang mga pantulong na teknolohiya, kabilang ang mga opsyon sa self-service at voicemail, ay magagamit tuwing holiday, pagkatapos ng regular na mga oras ng negosyo at tuwing Sabado at Linggo. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711. Libre ang tawag na ito. Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
SUMULAT	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
WEBSITE	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

Makipag-ugnayan sa inyong tagapag-ugnay ng pangangalaga upang makakuha ng tulong sa:

- mga tanong tungkol sa pangangalaga ng kalusugan ninyo
- mga tanong tungkol sa pagkuha ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan at karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot)
- mga tanong tungkol sa mga benepisyo sa ngipin
- mga tanong tungkol sa transportasyon sa mga medikal na itinakdang pagbisita
- mga tanong tungkol sa Pangmatagalang Mga Serbisyo at Suporta (LTSS), kasama ang Mga Serbisyo sa Adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS) at Mga Pasilidad sa Pag-aalaga (NF).
- Kung minsan puwedeng makakuha kayo ng tulong sa pang-araw-araw na pangangalaga ng kalusugan at mga pangangailangan sa pamumuhay ninyo.

Puwedeng makuha ninyo ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyo sa Adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS)

- dalubhasang pangangalagang pag-aaruga
- pisikal na terapiya
- terapiya na nauugnay sa pagkilos
- therapy para sa pagsasalita
- mga medikal na serbisyong panlipunan
- pangangalaga ng kalusugan sa tahanan
- Pansuportang Mga Serbisyo Sa Tahanan (IHSS), sa pamamagitan ng ahensya ng mga serbisyong panlipunan ng iyong county
- minsan maaari kang makakuha ng tulong sa iyong pang-araw-araw na pangangalagang pangkalusugan at mga pangangailangan sa pamumuhay

C. Programang Pagpapayo at Pagtataguyod sa Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

Naghahatid ang Programa sa Tulong ng Insurance ng Kalusugan ng Estado (SHIP) ng libreng pagpapayo sa insurance ng kalusugan sa mga taong may Medicare. Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa ng Health Insurance Counseling and Advocacy (HICAP). Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang mga tanong ninyo at matutulungan kayong maunawaan kung ano ang gagawin para lutasin ang problema ninyo. Ang HICAP ay may mga sinanay na tagapayo sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre.

Hindi konektado ang HICAP sa anumang kompanya ng seguro o plano ng kalusugan.

TUMAWAG SA	**County ng Los Angeles:** (213) 383-4519 Lunes – Biyernes, 8:30 a.m. hanggang 4:30 p.m., lokal na oras. **Riverside at San Bernardino na Mga County:** (909) 256-8369 Lunes – Biyernes, 9 a.m. hanggang 4 p.m., lokal na oras. **County ng San Diego:** (858) 565-8772, tanggapan – San Diego (760) 353-0223, tanggapan – Imperial
TTY	*711*
SUMULAT	**County ng Los Angeles:** Sentro para sa Mga Karapatan sa Pangangalaga ng Kalusugan (Center for Health Care Rights) 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 **Riverside at San Bernardino na Mga County:** Impormasyon ng HICAP 2280 Market Street, Ste. 140 Riverside, CA 92501 **County ng San Diego:** Batas at Pagtataguyod ng Matanda 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
WEBSITE	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

Makipag-ugnayan sa HICAP para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa Medicare
- Maaaring sagutin ng mga tagapayo ng HICAP ang mga tanong mo tungkol sa paglilipat sa bagong plano at tutulungan ka:
  - maintindihan ang mga karapatan mo,
  - maintindihan ang mga pasya mo sa plano,
  - magreklamo tungkol sa pangangalaga ng kalusugan o paggamot mo, **at**
  - ayusin ang mga problema sa mga bayarin mo.

D. Linya ng Tawag para sa Payo ng Nars

Maaari kayong tumawag sa Linya para sa Payo ng Nars ng Molina Healthcare 24 na oras sa isang araw, 365 araw sa isang taon. Kinokonekta kayo ng serbisyo sa isang kwalipikadong nars na makakapagbigay sa inyo ng payo sa pangangalagang pangkalusugan gamit ang inyong sariling wika at makakatulong na idirekta kayo kung saan ninyo makukuha ang kinakailangang pangangalaga. Ang aming Linya para sa Payo ng Nars ay handang magbigay ng serbisyo sa lahat ng mga Miyembro ng Molina Healthcare sa buong United States. Ang Linya sa Payo ng Nars ay isang Komisyon sa Akreditasyon ng Pagrepaso sa Paggamit (URAC)-may akreditasyon na sentro ng pagtawag ng kalusugan. Ibig sabihin ng pagkakaroon ng pag-accredit ng URAC ay ipinakita ng aming linya ng nars ang isang komprehensibong pagpapahalaga sa pangangalagang may kalidad, sa mga pinahusay na proseso, at mas magagandang kinahihinatnan ng pasyente. Ang aming Linya ng Payo ng Nars ay sertipikado din ng Pambansang Komite para sa Katiyakan sa Kalidad (NCQA) sa Mga Produktong Impormasyong Pangkalusugan (HIP) para sa aming 24/7/365 na Linya ng Impormasyong Pangkalusugan. Idinisenyo ang NCQA para sumunod sa mga pamantayan ng impormasyon sa kalusugan ng NCQA para sa mga nalalapat na pamantayan para sa mga plano ng kalusugan.

Susuriin ng Linya ng Payo ng Nars ang iyong kaligtasan, iuugnay ka sa mga serbisyong pang-emerhensiya, maghahanap ng tagapagbigay ng serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at mga madudulugan ng komunidad, at ire-refer ka sa isang Koordinador ng Pangangalaga ng Molina Medicare Complete Care Plus. Para sa higit pang impormasyon, puwede ninyong tawagan ang Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) sa (855) 665-4627.

Dapat kayong tumawag sa Linya para sa Payo ng Nars kung kailangan ninyo ng agarang tulong o hindi sigurado kung ano ang gagawin. Kung mayroon kayong emergency na puwedeng magdulot ng pinsala o kamatayan sa inyo o sa iba, pumunta sa pinakamalapit na emergency room ng ospital O tumawag sa 911.

Puwede ninyong kontakin ang Linya ng Tawag para sa Payo ng Nars para sa mga tanong tungkol sa kalusugan o pangangalaga ng kalusugan ninyo.

TUMAWAG	(888) 275-8750 Libre ang tawag na ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita ang numerong ito. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

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

Kung kailangan ninyo ng agarang pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan (mental health plan), puwede ninyong tawagan ang plano ng kalusugan ng isip ng county sa county ninyo para sa tulong. Puwede rin ninyong tawagan o i-text ang 988 para sa libre at kumpidensyal na suporta sa krisis, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo (24/7).

TUMAWAG SA	**Para sa Los Angeles County:** Los Angeles County Department of Mental Health 1-800-854-7771 (24/7 na Linya ng Tulong) - TTY: 711 **Para sa Riverside na County:** Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008 **Para sa San Bernardino County:** San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478 (24-oras na Linya ng tulong) o 1-800-968-2636 (24-oras na linya ng tulong sa substance use disorder) **Para sa San Diego County:** San Diego Behavioral Health Services 1-888-724-7240 (24/7 na Pag-access at Linya ng Krisis) - TTY: 711

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

- mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at pag-abuso sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot

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

F. Organisasyon sa Pagpapabuti ng Kalidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Mayroong organisasyon ang ating estado na tinatawag na Livanta. Isang grupo ng mga doktor ito at ibang mga propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan na tumutulong na mapabuti ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Hindi konektado ang Livanta sa plano namin.

TUMAWAG SA	(877) 588-1123
TTY	711 Para sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita ang numerong ito. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
SUMULAT	Livanta Proramang BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
WEBSITE	https://www.livantaqio.com/en/states/california

Makipag-ugnayan sa Livanta para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa inyong mga karapatan sa pangangalagang pangkalusugan
- pagrereklamo tungkol sa pangangalagang nakuha mo kung ikaw ay:
  - may problema sa kalidad ng pangangalaga,
  - sa tingin mo ay masyadong mabilis matapos ang iyong pamamalagi sa ospital, **o**

- sa tingin mo ay masyadong mabilis matapos ang iyong pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o pasilidad ng komprehensibong rehabilitasyon ng pasyenteng hindi maospital (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF).

G. Medicare

Ang Medicare ang programa ng pederal sa segurong pangkalusugan para sa mga tao na 65 taong gulang o higit pa, ilang tao na 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 Centers for Medicare & Medicaid Services, o ang CMS.

TUMAWAG	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Ang mga tawag sa numerong ito ay libre, 24 na oras kada araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY	1-877-486-2048. Libre ang tawag na ito. Para sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita ang numerong ito. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
WEBSITE	www.medicare.gov Ito ang opisyal na website para sa Medicare. Nagbibigay ito sa iyo ng napapanahon na impormasyon tungkol sa Medicare. Mayroon din itong impormasyon tungkol sa mga ospital, pasilidad ng pangangalaga, mga doktor, mga ahensya ng kalusugan sa tahanan, mga pasilidad ng dialysis, mga pasilidad sa rehabilitasyon ng pasyenteng nakaospital, at mga hospisyo. Kabilang dito ang mga kapaki-pakinabang na website at numero ng telepono. Mayroon din itong mga dokumento na maaari ninyong i-print mula mismo sa inyong computer. Kung wala kang kompyuter, maaaring makatulong sa iyo ang iyong lokal na librarya o sentro ng nakatatanda sa pagbisita sa website na ito gamit ang kompyuter nito. O, maaari kang tumawag sa Medicare sa numero sa itaas at sabihin sa kanila kung ano ang iyong hinahanap. Hahanapin nila ang impormasyon sa website, at susuriin nila ang impormasyon kasama ninyo.

H. Medi-Cal

Ang Medi-Cal ay programa ng Medicaid ng California. Pampublikong programa sa seguro ng kalusugan na naghahatid ng mga kinakailangang serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan para sa mga indibidwal na mababa ang kita, kabilang ang mga pamilyang may mga anak, matatanda, mga taong may kapansanan, mga bata at kabataan sa bahay-ampunan, at mga buntis na kababaihan. Tinustusan ang Medi-Cal gamit ang mga pondo ng estado at pederal na pamahalaan.

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

Nakatala ka sa Medicare at sa Medi-Cal. Kung mayroon kang mga katanungan tungkol sa iyong mga benepisyo sa Medi-Cal, tawagan ang koordinador ng pangangalaga ng iyong plano. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa pagpapatala sa plano ng Medi-Cal, tawagan ang Health Care Options.

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

I. Pinamamahalaang Pangangalaga at Kalusugang Pangkaisipan ng Medi-Cal Office of the Ombudsman

Ang Office of the Ombudsman ay nagtatrabaho bilang isang tagapagtaguyod sa ngalan mo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo at makakatulong sila sa iyo na maunawaan kung ano ang gagawin. Ang Office of the Ombudsman ay maaari ring makatulong sa iyo sa mga problema sa serbisyo o pagsingil. Hindi sila konektado sa plano namin o sa anumang kompanya ng insurance o plano ng kalusugan. Ang kanilang mga serbisyo ay libre.

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

J. Mga Serbisyong Panlipunan sa County

Kung kailangan ninyo ng tulong sa Mga Serbisyong Pangsuporta sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS) na mga benepisyo, makipag-ugnayan sa lokal na Departamento ng mga Serbisyong Panlipunan ng County ninyo. Puwedeng maghatid ang programang In-Home Supportive Services (IHSS) ng mga serbisyo para manatili kayong ligtas sa sariling tahanan ninyo. Ang IHSS ay itinuturing na alternatibo sa pangangalaga sa labas ng tahanan, tulad ng mga nursing home o panuluyan o mga pasilidad ng pangangalaga. Para mag-apply sa IHSS, makipag-ugnayan sa lokal na Opisina ng IHSS ng inyong county.

Makipag-ugnayan sa ahensya ng mga serbisyong panlipunan ng county ninyo para mag-aplay para sa Mga Serbisyong Pangsuporta sa Loob ng Bahay (In Home Supportive Services), na tutulong sa pagbabayad sa mga serbisyong inihatid sa inyo para manatili kayong ligtas sa sariling bahay ninyo. Puwedeng kabilang sa mga uri ng serbisyo ang tulong sa paghahanda ng mga pagkain, pagliligo, pagbibihis, paglalaba, pamimili o transportasyon.

Makipag-ugnayan sa ahensya ng mga serbisyong panlipunan ng county ninyo para sa anumang mga katanungan tungkol sa pagiging karapat-dapat ninyo sa Medi-Cal.

TUMAWAG SA	**County ng Riverside:** (877) 410-8827 Lunes – Biyernes, mula 8 a.m. - 5 p.m., lokal na oras. Libre ang tawag na ito. **County ng Los Angeles:** (888) 822-9622 Lunes – Biyernes, mula 8 a.m. - 5 p.m., lokal na oras. **County ng San Bernardino:** (909) 387-2240-4544 Libre ang tawag na ito. Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m. lokal na oras. ***County ng San Diego:*** Sa loob ng County ng San Diego: (800) 510-2020 Libre ang tawag na ito. Sa labas ng San Diego County: (800) 339-4661 Libre ang tawag na ito. Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras.
TTY	Para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita ang numerong 711. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
SUMULAT	**Kagawaran ng Pampublikong Panlipunang mga Serbisyo ng Los Angeles County** 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007 **Mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Tahanan ng County ng Riverside** 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557 **Mga Serbisyong Pansuporta sa Loob ng Tahanan ng County ng San Bernardino** 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640 **Ahensya ng mga Serbisyo ng Kalusugan at Pantao ng County ng San Diego Mga Serbsiyong Pansuporta sa Loob ng Tahanan** 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
WEBSITE	https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

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

Ang mga espesyalidad na serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng isip at mga serbisyo sa karamdamang dulot ng paggamit ng sangkap ay magagamit mo sa pamamagitan ng county kung natutugunan mo ang pamantayan sa pag-access.

TUMAWAG	**Los Angeles County Department of Mental Health:** (800) 854-7771 Libre ang tawag na ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo **Riverside University Health Systems Behavioral Health- Community Access and Referral, Evaluation, and Support Line (CARES):** (800) 499-3008 Libre ang tawag na ito. Lunes - Biyernes 8 a.m. - 5:30 p.m., lokal na oras. **San Bernardino - Department of Behavioral Health:** (888) 743-1478 Libre ang tawag na ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo **San Diego - Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip:** (888) 724-7240 Libre ang tawag na ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Libre ang tawag na ito. Para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita ang numerong ito. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.

Makipag-ugnayan sa ahensya ng Kalusugan ng Pag-uugali ng county para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa espesyalidad na mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip na inihahatid ng county
- mga tanong kaugnay sa mga serbisyo sa karamdamang dulot ng paggamit ng sangkap na ibinibigay ng county

L. California Department of Managed Health Care

Ang Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) ay responsable sa pagkontrol ng mga planong pangkalusugan. Makakatulong sa inyo ang DMHC Help Center sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo sa Medi-Cal.

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

M. Mga Programa para Tulungan ang mga Tao na Mabayaran ang Kanilang Mga Inireresetang Gamot

Nagbibigay ang website ng Medicare.gov website (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ng impormasyon kung paano babaan ang mga gastos ninyo sa inireresetang gamot. Para sa mga taong may limitadong kita, mayroon ding iba pang mga programang tutulong, gaya ng inilarawan sa ibaba.

M1. Karagdagang Tulong (Extra Help)

Dahil karapat-dapat ka para sa Medi-Cal, kwalipikado ka para sa at nakakakuha ng "Karagdagang Tulong (Extra Help)" mula sa Medicare para mabayaran ang mga gastos mo sa plano ng inireresetang gamot. Hindi mo kailangang gumawa ng anuman para makuha ang "Karagdagang Tulong (Extra Help)" na ito.

TUMAWAG SA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Ang mga tawag sa numerong ito ay libre, 24 na oras kada araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY	1-877-486-2048 Libre ang tawag na ito. Para sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita ang numerong ito. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para tawagan ito.
WEBSITE	www.medicare.gov

N. Social Security

Tinutukoy ng Social Security ang pagiging karapat-dapat at pinangangasiwaan ang pagpapatala sa Medicare. Karapat-dapat para sa Medicare ang mga mamamayan ng U.S. at mga legal na permanenteng residente na 65 taong gulang pataas, o may kapansanan o End-Stage Renal Disease (ESRD) at nakakatugon sa ilang partikular na kundisyon. Kung nakakakuha ka na ng mga tseke sa Social Security, awtomatiko ang pagpapatala sa Medicare. Kung hindi ka nakakakuha ng mga tseke sa Social Security, kailangan mong magpatala sa Medicare. Para mag-apply sa Medicare, maaari mong tawagan ang Social Security o bisitahin ang lokal na tanggapan ng Social Security.

Kung lumipat ka o baguhin ang address ng koreo mo, mahalagang kontakin mo ang Social Security para ipaalam sa kanila.

TUMAWAG	1-800-772-1213 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Handang magagamit 8:00 am hanggang 7:00 pm, Lunes hanggang Biyernes. Maaari mong gamitin ang na-awtomatikong mga serbisyo sa telelepono para makakuha ng na-rekord na impormasyon at magsagawa ng mga kinakailangan nang 24 oras sa isang araw.
TTY	1-800-325-0778 Para sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita ang numerong ito. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.
WEBSITE	www.ssa.gov

O. Lupon sa Pagreretiro ng Riles (Railroad Retirement Board, RRB)

Isang independiyenteng ahensya ng Pederal ang RRB na nangangasiwa ng komprehensibong mga programa ng benepisyo para sa mga manggagawa ng riles ng bansa at kanilang mga pamilya. Kung nakatanggap ka ng Medicare sa pamamagitan ng RRB, mahalagang ipaalam mo sa kanila kung lilipat ka o baguhin mo ang address ng koreo mo. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa mga benepisyo mo mula sa RRB, kontakin ang ahensya.

TUMAWAG SA	1-877-772-5772 Libre ang mga tawag sa numerong ito. Kung pinindot mo ang "0", maaari kang makipag-usap sa kinatawan ng RRB mula 9 a.m. hanggang 3:30 p.m., Lunes, Martes, Huwebes at Biyernes, at mula 9 a.m. hanggang 12 p.m. sa Miyerkules. Kung pinindot mo ang "1", maaari mong i-access ang na-awtomatikong Linya ng Tulong ng RRB at na-rekord na impormasyon 24 oras sa isang araw, kabilang ang sabado't longgo at mga bakasyon.
TTY	1-312-751-4701 Para sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita ang numerong ito. Kailangang mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para tawagan ito. *Hindi* libre ang mga tawag sa numerong ito.
WEBSITE	www.rrb.gov

P. Seguro ng grupo o iba pang seguro mula sa isang taga-empleyo

Kung nakakakuha ka (o ang asawa o kinakasama mo) ng mga benepisyo mula sa taga-empleyo o grupo ng nagretiro mo (o ng asawa o kinakasama mo) bilang bahagi ng planong ito, maaari mong tawagan ang taga-empleyo/administrador ng mga benepisyo ng unyon o Mga Serbisyo para sa Miyembro kung mayroon kang anumang mga katanungan. Maaari kang magtanong tungkol sa iyong (o ng asawa o kinakasama mo) taga-empleyo o mga benepisyo sa kalusugan, mga premium, o ang panahon ng pagpapatala ng nagretiro. Maaari ka ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) sa mga tanong na may kaugnayan sa pagsaklaw ng Medicare mo sa ilalim ng planong ito.

Kung mayroon kang ibang pagsaklaw na inireresetang gamot sa pamamagitan ng iyong (o asawa o kinakasama mo) taga-empleyo o grupo ng nagretiro, pakikontak **ang administrator ng mga benepisyo ng grupong iyon.** Matutulungan ka ng administrator ng mga benepisyo na matukoy kung paano gagana ang kasalukuyang pagsaklaw ng inireresetang gamot mo sa plano namin.

Q. Iba pang mapagkukunan

Ang Programang Medicare Medi-Cal Ombuds ay nag-aalok ng LIBRENG tulong upang matulungan ang mga taong nahihirapang makakuha o makapanatili ng pagkakasakop sa kalusugan at malutas ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan.
Kung mayroon kang mga problema sa:

- Medi-Cal
- Medicare
- plano ng kalusugan ninyo
- pag-access sa mga serbisyong medikal
- pag-apela sa mga tinanggihang serbisyo, gamot, matibay na kagamitang medikal (DME), serbisyo sa kalusugang pangkasipan, atbp.
- medikal na pagsingil
- Mga Serbisyong Pansuporta sa Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS)

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

R. Medi-Cal Dental Program

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

- paunang mga pagsusuri, X-ray, paglilinis, at paggamot ng fluoride
- mga pagpapanumbalik at mga korona
- therapy na root canal
- bahagya at kumpletong pustiso, pag-aadjust, pagkukumpuni, at mga reline

Available ang mga benepisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal na Bayad Para sa Serbisyo ng Dental (FFS), Dental Managed Care (DMC) Mga Programa at Plano ng Kalusugan ng San Mateo.

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

Sa halip na ang Programa na Bayad Para sa Serbisyo ng Dental ng Medi-Cal, maaari kang makakuha ng mga benepisyo sa dental sa pamamagitan ng plano ng pinamamahalaang pangangalaga sa dental. Magagamit ang mga plano ng pinamamahalaang pangangalaga sa ngipin sa mga Kundado ng Sacramento at Los Angeles. Kung gusto mo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga plano sa dental, o gusto mong baguhin ang mga plano sa dental, mangyaring makipag-ugnayan sa Health Care Options (Mga Opsyon sa Pangangalaga sa Kalusugan)

sa 1-800-430-4263 (Tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Libre ang tawag. Available din ang mga kaugnayan sa DMC dito: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

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

Panimula

Ang kabanatang ito ay may mga partikular na tuntunin at panuntunang kailangan ninyong malaman upang makatanggap ng pangangalagang pangkalusugan at iba pang sinasaklaw na serbisyo ng aming plano. Sinasabi rin nito sa iyo ang tungkol sa iyong tagapag-ugnay ng pangangalaga, kung paano kumuha ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng mga tagapagbigay ng serbisyo at sa ilalim ng ilang mga espesyal na pangyayari (kabilang ang mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo o mga parmasya na wala sa network), kung ano ang gagawin kung direkta kang sinisingil para sa mga serbisyong saklaw namin, at ang mga patakaran para sa pagmamay-ari ng Matibay na Medikal na Kagamitan (DME). Ang mga pangunahing termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay lilitaw sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng iyong *Handbook ng Miyembro.*

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at tagapagkaloob 37
B. Mga panuntunan para sa pagkuha ng mga serbisyong saklaw ng aming plano 37
C. Ang Koordinador ng Pangangalaga mo 39
C1. Ano ang isang Koordinador ng Pangangalaga 39
C2. Paano mo makokontak ang Koordinador ng Pangangalaga mo 39
C3. Paano mo mababago ang Koordinador ng Pangangalaga mo 39
D. Pangangalaga mula sa mga tagapagkaloob 39
D1. Care from a primary care provider (PCP) 39
D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang tagapagkaloob na nasa network 41
D3. Kapag umalis sa aming plano ang isang tagapagkaloob 42
D4. Mga tagapagkaloob na wala sa network 43
E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term services and supports, LTSS) 44
F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot) 45
F1. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali ng Medi-Cal na ibinigay sa labas ng aming plano 45
G. Mga Serbisyo sa Transportasyon 47
G1. Medikal na transportasyon ng mga sitwasyong hindi pang-emerhensiya 47
G2. Transportasyong hindi pang-medikal 48
H. Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag apurahang kailangan, o sa panahon ng sakuna 49
H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency 49
H2. Agarang kinakailangang pangangalaga 50
H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna 51
I. Ano ang dapat gawin kapag direkta kayong siningil para sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano 51
I1. Ano ang gagawin kung hindi saklaw ng aming plano ang mga serbisyo 51

J. Pagsaklaw sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang pag-aaral ng klinikal na pananaliksik 52
J1. Kahulugan ng pag-aaral ng klinikal na pananaliksik 52
J2. Pagbabayad para sa mga serbisyo kapag lumahok ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral 52
J3. Higit pa tungkol sa mga pag-aaral sa klinikal na pananaliksik 53
K. Paano sinasaklaw ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang relihiyosong institusyon ng pangangalagang pangkalusugan na hindi medikal 53
K1. Kahulugan ng relihiyoso at hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan 53
K2. Pangangalaga mula sa isang relihiyoso at hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan 53
L. Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME) 54
L1. DME bilang miyembro ng aming plano 54
L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat kayo sa Original Medicare 54
L3. Mga benepisyo ng kagamitan sa oxygen bilang miyembro ng aming plano 55
L4. Kagamitan sa oxygen kapag lumipat kayo sa planong Original Medicare o ibang Medicare Advantage (MA) 55

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at tagapagkaloob

Ang mga **serbisyo** ay pangangalaga ng kalusugan, pangmatagalang mga serbisyo at suporta (LTSS), mga supply, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, mga gamot na may reseta at wala, kagamitan at iba pang mga serbisyo. Ang mga **sinaklaw na serbisyo** ay alinman sa mga serbisyong ito na binabayaran ng aming plano. Ang saklaw na pangangalagang pangkalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS ay nasa **Kabanata 4** ng iyong Handbook ng Miyembro. Ang mga sinaklaw na mga serbisyo para sa mga gamot na may reseta at wala ay nasa **Kabanata 5** ng Handbook ng Miyembro mo.

Ang mga **tagapagkaloob** ay mga doktor, nars, at iba pang tao na naghahatid sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa mga tagapagbigay ng serbisyo ang mga ospital, ahensya ng kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, kagamitang medikal, at ilang partikular na LTSS.

Ang mga **tagapagkaloob na nasa network** ay mga tagapagkaloob na nagtatrabaho sa aming plano. Sumasang-ayon ang mga tagapagkaloob na ito na tanggapin ang aming bayad bilang buong bayad. Sinisingil kami mismo ng mga tagapagkaloob na nasa network para sa pangangalagang ibinibigay nila sa inyo. Kapag nagpakonsulta kayo sa isang tagapagkaloob na nasa network, karaniwang wala kayong babayaran para sa mga saklaw na serbisyo.

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

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

Pangkalahatang binabayaran ng aming plano ang mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at maraming LTSS na makukuha mo kapag sinunod mo ang aming mga panuntunan. Sasaklawin ng plano namin:

- Kailangang isang **benepisyo ng plano** ang pangangalaga na makukuha ninyo. Nangangahulugan ito na isinama namin ito sa aming Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- Ang pangangalagang ay dapat na **medikal na kinakailangan.** Sa pagiging medikal na kinakailangan, ang ibig naming sabihin ay mahahalagang serbisyo na makatwiran at nagsasagip buhay. Kailangan ang medikal na kinakailangang pangangalaga upang maiwasan ng mga indibidwal na magkasakit nang malubha o maging baldado at mabawasan ang matinding pananakit sa pamamagitan ng paggamot sa sakit, karamdaman, o pinsala.

Para sa mga serbisyong medikal, dapat mayroon kayong **tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP)** na nasa network na nag-utos ng pangangalaga o nagsasabi sa inyo na gumamit ng ibang tagapagkaloob. Bilang miyembro ng plano, dapat kayong pumili ng tagapagkaloob na nasa network bilang inyong PCP.

  - Sa maraming pagkakataon, kailangang maaprubahan kayo ng network na PCP ninyo o ng plano namin bago ninyo magamit ang isang tagapagkaloob na hindi ninyo PCP o gumamit ng iba pang mga tagapagkaloob sa network ng plano namin. Tinatawag itong **referral**. Kung hindi kayo makakakuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo.
  - May mga kaakibat na medikal na pangkat ang mga PCP ng aming plano. Sa pagpili ng inyong PCP, pinipili rin ninyo ang kaakibat na medikal na pangkat. Ibig sabihin nito na isasangguni kayo ng inyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong kaakibat din ng kanilang medikal na pangkat. Isang asosasyon ng PCP ang grupong medikal at mga espesyalista na nilikha para magkaloob ng koordinatong mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan sa inyo.

- Hindi ninyo kailangan ng referral mula sa PCP ninyo para sa pangangalaga na emergency o agarang kinakailangang pangangalaga para magamit ang tagapagkaloob ng kalusugan ng isang babae o para sa alinman sa iba pang mga serbisyong nakalista sa seksyon D1 ng kabanatang ito.

Dapat mong kunin ang iyong pangangalaga mula sa mga tagapagkaloob na nasa network na kaakibat ng medikal na pangkat ng iyong PCP. Sa karaniwan, hindi namin sasaklawin ang pangangalaga mula sa isang tagapagkaloob na hindi nagtatrabaho sa aming planong pangkalusugan at sa medikal na pangkat ng inyong PCP. Nangangahulugan ito na kailangan ninyong bayaran nang buo ang tagapagkaloob para sa mga serbisyong inihatid. Narito ang ilang kaso kung kailan hindi nalalapat ang panuntunang ito:

- Sinasaklaw namin ang emerhensiya o agarang kinakailangang pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo na nasa labas ng network (para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **seksyon H** sa kabanatang ito).
- Kung kailangan ninyo ng pangangalaga na saklaw ng aming plano at hindi ito maibibigay sa inyo ng mga tagapagkaloob sa aming network, maaari ninyong kunin ang pangangalaga mula sa isang tagapagkaloob na wala sa network. Sa ganitong sitwasyon, sinasaklaw namin ang pangangalaga na para bang nakuha ninyo ito mula sa isang tagapagkaloob na nasa network **o** nang walang bayad.
- Sinasaklaw namin ang mga serbisyo ng kidney dialysis kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng aming plano sa maikling panahon o kapag pansamantalang hindi available o hindi naaabot ang inyong tagapagkaloob. Makukuha ninyo ang mga serbisyong ito sa isang pasilidad ng dialysis na sertipikado ng Medicare. Ang bahagi ng gastos na babayaran ninyo para sa dialysis ay hindi kailanman puwedeng lumampas sa hatian sa gastos sa Original Medicare. Kung nasa labas kayo ng pinagseserbisyuhang lugar ng plano at magpapa-dialysis kayo sa isang tagapagkaloob na wala sa network ng aming plano, ang inyong hatian sa gastos ay hindi maaaring lumampas sa hatian sa gastos na binabayaran ninyo sa loob ng network. Gayunpaman, kung pansamantalang hindi available ang karaniwan ninyong tagapagkaloob na nasa network para mag-dialysis at pipiliin ninyong kunin ang mga serbisyo sa loob ng pinagseserbisyuhang lugar mula sa isang wala sa network na tagapagkaloob, posibleng maging mas mataas ang hatian sa gastos para sa dialysis.
- Sa unang beses ng pagsali ninyo sa aming plano, maaari ninyong hilinging magpatuloy sa inyong mga kasalukuyang tagapagkaloob. Sa ilang mga pagbubukod, dapat naming aprubahan ang kahilingang ito kung mapapatunayan namin na mayroon kayong umiiral na kaugnayan sa mga tagapagkaloob. Sumangguni sa **Kabanata 1** ng iyong *Handbook ng Miyembro*. Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan, maaari kayong magpatuloy sa paggamit ng inyong kasalukuyang tagapagkaloob sa loob ng hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong iyon, makikipag-ugnayan sa iyo ang koordinador ng pangangalaga mo upang matulungan kang maghanap ng mga tagapagbigay ng serbisyo sa aming network na kaakibat ng medikal na grupo ng iyong PCP. Pagkalipas ng 12 buwan, hindi na namin sasaklawin ang iyong pangangalaga kung patuloy mong gagamitin ang mga tagapagkaloob na wala sa aming network at hindi kaakibat ng medikal na pangkat ng iyong PCP.

Mga bagong miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus: Sa karamihan ng pagkakataon, ipapatala ka sa Molina Medicare Complete Care Plus para sa iyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos mong hilingin na maitala ka sa Molina Medicare Complete Care Plus. Maaari niyo pa ring matanggap ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa inyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Molina Medicare Complete Care Plus. Walang magiging gap sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa (855) 665-4627, TTY: 711 para sa anumang katanungan.

C. Ang Koordinador ng Pangangalaga mo

C1. Ano ang isang Koordinador ng Pangangalaga

- Ang Koordinador ng Pangangalaga ng Molina Medicare Complete Care Plus ay isang pangunahing tao na dapat mong kontakin upang matulungan ka sa iyong pangangalaga, kung kinakailangan. Tumutulong ang taong ito na ikoordina ang iyong pangangalaga at pamahalaan ang iyong mga serbisyo upang matiyak na matatanggap mo ang tulong na kailangan mo.

C2. Paano mo makokontak ang Koordinador ng Pangangalaga mo

- Kung gusto mong makipag-ugnayan sa iyong tagapag-ugnay ng Pangangalaga, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. lokal na oras. Libre ang tawag. TTY: 711. O bisitahin ang www.molinahealthcare.com/Medicare.

C3. Paano mo mababago ang Koordinador ng Pangangalaga mo

- Maaari kang humiling ng pagbabago sa koordinador ng pangangalaga sa pamamagitan ng pagtawag sa pamamahala ng kaso o mga serbisyo sa miyembro. Ang mga kawani ng Molina Medicare Complete Care Plus HealthCare Services ay maaaring gumawa ng mga pagbabago sa pagtatalaga ng koordinador ng pangangalaga ng miyembro batay sa mga pangangailangan o lokasyon ng miyembro.

D. Pangangalaga mula sa mga tagapagkaloob

D1. Care from a primary care provider (PCP)

Kahulugan ng PCP at ang ginagawa ng PCP para sa iyo

Ang Tagapagkaloob ng Pangunahing Pangangalaga (Primary Care Provider, PCP) ay isang doktor, practitioner na nars, o propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan at/o medikal na tahanan o klinika (Mga Pederal na Kwalipikadong Sentro ng Kalusugan o Federally Qualified Health Centers - FQHC) na nagbibigay sa inyo ng regular na pangangalagang pangkalusugan. Ang Molina Medicare Complete Care Plus ay nagpapanatili ng isang network ng mga tagapagkaloob ng espesyalidad para pangalagaan ang mga miyembro nito. Ang mga referral mula sa Molina Medicare Complete Care Plus PCP ay kinakailangan para makatanggap ang isang miyembro ng mga espesyal na serbisyo; gayunpaman, walang paunang pahintulot ang kinakailangan. Pinahihintulutan ang mga miyembro na direktang ma-access ang mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan para sa regular at pananggalang na pangangalaga sa kalusugan nang walang mga serbisyo ng referral. Ihahatid ng PCP ninyo ang karamihan sa pangangalaga ninyo at tutulungan kayong ayusin o ikoordina ang natitirang bahagi ng mga saklaw na serbisyong makukuha ninyo bilang miyembro ng Plano namin. Kabilang dito ang:

Mga X-ray ninyo

Mga pagsusuri sa laboratoryo

Mga therapy

Pangangalaga mula sa mga espesyalistang doktor

Mga pagka-admit sa ospital

Follow-up na pangangalaga

Kabilang sa "pag-coordinate" ng mga serbisyo mo ang pagpapasuri o pagpapatingin sa iba pang mga network provider tungkol sa pangangalaga mo at kung ano ang lagay nito. Kung kailangan ninyo ng ilang uri ng mga

nasasaklaw na serbisyo o supply, dapat makapagpa-apruba kayo nang maaga sa PCP ninyo (tulad ng pagbibigay ng referral sa inyo para magpatingin sa isang espesyalista). Sa ilang mga pagkakataon, kakailanganin ng PCP ninyo na kumuha ng paunang awtorisasyon (paunang pag-apruba) mula sa amin. Dahil ihahatid at ikokoordina ng iyong PCP ang iyong pangangalagang medikal, dapat mong ipadala ang lahat ng iyong nakaraang medikal na rekord sa tanggapan ng iyong PCP.

Isang network ng mga independiyenteng doktor ng grupong medikal/IPA na nagmamay-ari at nagpapatakbo ng kanilang sariling mga kasanayan (sa halip na maging mga empleyado ng mas malaking sistema ng pangangalaga ng kalusugan). Sumali ang mga doktor na ito sa isang medikal na grupo para manatili silang independyente habang kinukuha ang suporta na kailangan nila para pangalagaan ang mga pasyente.

Ang pagpili ninyo ng PCP

Mahalaga ang relasyon ninyo sa PCP ninyo. Lubos naming inirerekomenda na pumili kayo ng PCP na malapit sa bahay. Napapadali ng pagiging malapit ng inyong PCP ang pagtanggap ng pangangalagang medikal at pagbuo ng may tiwala at bukas na relasyon. Para sa kopya ng pinakabagong Direktoryo ng Tagapagkaloob/Parmasya, o upang makahingi ng karagdagang tulong sa pagpili ng PCP, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Kung may partikular na espesyalista o ospital na gusto ninyong gamitin, suriin muna para matiyak na gumagawa ng mga referral ang PCP ninyo sa espesyalistang iyon, o ginagamit ang ospital na iyon. Sa sandaling napili ninyo na ang PCP ninyo, inirerekomenda namin na ilipat ninyo ang lahat ng medikal na rekord ninyo sa kanyang tanggapan. Magbibigay ito sa PCP ninyo ng access sa medikal na kasaysayan ninyo at ipapaalam sa kanya ang anumang umiiral na mga kondisyon sa pangangalaga ng kalusugan na pwedeng mayroon kayo. Responsable ngayon ang PCP ninyo para sa lahat ng regular na mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan ninyo, kaya siya ang dapat na una ninyong tawagan para sa anumang mga alalahanin sa kalusugan. Nakalimbag ang pangalan at numero ng telepono sa tanggapan ng PCP ninyo sa kard ng pagkamiyembro ninyo.

Opsyon para palitan ang PCP ninyo

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

May mga kaakibat na medikal na pangkat ang mga PCP ng aming plano. Kung papalitan ninyo ang PCP ninyo, puwede ring magpapalit kayo ng mga medikal na grupo. Kapag humiling kayo ng pagbabago, sabihin sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung gumagamit kayo ng isang espesyalista o kukuha ng iba pang saklaw na serbisyo na dapat may pag-apruba ng PCP. Tutulungan kayo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na tiyaking maaari ninyong ituloy ang inyong espesyal na pangangalaga at iba pang serbisyo kapag nagpalit kayo ng PCP.

Puwede ninyong palitan ang PCP ninyo anumang oras. Sa karamihan ng mga pagkakataon, magkakabisa ang mga pagbabago sa unang araw ng susunod na buwan ng kalendaryo. Maaaring may mga pagbubukod kung kasalukuyan kang tumatanggap ng paggamot sa panahon ng iyong kahilingan sa pagbabago ng PCP. Maaari ninyong palitan ang inyong PCP sa pamamagitan ng inyong personal na website sa www.mymolina.com o maaari kayong makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa higit pang impormasyon tungkol sa alinman sa aming mga tagapagkaloob sa Molina Healthcare at humiling na palitan ang inyong PCP. Para sa ilang tagapagkaloob, maaaring kailangan ninyo ng referral mula sa inyong PCP (maliban kung ito ay pang-emerhensiya na serbisyo at mga serbisyo para sa agarang pangangalaga sa labas-ng-sineserbisyuhang lugar).

Mga serbisyong makukuha mo nang walang pag-apruba mula sa PCP mo

Sa karamihan ng mga kaso, kailangan mo ng pag-apruba mula sa iyong PCP *o* sa aming plano bago gamitin ang ibang mga tagapagkaloob. Tinatawag ang pag-apruba na ito na isang **referral**. Puwede kayong kumuha ng

mga serbisyo tulad ng mga nakalista sa ibaba nang hindi muna kumukuha ng pag-apruba mula sa inyong PCP *o* aming plano:

- mga serbisyong pang-emerhensiya mula sa mga tagapagkaloob ng network o mga tagapagkaloob na wala sa network
- agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga tagapagkaloob ng network
- agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga tagapagkaloob na nasa labas ng network kapag hindi ka makapunta sa isang tagapagkaloob sa network (halimbawa, kung nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng aming plano)

Tandaan: Dapat na kailangan kaagad at medikal na kinakailangan ang agarang kinakailangang pangangalaga.

- Mga serbisyo ng dialysis ng bato na natatanggap mo mula sa isang pasilidad ng dialysis na sertipikado ng Medicare kapag ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano. Kung tatawag ka sa Mga Serbisyo sa Miyembro bago ka umalis sa lugar ng serbisyo, matutulungan ka namin na tumanggap ng dialysis habang malayo ka.
- Mga bakuna sa trangkaso at COVID-19, pati na ang bakuna sa hepatitis B, at mga bakuna sa pulmonya hangga't kukunin ninyo ang mga ito mula sa tagapagkaloob na nasa network.
- Mga regular na serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan ng kababaihan at pagpaplano ng pamilya. Kabilang dito ang mga eksaminasyon ng suso, mga screening mammogram (X-ray ng suso), mga Pap test, eksaminasyon ng balakang hangga't kinukaha mo ang mga ito sa tagapagkaloob ng network.
- Bukod pa rito, kung isa kang Amerikanong Indianong Miyembro, maaari kang kumuha ng mga Saklaw na Serbisyo mula sa isang Indianong Tagapagbigay ng Pangangalagang Pangkalusugan na gusto mo, nang hindi nangangailangan ng referral mula sa isang PCP ng Network o Paunang Awtorisasyon.
- Mga Serbisyo ng Midwife na Nars, Pagpaplano ng Pamilya, Pagsusuri at Pagpapayo sa HIV, Paggamot para sa Mga Karamdaman na Nakukuha sa Pakikipagtalik (STDs)

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

Ang espesyalista ay isang doktor na nagbibigay ng pangangalaga sa kalusugan para sa partikular na karamdaman o bahagi ng katawan. Maraming uri ng mga espesyalista., tulad ng:

- Ang mga oncologist ay nangangalaga sa mga pasyenteng may kanser.
- Ang mga cardiologist ay nangangalaga sa mga pasyenteng may problema sa puso.
- Ang mga orthopedist ay nangangalaga sa mga pasyenteng may problema sa buto, kasukasuan, o kalamnan.
- Ang Gastroenterologist ay nangangalaga sa mga pasyenteng may problema sa panunaw o sa bituka.
- Ang mga Nephrologist ay nangangalaga sa mga pasyenteng may problema sa bato.
- Ang mga urologist ang nangangalaga sa mga pasyenteng may problema sa pag-ihi at pantog.

Bilang miyembro hindi kayo limitado sa mga partikular na espesyalista. Pinananatili ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ang isang network ng mga tagapagkaloob ng espesyalidad para pangalagaan ang mga miyembro nito. Puwedeng kailanganin ang mga referral mula sa PCP ninyo para makatanggap ng mga espesyal na serbisyo, pinapayagan ang mga miyembro na direktang ma-access ang mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan para sa regular at pananggalang na pangangalaga sa kalusugan nang walang mga serbisyo ng referral. Puwedeng kailanganin ninyong kumuha ng Paunang Awtorisasyon para sa ilang mga serbisyo. Maaaring humiling ang iyong PCP ng paunang awtorisasyon mula sa Departamento ng Pamamahala ng Paggamit ng Molina Healthcare sa pamamagitan ng telepono, fax, o koreo batay sa agarang pangangailangan sa hinihiling na serbisyo.

Mangyaring sumangguni sa Chart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4 para sa impormasyon kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang awtorisasyon.

Ang nakasulat na referral ay maaaring para sa isang pagbisita o maaaring ito ay permanenteng referral para sa higit sa isang beses na pagbisita kung kinakailangan ninyo ng mga patuloy na serbisyo. Kailangang bigyan namin kayo ng standing na referral sa isang kwalipikadong espesyalista para sa alinman sa mga kondisyong ito:

- isang kroniko (na patuloy) na kondisyon;
- isang nakamamatay na karamdaman sa pag-iisip o pangangatawan;
- isang lumalalang karamdaman o kapansanan;
- anumang iba pang kondisyon o karamdaman na malubha o kumplikado para mangailangan ng paggamot ng isang espesyalista.

Kung hindi kayo nakatanggap ng nakasulat na referral kapag kinakailangan, puwedeng hindi mabayaran ang singil. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahinang ito.

Kung hindi namin kayo mahanapan ng kwalipikadong tagapagkaloob ng network ng plano, dapat namin kayong bigyan ng patuloy na awtorisasyon sa serbisyo para sa isang kwalipikadong espesyalista para sa alinman sa mga kondisyong ito:

- isang kroniko (na patuloy) na kondisyon;
- isang nakamamatay na karamdaman sa pag-iisip o pangangatawan;
- isang lumalalang karamdaman o kapansanan;
- anumang iba pang kondisyon o karamdaman na malubha o kumplikado para mangailangan ng paggamot ng isang espesyalista.

Kung hindi kayo makakakuha ng awtorisasyon sa serbisyo mula sa amin kapag kinakailangan, puwedeng hindi mabayaran ang bayarin. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numerong nasa sa ibaba ng pahinang ito.

D3. Kapag umalis sa aming plano ang isang tagapagkaloob

Maaaring umalis sa aming plano ang isang tagapagkaloob na nasa network na ginagamit ninyo. Kung ang isa sa inyong mga tagapagkaloob ay umalis sa aming plano, mayroon kayong ilang mga karapatan at proteksyon na ibinubuod sa ibaba:

- Kahit na magbago ang aming network ng mga tagapagkaloob sa buong taon, dapat namin kayong bigyan ng walang patid na access sa mga kwalipikadong tagapagkaloob.
- Aabisuhan namin kayo na aalis ang tagapagkaloob ninyo sa plano namin para magkaroon kayo ng oras para pumili ng bagong tagapagkaloob.
  - Kung aalis sa plano namin ang inyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga o ng kalusugan sa pag-uugali, aabisuhan namin kayo kung bumisita kayo sa tagapagkaloob na iyon sa loob ng nakaraang tatlong taon.
  - Kung aalis ang alinman sa iba pang mga tagapagkaloob ninyo sa plano namin, aabisuhan namin kayo kung nakatalaga kayo sa tagapagkaloob, kasalukuyang tumatanggap ng pangangalaga mula sa kanila, o bumisita kayo sa kanila sa loob ng nakaraang tatlong buwan.
- Tutulungan ka naming pumili ng bagong kwalipikadong tagapagkaloob na nasa network para magpatuloy sa pamamahala sa mga pangangailangan mo sa pangangalaga ng kalusugan.

- Kung kasalukuyang kayong sumasailalim sa medikal na paggamot o mga therapy sa kasalukuyang tagapagkaloob ninyo, mayroon kayong karapatang magtanong, at nakikipagtulungan kami sa inyo para matiyak, na magpapatuloy ang medikal na kinakailangang paggamot o mga therapy na tinatanggap ninyo.
- Bibigyan namin kayo ng impormasyon tungkol sa iba't ibang panahon ng pagpapatala na maaari sa inyo at mga opsyon na mayroon kayo para sa pagpapalit ng mga plano.
- Kung hindi kami makahanap ng kwalipikadong espesyalista ng network na malalapitan ninyo, kailangan naming isaayos ang isang wala sa network na espesyalista para ihatid ang pangangalaga sa inyo kapag ang isang nasa network na tagapagkaloob o benepisyo ay hindi magagamit o hindi makatugon sa inyong medikal na pangangailangan.
- Kung sa tingin ninyo ay hindi namin pinalitan ang inyong dating tagapagkaloob ng isang kwalipikadong tagapagkaloob o hindi namin pinamamahalaan nang maayos ang inyong pangangalaga, may karapatan kayong maghain ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga sa QIO, ng karaingan sa kalidad ng pangangalaga, o pareho. (Sumangguni sa **Kabanata 9** para sa karagdagang impormasyon.)

Kung nalaman ninyong aalis ang isa sa inyong mga tagapagkaloob sa aming plano, makipag-ugnayan sa amin. Matutulungan namin kayo sa paghahanap ng bagong tagapagkaloob at pamamahala sa inyong pangangalaga.

D4. Mga tagapagkaloob na wala sa network

Ang mga tagapagbigay ng serbisyo na nasa labas ng network ay mga tagapagbigay ng serbisyo na walang kasunduan upang makipagtrabaho sa Molina Healthcare. Maliban sa pang-emerhensiyang pangangalaga, pangangalaga sa pamilya, sensitibong pangangalaga, at pangangalaga na paunang inaprubahan ng Molina Healthcare, maaaring kailanganin mong magbayad para sa anumang pangangalaga na kukunin mo mula sa mga tagapagbigay ng serbisyo na nasa labas ng network sa iyong sineserbisyuhang lugar.

Kung kailangan mo ng mga medikal na kinakailangang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na wala sa network, baka maaari mong makuha ang mga ito mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo na nasa labas ng network nang libre. Maaaring aprubahan ng Molina Healthcare ang referral sa isang tagapagbigay ng serbisyo na nasa labas ng network kung wala ang mga serbisyong kailangan mo sa loob ng network o napakalayo ito sa iyong tahanan. Kung bibigyan ka namin ng referral sa isang tagapagbigay ng serbisyo na nasa labas ng network, babayaran namin ang pangangalaga sa iyo.

Para sa agarang pangangalaga sa loob ng sineserbisyuhang lugar ng Molina Healthcare, dapat kang pumunta sa tagapagbigay ng agarang pangangalaga na nasa loob ng network ng Molina Healthcare. Hindi mo kailangan ng paunang pag-apruba (paunang awtorisasyon) upang makakuha ng agarang pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo na nasa network. Hindi mo kailangang kumuha ng paunang pag-apruba (paunang awtorisasyon) upang makakuha ng agarang pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo na nasa labas ng network sa loob ng sineserbisyuhang lugar ng Molina Healthcare.

Kung kukuha ka ng agarang pangangalaga mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo na nasa labas ng network sa loob ng sineserbisyuhang lugar ng Molina Healthcare, maaaring kailanganin mong bayaran ang pangangalagang iyon.

Labas ng sineserbisyuhang lugar

Kung ikaw ay nasa labas ng sineserbisyuhang lugar ng Molina Healthcare at nangangailangan ng pangangalaga na hindi emerhensiya o apurahan, tawagan mo kaagad ang iyong PCP.

Para sa emerhensiya na pangangalaga, tumawag sa 911 o pumunta sa pinakamalapit na emergency room. Sinasaklaw ng Molina Healthcare ang pangangalagang pang-emerhensiya sa labas ng network. Kung maglalakbay ka sa Canada o Mexico at nangangailangan ng emerhensiyang pangangalaga na nangangailangan ng pagpapaospital, sasaklawin ng Molina Healthcare ang iyong pangangalaga. Kung maglalakbay ka sa ibang bansa

sa labas ng Canada o Mexico at nangangailangan ka ng emerhensiyang pangangalaga, agarang pangangalaga, o anumang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, hindi sasaklawin ng Molina Healthcare ang pangangalaga sa iyo.

Kung nasa ibang estado ka o nasa Teritoryo ng Estados Unidos gaya ng American Samoa, Guam, Northern Mariana Islands, Puerto Rico, o Virgin Islands ng Estados Unidos, saklaw ka para sa pang-emerhensiyang pangangalaga. Hindi lahat ng ospital at doktor ay tumatanggap ng Medicaid. (Medi-Cal ang itinatawag sa Medicaid sa California lamang.) Kung kailangan mo ng emerhensiya na pangangalaga sa labas ng California, sabihin sa doktor sa ospital o emergency room sa lalong madaling panahon na mayroon kang Medi-Cal at miyembro ka ng Molina Healthcare.

Hilingin sa ospital na gumawa ng mga kopya ng iyong Molina Healthcare ID card. Sabihin sa ospital at sa mga doktor na singilin ang Molina Healthcare. Kung makakakuha ka ng bill para sa mga serbisyong nakuha mo sa ibang estado, tumawag ka sa Molina Healthcare kaagad. Makikipagtulungan kami sa ospital at/o doktor para maiayos sa Molina Healthcare ang pagbayad sa pangangalaga sa iyo. Kung nasa labas ka ng California at magkaroon ng emerhensiyang pangangailangan na punan ang mga iniresetang gamot para sa pasyenteng hindi maoospital, patawagin mo ang parmasya sa Medi-Cal Rx sa 1-800-977-2273.

Tandaan: Ang mga Amerikanong Indiano ay maaaring makakuha ng mga serbisyo sa mga IHCP na nasa labas ng network.

Kung mayroon kang mga tanong kaugnay sa nasa labas ng network o nasa labas ng sineserbisyuhang lugar na pangangalaga, tumawag sa 1-888-665-4621 (TTY/TDD o 711). Kung sarado ang opisina at gusto mo ng tulong mula sa isang kinatawan ng Molina Healthcare, tumawag sa Linya sa Payo ng Nars sa 1-888-275-8750 (Ingles) o sa 1-866-648-3537 (Spanish).

Kung kailangan mo ng agarang pangangalaga sa labas ng sineserbisyuhang lugar ng Molina Healthcare, pumunta ka sa pinakamalapit na pasilidad ng agarang pangangalaga. Kung naglalakbay ka sa labas ng Estados Unidos at nangangailangan ng agarang pangangalaga, hindi sasaklawin ng Molina Healthcare ang pangangalaga sa iyo. Para sa higit pang impormasyon kaugnay sa agarang pangangalaga, basahin ang "Agarang pangangalaga" sa bandang huli ng kabanatang ito.

Kung pupunta kayo sa isang tagapagkaloob na wala sa network, kwalipikado dapat ang tagapagkaloob na makipagtulungan sa Medicare at/o Medi-Cal.

- Hindi namin maaaring bayaran ang isang tagapagkaloob na hindi karapat-dapat na makipagtulungan sa Medicare at/o Medi-Cal.
- Kung pupunta kayo sa isang tagapagkaloob na hindi karapat-dapat makipagtulungan sa Medicare, dapat ninyong bayaran ang kabuuang halaga ng mga serbisyong kukunin ninyo.
- Dapat sabihin sa inyo ng mga tagapagkaloob kung hindi sila karapat-dapat na makipagtulungan sa Medicare.

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

Maaari kang matulungan ng LTSS na manatili sa bahay at maiwasan ang pananatili sa ospital o bihasang pasilidad ng pag-aalaga. Mayroon kang access sa ilang partikular na LTSS sa pamamagitan ng plano namin, kabilang ang pangangalaga sa bihasang pasilidad ng pag-aalaga, Mga Serbisyo sa Adulto na Nakabase sa Komunidad (Community Based Adult Services, CBAS), at Mga Suporta ng Kumunidad. Isa pang uri ng LTSS, available ang

programang Mga Serbisyong Pangsuporta sa Bahay sa pamamagitan ng ahensya ng serbisyong panlipunan ng iyong county.

F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot)

Mayroon kayong access sa kinakailangang medikal na mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng pinamamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Ang aming plano ay hindi nagkakaloob ng mula sa Medi-Cal na espesyalidad na mga serbisyo para sa kalusugang pangkaisipan o mga serbisyo ng county para sa substance use disorder, ngunit makukuha mo ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng plano sa kalusugan ng isip (mental health plan) ng county para sa iyong county:

- Los Angeles County Department of Mental Health
- Riverside University Health System – Behavioral Health
- San Bernardino County Department of Behavioral Health
- San Diego County – Behavioral Health Services

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

Available para sa inyo ang mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan na espesyalidad ng Medi-Cal sa pamamagitan ng county mental health plan (MHP) kung matutugunan ninyo ang mga pamantayan upang ma-access ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip. Ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na ibinibigay ng Riverside University Health System – Kalusugan ng Pag-uugali, Departamento ng Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng San Bernardino, Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng San Diego at Departamento ng Pampublikong Kalusugan ng County ng Los Angeles ay kinabibilangan ng:

- mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip
- mga serbisyong suporta sa gamot
- masinsinang paggamot sa araw
- rehabilitasyon sa araw
- interbensyon sa krisis
- pagpapapanatag ng krisis
- mga serbisyong paggamot sa bahay para sa mga nasa hustong gulang
- mga serbisyong paggamot sa bahay para sa krisis
- mga serbisyo ng pasilidad sa psychiatric na kalusugan
- mga serbisyo ng ospital sa psychiatric inpatient
- pamamahala sa naka-target na kaso
- mga serbisyong suporta ng mga kasamahan
- mobile na mga serbisyong interbensyon sa krisis na nakabase sa komunidad
- mga serbisyong therapeutic sa pag-uugali
- therapeutic na foster care
- koordinasyon ng masinsinang pangangalaga
- mga masinsinang serbisyo sa tahanan

Available sa iyo ang mga serbisyo ng Sistema ng Organisadong Paghahatid ng Gamot ng Medi-Cal sa pamamagitan ng plano ng kalusugan ng isip ng iyong county para sa mga county ng Riverside, San Diego, at San Bernardino o para sa County ng Los Angeles, ang Departamento ng Pampublikong Kalusugan ng County

ng Los Angeles kung natutugunan mo ang mga pamantayan para matanggap ang mga serbisyong ito. Kabilang sa inihahandog na plano sa kalusugang pangkaisipan ng inyong county ang mga serbisyo sa Gamot ng Medi-Cal na:

- mga serbisyo sa masidhing paggamot sa outpatient
- paggamot sa perinatal residential na karamdamang dulot ng paggamit ng sangkap
- mga serbisyong paggamot sa pasyenteng hindi maoospital
- programang paggamot sa narkotiko
- mga gamot para sa paggamot sa pagkagumon (tinatawag ding Paggamot na Ginagamitan ng Gamot)
- mga serbisyong suporta ng mga kasamahan

Kasama sa Mga Serbisyo ng Organisadong Sistema ng Paghahatid ng Medi-Cal ang:

- mga serbisyong paggamot sa pasyenteng hindi maoospital
- mga serbisyo sa masidhing paggamot sa outpatient
- mga serbisyo na bahagyang pagpapaospital
- mga gamot para sa paggamot sa pagkagumon (tinatawag ding Paggamot na Ginagamitan ng Gamot)
- mga serbisyong paggamot sa bahay
- mga serbisyo na pamamahala ng withdrawal
- programang paggamot sa narkotiko
- mga serbisyong para sa pagpapagaling
- koordinasyon ng pangangalaga
- mga serbisyong suporta ng mga kasamahan

Bukod pa sa mga serbisyong nakalista sa itaas, maaari ninyong i-access ang mga serbisyong detoxification ng boluntaryong inpatient kung matutugunan ninyo ang pamantayan.

Nagbibigay ang Molina Medicare Complete Care Plus ng access sa maraming tagapagkaloob sa kalusugang pangkaisipan at paggamit ng droga. Makikita ang listahan ng mga tagapagkaloob sa website ng Miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus o sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Para sa isang kopya ng pinakanapapanahong Direktoryo ng Tagapagkaloob/Parmasya, o upang makahingi ng karagdagang tulong sa pagpili ng tagapagkaloob ng serbisyo sa kalusugan sa pag-uugali, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Puwedeng kailanganin ninyong kumuha ng Paunang Awtorisasyon para sa ilang mga serbisyo. Kayo o ang inyong Tagapagkaloob ng Kalusugan sa Pag-uugali o ang inyong PCP ay maaaring humiling ng paunang pahintulot mula sa Departamento ng Pamamahala ng Paggamit ng Molina Healthcare sa pamamagitan ng telepono, fax, o koreo batay sa tindi ng pangangailangan sa hinihiling na serbisyo.

Mangyaring sumangguni sa Chart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4 para sa impormasyon kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang awtorisasyon. Ang pangangalaga ay dapat matukoy na kinakailangan. Kung kinakailangan, ang ibig naming sabihin ay kailangan mo ang mga serbisyo upang maiwasan, masuri, o magamot ang iyong kondisyon o upang mapanatili ang kasalukuyang kalagayan mo sa kalusugang pangkaisipan. Kabilang dito ang pangangalaga na pumipigil sa iyo na pumunta sa isang ospital o nursing home. Nangangahulugan din ito na natutugunan ng mga serbisyo, supply, o gamot ang mga tinatanggap na pamantayan ng kalusugan sa pag-uugali at medikal na kasanayan.

Kung tumatanggap kayo ng mga serbisyo o kailangan ninyong kumuha ng mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugang pangkaisipan sa Medi-Cal o mga serbisyo sa gamot na makukuha ninyo sa pamamagitan ng plano ng county sa kalusugan ng pag-iisip (mental health plan o MHP), makakatulong ang mga Tagapamahala ng Kaso sa Molina Medicare Complete Care Plus sa pagsasangguni sa inyo sa naaangkop na madudulugan sa county para sa pagtatasa. Maaari kang tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para humiling ng tulong. Maaari ka ring

direktang makipag-ugnayan sa County. Tingnan ang mga naaangkop na numero ng county sa impormasyon sa ibaba.

Mga Espesyalidad na Serbisyo sa Kalusugan ng Isip

Los Angeles County Department of Mental Health 1-800-854-7771

Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008

San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478

San Diego County Behavioral Health Services 1-888-724-7240

Mga Serbisyo sa Gamot ng Medi-Cal

Los Angeles County Department of Public Health 1-844-804-7500

Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008

Departmento ng Kalusugan ng Pag-uugai ng County ng San Bernardino 1-888-724-7240

G. Mga Serbisyo sa Transportasyon

G1. Medikal na transportasyon ng mga sitwasyong hindi pang-emerhensiya

May karapatan kayo para sa hindi pang-emerhensiyang medikal na transportasyon kung mayroon kayong mga medikal na pangangailangan na pumipigil sa inyo na sumakay ng sasakyan, bus, o taxi papunta sa inyong mga appointment. Ang hindi pang-emerhensiyang medikal na transportasyon ay maaaring ibigay para sa mga saklaw na serbisyo tulad ng medikal, dental, kalusugang pangkaisipan, paggamit ng substance, at mga appointment sa parmasya. Kung kailangan mo ng hindi pang-emerhensiyang medikal na transportasyon, maaari kang makipag-usap sa iyong PCP at hilingin ito. Ang iyong PCP ang magpapasya sa pinakamahusay na uri ng transportasyon upang matugunan ang iyong mga pangangailangan. Kung kailangan ninyo ng hindi pang-emerhensiyang medikal na transportasyon, irereseta nila ito sa pamamagitan ng pagkumpleto ng isang form at pagsusumite nito sa Molina Medicare Complete Care Plus para sa pag-apruba. Depende sa inyong medikal na pangangailangan, may bisa ang pag-apruba sa loob ng isang taon. Susuriing muli ng iyong PCP *o* ng iba pang tagapagkaloob ang iyong pangangailangan para sa hindi pang-emerhensiyang medikal na transportasyon para sa muling pag-apruba tuwing 12 buwan.

Ang hindi pang-emerhensiyang medikal na transportasyon ay isang ambulansya, litter van, wheelchair van, o panghimpapawid na transportasyon. Ang Molina Medicare Complete Care Plus ay nagbibigay-daan sa pinakamababang gastos na saklaw na paraan ng transportasyon at pinakaangkop na hindi pang-emerhensiyang medikal na transportasyon para sa inyong mga medikal na pangangailangan kapag kailangan ninyo ng masasakyan patungo sa inyong appointment. Halimbawa, kung maaari kayong ihatid nang pisikal o medikal sa pamamagitan ng wheelchair van, hindi magbabayad para sa ambulansya ang Molina Medicare Complete Care Plus. Mayroon kayong karapatan sa panghimpapawid na transportasyon kung hindi kayo maaaring ihatid gamit ang panlupang transportasyon dahil sa inyong medikal na kundisyon.

Ang hindi pang-emerhensiyang medikal na transportasyon ay dapat gamitin kapag:

Pisikal o medikal na kailangan mo ito ayon sa tinukoy ng nakasulat na awtorisasyon mula sa iyong PCP dahil hindi ka makakagamit ng bus, taxi, kotse, o van para makarating sa iyong appointment.

- Kailangan ninyo ng tulong ng driver papunta at galing sa inyong tirahan, sasakyan, o pagamutan dahil sa isang pisikal na kapansanan o kapansanan sa pag-iisip.

Para humingi ng medikal na transportasyon na inireseta ng doktor mo para sa mga hindi agarang **rutinang itinakdang pagpapatingin**, tawagan ang Medi-Cal sa 1-800-541-5555 nang hindi bababa sa 2 araw nang maaga, (Lunes-Biyernes) bago ang itinakdang pagpapatingin mo. Para sa **mga agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang inyong ID Card ng Miyembro kapag tumawag kayo. Maaari din kayong tumawag para sa karagdagang impormasyon.

Mga limitasyon ng medikal na transportasyon

Sinasaklaw ng Molina Medicare Complete Care Plus ang pinakamurang medikal na transportasyon na nakakatugon sa inyong mga medikal na pangangailangan mula sa inyong tahanan hanggang sa pinakamalapit na tagapagkaloob kung saan may available na appointment. Hindi ibibigay ang medikal na transportasyon kung hindi saklaw ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo. Kung saklaw ng Molina Medicare Complete Care Plus ang uri ng appointment ngunit hindi sa pamamagitan ng plano ng kalusugan, tutulungan ka ng Molina Medicare Complete Care Plus na iiskedyul ang iyong transportasyon. Ang isang listahan ng mga saklaw na serbisyo ay nasa Kabanata 4 ng handbook na ito. Ang transportasyon ay hindi sinasaklaw sa labas ng network o lugar ng serbisyo ng Molina Medicare Complete Care Plus maliban kung paunang awtorisado.

G2. Transportasyong hindi pang-medikal

Kabilang sa mga benepisyo sa hindi medikal na transportasyon ang pagbibiyahe papunta at galing sa inyong mga appointment para sa isang serbisyong pinahintulutan ng inyong tagapagkaloob. Maaari kang makasakay, nang walang bayad, kapag ikaw ay:

- Bumibiyahe papunta o galing sa isang appointment para sa serbisyong pinahintulutan ng inyong tagapagkaloob, o
- Kukuha ng mga inireresetang gamot at mga medikal na supply.

Pinapayagan kayo ng Molina Medicare Complete Care Plus na gumamit ng kotse, taxi, bus, o iba pang pampubliko/pribadong paraan ng pagpunta sa inyong appointment na hindi medikal para sa mga serbisyong pinahintulutan ng inyong tagapagkaloob. Ang Molina Medicare Complete Care Plus ay gumagamit ng Saferide para maiayos ang hindi medikal na transportasyon. Sinasaklaw namin ang pinakamababang halaga, hindi medikal na uri ng transportasyon na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan.

Minsan, maaari kayong mabayaran sa mga pagsakay sa pribadong sasakyan na inyong itinakda. Dapat aprubahan ito ng Molina Medicare Complete Care Plus **bago** ka sumakay, at dapat mong sabihin sa amin kung bakit hindi ka maaaring sumakay sa ibang paraan, tulad ng pagsakay sa bus. Maaari mo itong sabihin sa amin sa pamamagitan ng pagtawag o pag-email, o nang personal. **Hindi kayo maaaring mabayaran sa inyong sariling pagmamaneho.**

Para sa reimbursement ng mileage, kinakailangan ang lahat ng sumusunod:

- Lisensya ng nagmamaneho.
- Ang rehistro ng sasakyan ng nagmamaneho.
- Pruweba ng insurance ng sasakyan para sa nagmamaneho.

Para humingi ng masasakyan para sa mga serbisyong pinahintulutan, tumawag sa Medi-Cal sa 1-800-541-5555 kahit 2 araw nang maaga, (Lunes-Biyernes) bago ang iyong appointment. Para sa **mga agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang inyong ID Card ng Miyembro kapag tumawag kayo. Maaari din kayong tumawag para sa karagdagang impormasyon.

Tandaan: Maaaring makipag-ugnayan ang mga Amerikanong Indiano na Miyembro sa kanilang lokal na Klinikang Pangkalusugan ng Indiano upang humingi ng hindi medikal na transportasyon.

Mga limitasyon sa transportasyong hindi medikal

Nagbibigay ang Medi-Cal ng pinakamurang medikal na transportasyon na nakakatugon sa iyong mga medikal na pangangailangan mula sa iyong bahay patungo sa pinakamalapit na tagapagbigay ng serbisyo kung saan may available na appointment. **Hindi maaaring kayo ang magmaneho o direktang mabayaran sa gastos.**

Hindi nalalapat ang hindi medikal na transportasyon kung:

- Kailangan ng ambulansya, litter van, wheelchair van, o iba pang paraan ng hindi pang-emerhensiya na transportasyong medikal upang makatanggap ng serbisyo.
- Kailangan ninyo ng tulong mula sa driver papunta at mula sa tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang pisikal o medikal na kondisyon.
- Naka-wheelchair kayo at hindi kayo makakasakay o makakababa ng sasakyan nang walang tulong mula sa driver.
- Ang serbisyo ay hindi saklaw ng Medicare o Medi-Cal.

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

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency

Ang isang medikal na emerhensiya ay isang medikal na kundisyon na may mga sintomas katulad ng matinding pananakit o malalang pinsala o sugat. Masyadong seryoso ang kondisyon na, kung hindi ito agad na mabigyan ng medikal na atensiyon, ikaw o sinumang may average na kaalaman sa kalusugan at medisina ay aasahang mauuwi ito sa:

- lubhang mapanganib sa iyong kalusugan o sa iyong hindi pa isinisilang na anak; **o**
- malubhang pinsala sa paggana ng katawan; **o**
- malubhang pagpalya ng anumang organ o bahagi ng katawan; **o**
- Sa kaso ng isang buntis na nasa aktibong paghilab, kapag:
  - Walang sapat na oras para ligtas kang ilipat sa ibang ospital bago manganak.
  - Maaaring maging banta sa kalusugan at kaligtasan ninyo o ng sanggol sa inyong sinapupunan ang paglipat sa ibang ospital.

Kung mayroon kang medikal na emerhensiya:

Humingi ng tulong sa lalong madaling panahon. Tumawag sa 911 o gamitin ang pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansya kung kailangan mo ito. **Hindi** ninyo kailangan ng pag-apruba o referral mula sa inyong PCP. Hindi niyo kailangang gumamit ng tagapagkaloob na nasa network. Maaari kayong makakuha ng emerhensyang pangangalagang medikal sa tuwing kailangan ninyo ito, saanman sa U.S. o sa mga teritoryo nito sa buong mundo, mula sa alinmang tagapagkaloob na may naaangkop na lisensya ng estado.

Sa lalong madaling panahon, sabihin sa aming plano ang tungkol sa inyong emerhensya. Sinusubaybayan namin ang iyong pang-emerhensiya na pangangalaga. Dapat kang tumawag o ang ibang tao upang sabihin sa amin ang tungkol sa iyong pangangalagang pang-emerhensiya, kadalasan sa loob ng 48 oras. Gayunpaman, hindi ka magbabayad para sa mga serbisyong pang-emerhensya kung maantala ka sa pagsasabi sa amin. Makikita mo ang numero para sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa ibaba ng pahinang ito.

Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emerhensiya

Kung kailangan mo ng ambulansya upang makapunta sa emergency room, saklaw iyon ng aming plano. Sinasaklaw din namin ang mga serbisyong medikal sa panahon ng emerhensiya. Para matuto nang higit pa, sumangguni sa Tsart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng iyong Handbook ng Miyembro.

Ang mga tagapagkaloob ng serbisyo na nagbibigay sa iyo ng pang-emerhensiyang pangangalaga ay magpapasya kung panatag na ang iyong kondisyon at tapos na ang medikal na emerhensiya. Patuloy ka nilang gagamutin at makikipag-ugnayan sa amin para gumawa ng mga plano kung kailangan mo ng pagsubaybay na pangangalaga para gumaling.

Sinasaklaw ng aming plano ang iyong pagsubaybay na pangangalaga. Kung kumukuha kayo ng pang-emerhensiyang pangangalaga mula sa mga wala sa network na tagapagkaloob, susubukan naming kumuha ng mga tagapagkaloob na nasa network upang ipagpatuloy ang inyong pangangalaga sa lalong madaling panahon.

Pagkuha ng pang-emerhensiyang pangangalaga kung hindi ito isang emerhensiya

Minsan mahirap malaman kung mayroon kang emerhensiya na pangmedikal o emerhensiya sa kalusugan sa pag-uugali. Maaaring pumunta kayo para sa pang-emerhensiyang pangangalaga at sabihin ng doktor na hindi pala ito emerhensya. Basta't makatwiran ang inyong pag-aakala na nalagay sa seryosong panganib ang inyong kalusugan, sasaklawin namin ang inyong pangangalaga.

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

- Pumunta kayo sa isang tagapagkaloob na nasa network, **o**
- Ang karagdagang pangangalaga na kukunin mo ay itinuturing na "agarang kinakailangang pangangalaga" at susundin mo ang mga patakaran para sa pagkuha nito. Sumangguni sa susunod na seksyon.

H2. Agarang kinakailangang pangangalaga

Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay pangangalagang nakukuha ninyo para sa isang sitwasyong hindi isang emerhensiya ngunit nangangailangan ng agarang pangangalaga. Halimbawa, maaaring sinumpong ka ng isang dati nang karamdaman o isang di-inasahang karamdaman o pinsala.

Agarang kinakailangang pangangalaga sa lugar ng serbisyo ng aming plano

Sa karamihan ng mga kaso, sinasaklaw lang namin ang agarang kinakailangang pangangalaga kung:

- Maaari kayong makatanggap ng pangangalaga mula sa tagapagkaloob ng network **at**
- Susundin ninyo ang mga patakarang inilalarawan sa kabanatang ito.

Kung hindi posible o makatwiran na makapunta sa isang tagapagbigay ng serbisyo ng network, dahil sa iyong oras, lugar o sitwasyon, sinasaklaw namin ang agarang kinakailangang pangangalaga na makukuha mo mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo na nasa labas ng network.

Agarang kinakailangang pangangalaga sa labas ng pinagseserbisyuhang lugar ng aming plano

Maaaring hindi ka makatanggap ng pangangalaga mula sa isang tagapagkaloob na nasa network kapag ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano. Sa ganoong sitwasyon, sasaklawin ng aming plano ang pangangalagang kinakailangan kaagad na kukunin ninyo mula sa sinumang tagapagkaloob.

Hindi saklaw ng aming plano ang agarang kinakailangang pangangalaga o anumang iba pang pangangalagang hindi pang-emergency na kukunin mo sa labas ng United States.

Sinasaklaw ng aming plano ang pandaigdigang *emerhensiya at agarang kinakailangang pangangalaga O emerhensiya O agarang kinakailangang mga serbisyo sa pangangalaga* sa labas ng United States sa ilalim ng mga sumusunod na pangyayari.

Saklaw kayo para sa mga pandaigdigang serbisyo sa emergency at agarang pangangalaga hanggang $10,000 bawat taon ng kalendaryo. Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa chart ng mga benepisyo sa Kabanata 4.

H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung ang Gobernador ng California, ang U.S. Secretary of Health and Human Services, o ang Pangulo ng United States ay nagdeklara ng isang estado ng sakuna o emerhensiya sa inyong heyograpikong lugar, may karapatan pa rin kayo sa pangangalaga mula sa aming plano.

Bisitahin ang website namin para sa impormasyon kung paano makakuha ng kinakailangan mong pangangalaga sa panahon ng idineklarang sakuna: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

Sa panahon ng idineklarang sakuna, kung hindi mo magamit ang isang tagapagkaloob na nasa network, maaari kang makakuha ng pangangalaga mula sa mga tagapagkaloob na wala sa network nang walang bayad. Kung hindi mo magamit ang isang parmasyang nasa network sa panahon ng idineklarang sakuna, maaari mong punan ang iyong mga inireresetang gamot sa isang parmasya na wala sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon.

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

Kung padadalhan kayo ng isang tagapagkaloob ng bill sa halip na ipadala ito sa aming plano, dapat ninyong hilingin sa amin na bayaran ang bill.

Hindi mo dapat bayaran ang bayarin. Kung babayaran ninyo ito, baka hindi namin maibalik ang inyong ibinayad.

Kung binayaran mo ang iyong mga sinasaklaw na serbisyo o kung nakakuha ka ng bill para sa mga sinasaklaw na medikal na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng iyong Handbook ng Miyembro para malaman kung ano ang dapat gawin.

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

Sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng serbisyong:

- natukoy bilang kailangan sa pagpapagamot, **at**
- na nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano (sumangguni sa **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro*), **at**
- nakuha ninyo sa pamamagitan ng pagsunod sa mga patakaran ng plano.

Kung makakakuha ka ng mga serbisyong hindi saklaw ng aming plano, **ikaw mismo ang magbabayad ng buong halaga,** maliban kung sakop ito ng ibang programa ng Medi-Cal sa labas ng aming plano.

Kung gusto ninyong malaman kung babayaran namin ang anumang medikal na serbisyo o pangangalaga, may karapatan kayong magtanong sa amin. May karapatan rin kang hilingin ito sa pamamagitan ng sulat. Kung sasabihin naming hindi namin babayaran ang inyong mga serbisyo, may karapatan kang iapela ang aming desisyon.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng iyong Handbook ng Miyembro kung ano ang gagawin kung gusto mong saklawin namin ang isang serbisyong medikal o bagay. Makikita niyo rin dito kung paano iapela ang aming desisyon sa saklaw. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro upang madagdagan ang kaalaman tungkol sa inyong mga karapatan sa pag-apela.

Babayaran namin ang ilang serbisyo hanggang sa isang partikular na limitasyon. Kung lalagpas ka sa limitasyon, bayaran mo ang buong halaga para matanggap ang higit pa sa uri ng serbisyong iyon. Sumangguni sa **Kabanata 4** para sa mga partikular na limitasyon sa benepisyo. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman kung ano ang mga limitasyon ng benepisyo at kung gaano na karami ang iyong nagamit sa iyong mga benepisyo.

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

J1. Kahulugan ng pag-aaral ng klinikal na pananaliksik

Ang isang pag-aaral ng klinikal na pananaliksik (tinatawag ding klinikal na pagsubok) ay isang paraan upang subukin ng mga doktor ang mga bagong uri ng pangangalaga ng kalusugan o mga gamot. Ang isang pag-aaral ng klinikal na pananaliksik na inaprubahan ng Medicare ay karaniwang humihiling ng mga boluntaryo na maging kalahok sa pag-aaral.

Sa sandaling aprubahan ng Medicare ang isang pag-aaral na gusto mong salihan, at nagpahayag ka ng interes, may isang taong nagtatrabaho sa pag-aaral ang makikipag-ugnayan sa iyo. Sasabihin sa inyo ng taong iyon ang tungkol sa pag-aaral at aalamin kung kuwalipikado kayong sumali dito. Maaari kang sumali sa pag-aaral hangga't natutugunan mo ang mga kinakailangang kondisyon. Dapat ninyong maintindihan at tanggapin kung ano ang kailangan ninyong gawin sa pag-aaral.

Habang ikaw ay nasa pag-aaral, maaari kang manatiling nakatala sa aming plano. Sa ganoong paraan, patuloy kayong sinasaklaw ng aming plano para sa mga serbisyo at pangangalaga na hindi nauugnay sa pag-aaral.

Kung nais mong makilahok sa anumang inaprubahan ng Medicare na klinikal na pananaliksik na pag-aaral, **hindi** mo kailangang sabihin ito sa amin o kumuha ng pag-apruba mula sa amin o sa iyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga. Ang mga tagapagkaloob na nagkakaloob sa inyo ng pangangalaga bilang bahagi ng pag-aaral ay **hindi** kailangang mga tagapagkaloob na nasa network. Pakitandaan na hindi kasama dito ang mga benepisyo na responsable ang aming plano na kinabibilangan, bilang bahagi, ng klinikal na pagsubok o pagpapatala upang masuri ang benepisyo. Kabilang dito ang ilang partikular na benepisyong tinukoy sa ilalim ng national coverage determination na nangangailangan ng mga coverage with evidence development (NCD-CED) at mga pag-aaral ng investigational device exemption (IDE) at maaaring sumailalim sa paunang awtorisasyon at sa iba pang mga tuntunin ng plan.

Hinihikayat namin kayong sabihan kami bago kayo makilahok sa isang klinikal na pananaliksik.

Kung plano mong sumali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, saklaw para sa mga naka-enroll sa pamamagitan ng Original Medicare, hinihikayat ka namin o ang iyong koordinador ng pangangalaga na makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang maipaalam sa amin na sasali ka sa isang klinikal na pagsubok.

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

Kung nagboluntaryo kayo para sa isang pag-aaral ng klinikal na pananaliksik na inaprubahan ng Medicare, wala kayong babayaran para sa mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral. Ang Medicare ang nagbabayad para sa mga serbisyong saklaw sa ilalim ng pag-aaral, gayundin ang mga karaniwang gastos na nauugnay sa

pangangalaga sa iyo. Sa sandaling sumali ka sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na aprubado ng Medicare, sinasaklaw ka para sa karamihan ng mga item at serbisyo na kukunin mo bilang bahagi ng pag-aaral. Kabilang dito ang:

- silid at pagkain para sa pamamalagi sa ospital na babayaran ng Medicare kahit pa hindi kayo kasali sa pag-aaral
- isang operasyon o iba pang medikal na pamamaraan na bahagi ng pananaliksik
- paggamot ng anumang mga side effect at komplikasyon sa bagong pangangalaga

Kung magboboluntaryo ka para sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, babayaran namin ang anumang mga gastos na hindi inaprubahan ng Medicare ngunit inaprubahan ng aming plano. Kung bahagi ka ng isang pag-aaral na **hindi** inaprubahan ng Medicare o ng aming plano, babayaran mo ang anumang gastos sa pagsali sa pag-aaral.

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

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

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

K1. Kahulugan ng relihiyoso at hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan

Ang isang relihiyosong hindi-medikal na institusyon sa pangangalaga ng kalusugan ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga na karaniwan mong matatanggap sa isang ospital o skilled nursing facility. Kung ang pagkuha ng pangangalaga sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga ay labag sa inyong mga paniniwalang panrelihiyon, isasama namin sa saklaw ang pangangalaga sa isang relihiyoso at hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan.

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

K2. Paangangalaga mula sa isang relihiyoso at hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan

Para tumanggap ng pangangalaga mula sa isang relihiyosong hindi-medikal na institusyon sa pangangalaga ng kalusugan, dapat kang lumagda sa isang legal na dokumentong nagsasaad na tutol kang tumanggap ng paggagamot na "hindi nakabukod."

- Ang "Hindi nakabukod" na medikal na paggagamot ay anumang pangangalaga na **boluntaryo at hindi ipinag-uutos** ng anumang pederal, pang-estado, o lokal na batas.
- Ang "nakabukod" na medikal na paggagamot ay anumang pangangalaga na **hindi boluntaryo at ipinag-uutos** sa ilalim ng pederal, pang-estado, o lokal na batas.

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

- Ang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga ay dapat sertipikado ng Medicare.
- Limitado ang nasasaklawang mga serbisyo ng plan namin sa mga hindi relihiyosong aspeto ng pangangalaga.
- Kung kukuha kayo ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ipinagkakaloob sa inyo sa isang pasilidad:
- Dapat na mayroon kang medikal na karamdamang magpapahintulot sa iyo na makatanggap ng mga serbisyong nasasaklaw para sa inpatient na pangangalaga sa ospital o skilled nursing facility care.

Sinasaklaw ng aming plano ang walang limitasyong bilang ng mga araw para sa pananatili sa ospital ng inpatient. (Tingnan ang Talaan ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4).

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

L1. DME bilang miyembro ng aming plano

Kasama sa DME ang ilang partikular na medikal na kinakailangang bagay na iniutos ng isang tagapagbigay ng serbisyo, tulad ng mga wheelchair, saklay, powered mattress system, mga supply para sa diyabetis, mga kama ng ospital na iniutos ng isang tagapagbigay ng serbisyo para gamitin sa bahay, intravenous (IV) na mga infusion pump, mga aparato na bumubuo ng salita, kagamitang oxygen at mga supply, nebulizer, at walker.

Palagi kayong nagmamay-ari ng ilang partikular na bagay, tulad ng mga prosthetics.

Sa seksyon na ito, tinatalakay namin ang DME na inyong renirentahan. Bilang miyembro ng aming plano, **hindi** mo magiging pag-aari ang DME, kahit gaano katagal mo itong upahan.

Sa ilang partikular na limitadong sitwasyon, inililipat namin ang pagmamay-ari ng item ng DME sa inyo. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro upang alamin ang tungkol sa mga hinihingi na dapat ninyong matugunan at mga papeles na dapat ninyong ibigay.

Kahit na mayroon kayong DME nang hanggang 12 buwan nang sunud-sunod sa ilalim ng Medicare bago kayo sumali sa aming plano, **hindi** ninyo magiging pag-aari ang kagamitan.

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

Sa programa na Original Medicare, ang mga taong umuupa ng ilang uri ng DME ay mapapasakanila ito pagkatapos 13 buwan. Sa isang Medicare Advantage (MA) na plano, maaaring itakda ng plano ang bilang ng mga buwan na dapat umupa ang mga tao ng ilang uri ng DME bago ito maging pagmamay-ari nila.

Tandaan: Makakahanap ka ng mga kahulugan ng Original Medicare at MA na mga Plano sa Kabanata 12. Makakahanap ka rin ng higit pang impormasyon tungkol sa mga ito sa 2025 na handbook ng *Medicare & You*. Kung wala kang kopya ng buklet na ito, maaari mo itong makuha sa website ng Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras kada araw, 7 araw kada linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Kung hindi pinili ang Medi-Cal, kailangan mong gawin ang 13 magkakasunod na pagbabayad sa ilalim Original Medicare, o kakailanganin mong gawin ang bilang ng mga pagbabayad na magkakasunod na itinakda ng MA na plano, para maging pagmamay-ari mo ang item ng DME kung:

- hindi ka naging may-ari ng DME na item habang ikaw ay nasa aming plano, **at**
- umalis ka sa aming plano at kinuha ang iyong mga benepisyo sa Medicare sa labas ng anumang planong pangkalusugan sa Original Medicare na programa o isang MA na plano.

Kung nagbayad ka para sa DME na item sa ilalim Original Medicare o sa isang MA na plano bago ka sumali sa aming plano, **ang mga pagbabayad na iyon sa Original Medicare o MA na plano ay hindi ibibilang sa mga pagbabayad na kailangan mong gawin pagkatapos umalis sa aming plano.**

- Kailangan mong gumawa ng 13 bagong pagbabayad nang magkakasunod sa ilalim ng Original Medicare o bilang ng mga bagong pagbabayad nang magkakasunod na itinakda ng MA na plano upang maging pagmamay-ari mo ang DME na item.
- Walang mga pagbubukod dito kapag bumalik ka sa Original Medicare o sa isang MA na plano

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

Kung kuwalipikado ka para sa kagamitan sa oxygen na sinasaklaw ng Medicare at isa kang miyembro ng aming plano, sasaklawin namin ang:

- pagrenta ng mga kagamitan sa oxygen
- paghahatid ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen
- mga tubo at mga kaugnay na kasangkapan para sa paghahatid ng oksihena at mga nilalaman ng oxygen
- pagpapanatili at mga pagkukumpuni ng kagamitan sa oxygen

Dapat maibalik ang mga kagamitan sa oxygen kapag hindi na ito medikal na kailangan para sa inyo o kung aalis kayo sa aming plano.

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

Kapag ang kagamitan sa oxygen ay medikal na kinakailangan at **umalis kayo sa aming plano at lumipat sa Original Medicare**, rerentahan ninyo ito sa isang supplier sa loob ng 36 na buwan. Sinasaklaw ng buwanang bayad mo sa pagrenta ang kagamitan sa oxygen at ang mga suplay at serbisyong nakalista sa itaas.

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

- mga kagamitan, suplay, at serbisyo ng oxygen para sa isa pang 24 na buwan
- mga kagamitan at suplay ng oxygen hanggang sa 5 taon kung medikal na kinakailangan

Kung medikal na kinakailangan pa rin ang kagamitanng oxygen **sa pagtatapos ng 5 taon na haba ng panahon:**

- Hindi na ito kailangang ibigay ng supplier mo, at mapipili mong kumuha ng pamalit na kagamitan mula sa sinumang supplier.
- Isang panibagong 5-taon na haba ng panahon ang magsisimula.
- Magrerenta ka mula sa isang supplier nang 36 na buwan.
- Dapat ibigay ng inyong supplier ang kagamitang pang-oxygen, mga supply, at mga serbisyo sa loob ng isa pang 24 na buwan.
- Isang bagong siklo ang magsisimula bawat 5 taon hangga’t medikal na kinakailangan ang kagamitang oxygen.

Kapag medikal na kinakailangan ang kagamitan sa oxygen at **umalis kayo sa aming plano at lumipat sa ibang planong MA**, sasaklawin ng plano ang hindi bababa sa kung ano ang saklaw ng Original Medicare. Maaari mong tanungin ang bagong plano ng MA kung anong mga kagamitan at suplay ng oxygen ang saklaw nito at kung ano ang magiging gastos mo.

Kabanata 4: Chart ng Mga Benepisyo

Panimula

Sinasabi sa inyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano at tungkol sa anumang paghihigpit o limitasyon sa mga serbisyong iyon. Ipinapaalam rin nito sa iyo ang tungkol sa mga benepisyong hindi sinaklaw sa ilalim ng plano namin. Ang mga pangunahing termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay lilitaw sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Mga bagong miyembro sa Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP): Sa karamihan ng pagkakataon, ipapatala kayo sa Molina Medicare Complete Care Plus para sa mga benepisyo ninyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos hilingin ninyo na matala sa Molina Medicare Complete Care Plus. Maaari niyo pa ring matanggap ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa inyong nakaraang planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Molina Medicare Complete Care Plus. Walang magiging gap sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Pakitawagan kami sa (855) 665-4627,TTY:711 para sa anumang katanungan.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang mga nasaklaw na serbisyo mo 57
A1. Kapag may mga emergency sa pampublikong kalusugan 57
B. Mga panuntunan laban sa paniningil sa inyo ng mga tagapagkaloob para sa mga serbisyo 57
C. Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano 57
D. Ang Chart ng Mga Benepisyo ng plano namin 59
E. Mga Suporta sa Komunidad 110
F. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano 117
F1. Mga Transisyon ng Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT) 117
F2. Medi-Cal Dental 118
F3. Pangangalaga ng hospisyo 118
F4. Mga Serbisyong Tulong sa Tahanan (IHSS) 119
F5. 1915(c) Mga Serbisyong Nakabatay sa Tahanan at Komunidad (HCBS) Mga Programang Pagwawaksi 119
F6. Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Sakit na Dulot ng Paggamit ng Sangkap) 122
G. Mga benepisyong hindi sinasaklaw ng aming plano, ng Medicare, o Medi-Cal 124

A. Ang mga nasaklaw na serbisyo mo

Ang kabanatang ito ay nagsasabi sa iyo ng tungkol sa mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano. Malalaman mo rin ang tungkol sa mga serbisyong hindi sinaklaw. Nasa **Kabanata 5** iyong *Handbook ng Miyembro* ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa gamot. Ipinapaliwanag din ng kabanatang ito ang mga limitasyon sa ilang serbisyo.

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

Kung kailangan mo ng tulong sa pag-unawa sa kung anong mga serbisyo ang saklaw, tawagan mo ang iyong koordinador ng pangangalaga at/o ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711.

A1. Kapag may mga emergency sa pampublikong kalusugan

Kung magdedeklara ang Gobernador ng California, ang Kalihim ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S., o ang Pangulo ng Estados Unidos ng estado ng sakuna o emergency sa inyong heograpikong lugar, makakatanggap pa rin kayo ng pangangalaga mula sa Molina Medicare Complete Care Plus.

Pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa impormasyon kung paano kukuha ng kinakailangang pangangalaga kapag may sakuna.

B. Mga panuntunan laban sa paniningil sa inyo ng mga tagapagkaloob para sa mga serbisyo

Hindi namin pinapayagan ang aming mga tagapagkaloob na singilin ka para sa mga sinasaklaw na serbisyo sa network. Binabayaran namin mismo ang aming mga tagapagkaloob, at pinoprotektahan namin kayo sa anumang mga sinisingil. Totoo ito kahit pa binabayaran namin ang tagapagkaloob nang mas mababa kaysa sa sinisingil nila para sa serbisyo.

Hindi ka dapat kumuha ng bill mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo para sa mga sakop na serbisyo. Kung makatanggap kayo, sumangguni sa **Chapter 7** of your *Member Handbook* (Kabanata 7 ng inyong Handbook ng Miyembro) o tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

C. Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano

Sinasabi sa inyo ng Chart ng Mga Benepisyo ang mga serbisyong binabayaran ng aming plano. Inililista nito ang mga saklaw na serbisyo sa pagkakasunod-sunod ng alpabeto at ipinapaliwanag ang mga ito.

Nagbabayad kami para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo kapag natugunan ang mga sumusunod na tuntunin. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo, hangga't natutugunan mo ang mga kinakailangan na inilarawan sa ibaba.

- Nagbibigay kami ng sakop na saklaw ng Medicare at Medi-Cal na mga serbisyo ayon sa mga tuntuning itinakda ng Medicare at Medi-Cal.

- Ang mga serbisyo kabilang ang pangangalagang medikal, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali at mga serbisyo sa paggamit ng sangkap, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga suplay, kagamitan, at mga gamot ay dapat na "medikal na kinakailangan". Ang medikal na kinakailangan ay naglalarawan ng mga serbisyo, suplay, o gamot na kailangan ninyo upang maiwasan, masuri, o magamot ang isang kondisyong medikal o upang mapanatili ang inyong kasalukuyang katayuan sa kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na pumipigil sa iyo na pumunta sa isang ospital o pasilidad ng pag-aalaga. Nangangahulugan din ito na natutugunan ng mga serbisyo, suplay, o gamot ang mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan.
- Para sa mga bagong nagpatala, dapat magbigay ang plano ng minimum na 90 araw na panahon ng paglipat, kung saan sa panahong iyon ang bagong MA na plano ay maaaring hindi mangailangan ng paunang awtorisasyon para sa anumang aktibong kurso ng paggamot, kahit na ang kurso ng paggamot ay para sa isang serbisyo na nagsimula sa tagapagkaloob na nasa labas ng network
- Maaari kayong makatanggap ng pangangalaga mula sa tagapagkaloob na nasa network. Ang tagapagkaloob na nasa network ay isang tagapagkaloob na nakikipagtulungan sa amin. Sa karamihan ng mga kaso, hindi sasaklawin ang pangangalagang natatanggap mo mula sa isang provider na wala sa network maliban kung isa itong emerhensiya o agarang kinakailangang pangangalaga o maliban kung ang plano mo o nagbigay sa iyo ang tagapagkaloob ng network ng pagsasangguni. Mayroong higit pang impomasyon ng **Kabanata 3** ng inyong *Handbook ng Miyembro* tungkol sa paggamit ng mga tagapagkaloob ng network at wala sa network.
- Mayroon kayong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) o pangkat ng pangangalaga na nagkakaloob at nangangasiwa ng inyong pangangalaga. Kadalasan, dapat ka munng bigyan ng iyong PCP ng pag-apruba upang makagamit ka ng tagapagkaloob na wala sa iyong PCP o makagamit ka ng ibang tagapagkaloob na nasa network ng plano. Tinatawag itong referral. Mayroong higit pang impormasyon ang **Kabanata 3** ng inyong *Handbook ng Miyembro* tungkol sa pagkuha ng reperal at kapag **hindi** ninyo kailangan ito.
- Sinasaklaw namin ang ilang mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo lamang kung ang inyong doktor o iba pang tagapagkaloob na nasa network ay unang kukuha ng aming pag-apruba. Tinatawag itong na paunang awtorisasyon (PA). Minarkahan namin ang mga sinaklaw na serbisyo sa Tsart ng Mga Benepisyo na nangangailangan ng PA gamit ang asterisk (*).
- Kung nagbibigay ang iyong plano ng pag-apruba ng PA na kahilingan para sa isang kurso ng paggamot, ang pag-apruba ay dapat na balido hangga't medikal na makatwiran at kinakailangan upang maiwasan ang mga pagkaantala sa pangangalaga batay sa pamantayan sa saklaw, sa iyong medikal na kasaysayan, at mga rekomendasyon ng tagabigay ng paggamot.
- Kung mawala ang iyong mga benepisyo sa Medi-Cal, sa loob ng 3 buwan na panahon ng itinuturing na patuloy na pagiging karapat-dapat, magpapatuloy ang iyong mga benepisyo sa Medicare sa planong ito. Gayunpaman, maaaring hindi masaklaw ang iyong serbisyo sa Medi-Cal. Makipag-ugnayan sa opisina para sa kwalipikasyon sa iyong county o sa mga Pagpipilian ng Pangangalagang Pangkalusugan para sa impormasyon tungkol sa iyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal. Maaari mong panatilihin ang iyong mga benepisyo sa Medicare, ngunit hindi ang iyong benepisyo sa Medi-Cal.

Mahalagang Impormasyon sa Benepisyo para sa Mga Miyembrong may Malalang Kondisyon.

- Kung mayroon kayong sumusunod na (mga) malalang kondisyon at nakakatugon sa ilang partikular na pamantayang medikal, maaari kayong maging kwalipikado para sa mga karagdagang benepisyo:
  - Malalang pag-asa sa alkohol at iba pang droga
  - Mga karamdaman sa autoimmune
  - Kanser
  - Mga karamdaman sa puso
  - Malalang pagpalya ng puso

- Dementia
- Diabetes
- End-stage liver disease
- End-stage renal disease (ESRD)
- Malubhang mga karamdaman sa hematologic
- HIV/AIDS
- Malubhang karamdaman sa baga
- Malala at nakakapagpa-disable na mga kondisyon sa kalusugan ng isip
- Neurolohikal na mga karmadaman
- Stroke

- Sumangguni sa hilera ng "Tulong sa ilang malalang kondisyon" sa Chart ng Mga Benepisyo para sa karagdagang impormasyon.
- Mangyaring makipag-ugnayan sa amin para sa karagdagang impormasyon.

Libre ang karamihan sa serbisyong pang-iwas sa sakit. Makikita ninyo ang mansanas na ito sa tabi ng mga serbisyong pang-iwas sa Chart ng mga Benepisyo.

D. Ang Chart ng Mga Benepisyo ng plano namin

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pag-screen para sa aortic aneurysm ng tiyan Babayaran namin ang isang beses na ultrasound screening para sa mga taong nanganganib na magkaroon ng ganito. Sinasaklaw lamang ng plano ang pagsusuri na ito kung mayroon kang ilang partikular na salik ng panganib at kung kukuha ka ng referral para dito mula sa iyong doktor, assistant ng doktor, nars na practitioner, o klinikal na espesyalistang nars.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa preventive screening na ito.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Acupuncture Babayaran namin ang hanggang dalawang pang-outpatient na serbisyo sa acupuncture sa anumang isang buwan ng kalendaryo, o nang mas madalas kung kailangan sa pagpapagamot ang mga ito. Magbabayad din kami para sa hanggang 12 pagbisita para sa acupuncture sa loob ng 90 araw kung mayroon kayong chronic na pananakit sa ibabang bahagi ng likod, na tinutukoy na: • nagtatagal nang 12 linggo o mas matagal pa; • hindi partikular (walang sistematikong sanhi na maaaring matukoy, tulad ng hindi nauugnay sa metastatic, namamaga, o nakakahawang sakit); • walang kaugnayan sa operasyon; **at** • hindi nauugnay sa pagbubuntis. Bilang karagdagan, magbabayad kami para sa karagdagang walong sesyon ng acupuncture para sa malubhang pananakit sa ibabang bahagi ng likod kung magpapakita kayo ng pagbuti ng kalagayan. Hindi ka maaaring makakuha ng higit sa 20 mga paggamot sa acupuncture para sa pabalik-balik na sakit sa likod bawat taon. Ang mga paggamot na acupuncture ay dapat itigil kung hindi ka bumuti o kung lumala ka.	$0 Magbabayad kayo ng $0 para sa bawat paggamot na saklaw ng Medicare
	Pag-screen at pagpapayo para sa maling paggamit ng alak Babayaran namin ang isang screening para sa hindi tamang pag-inom ng alak (SABIRT) para sa mga nasa hustong gulang na umiinom ng alak sa hindi tamang paraan ngunit hindi lulong sa alak. Kabilang dito ang mga buntis. Kung nagpositibo ka para sa maling paggamit ng alak, maaari kang makakuha ng hanggang apat na mabilisan, harapang sesyon ng pagpapayo bawat taon (kung kaya mo at alerto habang nagpapayo) sa isang kwalipikadong tagapagbigay ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) o practitioner sa isang setting ng pangunahing pangangalaga.	$0 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.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo ng ambulansya Ang mga saklaw na serbisyo ng ambulansya, para man ito sa isang emerhensiya o hindi emerhensiya na sitwasyon, ay kinabibilangan ng panglupa at panghimpapawid (eroplano at helicopter). Dadalhin ka ng ambulansya sa pinakamalapit na lugar na makapagbibigay sa iyo ng pangangalaga. Ang iyong kondisyon ay dapat sapat na malubha na ang ibang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga ay maaaring ipagsapalaran ang iyong kalusugan o buhay. Dapat aprubahan namin ang mga serbisyo ng ambulansya para sa ibang mga kaso (hindi emerhensiya). Sa mga kaso na hindi emergency, maaari kaming magbayad para sa isang ambulansya. Ang iyong kondisyon ay dapat sapat na malubha na ang ibang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga ay maaaring ipagsapalaran ang iyong buhay o kalusugan.	Magbabayad kayo ng $0 para sa bawat one-way na biyahe ng ambulansya na saklaw ng Medicare. **Kailangan lamang ang paunang awtorisasyon para sa transportasyon na pang-emergency.** Kung kailangan ninyo ng pang-emerhensyang pangangalaga, i-dial ang 911 at humiling ng ambulansya. Sumangguni sa "Pambuong-daigdig na emerhensiya/agarang saklaw" sa chart na ito kung kailangan ninyo ng emerhensiyang sasakyang ambulansya sa labas ng U.S.
	Taunang pisikal na eksaminasyon (Pang-suplemento) Naghahatid ng pagsaklaw ang taunang rutinang pisikal na eksaminasyon para sa karagdagang serbisyo ng pisikal na eksaminasyon na maaari lamang ibigay ng isang manggagamot, propesyonal na nars, o assistant ng doktor. Isa itong magandang pagkakataon upang ituon ang pansin sa pag-iwas at pagpapasuri. Sa isang regular na pisikal na pagsusuri, susuriin kayo ng clinician upang matukoy ang mga problema sa pamamagitan ng visual na inspeksyon, palpation, auscultation, at percussion. Ang huling tatlo sa mga ito ay kinabibilangan ng direktang pisikal na pakikipag-ugnayan at kinakailangan upang matukoy ang presensya (o kawalan) ng isang pisikal na kondisyon.	$0 Kung kinakailangan ang karagdagang serbisyo, isasangguni kayo ng inyong tagapagkaloob sa isang espesyalista o magsusumite ng paunang awtorisasyon kung kinakailangan.
	Taunang pagbisita ng kagalingan Maaari kang makakuha ng taunang pagsusuri. Ito ay upang gumawa o mag-update ng plano na pang-iwas sa sakit batay sa iyong kasalukuyang mga salik ng panganib. Babayaran namin ito isang beses kada 12 buwan. **Tandaan:** Ang iyong unang taunang pagbisita para sa kagalingan ay hindi maaaring maganap sa loob ng 12 buwan ng iyong pagbisitang **Welcome sa Medicare** na pagbisita. Gayunpaman, hindi mo kinailangang nagkaroon ng isang pagbisitang **Welcome sa Medicare** para makakuha ng mga taunang pagbisita para sa kagalingan pagkatapos mong magkaroon ng Bahagi B para sa 12 buwan.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang wellness visit.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga Serbisyong Pang-iwas sa Hika Maaari kayong makatanggap ng edukasyon sa hika at isang pagtatasa sa kapaligiran sa tahanan para sa mga trigger na karaniwang makikita sa tahanan para sa mga taong hindi masyadong makontrol ang hika.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong pang-iwas sa Hika.
	Pagsukat ng masa ng buto Kami ang magbabayad para sa ilang partikular na pamamaraan para sa mga miyembrong magiging kwalipikado (kadalasan, ito ang mga miyembrong may posibilidad na mawalan ng bone mass o magkaroon ng osteoporosis). Tinutukoy ng mga pamamaraang ito ang masa ng buto, hinahanap ang pagkawala ng buto, o inaalam ang kalidad ng buto. Babayaran namin ang mga serbisyo isang beses kada 24 na buwan, o mas madalas kung kinakailangan sa pagpapagamot. Magbabayad din kami upang tingnan at magkomento ang isang doktor sa mga resulta.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw na pagsukat sa bone mass ng Medicare.
	Pagsusuri sa kanser sa suso (mga mammogram) Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • isang baseline mammogram sa pagitan ng mga edad na 35 at 39 • isang pagsusuri na mammogram bawat 12 buwan para sa mga kababaihang edad 40 at mas matanda • mga klinikal na pagsusuri sa suso isang beses bawat 24 buwan	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga saklaw na screening ng mammogram.
	Mga serbisyo sa rehabilitasyon ng (puso)* Babayaran namin ang mga serbisyo sa rehabilitasyon ng puso tulad ng ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo. Dapat matugunan ng mga miyembro ang ilang mga kondisyon at magkaroon ng pagsasangguni **o** utos ng doktor. Sinasaklaw din namin ang mga masidhing rehabilitasyon ng puso na programa, na mas matindi kaysa sa mga rehabilitasyon ng puso na programa.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyo sa rehabilitasyon ng puso. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**
	Pagbisita para sa pagbawas ng panganib sa sakit na cardiovascular (puso) (therapy para sa sakit sa puso) Binabayaran namin ang isang pagbisita kada taon, o higit pa kung kinakailangan sa pagpapagamot, sa inyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga (PCP) upang tumulong sa pagpapababa ng inyong panganib sa sakit sa puso. Sa panahon ng pagbisita, ang iyong doktor ay maaaring: • talakayin ang paggamit ng aspirin, • suriin ang presyon ng dugo mo, **at/o** • bigyan ka ng mga tip upang matiyak na kumakain ka nang maayos.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa intensive behavioral therapy na benepisyong pang-iwas sa sakit sa puso.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pagsusuri ng sakit na cardiovascular (puso) Nagbabayad kami para sa mga pagsusuri sa dugo upang masuri ang sakit sa puso isang beses bawat limang taon (60 buwan). Sinusuri din ng mga pagsusuri sa dugo na ito kung may mga depekto dahil sa mataas na panganib ng sakit sa puso.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagsusuri sa sakit sa puso na sinasaklaw minsan bawat 5 taon.
	Pagsusuri para sa cervical at vaginal na kanser Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • para sa lahat ng kababaihan: Mga pap test at pelvic exam minsan bawat 24 buwan • para sa mga babaeng may mataas na panganib ng cervical o vaginal na kanser: isang Pap test bawat 12 buwan • para sa mga kababaihan na nagkaroon ng abnormal na Pap test sa loob ng nakaraang tatlong taon at nasa edad na ng panganganak: isang Pap test bawat 12 buwan • para sa mga babaeng may edad na 30-65: pagsubok para sa human papillomavirus (HPV) o Pap plus HPV na pagsubok na isang beses bawat 5 taon	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw ng Medicare na preventive Pap sa mga pagsusuri sa balakang.
	Mga serbisyong chiropractic Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • pagsasaayos ng gulugod upang maitama ang pagkakahanay	Magbabayad kayo ng $0 bawat pagbisita para sa mga serbisyong ito na saklaw ng Medicare.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pag-screen para sa colorectal na kanser Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Ang colonscopy ay walang minimum o maximum na limitasyon sa edad at sinasaklaw minsan bawat 120 buwan (10 taon) para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, o 48 buwan pagkatapos ng nakaraang flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng walang mataas na panganib para sa colorectal na kanser, at isang beses bawat 24 buwan para sa mga mataas ang panganib na pasyente pagkatapos ng nakaraang pag-screen na colonoscopy o barium enema. • Flexible na sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda. Minsan sa bawat 120 buwan para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib pagkatapos makatanggap ng pag-screen na colonoscopy ang pasyente. Minsan sa bawat 48 buwan para sa mga mataas ang panganib na pasyente mula sa nakalipas na flexible na sigmoidoscopy o barium enema. • Pagsusuri para sa fecal-occult pagsubok sa dugo para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda. Minsan sa bawat 12 buwan. • Multitarget na stool DNA para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa mga pamantayan sa mataas ang panganib. Minsan sa bawat 3 taon. • Nakabatay sa Dugo na mga Pagsusuri ng Biomarker para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi nakakatugon sa mga pamantayan sa mataas ang panganib. Minsan sa bawat 3 taon. • Barium Enema bilang alternatibo sa colonoscopy para sa mga pasyenteng may mataas na panganib at 24 na buwan mula noong huling pag-screen ng barium enema o ang huling pag-screen ng colonoscopy. • Barium Enema bilang isang alternatibo sa flexible na sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib at 45 taong gulang o mas matanda. Isang beses nang hindi bababa sa 48 buwan kasunod ng huling pag-screen ng barium enema o pag-screen ng flexible na sigmoidoscopy. Mga pag-screen ng colorectal na kanser ang isang follow-on na pag-screen ng colonoscopy pagkatapos magbalik ang positibong resulta ng isang non-invasive na nakabatay sa dumi na pag-screen sa colorectal na kanser na nasaklaw ng Medicare.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagsusuri sa colorectal cancer na saklaw ng Medicare.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo sa dental (saklaw ng Medicare) Nagbabayad kami para sa ilang partikular na mga serbisyo sa dental, kabilang ang ngunit hindi limitado sa, paglilinis, pagpapasta, at mga pustiso. Ang hindi namin sinasaklaw ay available sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental, na inilarawan sa F2 sa ibaba. Nagbabayad kami para sa ilang serbisyo sa dental kapag mahalagang bahagi ng partikular na paggamot ang serbisyo sa pangunahing kondisyong medikal ng isang benepisyaryo. Kabilang sa ilang mga halimbawa ang rekonstruksyon ng panga kasunod ng pagkabali o pinsala, mga pagbunot ng ngipin na ginawa bilang paghahanda para sa paggamot ng radiation para sa kanser na kinasasangkutan ng panga, o mga eksaminasyon sa bibig bago ang transplantasyon ng bato.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga saklaw ng Medicare na serbisyo sa ngipin.
	Mga serbisyo sa dental (Karagdagan) Nag-aalok kami ng mga karagdagang benepisyo sa ngipin na kinabibilangan ng mga serbisyo sa ngipin tulad ng paglilinis, fillings, at pustiso. Mayroon kang $1,000 na maximum na allowance sa bawat taon ng kalendaryo para sa lahat ng karagdagang komprehensibong serbisyo sa ngipin, kabilang ang mga pustiso. Ang annual maximum allowance ay hindi nalalapat para sa iyong supplemental preventive dental services. Tanging ang mga serbisyong nakalista sa ibaba ang saklaw, at bawat serbisyo ay may espesipikong limitasyon (halimbawa, pinakamataas na allowance, bilang ng mga pamamaraan, at/o dalas ng mga serbisyo). ◦ Pagsusuri sa Bibig ◦ Hanggang 2 bawat taon; alinman sa D0120, D0140, D0150 o D0180 ay pinapahintulutan ng isang beses bawat provider O lokasyon sa buong buhay. ◦ Mga X-ray ng ngipin ◦ Hanggang 4 bitewings (D0272/D0274, D0273) bawat taon. ◦ Hanggang 6 periapical (D0220/D0230) bawat taon. ◦ 1 panoramic (D0330) bawat 5 taon ng kalendaryo ◦ 1 komprehensibong serye ng intraoral tomosynthesis (D0372) bawat 5 taon ng kalendaryo ◦ Ang D0330 at D0372 ay pinapayagan isang beses bawat 5 taon ng kalendaryo, hindi sakop ng D0272, o D0274 sa loob ng parehong taon ng kalendaryo ◦ Prophylaxis (Paglilinis) ◦ Hanggang 2 bawat taon (D1110). ◦ Paggamot gamit ang Fluoride ◦ Hanggang 2 bawat taon (D1206, D1208). ◦ Periodontics (Malalim na Pagkuskos)	Walang coinsurance, copayment, o deductible. Pwedeng maging responsable kayo sa mga gastos kung hindi saklaw ang isang serbisyo o kung lumampas kayo sa maximum na allowance ninyo. Maaaring malapat ang mga limitasyon at pagbubukod. Tandaan: Ang saklaw na ito ay para sa Medicare na Suplementong Benepisyo sa Ngipin. Magagamit ang ilang mga serbisyo sa dental sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Program. Magagamit ang mga benepisyo sa dental sa Medi-Cal Dental Program bilang bayad-sa-serbisyo. Para sa higit pang impormasyon, o kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap ng dentista na tumatanggap ng Medi-Cal Dental Program, makipag-ugnayan sa Linya ng Serbisyo sa Kostumer sa

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	◦ Hanggang 4 na quadrant bawat 2 taon Ang saklaw ay kinabibilangan ng anumang kombinasyon ng D4341 or D4342. ◦ Periodontics (pagtanggal ng patay na tissue) ◦ Hanggang sa 1 bawat taon ng kalendaryo (D4355) o ◦ Hanggang 2 bawat taon (D4910) ◦ Serbisyong Pagpapanumbalik (Pagpapasta) ◦ Hanggang 6 na pagpapanumbalik bawat taon mula sa alinman sa mga saklaw na amalgam o pagpapanumbalik na batay sa resin na mga code ng ADA (D2140-D2161; D2330-D2335; at D2391-D2394) ◦ Pagbubunot (Simple) ◦ Hanggang 8 bawat taon ng kalendaryo (D7140) ◦ Pagpapabunot (Operasyon) ◦ Hanggang 3 bawat taon (D7210, D7220, D7230, D7240, D7241) ◦ Paghiwa at Pag-alis ng Likido ◦ Hanggang 1 bawat ngipin sa buong buhay (D7510, D7511, D7520, D7521) ◦ Pagtatakip at pag-aayos ng takip ◦ Hanggang 2 bawat taon; isang beses bawat 5 taon sa bawat ngipin (D2510-D2530; D2542-D2544; D2620, D2630; D2642-D2644; D2650-D2652; D2662-D2664; D2710-D2722; D2740, D2750, D2751, D2752; D2781-D2783; D2790-D2794; D2799; D2951-D2954; D2980) ◦ Endodontics / Root Canals ◦ Hanggang 1 bawat ngipin, bawat taon (D3220; D3310-D3330; D3410, D3421, D3425, D3426) ◦ Pustiso ◦ Hanggang 1 set ng pustiso (buo, agaran, o bahagya) bawat 3 taon; hanggang sa taunang pinakamataas na saklaw ng plan. (D5110-D5140; D5211-D5214; D5221-D5228) ◦ Pag-aayos at Pag-aakma ng Pustiso ◦ Hanggang 4 bawat taon D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5725, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761, D5765) ◦ Panlunas na Pang-emerhensiyang Paggamot ◦ Hanggang 4 bawat taon ng kalendaryo (D9110) ◦ Anesthesia (Pagpapakalma at Pag-i-inject) ◦ Saklaw ng operasyon sa bibig (D9222, D9223, D9239, D9243) Ang mga code na ito ay maaaring i-update ng American Dental Association (ADA) sa buong taon. Kung mayroon kang tanong tungkol sa code ng	1-800-322-6384 (TTY tumatawag ang mga gumagamit sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Available na tumulong sa iyo ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental Services mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari rin kayong bumisita sa website ng dental.dhcs.ca.gov/ para sa karagdagang impormasyon. Puwedeng maging karapat-dapat kayong makatanggap ng mga karagdagang serbisyo na dental sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Program kapag bumisita kayo sa isang tagapagkaloob ng dental ng Medi-Cal. Tingnan ang Seksyon F2 para sa higit pang impormasyon sa mga benepisyo sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental Program.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	dental ADA, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Matatagpuan ang kanilang numero ng telepono sa likod ng iyong ID card ng miyembro ng plan. Ang ilang serbisyo sa dental ay nangangailangan ng paunang awtorisasyon. Ang iyong provider ang mag-aasikaso para sa iyo ng anumang mga awtorisasyon na kinakailangan ng plan. Ang mga kosmetikong serbisyo at mga implant ng ngipin ay hindi saklaw ng plan.	
	Pag-screen ng depresyon Babayaran namin ang isang pagsusuri para sa depresyon sa bawat taon. Kailangang gawin ang pag-screen sa isang setting ng pangunahing pangangalaga na pwedeng magbigay ng pag-follow up na paggamot at/o mga referral.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang pagbisita sa pagsusuri sa depresyon.
	Pag-screen ng diyabetis Babayaran namin ang pagsusuring ito (kabilang ang mga pagsusuri sa asukal sa dugo) kung taglay ninyo ang alinman sa mga sumusunod na nagdudulot ng panganib: • mataas na presyon ng dugo (alta presyon) • kasaysayan ng hindi normal na antas ng kolesterol at triglyceride (dyslipidemia) • labis na katabaan • kasaysayan ng mataas na asukal sa dugo (glukosa) Puwedeng saklawin ang mga pagsusuri sa ilang iba pang mga pagkakataon, gaya ng kung sobra kayo sa timbang at may kasaysayan ng diyabetis sa pamilya. Maaari kang maging kwalipikado para sa hanggang dalawang pagsusuri sa diyabetis bawat 12 buwan pagkatapos ng petsa ng iyong pinakahuling pagsusuri para sa diyabetis.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga pagsusuri sa diabetes na saklaw ng Medicare.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pagsasanay, mga serbisyo, at mga supply para sa sariling pamamahala ng diyabetis Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng taong may diabetes (gumagamit man sila ng insulin o hindi): • Mga supply para masubaybayan ang glucose sa dugo mo, kabilang ang sumusunod: ◦ isang monitor ng glukos sa dugo ◦ mga strip ng pagsusuri ng glukos sa dugo ◦ device na lanseta at mga lanseta ◦ mga solusyon sa pagkontrol ng glukos para sa pagsuri sa katumpakan ng mga strip ng pagsusuri at monitor • Para sa mga taong may diabetes na may malalang sakit sa paa na nauugnay sa diabetes, babayaran namin ang sumusunod: ◦ isang pares ng terapeutikong nakapasadyang hinubog na sapatos (kabilang ang mga pasingit), kabilang ang pag-fit, at dalawang karagdagang pares ng pasingit bawat taon ng kalendaryo, **o** ◦ isang pares ng malalim na sapatos, kabilang ang pag-fit, at tatlong pares ng pasingit bawat taon (hindi kasama ang di-pasadyang naaalis na mga pasingit na ibinigay kasama ng naturang sapatos) • Sa ilang mga kaso, nagbabayad kami para sa pagsasanay upang matulungan kayong pamahalaan ang inyong diabetes. Upang matuto nang higit pa, makipag-ugnayan sa mga Serbisyo sa Miyembro.	Magbabayad kayo ng $0 para sa benepisyong ito. Sinasaklaw ang mga supply kapag mayroon kayong reseta at punan ito sa isang retail na parmasya sa network o sa pamamagitan ng Mail Service Pharmacy program. Tingnan ang "Pangangalaga sa paningin" sa chart na ito para sa mga serbisyo ng doktor kung kailangan ninyo ng pagsusuri sa mata para sa diabetic retinopathy o isang screening ng glaucoma. Tingnan ang "Mga serbisyo ng Podiatry" sa chart na ito kung kayo ay may diabetes at kailangan ninyong magpatingin sa doktor para sa pagsusuri sa paa. Tingnan ang "Medical nutrition therapy" sa chart na ito kung kayo ay diabetic at nangangailangan ng mga serbisyo sa medikal na nutrisyon therapy (MNT). **Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon para sa mga supply para sa diabetes, sapatos para sa diabetes, at mga insert.** **Hindi kinakailangan ang paunang awtorisasyon para sa pagsasanay sa pagkontrol sa sariling diabetes na saklaw ng Medicare.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga Serbisyo ng Doula Para sa mga indibidwal na buntis nagbabayad kami para sa siyam na pagbisita sa isang doula sa panahon ng prenatal at postpartum pati na rin ang suporta sa panahon ng labor at panganganak.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong ng doula.
	Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME) at mga nauugnay na supply* Sumangguni sa **Kabanata 12** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa kahulugan ng “Matibay na Medikal na Kagamitan (DME).” Sinasaklaw namin ang mga sumusunod na item: • mga wheelchair kabilang ang mga de-kuryenteng wheelchair • mga saklay • de-kuryenteng mga sistema ng kutson • tuyong presyon na pad para sa kutson • mga supply para sa diyabetiko • mga kama sa ospital na inorder ng tagapagkaloob para magamit sa bahay • mga intravenous (IV) infusion pump at poste • mga device na lumulikha ng pananalita • oxygen equipment at mga supply para dito • mga nebulizer • mga andador • karaniwang kurbadong hawakan o tungko na may apat na dulo at mga kapalit na supply • cervical traction (sa ibabaw ng pinto) • stimulator ng buto • kagamitan sa pangangalaga sa dialysis Pwedeng saklawin ang iba pang mga bagay. Babayaran namin ang lahat ng kailangan sa pagpapagamot na DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung hindi dinadala ng taga-supply namin sa lugar niyo ang isang partikular na tatak o tagagawa, puwede ninyong tanungin sila kung pwede nilang espesyal na i-order para sa inyo.	Magbabayad kayo ng $0 para sa DME na saklaw ng Medicare at mga nauugnay na supply. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pang-emergency na pangangalaga Nangangahulugan ang pang-emergency na pangangalaga ng mga serbisyo na: • inihahatid ng tagapagkaloob na nagsanay para maghatid ng mga emerhensiyang serbisyo, **at** • kinakailangan para gamutin ang isang medikal na emergency. Ang medikal na emergency ay isang medikal na kundisyon na may mga sintomas ng matinding pananakit o malalang pinsala. Napakaseryoso ng kondisyon na, kung hindi ito makakuha ng agarang medikal na atensyon, aasahan ng sinumang may karaniwang kaalaman tungkol sa kalusugan at medisina na magreresulta ito sa: • lubhang mapanganib sa iyong kalusugan o sa iyong hindi pa isinisilang na anak; **o** • malubhang pinsala sa paggana ng katawan; **o** • malubhang pagpalya ng anumang organ o bahagi ng katawan. • Sa kaso ng isang buntis na nasa aktibong paghilab, kapag: ◦ Walang sapat na oras para ligtas kang ilipat sa ibang ospital bago manganak. ◦ Maaaring maging banta sa kalusugan at kaligtasan ninyo o ng sanggol sa inyong sinapupunan ang paglipat sa ibang ospital. Ang pang-emergency na pangangalaga ay sa loob lamang ng United States at mga teritoryo nito maliban sa ilalim ng limitadong mga pangyayari. Kontakin ang plano para sa mga detalye. Bilang karagdagang benepisyo, nag-aalok kami ng hanggang $10,000 ng pandaigdigang saklaw na emerhensya bawat taon ng kalendaryo para sa emerhensiyang transportasyon, agarang pangangalaga, pang-emerhensyang pangangalaga, at pangangalaga pagkatapos ng pagpapatatag.	$0 Kung kukuha kayo ng pang-emergency na pangangalaga sa isang ospital na out-of-network at kailangan ninyo ng pangangalaga na inpatient pagkatapos na napatatag ang emergency ninyo, kailangan ninyong bumalik sa isang ospital na nasa network para patuloy na mabayaran ang pangangalaga ninyo. Maaari lang kayong manatili sa wala sa network na ospital para sa inyong pangangalagang pang-inpatient kung aaprubahan lang ng aming plano ang inyong pananatili doon.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya Hinahayaan ka ng batas na pumili ng sinumang tagapagkaloob - isa mang tagapagkaloob sa network o tagapagkaloob sa labas ng network - para sa ilang mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Nangangahulugan ito ng anumang doktor, klinika, ospital, parmasya o tanggapan ng pagpaplano ng pamilya. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • eksaminasyon ng pagpaplano ng pamilya at medikal na paggamot • laboratoryo ng pagpaplano ng pamilya at mga diagnostic na pagsusuri • mga paraan ng pagpaplano ng pamilya (IUC/IUD, mga implant, iniksyon, mga pildoras ng pagpigil ng pagbubuntis, patch, o ring) • mga supply sa pagpaplano ng pamilya na may reseta (condom, sponge, foam, film, diaphragm, cap) • limitadong mga serbisyo sa pagkamayabong gaya ng pagpapayo at edukasyong kaugnay sa mga teknik sa kamalayan sa pagkamayabong, at/o pagpapayong pangkalusugan bago magbuntis, pagsusuri, at paggamot para sa mga impeksyon na naipapasa sa pakikipagtalik (STI) • pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang mga kondisyong nauugnay sa HIV • permanenteng pagpipigil sa pagbubuntis (Kailangang nasa edad 21 o mas matanda kayo para piliin ang pamamaraang ito ng pagpaplano ng pamilya. Kailangan ninyong pirmahan ang isang pederal na pormularyo ng pahintulot ng isterilisasyon nang hindi bababa sa 30 araw, pero hindi hihigit sa 180 araw bago ang petsa ng operasyon.) • pagpapayo na genetic Babayaran din namin ang ilang iba pang serbisyo sa pagpaplano ng pamilya. Gayunpaman, dapat kayong magpatingin sa isang tagapagkaloob na nasa network para sa mga sumusunod na serbisyo: • paggamot para sa mga medikal na kondisyon ng pagkabaog (Hindi kabilang sa serbisyong ito ang mga artipisyal na paraan para mabuntis.) • paggamot para sa AIDS at iba pang mga kondisyong nauugnay sa HIV • pagsusuri ng genetic	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Maaaring saklawing ang mga walang resetang produkto sa pagpaplano ng pamilya at mga gamot na hindi sinaklaw sa ilalim ng Medicare Bahagi D sa ilalim ng benepisyo ng Medi-Cal Rx mo. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx sa (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon. Maaari rin ninyong tawagan ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 800-977-2273. Kakailangan mo ang Medi-Cal card mo o Mga Benepisyo sa Kard ng Pagkakakilanlan (Benefits Identification Card, BIC) para ma-access ang mga gamot na sinaklaw ng Medi-Cal Rx.	
	Benepisyo sa Fitness (Karagdagan) Magkakaroon kayo ng membership sa fitness center sa mga kasaling fitness center. Kung hindi kayo makabisita sa isang fitness center o mas gusto rin ninyong mag-ehersisyo mula sa bahay, maaari kayong pumili ng Home Fitness kit. Tutulungan kayo ng kit na manatiling aktibo sa ginhawa ng inyong tahanan. Kasama sa mga opsyon sa Home Fitness ang pagpili ng pagsubaybay sa fitness, lakas, o yoga kit. Kung pipiliin ninyong mag-ehersisyo sa isang fitness center, maaari ninyong tingnan ang website at maaari kayong pumili ng kalahok na lokasyon, o maaari kayong direktang pumunta sa isang kalahok na fitness center upang makapagsimula. Ang mga kalahok na pasilidad at fitness chain ay maaaring mag-iba ayon sa lokasyon at maaaring magbago. Puwedeng mabago ang mga kit.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Palaging makipag-usap sa inyong doktor bago simulan o baguhin ang inyong gawain sa pag-eehersisyo.
	Mga programa sa edukasyon sa kalusugan at kagalingan Nag-aalok kami ng maraming programa na nakatuon sa ilang kondisyon ng kalusugan. Kabilang ng mga ito ang: • Mga klase sa Edukasyong Pangkalusugan; • Mga klase sa Edukasyong Pangnutrisyon; • Pagtigil sa Paninigarilyo at Paggamit ng Tabako; **at** • Hotline ng Narsing	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga programang pangkalusugan at edukasyong pangkagalingan.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo sa pandinig*	$0
	Babayaran namin ang mga pagsusuri sa pandinig at balanse na isasagawa ng inyong tagapagkaloob. Ipinapaalam ng mga pagsusuring ito sa inyo kung kailangan ninyo ng medikal na paggamot. Sinasaklaw ang mga ito bilang outpatient na pangangalaga kapag kinukuha ang mga ito sa isang doktor, audiologist, o iba pang kwalipikadong tagapagkaloob.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.
	Sinasaklaw ka para sa 1 pagsusuri sa pagdinig bawat 2 taon, at pagsusukat/ebalwasyon ng mga hearing aid nang 1 beses bawat 2 taon sa ilalim ng iyong benepisyo sa Medi-Cal (Medicaid). Saklaw ng aming plano ang karagdagang pagsusukat/ebalwasyon para sa mga hearing aid nang 1 beses bawat taon.	**Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**
	Kung sasabihan kayo na kailangan ninyo ng mga hearing aid, mayroon kayong allowance para sa hearing aid na $1510 bawat taon para sa parehong tainga na pinagsama sa ilalim ng inyong benepisyo sa Medi-Cal (Medicaid).	
	Bilang karagdagan sa mga serbisyo sa pagdinig na saklaw ng Medicare, puwede kayong makakuha ng regular na pagsusuri sa pandinig isang beses bawat taon ng kalendaryo. Pagkatapos ng regular na pagsusuri sa pandinig, puwedeng nararapat kayo para sa isang tulong sa pandinig.	
	Ang pag-aayos/ pagsusuri para sa mga hearing aid ay maaaring gawin isang beses bawat taon ng kalendaryo. Kung sasabihin sa iyo na kailangan mo ng mga hearing aid, maaari kang makakuha nang hanggang sa 2 paunang napiling mga hearing aid mula sa isang tagapagbigay ng serbisyo na inaprubahan ng plano bawat 24 na buwan para sa pinagsamang magkabilang tainga.	
	Nagbabayad din kami para sa mga hearing aid kapag inireseta ng isang doktor o iba pang kwalipikadong tagapagbigay ng serbisyo, kabilang ang: • mga hulma, supply, at pasingit • mga pagkukumpuni • isang paunang set ng mga baterya • anim na pagbisita para sa pagsasanay, pag-a-adjust, at pag-fit sa parehong vendor pagkatapos ninyong makuha ang tulong sa pandinig • pagrenta ng mga tulong sa pandinig sa panahon ng pagsubok • mga nakakatulong na kagamitan sa pakikinig, mga kagamitan sa pagdinig na may konduksyon sa buto na isinusuot sa ibabaw • mga serbisyong audiology at pagkatapos ng ebalwasyon na nauugnay sa tulong sa pandinig	

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga Espesyal na Pangsuplemetong Benepisyo para sa Mga May Malalang Sakit III Kung na-diagnose kayo na may sumusunod na (mga) malalang kondisyon na tinukoy sa ibaba at nakakatugon sa ilang pamantayan, maaari kayong maging kwalipikado para sa mga espesyal na pandagdag na benepisyo para sa malalang sakit. Kakailanganin mong magsumite ng form ng Health Risk Assessment form bawat taon na tumutukoy sa iyo bilang may isa sa mga nakalista na kondisyon na maaaring lumala kung walang access sa isa sa mga espesyal na karagdagang benepisyo na nakalista sa ibaba. Ang iyong kwalipikasyon ay susuriin taun-taon at maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon. • Malalang pag-asa sa alkohol at iba pang droga; • Mga karamdaman sa autoimmune; • Kanser; • Mga karamdaman sa puso; • Malalang pagpalya ng puso; • Dementia; • Diabetes; • End-stage liver disease; • End-stage renal disease (ESRD); • Malubhang mga karamdaman sa hematologic; • HIV/AIDS; • Malubhang karamdaman sa baga; • Malala at nakakapagpa-disable na mga kondisyon sa kalusugan ng isip; • Mga neurologic na karamdaman; at • Stroke Tutulungan ka namin sa pag-access sa mga benepisyong ito. Maaari mong tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o ang iyong tagapag-ugnay ng Pangangalaga para simulan ang kahilingan mo o makakuha ng karagdagang impormasyon. Tandaan: Sa pamamagitan ng paghiling sa benepisyong ito, pinapahintulutan mo ang mga kinatawan ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) na makipag-ugnay sa iyo sa pamamagitan ng telepono, koreo, o anupamang mga paraan ng komunikasyon ayon sa hayagang nakasaad sa iyong aplikasyon. Dapat gamitin ng mga miyembro ang kanilang preloaded na MyChoice card para bayaran ang mga serbisyo.	$0 Walang coinsurance, co-payment, o deductible para sa MyChoice card ninyo. Kinakailanganin ang pakikilahok sa isang programa para sa pamamahala ng pangangalaga. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pagkain at Produkto: Kung kwalipikado, makakakuha ka ng $75 bawat buwan na gagastusin sa Pagkain at Produkto. Ang anumang hindi magagamit na pondo sa katapusan ng bawat buwan ay hindi madadala sa susunod na buwan. Maaari mong gamitin ang allowance sa iyong MyChoice Card sa iba't ibang branded at generic na produkto ng masustansyang pagkain sa malapit sa iyo na kalahok na lokal na tindahan, o online na may paghahatid sa bahay nang walang karagdagang gastos sa Members.NationsBenefits.com/Molina.	
	Pag-screen ng HIV Nagbabayad kami para sa isang eksaminasyon ng pag-screen ng HIV bawat 12 buwan para sa mga tao na: • humiling ng pagsuri ng pag-screen ng HIV, **o** • nasa mas mataas na panganib para sa impeksyon ng HIV. Para sa mga babaeng buntis, nagbabayad kami ng hanggang tatlong pagsusuri ng pag-screen ng HIV sa panahon ng pagbubuntis. Magbabayad din kami para sa (mga) karagdagang pagsusuri para sa HIV kapag inirekomenda ng inyong tagapagkaloob.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa screening ng preventive HIV na saklaw ng Medicare.
	Pangangalaga ng ahensya ng kalusugan sa tahananan Bago kayo makakuha ng mga serbisyo sa kalusugan sa bahay, dapat sabihin sa amin ng isang doktor na kailangan ninyo ang mga ito, at dapat ihatid ang mga ito ng isang ahensya ng kalusugan sa bahay. Dapat hindi na kayo makalabas ng bahay, na nangangahulugang napakahirap ang pag-alis ng bahay. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring pati ang ibang mga serbisyong hindi nakalista dito: • part-time o intermittent na dalubhasang pag-aalaga at mga serbisyo ng katulong sa kalusugan sa tahanan (Na sasaklawin sa ilalim ng benepisyo sa pangangalaga ng kalusugan sa tahanan, ang pinagsama-samang mga serbisyo ng iyong dalubhasang pag-aalaga at katulong sa kalusugan ng tahanan ay dapat wala pang 8 oras bawat araw at 35 oras bawat linggo.) • pisikal na terapiya, propesyonal na terapiya, at pagsasalita na terapiya • mga serbisyong medikal at panlipunan • kagamitang medikal at mga supply	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Infusion therapy sa tahanan* Babayaran ng aming plano ang infusion therapy sa tahanan, na tinutukoy bilang mga gamot o biological na sangkap na ibinibigay sa pamamagitan ng ugat o inilalapat sa ilalim ng balat at ibinibigay sa inyo sa bahay. Kinakailangan ang mga sumusunod para maisagawa ang infusion sa bahay: • ang gamot o biyolohikal na substansya, tulad ng isang antiviral o immune globulin; • kagamitan, gaya ng pump; **at** • mga supply, tulad ng tubo o isang catheter. Saklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng infusion sa tahanan na kinabibilangan ngunit hindi limitado sa: • mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo ng narsing, na inihatid alinsunod sa care plan ninyo; • pagsasanay at edukasyon ng miyembro na hindi pa ibinilang sa benepisyo ng DME; • malayuang pagsubaybay; **at** • mga serbisyo sa pagsubaybay para sa pagbibigay ng therapy ng infusion sa bahay at infusion ng mga gamot sa bahay na ibinigay ng isang kwalipikadong suplayer ng therapy ng infusion sa bahay.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga ng hospisyo Mayroon kayong karapatang pumili ng hospisyo kung natukoy ng inyong tagapagkaloob at ng direktor ng medikal na hospisyo na mayroon kayong nakamamatay na karamdaman. Nangangahulugan ito na mayroon kayong malubhang karamdaman at inaasahan na mayroong anim na buwan o mas mababa para mabuhay. Puwede kayong makakuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Dapat tulungan ka ng aming plano na makahanap ng mga programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare sa lugar ng serbisyo ng plano. Puwedeng tagapagkaloob ng network o tagapagkaloob na wala sa network ang doktor ninyo sa hospisyo. Kabilang sa mga serbisyong sinaklaw ang: • mga gamot para gamutin ang mga sintomas at pananakit • panandaliang pangangalaga sa pamamahinga • pangangalaga sa bahay **Sisingilin sa Medicare ang mga serbisyo sa hospisyo at serbisyong sinasaklaw ng Medicare Bahagi A o Medicare Bahagi B na nauugnay sa terminal na prognosis ninyo.** • Sumangguni sa **Seksyon F** ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon. **Para sa mga serbisyong sinaklaw ng plano namin ngunit hindi sinaklaw ng Medicare Bahagi A o Medicare Bahagi B:** • Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyong hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Bahagi A o Medicare Bahagi B. Sinasaklaw namin ang mga serbisyo kung nauugnay man o hindi ang mga ito sa terminal na prognosis ninyo. *Wala* kang babayaran para sa mga serbisyong ito. **Para sa mga gamot na maaaring sinasaklaw ng benepisyo ng Medicare Bahagi D ng aming plano** • Hindi kailanman saklaw ng parehong hospisyo at ng aming plano nang sabay ang mga gamot. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro*. **Tandaan:** Kung mayroon kang malubhang karamdaman, maaari kang maging karapat-dapat para sa palliative na pangangalaga, na nagbibigay ng nakabatay sa pangkat na pangangalaga sa pasyente at nakasentro sa pamilya na pangangalaga upang mapabuti ang kalidad ng iyong buhay. Maaari kang makatanggap ng palliative na pangangalaga kasabay ng curative/regular na pangangalaga. Pakitingnan ang seksyong Palliative na Pangangalaga sa ibaba para sa higit pang impormasyon.	Kapag nagpatala kayo sa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare, ang inyong mga serbisyo sa hospisyo at ang inyong mga serbisyo sa Bahagi A at Bahagi B na nauugnay sa inyong nakamamatay na sakit ay binabayaran ng Original Medicare, hindi ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi hospisyo, tawagan ang iyong koordinador ng pangangalaga at/o ang mga serbisyo sa miyembro upang ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalagang hindi sa hospisyo ay pangangalagang **hindi** nauugnay sa inyong nakamamatay na sakit. Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng konsultasyon sa hospisyo (isang beses lamang) para sa isang taong may malubhang karamdaman na hindi pinili ang benepisyo ng hospisyo.	
	Mga pagbabakuna Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • mga bakuna sa pulmonya • mga bakuna sa trangkaso/influenza, isang beses sa bawat panahon ng trangkaso/influenza, sa taglagas at taglamig, na may karagdagang mga bakuna sa trangkaso/influenza kung medikal na kinakailangan • mga bakuna sa hepatitis B kung mataas o katamtaman ang panganib mo na magkaroon ng hepatitis B • Mga bakuna sa COVID- 19 • bakuna sa human papillomavirus (HPV) • iba pang mga bakuna kung nasa panganib kayo at natutugunan ng mga ito ang mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Bahagi B Babayaran namin ang iba pang bakunang nakakatugon sa mga panutunan sa saklaw ng Medicare Bahagi D. Sumangguni sa **Kabanata 6** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para matuto nang higit pa. Binabayaran din namin ang lahat ng bakuna para sa mga adulto gaya ng inirerekomenda ng Komite ng Pagpapayo sa Mga Kasanayan ng Pagbabakuna (ACIP).	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga bakuna sa pneumonia, influenza, Hepatitis B, HPV, at COVID-19.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga ng inpatient sa ospital* Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo at iba pang serbisyong kinakailangan sa pagpapagamot na hindi nakalista dito: • bahagyang pribadong kuwarto (o pribadong kuwarto kung medikal na kinakailangan ito) • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • regular na serbisyo ng narsing • mga gastos ng mga espesyal na yunit ng pangangalaga, tulad ng intensibong pangangalaga o yunit ng pangangalaga ng coronary • mga gamot at paggagamot • mga pagsusuri sa lab • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology • kinakailangang mga supply ng surgical at medikal • mga appliance, gaya ng mga wheelchair • mga serbisyo sa silid ng pag-opera at pag-recover • pisikal, propesyonal, at pagsasalita na terapiya • mga serbisyo sa pag-abuso sa droga ng inpatient • sa ilang mga kaso, ang mga sumusunod na uri ng transplant: corneal, bato, bato/lapay, puso, atay, baga, puso/baga, utak ng buto, stem cell, at bituka/multivisceral. Kung kailangan ninyo ng transplant, pag-aaralan muli ng isang sentro ng transplant na aprubado ng Medicare ang inyong kaso at pagdedesisyunan nila kung kayo ay kandidato para sa isang transplant. Maaaring lokal o wala sa pinagseserbisyuhang lugar ang mga tagapagkaloob ng transplant. Kung handa ang mga lokal na tagapagkaloob ng transplant na tanggapin ang rate ng Medicare, maaari ninyong tanggapin ang inyong mga serbisyo sa transplant sa lokal o sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa inyong komunidad. Kung nagbibigay ang aming plano ng mga serbisyo na pag-transplant sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa aming komunidad at pinili mong kunin ang iyong pag-transplant doon, inaayos o binabayaran namin ang mga gastos sa panunuluyan at paglalakbay para sa iyo at sa isa pang tao.	$0 Dapat kayong kumuha ng pag-apruba ng plano upang patuloy kayong makakuha ng pangangalagang pang-inpatient sa isang wala sa network na ospital pagkatapos matugunan ang inyong emergency. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Ang Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ay magbibigay ng pagbabalik bayad para sa tuluyan at pagkain habang nasa malayong lokasyon para sa pangangalagang medikal na nauugnay sa transplant, na may maximum araw-araw 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 paunawa na nai-publish sa publiko. Ang pinakamataas na halaga na maaaring bayaran para sa lahat ng paglalakbay, lodging, mga pagakain, at pagbabalik sa mileage ay limang-libong dolyar ($5,000) bawat transplant alinsunod sa mga tuntunin ng plan. • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin • mga serbisyo ng doktor **Tandaan:** Para maging isang inpatient, dapat sumulat ang tagapagkaloob ninyo ng isang utos para pormal kayong i-admit bilang isang inpatient ng ospital. Kahit na manatili kayo sa ospital nang magdamag, puwede pa rin kayong ituring na isang "outpatient." Kapag hindi kayo sigurado kung isa kayong inpatient o isang outpatient, dapat tanungin ninyo ang kawani ng ospital. Mahahanap rin ninyo ang higit pang impormasyon sa isang fact sheet ng Medicare na tinatawag na "Isa ka bang Inpatient o Outpatient ng Ospital? Kung May Medicare Kayo – Magtanong!". Available ang fact sheet na ito sa https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari niyong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.	

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo ng inpatient sa isang psychiatric na ospital* Babayaran namin ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng pag-iisip na nangangailangan ng pamamalagi sa ospital. • Kung kailangan ninyo ng mga serbisyong pang-inpatient sa nagsasariling psychiatric na ospital, babayaran namin ang unang 190 araw. Pagkatapos nito, babayaran ng lokal na ahensiya sa kalusugan ng pag-iisip ng county ang medikal na kinakailangang mga serbisyong saykayatriko sa inpatient. Ang awtorisasyon para sa pangangalaga na lampas ng 190 araw ay isasaayos sa lokal na ahensiya ng kalusugan ng pag-iisip sa county. ◦ Ang 190-araw na limitasyon ay **hindi** nalalapat sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip ng pasyenteng nakaospital na ibinibigay sa isang psychiatric na yunit ng isang pangkalahatang ospital • Kung kayo ay may edad na 65 taon pataas, babayaran namin ang mga serbisyong natanggap ninyo sa isang Institusyon para sa mga Sakit sa Pag-iisip (Institute for Mental Diseases, IMD).	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pananatili ng inpatient: Mga nasaklaw na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (skilled nursing facility, SNF) sa panahon ng hindi nasaklaw na pananatili ng inpatient Hindi namin binabayaran ang pananatili ninyo na inpatient kapag nagamit na ninyo ang lahat ng benepisyo ninyo sa inpatient o kapag hindi makatwiran at medikal na kinakailangan ang pananatili. Gayunpaman, sa ilang partikular na sitwasyon kung saan ang pangangalaga sa inpatient ay hindi sinasaklaw, maaari naming bayaran ang mga serbisyong makukuha mo habang ikaw ay nasa ospital o sa pasilidad ng pangangalaga. Upang matuto nang higit pa, makipag-ugnayan sa mga Serbisyo sa Miyembro. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring pati ang ibang mga serbisyong hindi nakalista dito: • mga serbisyo ng doktor • mga pagsusuri na diagnostic, tulad ng mga pagsusuri ng lab • X-ray, radium, at therapy ng isotope, kabilang ang mga materyales at serbisyo ng teknisyan • mga bandeha na gamit sa pag-oopera • mga splint, cast, at iba pang device na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon • mga prosthetic at device na orthotic, maliban sa dental, kabilang ang pagpapalit o pagkukumpuni ng mga naturang device. Ito ang mga device na pumapalit sa lahat o bahagi ng: ◦ isang panloob na organ ng katawan (kabilang ang magkadikit na tissue), **o** ◦ Ang pag-andar ng isang hindi gumagana o pumapalyang panloob na organ ng katawan. • binti, braso, likod, at mga brace ng leeg, mga truss, at mga artipisyal na binti, braso, at mata. Kabilang dito ang mga pagsasaayos, pagkukumpuni, at pagpapalit na kailangan dahil sa pagkasira, pagkaluma, pagkawala, o pagbabago ng inyong kondisyon • pisikal na terapiya, pagsasalita na terapiya at propesyonal na terapiya	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo at supply ng karamdaman sa bato Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • 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. Dapat ay mayroon kayong stage IV na hindi gumagaling na karamdaman sa bato, at dapat kayong i-refer ng inyong doktor. Isasama namin sa saklaw ang hanggang anim na sesyon ng mga serbisyong edukasyon sa karamdaman sa bato. • Mga paggamot sa dialysis ng outpatient, kabilang ang mga paggamot sa dialysis kapag pansamantalang wala sa lugar na sineserbisyuhan, tulad ng ipinaliwanag sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* mo, o kapag pansamantalang hindi handang mgagamit o hindi naa-access ang tagapagkaloob mo para sa serbisyong ito. • Dialysis na mga paggamot sa inpatient kung ikaw ay maospital bilang inpatient sa isang ospital para sa espesyal na pangangalaga • Pagsasanay sa pagdialysis sa sarili, kabilang ang pagsasanay para sa iyo at sinumang tumutulong sa iyo sa mga paggamot sa dialysis sa bahay mo • Kagamitan at mga supply sa dialysis sa bahay • Ang ilang serbisyo sa suporta sa bahay, gaya ng mga kinakailangang pagbisita ng mga sinanay na manggagawa sa dialysis para suriin ang dialysis sa bahay ninyo, para tumulong sa mga emergency, at para suriin ang kagamitan ninyo sa dialysis at supply ng tubig. Binabayaran ng inyong benepisyo sa Medicare Bahagi B na gamot ang ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, sumangguni sa "mga inireresetang gamot sa Medicare Bahagi B" sa tsart na ito.	$0 Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito. Sinasaklaw ng Medicare ang hanggang 6 na session bawat buhay.
	Pag-screen para sa kanser sa baga Magbabayad ang aming plano ng screening para sa kanser sa baga kada 12 buwan kung kayo ay: • 50-77 mga taong gulang, **at** • dumadalo sa pagbisita sa pagpapayo at nakabahaging pagdedesisyon sa inyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapagkaloob, **at** • nanigarilyo nang kahit 1 pakete sa isang araw sa 20 taon na walang mga palatandaan o sintomas ng kanser sa baga o naninigarilyo ngayon o huminto na sa loob ng nakalipas na 15 taon Pagkatapos ng unang screening, magbabayad ang aming plano ng isa pang screening kada taon kung mayroon kayong nakasulat na kautusan mula sa inyong doktor o iba pang kwalipikadong tagapagkaloob.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagpapayo na saklaw ng Medicare at mga nakabahaging pagbisita sa paggawa ng desisyon.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Therapy sa medikal na nutrisyon Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diyabetis o sakit sa bato na walang dialysis. Para din ito sa pagkatapos ng pag-transplant ng bato kapag iniutos ng iyong doktor. Babayaran namin ang tatlong oras ng mga serbisyo sa personal na pagpapayo sa unang taon ng pagkuha ninyo ng mga serbisyo ng medikal na therapy sa nutrisyon sa ilalim ng Medicare. Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Babayaran namin ang dalawang oras ng mga serbisyo sa personal na pagpapayo bawat taon pagkatapos nito. Kung nagbago ang iyong kondisyon, paggamot, o diyagnosis, maaari kang makakuha ng mas maraming oras ng paggamot sa utos ng doktor. Dapat irekomenda ng isang doktor ang mga serbisyong ito at i-renew ang bilin bawat taon kung kailangan ninyo ng paggamot sa susunod na taon ng kalendaryo. Maaari naming aprubahan ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga miyembrong kwalipikado para sa mga serbisyong medikal na nutrisyon therapy na saklaw ng Medicare.
	Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP) Babayaran ng aming plano ang mga serbisyo ng MDPP. Ang MDPP ay idinisenyo upang matulungan kang mapaangat ang malusog na pag-uugali. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa: • pangmatagalang pagbabago ng diyeta, **at** • nadagdagang pisikal na aktibidad, **at** • mga paraan upang mapanatili ang pagbaba ng timbang at malusog na pamumuhay.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa (MDPP) na benepisyo.
	Mga inireresetang gamot sa Medicare Bahagi B* Sinasaklaw ng Bahagi B ng Medicare ang mga gamot na ito. Binabayaran ng aming plano ang mga sumusunod na gamot: • mga gamot na hindi mo karaniwang ibinibigay sa iyong sarili at ini-iniksyon o ini-infuse habang kumukuha ka ng mga serbisyo ng doktor, ospital ng pasyenteng hindi mananatili sa ospital, o sentro ng ambulatoryo na operasyon • insulin na ibinibigay sa pamamagitan ng isang item ng matibay na kagamitang medikal (gaya ng medikal na kinakailangang pump ng insulin) • iba pang mga gamot na ginagamit mo gamit ang matibay na kagamitang medikal (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng aming plano • ang gamot ng Alzheimer, Leqembi (generic lecanemab) na ibinibigay nang intravenous (IV)	Magbabayad kayo ng $0 para sa bawat iniresetang gamot ng Medicare Bahagi B. Ang mga gamot sa Bahagi B ay maaaring sumailalim sa step therapy. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	• mga clotting factor na ibinibigay mo sa iyong sarili sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kang hemophilia • pag-transplant/mga 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 Medicare Bahagi D ang mga immunosuppressive na gamot kung hindi sinasaklaw ng Bahagi B ang mga ito • mga gamot sa osteoporosis na iniiniksyon. Binabayaran namin ang mga gamot na ito kung kayo ay nasa bahay, may bali ng buto na pinatunayan ng inyong doktor na nauugnay sa osteoporosis pagkatapos ng menopause, at hindi ninyo mainiksiyon sa inyong sarili ang gamot • 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 • ilang iniinom na gamot na panlaban sa kanser: Sinasaklaw ng Medicare ang ilang iniinom na mga gamot sa cancer na iniinom mo sa pamamagitan ng bibig kung ang parehong gamot ay magagamit sa iniiniksyon na anyo o ang gamot ay isang prodrug (isang iniinom na anyo ng isang gamot na, kapag ininom, ay natutunaw sa parehong aktibong sangkap na matatagpuan sa iniiniksyon na gamot. Habang ang mga bagong iniinom na gamot sa kanser ay nagiging available, maaari itong saklawin ng Part B. Kung hindi ito saklaw ng Part B, saklaw ito ng Part D • mga iniinom na gamot laban sa pagduduwal: Sinasaklaw ng Medicare ang ginagamit mong mga iniinom na gamot laban sa pagduduwal bilang bahagi ng laban sa kanser na regimen ng chemotherapy kung ang mga ito ay ibinibigay bago, sa oras ng, o sa loob ng 48 oras pagkatapos ng chemotherapy, o ginagamit bilang buong kapalit ng ini-inject na gamot laban sa pagduduwal • ilang iniinom na gamot sa Huling Yugto na Sakit sa Bato (ESRD) kung ang parehong gamot ay magagamit sa anyong iniiniksyon at sinasaklaw ito ng benepisyo ng Bahagi B ESRD • mga calcimimetic na gamot sa ilalim ng sistema ng pagbabayad ng ESRD, kabilang ang intravenous na gamot na Parsabiv at ang iniinom na gamot na Sensipar • ilang mga gamot para sa pag-dialysis sa tahanan, kabilang ang heparin, ang antidota para sa heparin (kapag medikal na kinakailangan), at mga ipinapahid sa balat na anestetiko	

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	• mga erythropoiesis-stimulating agent: Sinasaklaw ng Medicare ang erythropoietin sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kang ESRD o kailangan mo ang gamot na ito para gamutin ang anemia na nauugnay sa ilang partikular na kundisyon (tulad ng Procrit®) • IV immune globulin para sa paggamot sa bahay ng mga pangunahing sakit na kakulangan sa resistensya • parenteral at enteral na nutritisyon (IV at tube na pagpapakain) Dadalhin ka ng sumusunod na link sa isang listahan ng mga Medicare Bahagi B na gamot na maaaring sumailalim sa step therapy: www.molinahealthcare.com/Medicare Sinasaklaw din namin ang ilang mga bakuna sa ilalim ng aming Medicare Bahagi B at karamihan ng mga bakunang pang-adulto sa ilalim ng aming benepisyo ng Medicare Bahagi D sa inireresetang gamot. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* mo ang benepisyo sa inireresetang gamot para sa outpatient namin. Ipinapaliwanag nito ang mga tuntunin na dapat mong sundin upang masakop ang mga reseta. Ipinapaliwanag ng Kabanata 6 ng iyong *Handbook ng Miyembro* kung ano ang babayaran mo para sa iyong inireresetang gamot para sa outpatient sa pamamagitan ng aming plano.	

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	MyChoice Card Ang MyChoice Card ay isang prepaid benefit debit card na maaaring gamitin upang magbayad para sa mga piling karagdagang benepisyo ng plano gaya ng: • Mga Gamot na di kailangan ng reseta na Item • Pagkain at Produkto* *Nalalapat ang mga kinakailangan para sa pagiging kwalipikado. Hindi credit card ang na-preload na debit card. Hindi ninyo 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. Inilo-load ang mga pondo sa kard sa bawat buwan. Kung aalis ka sa plan, anumang hindi nagamit na inilalaang pondo ay babalik sa plan sa petsa ng iyong epektibong pagkakatanggal sa pagkakatala. Ang mga allowance ng MyChoice card ay maaari lamang gamitin upang ma-access ang tinukoy na karagdagang benepisyo hanggang sa tinukoy na limitasyon. Ang allowance na ito ay maaari lamang gamitin ng miyembro at hindi maaaring ilapat sa anumang iba pang benepisyo o gastos. Para sa higit pang impormasyon kaugnay ng iyong mga benepisyo sa OTC o kung paano maging kuwalipikado para sa Pagkain at Produkto, at mga Espesyal na Pandagdag na Benepisyo para sa mga Malalang Sakit (SSBCI's), mangyaring tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Upang ma-access ang mga allowance para sa SSBCI, ang mga miyembro ay dapat magkaroon ng: isang kwalipikadong malalang kondisyon; isang wastong HRA na natapos para sa kanilang kasalukuyang pagpapatala sa Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP); at magbigay ng pag-apruba ng doktor kasabay ng Pamamahala ng Kaso ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Sumangguni sa "Mga Espesyal na Suplementong Benepisyo para sa Malala ang Sakit" sa chart na ito para sa higit pang impormasyon.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pagpapayo sa nutrisyon Maaari kayong makakuha ng indibidwal na pagpapayo sa nutrisyon sa telepono kung hihilingin. Kakailanganin ng inyong tagapagkaloob na kumpletuhin at lagdaan ang isang Form ng Referral sa Edukasyong Pangkalusugan upang malinaw naming maunawaan ang inyong mga pangangailangan bago namin kayo tawagan. • Ang interbensyon sa telepono ay aabot ng 30 hanggang 60 minuto ang haba. • Bibigyan kayo ng impormasyon sa pakikipag-ugnayan para sa karagdagang impormasyon at/o follow-up kung kinakailangan o ginusto. Walang limitasyon ang mga indibidwal na Nutrisyonal/Diyeta na session sa ilalim ng inyong benepisyo sa Medi-Cal (Medicaid). Saklaw ng aming plano ang karagdagang 12 panggrupo/pang-indibidwal na telephonic session. Isasangguni kayo ng inyong tagapagkaloob sa isang dietician na nasa network para sa mga serbisyong ito.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pagpapayo sa nutrisyon.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa loob ng pasilidad ng pangangalaga*	$0
	Isang pasilidad ng pag-aalaga (Nursing Facility, NF) ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi makakuha ng pangangalaga sa bahay ngunit hindi kailangang nasa ospital.	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.
	Kabilang sa mga serbisyong babayaran namin ang, ngunit hindi limitado sa, sumusunod: • semi-pribado na silid (o isang pribadong silid kung medikal na kinakailangan) • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo sa pangangalaga • pisikal na terapiya, propesyonal na terapiya, at pagsasalita na terapiya • therapy sa respiratoryo • mga gamot na ibinigay sa iyo bilang bahagi ng iyong plano sa pangangalaga. (Kabilang dito ang mga sangkap na natural na naroroon sa katawan, tulad ng mga salik sa pamumuo ng dugo.) • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin • mga medikal at pang-operasyon na supply na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga pagsusuri sa lab na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • X-ray at iba pang mga serbisyong radiology na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng narsing • paggamit ng mga appliances, tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga serbisyo ng doktor/practitioner • matibay na kagamitang medikal • mga serbisyo sa dental, kabilang ang mga pustiso • mga benepisyo sa paningin • mga pagsusuri sa pandinig • pangangalaga na chiropractic • mga serbisyo ng pangangalaga ng paa	**Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**
	Karaniwan ninyong makukuha ang inyong pangangalaga mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaari mong makuha ang iyong pangangalaga mula sa isang pasilidad na wala sa aming network. Makakakuha ka ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga ng aming plano para sa pagbabayad:	

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	• isang nursing home o komunidad sa pagreretiro para sa patuloy na pangangalaga sa kung saan ka nakatira bago ka pa pumunta sa ospital (basta ito ay nagbibigay ng pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga). • isang pasilidad ng pangangalaga sa kung saan nakatira ang iyong asawa o kinakasama sa oras na umalis ka sa ospital.	
	Pagsusuri at therapy sa labis na katabaan upang mapababa ang timbang Kung mayroon kayong body mass index na 30 o higit pa, babayaran namin ang pagpapayo upang tulungan kayong magbawas ng timbang. Dapat kang kumuha ng pagpapayo sa isang setting ng pangunahing pangangalaga. Sa ganoong paraan, maaari itong mapamahalaan kasama ng iyong buong plano sa pag-iwas sa sakit. Kausapin ang inyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga upang matuto nang higit pa.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pag-screen sa pag-iwas sa labis na katabaan at therapy.
	Mga serbisyo sa programa ng paggamot sa opioid (OTP) Babayaran ng aming plano ang mga sumusunod na serbisyo sa paggamot sa pagkalulong sa opioid (opioid use disorder, OUD): • mga aktibidad sa paggamit • pana-panahong mga pagtatasa • mga gamot na inaprubahan ng Pangangasiwa ng Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration, FDA) at, kung nalalapat, pamamahala at pagbibigay sa iyo ng mga gamot na ito • pagpapayo sa karamdaman sa paggamit ng droga • pang-indibidwal at pang-grupong therapy • pagsusuri para sa mga gamot o kemikal sa iyong katawan (pagsusuri sa toxicology)	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyo ng programa sa paggamot ng opioid para sa outpatient na sakop ng Medicare. Hindi kinakailangan ang paunang awtorisasyon para sa mga serbisyo ng programa sa paggamot ng opioid na saklaw ng Medicare para sa outpatient, ngunit maaaring kakailanganin kung nangangailangan kayo ng mga gamot sa paggamot ng opioid.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga diagnostic na pagsusuri at serbisyo at supply na pang-therapy ng outpatient* Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo at iba pang serbisyong kinakailangan sa pagpapagamot na hindi nakalista dito: • Mga X-ray • radiation (radium at isotope) na therapy, kabilang ang mga materyales at supply ng teknisyan • mga gamit sa pag-opera, tulad ng mga bendahe • mga splint, cast, at iba pang device na ginagamit para sa mga bali at dislokasyon • mga pagsusuri sa lab • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin • iba pang mga pagsusuri na diyagnosis sa pasyenteng hindi mananatili sa ospital	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga pagsusuring diyagnosis sa pasyenteng hindi nakaospital at mga serbisyo at supply na therapeutic. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.** Walang pahintulot ang kinakailangan para sa mga serbisyo sa lab at outpatient na mga serbisyong x-ray sa ospital. Kailangan ng paunang awtorisasyon sa pagsusuri sa genetic lab.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga outpatient na serbisyo sa ospital* Nagbabayad kami para sa mga serbisyong medikal na kinakailangan na nakukuha mo sa departamento ng outpatient sa ospital ng isang ospital para sa diyagnosis o paggamot sa isang sakit o pinsala, tulad ng: • Mga serbisyo sa isang kagawaran ng emerhensiya o klinika ng outpatient sa ospital, gaya ng mga serbisyo sa pag-opera o pag-obserba ng outpatient sa ospital ◦ Natutulungan ng mga serbisyong pag-oobserba ang inyong doktor na malaman kung dapat kayong i-admit sa ospital bilang "inpatient." ◦ Minsan, maaari kayong manatili sa ospital nang magdamag at kayo pa rin ay "outpatient." ◦ Makakakuha ka ng higit pang impormasyon tungkol sa pagiging inpatient o outpatient sa fact sheet na ito: https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf • Mga pagsusuri sa laboratoryo at diagnostic na pagsusuri na sisingilin ng ospital • Pangangalaga sa kalusugan ng pag-iisip, kabilang ang pangangalaga sa isang programa para sa bahagyang pagkakaospital, kung pinatunayan ng isang doktor na kakailanganin ang paggamot ng inpatient nang wala ito • Mga X-ray at iba pang serbisyo ng radiology na sinisingil ng ospital • Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast • Mga pang-iwas na screening at mga serbisyo na nakalista sa buong Chart ng mga Benepisyo • Ilang mga gamot na hindi mo maibibigay nang mag-isa	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyo sa ospital ng pasyenteng hindi nakaospital. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.** Walang pahintulot ang kinakailangan para sa mga serbisyo sa lab at outpatient na mga serbisyong x-ray sa ospital. Kailangan ng paunang awtorisasyon sa pagsusuri sa genetic lab.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan ng outpatient sa ospital* Babayaran namin ang mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan na ipinagkakaloob ng: • isang psychiatrist o doktor na lisensyado ng estado • isang klinikal na psychologist • isang klinikal na manggagawang panlipunan • isang klinikal na espesyalistang nars • isang lisensyadong propesyunal na tagapayo (LPC) • isang lisensyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (LMFT) • isang nars na practitioner (NP) • isang katulong na doktor (PA) • anumang iba pang mga kwalipikado sa Medicare na propesyonal sa pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan gaya ng pinapayagan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring pati ang ibang mga serbisyong hindi nakalista dito: • mga serbisyo sa klinika • pang-araw na paggamot • mga serbisyo ng psychosocial na rehabilitasyon • bahagyang pagpapaospital o masinsinang mga programa sa pasyenteng hindi nakaospital • pang-indibidwal at pang-grupong pagsusuri at paggamot sa kalusugan ng isip • sikolohikal na pagsusuri kapag klinikal na tinukoy upang masuri ang resulta ng kalusugan ng isip • mga serbisyo ng pasyenteng hindi nakaospital para sa mga layuning pagsubaybay sa terapiya ng gamot • laboratoryo, mga gamot, mga supply at suplemento ng pasyenteng hindi nakaospital • konsultasyon sa saykayatriko Kasama sa mga benepisyo mo sa Medi-Cal ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugang pangkaisipan para sa mga indibidwal na kwalipikado. Ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugang pangkaisipan na ito ay saklaw sa labas ng aming plano. Pakitingnan ang Kabanata 3, Seksyon E.1 para sa higit pang impormasyon sa mga serbisyong ito at kung paano i-access ang mga ito.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pangangalaga sa kalusugan ng isip ng pasyenteng hindi nakaospital. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Outpatient na mga serbisyong rehabilitasyon sa ospital* Babayaran namin ang pisikal na terapiya, propesyonal na terapiya, at pagsasalita na terapiya. Maaari kayong kumuha ng mga serbisyo sa outpatient na rehabilitasyon sa mga outpatient na departamento ng ospital, tanggapan ng mga independiyenteng therapist, pasilidad ng komprehensibong outpatient na rehabilitasyon (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF), at iba pang pasilidad.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa bawat pagbisita ng outpatient para sa pisikal na terapiya (PT), terapiya sa paggalaw (OT), at/o pananalita at wika (SP). **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**
	Mga Serbisyo sa pag-abuso sa droga ng outpatient* Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring pati ang ibang mga serbisyong hindi nakalista dito: • pag-screen at pagpapayo para sa maling paggamit ng alak • paggamot sa pag-abuso sa droga • panggrupo o pang-indibidwal na pagpapayo ng isang kwalipikadong klinisyan • subacute detoxification sa isang programang pangtahanan para sa pagkagumon • outpatient na mga serbisyo para sa alkohol at/o droga sa isang sentro ng masinsinang paggamot sa ospital • paggamot gamit ang Naltrexone (vivitrol) na pinahaba ang pagpapalabas	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyo sa sakit sa paggamit ng droga ng outpatient. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**
	Operasyon ng outpatient* Babayaran namin ang operasyon at mga serbisyo ng outpatient sa mga pang-outpatient na pasilidad ng ospital at mga ambulatory surgical center.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa bawat kaganapan ng operasyon ng outpatient kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga singil sa ospital o iba pang pasilidad at mga bayad sa doktor o operasyon. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga item na gamot na di kailangan ng reseta (OTC) (Karagdagan) Makakakuha ka ng $100 bawat buwan na gagastusin sa inaprubahan ng plano na mga OTC na aytem, produkto, at gamot sa pamamagitan ng iyong MyChoice Card. 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. 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. Maaari kang mag-order: • Online – bisitahin ang NationsOTC.com/Molina • Sa Pamamagitan ng Telepono – (877) 208-9243 upang makipag-usap sa isang Tagapayo ng Bansa sa Karanasan ng Miyembro sa OTC sa (TTY 711), 24 oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo, 365 araw sa isang taon. • Sa Pamamagitan ng Koreo – Punan at ibalik ang order form sa katalogo ng produkto. • Sa pamamagitan ng mga kalahok na lokasyon ng retail. Sumangguni sa Catalog ng Produktong OTC ng 2025 para sa kumpletong listahan ng naaprubahan ng plano na mga OTC na item o tumawag sa isang tagasuportang tao para sa OTC para sa karagdagang impormasyon. Matatagpuan mo ang mahahalagang impormasyon (mga alituntunin ng order) sa 2025 na Katalogo ng Produkto ng OTC.	$0 Maaaring ikaw ang mananagot sa para sa mga gastos kung lalampas ka sa iyong pinakamataas na buwanang allowance. Maaaring malapat ang mga limitasyon at pagbubukod.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Palliative na pangangalaga Ang palliative na pangangalaga ay saklaw ng aming plano. Ang palliative na pangangalaga ay para sa mga taong may malubhang karamdaman. Nagbibigay ito ng pangangalagang nakasentro sa pasyente at pamilya na nagpapahusay sa kalidad ng buhay sa pamamagitan ng pag-abang, pag-iwas, at paggamot sa pagdurusa. Ang Palliative na Pangangalaga ay **hindi** hospisyo, samakatuwid hindi mo kailangang magkaroon ng taning sa buhay na anim na buwan o mas kaunti para maging kwalipikado para sa palliative na pangangalaga. Ang palliative na pangangalaga ay ibinibigay kasabay ng curative/regular na pangangalaga. Kasama sa palliative na pangangalaga ang mga sumusunod: • maagang pagpaplano ng pangangalaga • pagtatasa at konsultasyon para sa pangangalagang palliative • isang plano ng pangangalaga kasama ang lahat ng awtorisadong palliative at curative na pangangalaga, kabilang ang kalusugan ng isip at mga serbisyong panlipunang medikal • mga serbisyo mula sa itinalagang pangkat ng pangangalaga sa iyo • koordinasyon ng pangangalaga • pamamahala ng sakit at sintomas Maaaring hindi ka makakuha ng pangangalaga ng hospisyo at palliative na pangangalaga nang sabay kung lampas ka na sa edad na 21. Kung nakakakuha ka ng palliative na pangangalaga at nakakatugon sa kwalipikasyon para sa pangangalaga ng hospisyo, maaari kang humiling na lumipat sa pangangalaga ng hospice anumang oras.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga serbisyong palliative na pangangalaga.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo sa parsiyal na pag-papaospital at mga intensibong serbisyo sa outpatient* Ang bahagyang pagpapaospital ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong psychiatric na paggamot. Iniaalok ito bilang isang serbisyo sa ospital para sa outpatient sa ospital o ng isang sentro ng kalusugang pangkaisipan ng komunidad. Mas masinsinan ito kaysa sa pangangalagang nakukuha mo sa tanggapan ng iyong doktor, terapista, lisensyadong terapista ng pagaasawa at pamilya (LMFT) o lisensyadong propesyonal na tagapayo. Makakatulong ito para hindi ka mananatili sa ospital. Isang nakabalangkas na programa ang masinsinang serbisyo sa outpatient ng aktibong paggamot ng therapy sa kalusugan ng pag-uugali (pag-iisip) na inihahatid bilang isang serbisyo sa ospital para sa outpatient, isang sentro ng kalusugan ng pag-iisip ng komunidad, isang Pederal na kuwalipikadong sentro ng kalusugan, o isang rural na klinika ng kalusugan na mas masinsinan kaysa sa pangangalagang natanggap sa tanggapan ng iyong doktor, therapist, LMFT, o lisensyadong tagapayo ngunit hindi gaanong masinsinan kaysa sa bahagyang pagkakaaospital. **Tandaan:** Dahil walang mga sentro ng kalusugang pangkaisipan ng komunidad sa aming network, sinasaklaw lamang namin ang bahagyang pagpapaospital bilang isang serbisyo ng ospital sa outpatient.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga saklaw ng Medicare na mga serbisyo sa bahagyang pagpapaospital. Dapat mong matugunan ang ilang mga kinakailangan upang maging kuwalipikado para sa saklaw at dapat isertipika ng iyong doktor na kung hindi ay kakailanganin mo ng paggamot sa pasyenteng nakaospital. Ang paggamot na ito ay ibinibigay sa araw sa isang departamento ng outpatient sa ospital o sentro ng kalusugang pangkaisipan ng komunidad at hindi nangangailangan ng magdamag na pamamalagi. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**
	Mga serbisyo ng doktor/tagapagkaloob, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • medikal na kinakailangang pangangalagang pangkalusugan o mga serbisyong operasyon na ibinibigay sa mga lugar tulad ng: • tanggapan ng doktor • sertipikadong ambulatory surgical center • departamento sa ospital para sa outpatient • konsultasyon, pagsusuri, at paggamot ng isang espesyalista • mga pangunahing pagsusuri sa pagdinig at balanse na ibinibigay ng iyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga ***o*** espesyalista, kung uutusan sila ng iyong doktor na alamin kung kailangan mo ng paggamot • Ilang serbisyo sa telehealth, kabilang ang *karagdagang mga benepisyo sa telehealth*.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	◦ May opsyon kayong makuha ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagbisita o sa pamamagitan ng telehealth. Kung pipiliin ninyong kunin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, dapat kayong gumamit ng tagapagkaloob na nasa network na nag-aalok ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. • Ilang mga serbisyo sa telehealth kabilang ang konsultasyon, pagrikonosi, at paggamot ng isang doktor o practitioner, para sa mga miyembro sa ilang mga rural na lugar o iba pang lugar na inaprubahan ng Medicare • mga serbisyo sa telehealth para sa buwanang pagbisita na nauugnay sa panghuling yugto na sakit sa bato (End-Stage Renal Disease, ESRD) para sa mga miyembro ng pantahanan na dialysis sa isang nakabase sa ospital o kritikal na access sa nakabase sa ospital na sentro ng dialysis sa bato, pasilidad ng dialysis sa bato, o sa bahay • mga serbisyong telehealth upang masuri, matasa, o magamot ang mga sintomas ng isang stroke • mga serbisyong telehealth para sa mga miyembrong may karamdaman sa paggamit ng sangkap o kasabay na umiiral na karamdaman sa kalusugang pangkaisipan • mga serbisyong telehealth para sa pagsusuri, pagtatasa, at paggamot ng mga karamdaman sa kalusugang pangkaisipan kung: • mayroon kayong personal na pagbisita sa loob ng 6 na buwan bago ang inyong unang pagbisita sa telehealth • mayroon kayong personal na pagbisita kada 12 buwan habang tinatanggap ang mga serbisyong ito sa telehealth • ang mga pagbubukod ay maaaring gawin sa itaas para sa ilang mga pangyayari • mga serbisyong telehealth para sa mga pagbisita para sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng Mga Rural na Klinikang Pangkalusugan at Kwalipikado sa Pederal na mga Sentro ng Kalusugan. • mga serbisyong telehealth na ipinagkakaloob ng mga kwalipikadong occupational na therapist (OT), physical na therapist (PT), pathologist ng pagsasalita-wika (SLP), at audiologist **Ipagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina**	

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo ng doktor/tagapagkaloob, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor (ipinagpapatuloy) • mga virtual na pag-check in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) kasama ng doktor mo nang 5-10 minuto **kung** ◦ hindi ka bagong pasyente **at** ◦ ang pag-check-in ay hindi nauugnay sa isang pagbisita sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw **at** ◦ ang pag-check-in ay hindi humahantong sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o ang pinakamaagang magagamit na appointment • Ang pagsusuri ng video at/o mga larawan na ipinadala mo sa doktor mo at ang mga interpretasyon at follow-up ng doktor mo sa loob ng 24 oras **kung**: ◦ hindi ka bagong pasyente at ◦ hindi nauugnay ang pagtatasa sa isang pagbisita sa tanggapan sa nakalipas na 7 araw **at** ◦ ang pagtatasa ay hindi humahantong sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o ang pinakamaagang magagamit na appointment • Ang konsultasyon ng iyong doktor sa ibang mga doktor sa pamamagitan ng telepono, Internet, o elektronikong rekord ng kalusugan kung hindi ka bagong pasyente • Ikalawang opinyon ng isa pang tagapagkaloob sa network bago ang operasyon • Hindi regular na pangangalaga sa ngipin. Ang mga saklaw na serbisyo ay limitado sa: ◦ operasyon ng panga o mga kaugnay na istruktura ◦ pag-aayos sa mga bali ng panga o mga buto sa mukha ◦ pagbunot ng mga ngipin bago ang paggamot gamit ang radiation sa neoplastic na kanser ◦ mga serbisyong sasaklawin kapag ibinigay ng isang doktor	
	Mga serbisyo ng pangangalaga ng paa* Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • diyagnosis at medikal o operasyon na paggamot sa mga pinsala at sakit sa paa (tulad ng hammer toe o mga heel spur) • regular na pangangalaga sa paa para sa mga miyembrong may mga kondisyong nakakaapekto sa mga binti, tulad ng diyabetis	$0 **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga pagsusuring pag-screen sa kanser sa prostate Para sa mga lalaking edad 50 at pataas, babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo isang beses bawat 12 buwan: • isang digital na pagsusuri sa tumbong • isang pagsusuri gamit ang antigen na partikular sa prostate (Prostate Specific Antigen, PSA)	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa taunang PSA na pagsusuri.
	Mga aparatong prosthetic at orthotic at mga kaugnay na supply* Pinapalitan ng mga prosthetic na kagamitan ang lahat o bahagi ng parte o paggana ng katawan. Kabilang dito ngunit hindi limitado sa: • pagsubok, pagsukat, o pagsasanay sa paggamit ng mga prosthetic at orthotic na aparato • mga colostomy bag at mga supply na nauugnay sa pangangalaga sa colostomy • enteral at parenteral na nutrisyon, kabilang ang mga kit ng supply sa pagpapakain, pump para sa pagsasalin, tubo at adaptor, mga solusyon, at mga supply para sa iniksyon na sariling inilalapat • mga pacemaker • mga brace • mga prostetik na sapatos • mga artipisyal na braso at binti • mga prostheses na suso (kabilang ang operasyon na brassiere pagkatapos ng mastectomy) • mga prostheses upang palitan ang lahat ng bahagi ng panlabas na parte ng katawan sa mukha na inalis o napinsala bilang resulta ng sakit, pinsala, o depekto sa kapanganakan • cream at diaper para sa kawalan ng pagpigil sa pag-ihi at pagdumi Nagbabayad kami para sa ilang mga supply na nauugnay sa mga prosthetic at orthotic na aparato. Nagbabayad din kami para ayusin o palitan ang mga prosthetic at orthotic na aparato. Nag-aalok kami ng ilang saklaw pagkatapos ng pag-alis ng katarata o operasyon ng katarata. Sumangguni sa "Pangangalaga ng Paningin" mamaya sa chart na ito para sa mga detalye.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa bawat saklaw ng Medicare na prosthetic o orthotic na aparato, kabilang ang pagpapalit o pag-aayos ng mga naturang aparato, at mga nauugnay na supply. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Mga serbisyo na rehabilitasyon ng baga* Babayaran namin ang mga programang rehabilitasyon ng baga para sa mga miyembro na may katamtaman hanggang napakalubhang hindi gumagaling na karamdamang pagbabara ng baga (chronic obstructive pulmonary disease, COPD). Dapat ay mayroon kayong bilin para sa rehabilitasyon ng baga mula sa doktor o tagapagkaloob na gumagamot sa COPD. Babayaran namin ang mga serbisyong pang-respiratoryo para sa mga pasyenteng dumedepende sa makinang tumutulong sa paghinga.	$0 Walang coinsurance, copayment o deductible para sa bawat saklaw ng Medicare pagbisita para sa pagpapagaling kaugnay ng baga. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**
	Pagsusuri at pagpapayo kaugnay sa mga impeksiyon na nakukuha sa pakikipagtalik (sexually transmitted infections, STI) Nagbabayad kami para sa pagsusuri para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Ang mga pagsusuring ito ay saklaw para sa mga buntis at para sa ilang mga tao na may mas mataas na panganib para sa isang STI. Dapat ay hilingin ng isang tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga ang mga pagsusuri. Sinasaklaw namin ang mga pagsubok na ito minsan sa bawat 12 buwan o sa ilang mga pagkakataon sa panahon ng pagbubuntis. Babayaran din namin ang hanggang dalawang harapang sesyon na napakasidhing mga sesyon sa pagpapayo tungkol sa pag-uugali bawat taon para sa mga nasa hustong gulang na aktibo sa pakikipagtalik na mas mataas ang panganib sa STI. Ang bawat sesyon ay maaaring 20 hanggang 30 minuto ang tagal. Babayaran lang namin ang mga sesyon sa pagpapayo na ito bilang serbisyong pang-iwas sa sakit kung ang mga ito ay ipagkakaloob ng isang tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga. Ang mga sesyon ay dapat nasa isang lugar ng pangunahing pangangalaga, tulad ng tanggapan ng doktor.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa screening na saklaw ng Medicare para sa mga STI at pagpapayo para sa mga benepisyong pang-iwas sa STI.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pasilidad ng dalubhasang pangangalaga ng narsing (Skilled nursing facility, SNF)* Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring pati ang ibang mga serbisyong hindi nakalista dito: • semi-pribado na silid, o isang pribadong silid kung medikal na kinakailangan • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo sa pangangalaga • pisikal na terapiya, propesyonal na terapiya, at pagsasalita na terapiya • mga gamot na nakukuha mo bilang bahagi ng iyong plano sa pangangalaga, kabilang ang mga sangkap na natural na nasa katawan, gaya ng mga salik sa pamumuo ng dugo • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagsasalin, nagsisimula ang saklaw sa unang tatlong pinta ng dugo na kailangan mo • mga medikal at pang-operasyon na supply na ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga pagsusuri sa lab na ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga X-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga appliances, tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pangangalaga • mga serbisyo ng doktor/tagapagkaloob ng serbisyo Karaniwan ninyong makukuha ang inyong pangangalaga mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, maaari mong makuha ang iyong pangangalaga mula sa isang pasilidad na wala sa aming network. Makakakuha ka ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga ng aming plano para sa pagbabayad: • isang pasilidad ng pangangalaga o komunidad sa pagreretiro para sa patuloy na pangangalaga sa kung saan ka nakatira bago ka pa pumunta sa ospital (basta ito ay nagbibigay ng pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga) • isang pasilidad ng pangangalaga sa kung saan nakatira ang iyong asawa o kinakasama sa oras na umalis ka sa ospital	$0 Wala kang babayaran para sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (SNF) pangangalaga. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako Kung gumagamit ka ng tabako, walang mga palatandaan o sintomas ng sakit na nauugnay sa tabako, at gusto o kailangan nang huminto: • Nagbabayad kami para sa dalawang pagsubok na huminto sa 12-buwan bilang pang-iwas sa sakit na serbisyo. Ang serbisyong ito ay libre para sa iyo. Ang bawat pagpapayo para sa pagtatangkang huminto ay may hanggang apat na personal na pagpapatingin. Kung gumagamit ka ng tabako at na-diagnose na may sakit na nauugnay sa tabako o umiinom ng gamot na maaaring maapektuhan ng tabako: • Nagbabayad kami para sa dalawang pagpapayo sa pagtatangkang huminto sa loob ng 12-buwan na panahon. Ang bawat pagpapayo para sa pagtatangka ay kinabibilangan ng hanggang apat na harapang pagbisita. Kung kayo ay buntis, maaari kayong magkaroon ng walang limitasyong pagpapayo para sa paghinto sa paggamit ng tabako nang may paunang awtorisasyon.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa saklaw ng Medicare sa paninigarilyo at paggamit ng tabako na mga benepisyo sa pagpigil sa pagtigil.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pinangangasiwaang ehersisyo na therapy (Supervised Exercise Therapy, SET)* Babayaran namin ang SET para sa mga miyembrong may symptomatic peripheral artery disease (PAD) na may referral para sa PAD mula sa doktor na nagsasagawa ng paggamot sa PAD. Babayaran ng aming plano ang: • hanggang 36 na sesyon sa panahon ng 12-linggo kung natutugunan ang lahat ng kinakailangan sa SET • karagdagang 36 na sesyon sa paglipas ng panahon kung itinuturing na medikal na kinakailangan ng isang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan Ang programang SET ay dapat na: • 30 hanggang 60-minutong sesyon ng isang programang therapeutic na ehersisyong pagsasanay para sa PAD sa mga miyembrong may pamumulikat ng binti dahil sa mahinang daloy ng dugo (claudication) • sa isang lugar ng ospital para sa pasyenteng hindi mananatili sa ospital o sa opisina ng doktor • inihahatid ng mga kwalipikadong tauhan na tumitiyak mas higit ang benepisyo kaysa sa pinsala at sinanay sa ehersisyo na therapy para sa PAD • sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng isang doktor, katulong ng doktor, o nars na practitioner/espesyalistang klinikal na nars na sinanay sa parehong pangunahin at masulong na mga diskarte sa pagsuporta sa buhay	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa mga pagbisita sa Pinangangasiwaang Terapiya ng Ehersisyo (Supervised Exercise Therapy, SET) na sinasaklaw ng Medicare. **Maaaring nangangailangan ng paunang awtorisasyon.**

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Transportasyon: Hindi pang-emerhensiya na transportasyong medikal Saklaw ng plan ang transportasyon para maglakbay ka papunta o mula sa iyong mga medikal na appointment kung ito ay isang saklaw na serbisyo. Sinasaklaw ng plano ang hanggang sa 12 mga one-way na biyahe bawat taon. Kinakailangan ang paunang awtorisasyon para sa mga one way na biyahe na mahigit 100 milya. Ang mga uri ng transportasyon na hindi pang-emerhensiya ay kinabibilangan ng: • Sedan, van, taxi, o mga serbisyo ng rideshare kung kaya mong maglakad. • Sasakyang may wheelchair lift, kung ikaw ay may limitadong kakayahang makagalaw. Kapag naubos na ang benepisyong ito, kung mayroon kang pagsaklaw na medikal ng Medicaid, maaari kang magkaroon ng access sa isang benepisyo sa transportasyong hindi pang-emerhensiya ng Medicaid na sasaklawin ang mga biyahe patungo sa iyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga at iba pang mga tagapagkaloob. Sumangguni sa Kabanata 3, Seksyon F para sa karagdagang impormasyon.	$0

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Agarang kinakailangang pangangalaga Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay ibinibigay na pangangalaga upang gamutin ang: • isang hindi pang-emergency na nangangailangan ng agarang pangangalagang medikal, **o** • isang hindi inaasahang sakit, **o** • isang pinsala, **o** • isang kondisyon na nangangailangan kaagad ng pangangalaga. Kung kailangan mo ng agarang kinakailangang pangangalaga, dapat mo munang subukang kunin ito mula sa isang tagapagkaloob ng serbisyo ng network. Gayunpaman, maaari kang gumamit ng mga tagapagkaloob na nasa labas ng network kapag hindi ka makapunta sa isang tagapagkaloob na nasa network dahil hindi posible sa iyong oras, lugar, o mga pangyayari, hindi posible, o hindi makatuwiran, na makakuha ng mga serbisyo mula sa mga tagapagkaloob na nasa network (halimbawa, kapag ikaw ay nasa labas ng lugar ng serbisyo ng plano at kailangan mo ng agarang serbisyong medikal para sa hindi inaasahang kondisyon ngunit hindi ito isang medikal na emerhensiya). Bilang karagdagang benepisyo, nag-aalok kami ng hanggang $10,000 ng pandaigdigang saklaw na emerhensya bawat taon ng kalendaryo para sa emerhensiyang transportasyon, agarang pangangalaga, pang-emerhensyang pangangalaga, at pangangalaga pagkatapos ng pagpapatatag.	Magbabayad kayo ng $0 para sa bawat saklaw ng Medicare na agarang kinakailangang pagbisita sa pangangalaga. Ang inyong hatian sa gastos ay pareho para sa network o wala sa network na mga serbisyo ng agarang pangangalaga.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa paningin Babayaran namin ang mga pang-outpatient na serbisyo ng doktor para sa pagtuklas at paggamot ng karamdaman at mga pinsala sa mata. Halimbawa, kabilang dito ang mga taunang pagsusuri sa mata para sa retinopathy ng may diyabetis para sa mga taong may diyabetis at paggamot para sa macular degeneration na nauugnay sa edad. Para sa mga taong mataas ang panganib sa glaucoma, babayaran namin ang isang pag-screen para sa glaucoma bawat taon. Ang mga taong may mataas na panganib ng glaucoma ay kinabibilangan ng: — Mga taong may kasaysayan sa pamilya ng glaucoma — Mga taong may diyabetis — Mga Aprikanong-Amerikano na nasa edad 50 at pataas — Mga Espanyol na Amerikano na edad 65 o higit pa Kung mayroon kayong dalawang hiwalay na operasyon sa katarata, dapat kayong kumuha ng isang pares ng salamin pagkatapos ng bawat operasyon. Hindi kayo maaaring kumuha ng dalawang pares ng salamin pagkatapos ng ikalawang operasyon, kahit pa hindi kayo kumuha ng isang pares ng salamin pagkatapos ng unang operasyon.	$0

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pangangalaga sa paningin (Karagdagan) Nakipagsosyo kami sa VSP para mabigyan ka ng higit na halaga para sa mga karaniwan mong pangangailangan sa paningin! Kasama sa saklaw ang: • Isang regular na pagsusuri sa mata bawat taon ng kalendaryo • Isang panustos sa kasuotang pangmata Maaari mong gamitin ang iyong panustos sa kasuotang pangmata para makabili ng: • Mga contact lens* • Mga salamin sa mata (mga lente at frame) • Mga lente ng salamin sa mata at/o mga frame • Mga upgrade (gaya ng, tinted, U-V, polarized o photochromatic na mga lente). *Kung pipiliin mo ang mga contact lens, ang iyong panustos sa kasuotang pangmata ay maaari ding gamitin upang bayaran ang lahat o bahagi ng iyong bayarin sa pagsukat ng contact lens. Responsibilidad mong magbayad para sa anumang pang-corrective na kasuotang pangmata na lampas sa limitasyon ng plano sa panustos sa kasuotang pangmata. Magbabayad ka ng $0 para sa hanggang isang regular na pagsusuri sa mata (at repraksyon) para sa mga salamin sa mata bawat taon ng kalendaryo. May allowance ka para sa salamin sa mata na $200 bawat taon ng kalendaryo. Para sa iyong regular na pagsusuri sa mata, upang makahanap ng tagapagkaloob ng serbisyo sa network para sa regular na pang-iwas sa sakit sa mata na malapit sa iyo, maaari kang: Maghanap online gamit ang aming kasangkapan sa online na paghahanap para sa tagapagkaloob ng serbisyong suplemento sa paningin sa MolinaHealthcare.com/Medicare. Ang mga karagdagang benepisyo ay inaalok ng plano upang tumulong sa mga bagay o serbisyo na karaniwang hindi saklaw ng Medicare. Ang lahat ng mga benepisyo ay dapat gamitin sa taon ng plano at magagamit lamang kung ikaw ay nakatala sa oras na ibinigay ang mga serbisyo. **Maaari mong ma-access ang mga karagdagang serbisyo ng optometry, appliance na pang-mata, at tulong sa mahinang paningin sa pamamagitan ng iyong mga benepisyo sa Medi-Cal.**	Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa benepisyong ito. Maaaring malapat ang mga limitasyon at pagbubukod.

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	"Maligayang Pagdating sa Medicare" na pang-iwas na pagbisita Sinasaklaw namin ang minsanang "Welcome sa Medicare" pang-iwas na pagbisita. Kasama sa pagbisita ang: • pagsusuri ng iyong kalusugan, • edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga serbisyong pang-iwas sa sakit na kailangan mo (kabilang ang mga pagsusuri at mga bakuna), **at** • mga referral para sa ibang pangangalaga kung kailangan mo ito. **Tandaan:** Sinasaklaw lang namin ang "Welcome sa Medicare" na pang-iwas sa sakit na pagbisita sa unang 12 buwan na mayroon kang Medicare Bahagi B. Kapag gumawa ka ng iyong appointment, sabihin mo sa tanggapan ng iyong doktor na gusto mong iiskedyul ang iyong "Welcome sa Medicare" na pang-iwas sa sakit na pagbisita.	$0 Walang coinsurance, copayment, o deductible para sa pang-iwas na pagbisita na "Welcome sa Medicare".

	Mga serbisyong binabayaran ng aming plano	Ano ang dapat mong bayaran
	Pandaigdigang emergency/agarang saklaw (Karagdagan) Bilang karagdagang benepisyo, kasama sa inyong saklaw ang hanggang $10,000 bawat taon ng kalendaryo para sa pandaigdigang emergency/ agarang pangangalaga sa labas ng United States (U.S.). Limitado ang benepisyong ito sa mga serbisyo na nauuri bilang emergency o agarang pangangalaga kung ang pangangalaga ay ibinigay sa U.S. Kasama sa pandaigdigang saklaw ang pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga, transportasyon ng pang-emergency na ambulansya mula sa pinangyarihan ng isang emergency patungo sa pinakamalapit na pasilidad ng pagamutan at pangangalaga para sa pagpapagaling. Sinasaklaw ang mga serbisyo ng ambulansya sa mga sitwasyon kung saan ang pagpunta sa emergency room sa anumang ibang paraan ay maaaring maglagay sa inyong kalusugan sa kapahamakan. Kapag nangyari ang mga sitwasyong ito, hinihiling namin na tawagan ninyo kami o ang isang taong nag-aalaga sa inyo. Susubukan naming ayusin para sa mga tagapagkaloob ng serbisyo sa network na pamahalaan ang inyong pangangalaga sa sandaling mapahihintulutan ng inyong medikal na kondisyon at mga kalagayan. 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. 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. Ibig sabihin ng U.S. ay ang 50 estado, ang Distrito ng Columbia, Puerto Rico, Virgin Islands, Guam, Northern Mariana Island, at American Samoa.	$0 Kung nakatanggap kayo ng pang-emergency na pangangalaga sa labas ng U.S. at nangangailangan kayo ng pangangalaga para sa pasyente pagkatapos na mapabuti ang inyong pang-emergency na kondisyon, dapat kayong bumalik sa isang ospital na nasa loob ng network upang patuloy na masaklaw ang inyong pangangalaga O dapat mayroon kayong pangangalaga para sa pasyente sa ospital na wala sa network na awtorisado ng plano. Ang inyong gastos ay ang hatian sa gastos na babayaran ninyo sa isang ospital na nasa network. Nalalapat ang maximum na plano. Maaaring kailanganin mong maghain ng paghahabol para sa pagbabalik-bayad sa emerhensiya/agarang pangangalaga na natanggap sa labas ng U.S. Ang maximum ng Plano na $10,000 bawat taon ng kalendaryo ay nalalapat para sa benepisyong ito.

E. Mga Suporta sa Komunidad

Maaari kang makakuha ng mga suporta sa ilalim ng iyong Indibidwal na Plano ng Pangangalaga. Ang Mga Suporta sa Komunidad ay medikal na naaangkop at matipid sa gastos na mga alternatibong serbisyo o setting sa mga sinasaklaw sa ilalim ng Plano ng Estado ng Medi-Cal . Opsiyonal ang mga serbisyong ito para sa mga miyembro. Kung kuwalipikado ka, ang mga serbisyong ito ay maaaring makatulong sa iyo na mas mamuhay nang nakapag-iisa. Hindi pinapalitan ng mga ito ang mga benepisyo na natatanggap mo na sa ilalim ng Medi-Cal.

Mga Serbisyong Paghahanap ng Malilipatang Bahay: Tinutulungan ang mga miyembro na nakakaranas ng kawalan ng tirahan sa pagkuha ng pabahay sa pamamagitan ng pagbibigay ng suporta sa mga item tulad ng

mga aplikasyon sa pabahay, adbokasiya ng mga benepisyo, pagkuha ng mga magagamit na sanggunian, at pagbibigay ng tulong sa mga landlord sa paglipat.

Kwalipikasyon:

- Mga miyembrong binigyan ng priyoridad para sa isang permanenteng pansuportang yunit ng pabahay o mapagkukunan ng subsidyo sa pag-upa sa pamamagitan ng lokal na Coordinated Entry System (CES) o katulad na sistema para sa walang tahanan; o
- Mga miyembrong nakakatugon sa kahulugan ng Pabahay at Panlungsod na Pagpapaunlad (HUD) sa walang tirahan at tumatanggap ng Masulong na Pamamahala ng Pangangalaga (ECM), o may isa o higit pang malubhang paulit-ulit na kondisyon at/o malubhang sakit sa isip at/o nasa panganib ng institusyonalisasyon o nangangailangan ng mga serbisyo sa tirahan bilang resulta ng isang sakit na dulot ng paggamit ng sangkap; o
- Mga miyembrong nakakatugon sa depinisyon ng HUD sa nasa panganib ng kawalan ng tirahan gaya ayon sa tinukoy sa Seksyon 91.5 ng Pamagat 24 ng Pamantayan ng mga Regulasyon ng Pederal; o
- Mga miyembrong nasa panganib na makaranas ng kawalan ng tirahan at may isa o higit pang malubhang paulit-ulit na kondisyon; may malubhang sakit sa isip; nasa panganib ng institusyonalisasyon o labis na dosis o nangangailangan ng mga serbisyo sa tirahan dahil sa sakit na dulot ng paggamit ng sangkap o may Malubhang Pagkagambala sa Emosyon (mga bata at kabataan); tumatanggap ng ECM; o isang Kabataang nasa Transisyon na Edad na may malalaking hadlang sa katatagan para sa pabahay, tulad ng isa o higit pang mga hatol, kasaysayan para sa foster care, pagkakasangkot sa sistema ng hustisyang pambata o pangkriminal na hustisya, at/o may malubhang sakit sa isip at/o isang bata o kabataang may malubhang kaguluhan sa emosyon at/o naging biktima ng trafficking o karahasan sa tahanan.

Mga Deposito sa Pabahay: Tinutulungan ang mga miyembrong nakararanas ng kawalan ng tirahan sa pagtukoy, pag-uugnay, pagkuha, o pagpopondo sa isang beses na mga serbisyo at pagbabago na kinakailangan upang mabigyang-daan ang isang tao na magtatag ng simpleng sambahayan na walang silid at pagkain. Ang mga serbisyong ito ay dapat matukoy na makatwiran at kinakailangan sa pang-indibidwal na plano ng suporta sa pabahay ng indibidwal at magagamit lamang kapag hindi makatugon ang miyembro sa naturang gastos. Dapat tumatanggap o naka-refer ang mga miyembro para sa Mga Serbisyong Paghahanap ng Mailipatang Bahay CS.

Kwalipikasyon:

- Mga miyembro tumanggap ng mga Serbisyong Paghahanap ng Mailipatang Bahay CS; o
- Mga miyembrong binigyan ng priyoridad para sa isang permanenteng pansuportang yunit ng pabahay o mapagkukunan ng subsidyo sa pag-upa sa pamamagitan ng lokal na CES o katulad na sistema; o
- Mga miyembrong nakakatugon sa depinisyon ng HUD sa walang tirahan at tumatanggap ng ECM, o may isa o higit pang malubhang paulit-ulit na kondisyon at/o malubhang sakit sa isip at/o nasa panganib ng institusyonalisasyon o nangangailangan ng mga serbisyo sa tirahan bilang resulta ng isang sakit na dulot ng paggamit ng sangkap.
- Paghihigpit/Limitasyon: Mayroon isang beses sa buong buhay ng isang miyembro. Ang mga Deposito sa Pabahay ay maaari lamang maaprubahan nang isang karagdagang pagkakataon. Ang nag-refer ay dapat magbigay ng dokumentasyon sa kung anong mga kundisyon ang nagbago upang maipakita kung bakit magiging mas matagumpay ang pagbibigay ng mga Deposito sa Pabahay sa ikalawang pagtatangka.

Mga Serbisyo sa Pangungupahan sa Pabahay at Pagpapanatili: Nagbibigay ng mga serbisyo sa pangungupahan at pagpapanatili upang mapanatili ang ligtas at matatag na paninirahan sa sandaling makuha ang pabahay para sa mga miyembrong nakararanas ng kawalan ng tirahan at ngayon ay mayroong bagong tirahan.

Kwalipikasyon:

- Mga miyembrong tumanggap ng mga Serbisyo sa Paghahanap ng Mailipatang Bahay CS; o
- Mga miyembrong binigyan ng priyoridad para sa isang permanenteng pansuportang yunit ng pabahay o mapagkukunan ng subsidyo sa pag-upa sa pamamagitan ng lokal na CES o katulad na sistema; o
- Mga miyembrong nakakatugon sa depinisyon ng HUD sa walang tirahan at tumatanggap ng ECM, o may isa o higit pang malubhang paulit-ulit na kondisyon at/o malubhang sakit sa isip at/o nasa panganib ng institusyonalisasyon o nangangailangan ng mga serbisyo sa tirahan bilang resulta ng isang sakit na dulot ng paggamit ng droga.
- Mga miyembrong nakakatugon sa depinisyon ng HUD na nasa panganib ng kawalan ng tirahan gaya ayon sa tinukoy sa Seksyon 91.5 ng Titulo 24 ng Pamantayan ng mga Regulasyon ng Pederal; o
- Mga miyembrong nasa panganib na makaranas ng kawalan ng tirahan at may isa o higit pang malubhang paulit-ulit na kondisyon; may malubhang sakit sa isip; nasa panganib ng institusyonalisasyon o labis na dosis o nangangailangan ng mga serbisyo sa tirahan dahil sa sakit na dulot ng paggamit ng sangkap o may Malubhang Pagkagambala sa Emosyon (mga bata at kabataan); tumatanggap ng ECM; o isang Kabataang nasa Transisyon na Edad na may malalaking hadlang sa katatagan para sa pabahay, tulad ng isa o higit pang mga hatol, kasaysayan para sa foster care, pagkakasangkot sa sistema ng hustisyang pambata o pangkriminal na hustisya, at/o may malubhang sakit sa isip at/o isang bata o kabataang may malubhang kaguluhan sa emosyon at/o naging biktima ng trafficking o karahasan sa tahanan.
- Paghihigpit/Limitasyon: Ang Mga Serbisyo sa Pangungupahan sa Pabahay at Pagpapanatili ay available lamang para sa isang tagal sa buhay ng indibidwal at maaaring maaprubahan ng isang karagdagang pagkakataon. Ang nag-refer ay dapat magbigay ng dokumentasyon sa kung anong mga kondisyon ang nagbago upang maipakita kung bakit magiging mas matagumpay ang pagbibigay ng Mga Serbisyo sa Pangungupahan sa Pabahay at Pagpapanatili sa ikalawang pagtatangka.

Panandaliang Pabahay Pagkatapos ng Pagkakaospital: Mga miyembrong walang tirahan at may mataas na pangangailangan sa medikal o kalusugan ng pag-uugali na may pagkakataong ipagpatuloy ang kanilang medikal/psychiatric/pagpapagaling sa sakit sa paggamit ng droga kaagad pagkatapos lumabas sa isang inpatient na ospital, residensyal na paggamot, o pasilidad ng pagpapagaling sa paggamit ng droga, residensyal na pasilidad ng paggamot sa kalusugan ng isip, pasilidad ng pagwawasto, pasilidad ng pangangalaga, o pangangalaga sa pagpapagaling at maiwasan ang karagdagang paggamit ng mga serbisyo ng plano ng Estado.

Kwalipikasyon:

- Mga miyembrong may pangangailangan sa medikal o kalusugan ng pag-uugali na nakararanas ng kawalan ng tirahan noong lumabas mula sa ospital, pasilidad ng paggamot sa paggamit ng droga o kalusugan ng isip, pasilidad ng pagwawasto, pasilidad ng pangangalaga, o pangangalaga sa paggaling ay malamang na magresulta sa pagkakaospital, muling pagkakaospital, o muling pagtanggap sa institusyon; at
- Mga miyembrong lumalabas sa pangangalaga sa paggaling; o
- Mga miyembrong lumalabas sa pananatili sa ospital ng inpatient (acute, psychiatric, o Pagdepende sa Kemikal and ospital ng Pagpapagaling), residensyal na paggamot/ pasilidad ng pagpapagaling sa paggamit ng droga, residensyal na pasilidad ng paggamot sa kalusugan ng isip, pasilidad ng pagwawasto, o pasilidad ng pangangalaga AT kung sinong nakakatugon sa isa sa mga sumusunod na tatlong (3) pamantayan:
- Mga miyembrong nakakatugon sa depinisyon ng HUD sa walang tirahan at tumatanggap ng ECM, o may isa o higit pang malubhang paulit-ulit na kondisyon at/o malubhang sakit sa isip at/o nasa panganib ng institusyonalisasyon o nangangailangan ng mga serbisyo sa tirahan bilang resulta ng isang sakit na dulot ng paggamit ng droga.

Pangangalaga sa Paggaling (Medikal na Pahinga): Mga miyembro na nangangailangan ng panandaliang pangangalaga sa tirahan na hindi na nangangailangan ng pagkakaospital ngunit kailangan pa ring magpagaling mula sa isang pinsala o sakit (kabilang ang mga kondisyon sa kalusugan ng pag-uugali) at kung saan ang

kondisyon ay mapapalala ng hindi matatag na kapaligiran sa pamumuhay. Dapat ibigay ang klinikal na impormasyon.

Kwalipikasyon:

- Mga miyembrong nasa panganib ng pagkakaospital o nasa pagkatapos ng pagkakaospital at nakatirang mag-isa nang walang pormal na suporta; o napapaharap sa kawalan ng seguridad sa pabahay o may pabahay na mapanganib sa kanilang kalusugan at kaligtasan nang walang pagbabago; o
- Mga miyembrong nakakatugon sa depinisyon ng Pabahay at Panlungsod na Pagpapaunlad (HUD) sa walang tirahan at tumatanggap ng ECM, o may isa o higit pang malubhang paulit-ulit na kondisyon at/o malubhang sakit sa isip at/o nasa panganib ng institusyonalisasyon o nangangailangan ng mga serbisyo sa tirahan bilang resulta ng isang sakit na dulot ng paggamit ng droga; o
- Mga miyembrong nakakatugon sa depinasyon ng HUD ng nasa panganib ng kawaln ng tirahan; o
- Mga miyembrong nasa panganib na makaranas ng kawalan ng tirahan at may isa o higit pang malubhang paulit-ulit na kondisyon; may malubhang sakit sa isip; nasa panganib ng institusyonalisasyon o labis na dosis o nangangailangan ng mga serbisyo sa tirahan dahil sa sakit na dulot ng paggamit ng sangkap o may Malubhang Pagkagambala sa Emosyon (mga bata at kabataan); tumatanggap ng ECM; o isang Kabataang nasa Transisyon na Edad na may malalaking hadlang sa katatagan para sa pabahay, tulad ng isa o higit pang mga hatol, kasaysayan para sa foster care, pagkakasangkot sa sistema ng hustisyang pambata o pangkriminal na hustisya, at/o may malubhang sakit sa isip at/o isang bata o kabataang may malubhang kaguluhan sa emosyon at/o naging biktima ng trafficking o karahasan sa tahanan.
- Paghihigpit/Limitasyon: Ang Pangangalaga sa Paggaling ay hindi hihigit sa siyamnapung (90) araw sa patuloy na tagal. Ang siyamnapung (90) araw na panahon ng pangangalaga sa paggaling ay maaaring magsimula kung ang miyembro ay muling naospital na may ibang diagnosis sa panahon at/o pagkatapos ng paunang siyamnapung (90) araw na pahintulot, sa kondisyon na natutugunan ang mga pamantayan sa pangangalaga sa paggaling.

Mga Serbisyo na Pagpapahinga: Ibinibigay sa mga tagapag-alaga kapag kapaki-pakinabang ito at kinakailangan upang mapanatili ang miyembro sa kanilang sariling tahanan at upang maiwasan ang pagka-burnout ng tagapag-alaga upang maiwasan ang mga serbisyong institusyonal. Ang mga serbisyo ay ibinibigay sa panandaliang batayan dahil sa kawalan o pangangailangan ng tulong para sa tagapag-alaga at hindi medikal ang kalikasan. Ang serbisyong ito ay pahinga para sa tagapag-alaga lamang at para lamang maiwasan ang mga pagkakalagay sa Pangmatagalang Pangangalaga.

- Mga miyembrong nakakatugon sa depinisyon ng HUD sa nasa panganib ng kawalan ng tirahan gaya ayon sa tinukoy sa Seksyon 91.5 ng Pamagat 24 ng Pamantayan ng mga Regulasyon ng Pederal; o
- Mga miyembrong nasa panganib na makaranas ng kawalan ng tirahan at may isa o higit pang malubhang paulit-ulit na kondisyon; may malubhang sakit sa isip; nasa panganib ng institusyonalisasyon o labis na dosis o nangangailangan ng mga serbisyo sa tirahan dahil sa sakit na dulot ng paggamit ng sangkap o may Malubhang Pagkagambala sa Emosyon (mga bata at kabataan); tumatanggap ng ECM; o isang Kabataang nasa Transisyon na Edad na may malalaking hadlang sa katatagan para sa pabahay, tulad ng isa o higit pang mga hatol, kasaysayan para sa foster care, pagkakasangkot sa sistema ng hustisyang pambata o pangkriminal na hustisya, at/o may malubhang sakit sa isip at/o isang bata o kabataang may malubhang kaguluhan sa emosyon at/o naging biktima ng trafficking o karahasan sa tahanan.
- Paghihigpit/Limitasyon: Ang Panandaliang Pabahay Pagkatapos Maospital ay magagamit nang isang beses sa buong buhay ng miyembro at hindi maaaring lumampas sa anim (6) na buwan (ngunit maaaring pahintulutan para sa mas maikling panahon batay sa mga pangangailangan ng miyembro).

Kwalipikasyon:

- Mga miyembrong nakatira sa komunidad at nakokompromiso sa kanilang mga Aktibidad sa Pang-araw-araw na Pamumuhay (ADLs) na nangangailangan ng pagdepende sa isang kuwalipikadong tagapag-alaga, at ang kuwalipikadong tagapag-alaga, na nagbibigay ng karamihan ng suporta sa miyembro, ay nangangailangan ng pahinga ng tagapag-alaga upang maiwasan ang pagkakalagay sa institusyon para sa miyembro; o
- Ang miyembro ay isang bata na dati nang nakatanggap ng mga serbisyo sa pahinga sa ilalim ng pediatrics palliative care waiver.
- Paghihigpit/Limitasyon: Ang mga serbisyong ito, kasama ng anumang mga serbisyong direktang pangangalaga na natatanggap, ay hindi maaaring lumampas sa 24 na oras bawat araw ng pangangalaga. Pinakamataas sa mga Serbisyo sa Pagpapahinga ang 336 na oras bawat taon ng kalendaryo.

Mga Programang Pang-araw na Habilitasyon: Ibinibigay sa bahay ng isang miyembro o sa labas ng bahay, hindi pasilidad na lugar upang matulungan ang mga miyembro sa pagkuha, pagpapanatili, at pagpapabuti sa pagtulong sa sarili, pakikisalamuha, at mga kakayahang umangkop na kinakailangan upang matagumpay na makapanirahan sa natural na kapaligiran ng miyembro.

Kwalipikasyon:

- Mga miyembro na nakakaranas ng kawalan ng tirahan; o
- Mga miyembrong umalis sa kawalan ng tirahan at pumasok sa pabahay sa nakalipas na 24 na buwan; o
- Mga miyembrong nasa panganib na mawalan ng tirahan o institusyonalisasyon na ang katatagan ng pabahay ay maaaring mapabuti sa pamamagitan ng paglahok sa programang pang-araw na habilitasyon.

Paglipat/Paglihis sa Pasilidad ng Pangangalaga sa mga Pasilidad ng Tinulungang Pamumuhay, gaya ng mga Pasilidad ng Pangangalaga sa Tirahan para sa mga Pasilidad na Tirahan ng Matatanda at Nasa Hustong Gulang: Tumutulong sa mga miyembro na manirahan sa komunidad at/o maiwasan ang institusyonalisasyon kung posible. Pinapadali ang paglipat sa pasilidad ng pangangalaga pabalik sa isang parang tahanan, lugar ng komunidad at/o pinipigilan ang mga pagkatanggap sa dalubhasang pangangalaga para sa mga miyembrong may napipintong pangangailangan para sa antas ng pangangalagang pag-aruga (LOC). Ang mga miyembro ay may pagpipilian na manirahan sa isang lugar ng tinutulungang pamumuhay bilang alternatibo sa pangmatagalang pagkakalagay sa isang pasilidad ng pangangalaga kapag natugunan nila ang mga kinakailangan sa pagiging karapat-dapat. Ang Mga Transisyon sa Komunidad ng California (CCT) ay dapat na masiyasat at magamit bago ang Suporta ng Komunidad na ito.

Kwalipikasyon:

Paglipat sa Pasilidad ng Pangangalaga:

- Nanirahan nang mahigit 60 araw sa isang pasilidad ng pangangalaga; at handang manirahan sa isang lugar ng tinutulungang pamumuhay bilang alternatibo sa isang pasilidad ng pangangalaga; at kayang manirahan nang ligtas sa isang pasilidad ng tinutulungang pamumuhay na may naaangkop at matipid sa gastos na mga suporta.

Paglihis sa Pasilidad ng Pangangalaga:

- Interesado na manatili sa komunidad; at handa at kayang manirahan nang ligtas sa isang pasilidad ng tinutulungang pamumuhay na may naaangkop at murang mga suporta at serbisyo; at dapat ay kasalukuyang tumatanggap ng medikal na kinakailangang pasilidad ng pangangalaga LOC o matugunan ang pinakamababang pamantayan para makatanggap ng pasilidad ng pangangalaga LOC at bilang kapalit ng pagpasok sa isang pasilidad, ay pinipiling manatili sa komunidad at patuloy na tumanggap ng kinakailangang medikal na mga serbisyo sa pasilidad ng pangangalaga LOC sa isang pasilidad ng tinutulungang pamumuhay.

Mga Paghihigpit/Limitasyon: Direktang responsable ang mga miyembro sa pagbabayad ng kanilang sariling mga gastusin sa pamumuhay.

Mga Serbisyo sa Paglipat sa Komunidad/Paglipat sa Pasilidad ng Pangangalaga sa isang Tahanan: Tinutulungan ang mga miyembro na nakatira dati sa isang pasilidad ng pangangalaga na manirahan sa komunidad at maiwasan ang karagdagang institusyonalisasyon sa pamamagitan ng pagsuporta sa mga miyembro na manatili sa isang pribadong tirahan at saklawin ang hindi paulit-ulit na mga gastos sa pag-setup.

Kwalipikasyon:

- Ang mga miyembrong kasalukuyang tumatanggap ng mga medikal na kinakailangang serbisyo sa antas ng pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga (LOC) at bilang kapalit ng pananatili sa pasilidad ng pangangalaga o lugar ng Medikal Pagpapahinga, ay pinipiling lumipat sa bahay at patuloy na tumanggap ng medikal na kinakailangang mga serbisyo ng pasilidad ng pangangalaga LOC; at
  - Nanirahan nang 60+ araw sa isang tahanan ng narsing at/o lugar ng Medikal na Pagpapahinga; at
  - Interesado na bumalik sa komunidad; at
  - Nagagawang manirahan nang ligtas sa komunidad nang may naaangkop at matipid na suporta at serbisyo.
- Paghihigpit/Limitasyon: Mga serbisyo sa Paglipat ng Komunidad/Paglipat ng Pasilidad ng Pangangalaga sa isang bahay ay available isang beses sa buong buhay ng isang indibidwal na may maximum sa panghabambuhay na $7,500. Mga Serbisyo sa Paglipat sa Komunidad/Paglipat sa Pasilidad ng Pangangalaga sa isang Tahanan ay maaari lamang maaprubahan nang isang karagdagang pagkakataon. Ang nag-refer ay dapat magbigay ng dokumentasyon na napilitang lumipat ang miyembro mula sa isinaayos na paninirahan sa pinapatakbo ng tagapagbigay ng serbisyo patungo sa isinaayos na paninirahan sa isang pribadong tirahan sa pamamagitan ng mga pangyayari na hindi nila kontrolado.

Hindi kasama sa mga Serbisyo sa Paglipat sa Komunidad ang buwanang renta o gastos sa mortgage, pagkain, mga regular na singil sa yutilidad, at/o mga gamit sa bahay o mga bagay na inilaan lang para sa mga layuning panlilibang/libangan.

Mga Serbisyo sa Personal na Pangangalaga at Pag-asikaso sa Bahay: Nagbibigay ng pangangalaga para sa mga miyembrong nangangailangan ng tulong sa mga Aktibidad ng Pang-araw-araw na Pamumuhay (ADL) at mga Instrumental na Aktibidad ng Pang-araw-araw na Pamumuhay (IADL).

Kwalipikasyon:

- Mga miyembrong nanganganib na ma-ospital o ma-institutionalize sa isang pasilidad ng pangangalaga o may mga kakulangan sa paggana at walang ibang sapat na sistema ng suporta sa:
  - Mga pangangailangan na lampas ng anumang naaprubahang mga oras ng Pansuportang Mga Serbisyo Sa Tahanan (IHSS) ng county kung kailan kinakailangan ang mga karagdagang oras (nakabinbing muling pagtatasa); o
  - Unang ini-refer sa IHSS at sa panahon ng paghihintay sa IHSS upang maaprubahan at makakuha ng tagapag-alaga (Dapat nai-refer na ang miyembro sa Pansuportang Mga Serbisyo Sa Tahanan); o

- Ang mga miyembro ay hindi karapat-dapat na tumanggap ng Pansuportang Mga Serbisyo Sa Tahanan at nangangailangan ng tulong upang maiwasan ang panandaliang pananatili sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga na hindi maaaring lumampas sa 60 araw.

Mga Adaptasyon sa Aksesibilidad sa Kapaligiran (Mga Pagbabago sa Tahanan): Ang mga pisikal na adaptasyon sa isang tahanan na kinakailangan upang matiyak ang kalusugan, kapakanan, at kaligtasan ng miyembro, o magawa ang miyembro na gumana nang may higit na kalayaan sa tahanan: kung wala ang miyembro ay mangangailangan ng institusyonalisasyon.

Kwalipikasyon:

Mga miyembrong nasa panganib para sa institusyonalisasyon sa isang pasilidad ng pangangalaga.

- Mga Paghihigpit/Limitasyon: Ang mga EAA ay mababayaran hanggang sa kabuuang panghabambuhay na maximum na $7500. Ang tanging mga pagbubukod sa $7500 na kabuuang maximum ay kung nagbago ang lugar na tirahan ng miyembro o kung nagbago ang kondisyon ng miyembro nang malaki na ang mga karagdagang pagbabago ay kinakailangan upang matiyak ang kalusugan, kapakanan, at kaligtasan ng miyembro, o kinakailangan upang mabigyang-daan ang miyembro na gumana nang may higit na kalayaan sa tahanan at maiwasan ang institusyonalisasyon o ospital.

Medikal na Pansuportang Pagkain/Mga Pagkain/Mga Medikal na Iniaangkop na Pagkain: Nagbibigay ng mga pagkain para sa mga miyembrong kakalabas kamakailan mula sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga o upang matugunan ang mga natatanging pangangailangan sa pagkain ng mga miyembrong may malalang kondisyon.

Kwalipikasyon:

- Ang mga miyembrong pinalabas mula sa ospital o isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga o mataas ang panganib na ma-ospital o mailagay sa tahanan ng narsing na ini-refer at nakakatugon sa pamantayan ay makakatanggap ng hanggang dalawang (2) pagkain kada araw, at/o medikal na pansuportang pagkain hanggang sa apat (4) na linggo bawat pagkaospital sa pinakamataas na labindalawang (12) linggo sa isang taon ng kalendaryo.
- Mga indibidwal na may mga paulit-ulit kondisyon, tulad ng ngunit hindi limitado sa diyabetis, mga sakit sa baga, pagbara na pagpalya ng puso, stroke, mga paulit-ulit na sakit sa baga, human immunodeficiency virus (HIV), kanser, gestational na diyabetis, o iba pang mataas ang panganib na kondisyon ng perinatal, at paulit-ulit o nakakapanira na karamdaman sa kalusugan ng pag-uugali.

Mga Sentrong Palipasan ng Lasing: Nagbibigay ng mga alternatibong destinasyon para sa mga miyembrong napag-alamang lasing sa publiko (dahil sa alak at/o iba pang droga) at kung hindi man ay dadalhin sa departamento ng emerhensiya o kulungan. Ang saklaw na serbisyo ay para sa tagal na mas mababa sa 24 na oras.

Kwalipikasyon:

- Ang mga miyembrong may edad na 18 at mas matanda na lasing ngunit may kamalayan, nakikipagtulungan, nakakalakad, hindi marahas, at walang anumang medikal na pagkabalisa (kabilang ang mga sintomas ng nakababanta sa buhay na withdrawal o malinaw na nakikitang mga sintomas) at kung hindi ay dadalhin sa departamento ng emerhensiya o kulungan o nadala sa isang departamento ng emerhensiya at nararapat na madala sa isang Sentrong Palipasan ng Lasing.

Paglunas sa Hika: Tumutulong sa mga miyembro sa pamamagitan ng pagtukoy, pagkoordina, pagkuha, o pagpondo sa mga serbisyo at pagbabago na kinakailangan sa kapaligiran ng tahanan upang matiyak ang kalusugan, kapakanan, at kaligtasan ng indibidwal o upang magawang gumana ang indibidwal sa tahanan nang walang mga talamak na yugto ng hika, na maaaring magresulta sa pangangailangan para sa mga serbisyong pang-emerhensiya at pagpapaospital. Ang referral ay dapat pirmahan ng isang lisensyadong propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

Kwalipikasyon:

- Ang mga miyembrong mahina ang pagkontrol sa hika (tinutukoy sa pagbisita sa departamento ng emerhensiya o pagpapa-ospital o dalawang Doktor ng Pangunahing Pangangalaga (PCP) o mga agarang pagbisita para sa pangangalaga sa nakalipas na 12 buwan o sa marka na 19 o mas mababa sa Pagsusuri na Pagkontrol sa Hika) kung saan ang isang lisensyadong tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan ay nagdokumento na malamang na makatutulong ang mga serbisyo para maiwasan ang mga pagkakaospital na may kaugnayan sa hika, mga pagbisita sa departamento ng emerhensiya, o iba pang mga serbisyong may mataas na halaga.
- Paghihigpit/Limitasyon: Ang pagpopondo sa Proyektong Pagpapagaan sa Hika ay dapat na siyasatin at gamitin bago ang CS. Ang Paglunas sa Hika ay magagamit isang beses sa buong buhay ng isang indibidwal na may pinakamataas sa panghabambuhay na $7,500. Ang Paglunas sa Hika ay maaari lamang maaprubahan nang isang karagdagang pagkakataon. Ang nag-refer ay dapat na magbigay ng dokumentasyon na naglalarawan sa mga makabuluhang pagbabago sa kundisyon na kinakailangan ang mga karagdagang pagbabago upang matiyak ang kalusugan, kapakanan, at kaligtasan ng miyembro, o kinakailangan upang maaari ang miyembro na gumana nang may higit na kalayaan sa tahanan at maiwasan ang institusyonalisasyon o pagkakaospital.

Lahat ng Suporta sa Komunidad, maliban sa mga Sentrong Palipasan ng Lasing, ay nangangailangan ng paunang pag-apruba ng Molina.

Kung kailangan mo ng tulong o gusto mong malaman kung aling mga Suporta sa Komunidad ang maaaring available para sa iyo, tumawag sa (888) 665-4621, TTY: 711 o tawagan ang iyong tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan.

F. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano

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

F1. Mga Transisyon ng Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT)

Gumagamit ang programa ng Mga Transisyon ng Komunidad ng California (CCT) ng mga lokal na Nangungunang Organisasyon para tulungan ang mga karapat-dapat na benepisyaryo ng Medi-Cal, na nanirahan sa isang pasilidad ng inpatient nang hindi bababa sa 90 magkakasunod na araw, nag-transisyon pabalik sa, at nananatiling ligtas sa, isang setting ng komunidad. Pinopondohan ng programang CCT ang mga serbisyo sa pagsasaayos ng transition bago ang mismong transition at sa loob ng 365 araw pagkatapos ng transition upang matulungan ang mga benepisyaryong bumalik sa isang komunidad.

Maaari kayong makakuha ng mga serbisyo sa koordinasyon ng paglipat mula sa anumang Nangungunang Organisasyon ng CCT na naglilingkod sa county na inyong tinitirhan. Makakakita kayo ng listahan ng Nangungunang Organisasyon ng CCT at ang mga county na kanilang pinaglilingkuran sa website ng Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

Para sa mga serbisyo sa pagsasaayos ng paglipat ng CCT

Babayaran ng Medi-Cal ang mga serbisyo sa pagsasaayos ng paglipat. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong hindi nauugnay sa inyong paglipat ng CCT

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

Habang nakakakuha kayo ng mga serbisyo ng koordinasyon ng transisyon ng CCT, binabayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Tsart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D.**

Walang pagbabago sa benepisyo sa saklaw ng gamot

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

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalaga sa paglipat na hindi CCT, tawagan ang iyong koordinador ng pangangalaga para ayusin ang mga serbisyo. Ang pangangalaga sa paglipat na hindi CCT ay pangangalagang **hindi** nauugnay sa iyong paglipat mula sa isang institusyon o pasilidad.

F2. Medi-Cal Dental

Ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin ay makukuha sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental. Ang higit pang impormasyon ay nasa website ng SmileCalifornia.org. Kasama sa Medi-Cal Dental ngunit hindi limitado sa, mga serbisyong tulad ng:

- paunang mga pagsusuri, X-ray, paglilinis, at paggamot ng fluoride
- mga pagpapanumbalik at mga korona
- therapy na root canal
- bahagya at kumpletong pustiso, pag-aadjust, pagkukumpuni, at mga reline

Para sa higit pang impormasyon kaugnay sa mga benepisyo sa ngipin na makukuha sa Medi-Cal Dental, o kung kailangan mo ng tulong sa paghahanap ng dentista na tumatanggap ng Medi-Cal, makipag-ugnayan sa linya ng serbisyo sa kostumer sa 1-800-322-6384 (ang mga gumagamit ng TTY ay tumawag sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental ay handang tumulong sa iyo 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari mo ring bisitahin ang website sa smilecalifornia.org/ para sa karagdagang impormasyon.

Sa mga county ng Sacramento at Los Angeles, maaari mong makuha ang mga benepisyo sa ngipin ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Dental Managed Care (DMC) na plano. Kung gusto mo ng karagdagang impormasyon tungkol sa mga plano sa ngipin ng Medi-Cal o kung gustong gumawa ng mga pagbabago, makipag-ugnayan ka sa Health Care Options sa 1-800-430-4263 (ang mga gumagamit ng TTY ay tumawag sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Libre ang tawag. Available din ang mga kaugnayan sa DMC dito: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. http://www.hpsm.org/dental

Tandaan: Nag-aalok ang aming plano ng mga karagdagang serbisyo sa ngipin. Sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D** para sa karagdagang impormasyon.

F3. Pangangalaga ng hospisyo

Mayroon kayong karapatang pumili ng hospisyo kung natukoy ng inyong tagapagkaloob at ng direktor ng medikal na hospisyo na mayroon kayong nakamamatay na karamdaman. Nangangahulugan ito na mayroon kayong malubhang karamdaman at inaasahan na mayroong anim na buwan o mas mababa para mabuhay. Puwede kayong makakuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Dapat tulungan kayo ng plano na makahanap ng mga programa sa hospisyo na sertipikado ng Medicare. Puwedeng tagapagkaloob ng network o tagapagkaloob na wala sa network ang doktor ninyo sa hospisyo.

Sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung ano ang binabayaran namin habang kumukuha kayo ng mga serbisyo sa pangangalaga sa hospisyo.

Para sa mga serbisyo ng hospisyo at mga serbisyong sakop ng Medicare Bahagi A o Medicare Bahagi B na nauugnay sa iyong taning

- Sisingilin ng tagapagkaloob na nasa hospisyo ang Medicare para sa inyong mga serbisyo. Babayaran ng Medicare ang mga serbisyo sa hospisyo na nauugnay sa inyong nakamamatay na karamdaman. Wala kang babayaran para sa mga serbisyong ito.

Para sa mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare Bahagi A o Medicare Bahagi B na hindi nauugnay sa iyong terminal na prognosis:

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

Para sa mga gamot na maaaring sinasaklaw ng Medicare Bahagi D na benepisyo ng aming plano

- Hindi kailanman saklaw ng parehong hospisyo at ng aming plano nang sabay ang mga gamot. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Tandaan: Kung mayroon kang malubhang karamdaman, maaari kang maging karapat-dapat para sa palliative na pangangalaga, na nagbibigay ng nakabatay sa pangkat na pangangalaga sa pasyente at nakasentro sa pamilya na pangangalaga upang mapabuti ang kalidad ng iyong buhay. Maaari kang makatanggap ng palliative na pangangalaga kasabay ng curative/regular na pangangalaga. Pakitingnan ang seksyong Palliative na Pangangalaga sa itaas para sa higit pang impormasyon.

Tandaan: Kung kailangan mo ng pangangalagang hindi hospisyo, tawagan ang iyong koordinador ng pangangalaga para ayusin ang mga serbisyo. Hindi nauugnay ang pangangalagang hindi hospisyo sa terminal na sakit mo.

F4. Mga Serbisyong Tulong sa Tahanan (IHSS)

- The IHSS Program will help pay for services provided to you so that you can remain safely in your own home. IHSS is considered an alternative to out-of-home care, such as nursing homes or board and care facilities.
- The types of services which can be authorized through IHSS are housecleaning, meal preparation, laundry, grocery shopping, personal care services (such as bowel and bladder care, bathing, grooming and paramedical services), accompaniment to medical appointments, and protective supervision for the mentally impaired.
- Your care coordinator can help you apply for IHSS with your county social service agency. For information on county-specific social services agency information, visit https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

F5. 1915(c) Mga Serbisyong Nakabatay sa Tahanan at Komunidad (HCBS) Mga Programang Pagwawaksi

Waiver ng Tinutulungang Pamumuhay (ALW)

- Nag-aalok ang Waiver ng Tinutulungang Pamumuhay (ALW) sa mga karapat-dapat na benepisyaryo ng Medi-Cal ng pagpili na manirahan sa isang setting ng tinutulungang pamumuhay bilang alternatibo sa pangmatagalang pagkakalagay sa isang pasilidad ng nursing. Ang layunin ng ALW ay para mapadali ang transisyon ng pasilidad ng nursing pabalik sa mala-tahanan at komunidad na setting o maiwasan ang mga pagka-admit sa bihasang nursing para sa mga benepisyaryo na may napipintong pangangailangan para sa pagkakalagay sa pasilidad ng nursing.

- Ang mga miyembrong nakatala sa ALW ay maaaring manatiling nakatala sa ALW habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong Ahensiya ng Koordinasyon ng Pangangalaga ng ALW para maikoordina ang mga serbisyong natatanggap mo.
- Matutulungan ka ng iyong koordinator ng pangangalaga na mag-aplay para sa ALW. Para sa impormasyon sa pagsali sa mga ahensiya ng koordinasyon ng pangangalaga ng ALW, bisitahin ang dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

HCBS Waiver para sa mga taga-California na may mga Kapansanan sa Paglaki (HCBS-DD)

Waiver ng Prorama sa Self-Determination ng California (SDP) para sa mga Indibidwal na may mga Kapansanan sa Paglaki

- Mayroong dalawang 1915(c) waiver, ang HCBS-DD Waiver at SDP Waiver, na naghahatid ng mga serbisyo sa mga taong na-diagnose ng kapansanan sa paglaki na nagsisimula bago ang ika-18 kaarawan ng indibidwal at inaasahang magpapatuloy nang walang hanggan. Isang paraan ang parehong mga waiver para pondohan ang ilang mga serbisyo na nagpapahintulot sa mga taong may kapansanan sa paglaki na manirahan sa tahanan o sa komunidad sa halip na manirahan sa isang lisensyadong pasilidad ng kalusugan. Magkasamang pinondohan ang mga gastos para sa mga serbisyong ito ng programang Medicaid ng pederal na pamahalaan at ng Estado ng California. Maaari kang matulungan ng iyong tagakoordina ng pangangalaga na maikonekta sa mga Serbisyong Waiver ng DD.

Alternatibong Waiver ng Tahanan at Nakabatay sa Komunindad (HCBA)

- Naghahatid ang HCBA Waiver ng mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga sa mga taong nasa panganib para sa nursing home o institusyonal na pagkakalagay. Inihahatid ng multidisiplinaryong Pangkat ng Pamamahala ng Kaso ang mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga na binubuo ng isang nars at social worker. Kinokoordina ng pangkat ang mga serbisyo ng Waiver at Plano ng Estado (tulad ng medikal, kalusugan ng pag-uugali, Mga Serbisyong Pansuporta sa Tahanan, atbp.), at nag-aayos para sa iba pang pangmatagalang serbisyo at mga suporta na handang magagamit sa lokal na komunidad. Inihahatid ang pamamahala sa pangangalaga at mga serbisyo ng Waiver sa tirahan ng kalahok na nakabatay sa komunidad. Maaaring ang tirahan ay pribadong pag-aari, nakuha sa pamamagitan ng kasunduan sa pag-upa ng nangungupahan, o tirahan ng miyembro ng pamilya ng isang kalahok.
- Ang mga miyembrong nakatala sa HCBA Waiver ay maaaring manatiling nakatala sa HCBA Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong ahensiya ng HCBA waiver para maikoordina ang mga serbisyong natatanggap mo.
- Matutulungan ka ng iyong tagakoordina ng pangangalaga na mag-aplay para sa HCBA. Para sa impormasyon sa lokal na mga ahensiya ng HCBA, bumisita sa dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx

Programang Waiver ng Medi-Cal (MCWP)

- Naghahatid ang Programang Waiver ng Medi-Cal (MCWP) ng komprehensibong pamamahala ng kaso at mga serbisyo ng direktang pangangalaga sa mga taong may HIV bilang alternatibo sa pangangalaga sa pasilidad ng nursing o pag-papaospital. Nakasentro sa kalahok ang pamamahala ng kaso, pamamaraan ng pangkat na binubuo ng isang rehistradong nars at tagapamahala ng kaso ng social work. Nakikipagtulungan ang mga tagapamahala ng kaso sa kalahok at (mga) tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga, pamilya, (mga) tagapag-alaga, at iba pang tagapagkaloob ng serbisyo, para tasahin ang mga pangangailangan ng pangangalaga para mapanatili ang kalahok sa kanilang tahanan at komunidad.

- Ang mga layunin ng MCWP ay: (1) maghatid ng mga serbisyo sa tahanan at nakabatay sa komunidad para sa mga taong may HIV na maaaring mangailangan ng mga serbisyong institusyonal; (2) tulungan ang mga kalahok sa pamamahala sa kalusugan ng HIV; (3) pagbutihin ang pag-access sa suporta sa kalusugan ng lipunan at pag-uugali at (4) ikoordina ang mga tagapagkaloob ng serbisyo at alisin ang pag-duplicate ng mga serbisyo.
- Ang mga miyembrong nakatala sa MCWP Waiver ay maaaring manatiling nakatala sa MCWP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa iyong ahensiya ng MCWP waiver para maikoordina ang mga serbisyong natatanggap mo.
- Matutulungan ka ng iyong koordinator ng pangangalaga na mag-aplay para sa MCWP. Para sa direktoryo ng mag ahensiya ng MCWP, bisitahin ang cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

Multipurpose Senior Services Program (MSSP)

- Nagbibigay Ang Programang Pangmaraming-layuning Serbisyo sa Senior (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) ng parehong mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga sa lipunan at kalusugan para tulungan ang mga indibidwal na manatili sa kanilang sariling mga tahanan at komunidad.
- Bagama't tumatanggap din ang karamihan sa mga kalahok sa programa ng Mga Serbisyong Pansuporta sa Bahay, nagbibigay ang MSSP ng patuloy na koordinasyon sa pangangalaga, nag-uugnay sa mga kalahok sa iba pang kinakailangang serbisyo at mapagkukunan ng komunidad, nakikipag-koordina sa mga tagapaghatid ng pangangalaga sa kalusugan, at bumibili ng ilang mga kinakailangang serbisyo na hindi magagamit para maiwasan o antalahin ang institusyonalisasyon. Dapat mas mababa ang kabuuang taunang pinagsamang halaga ng pamamahala sa pangangalaga at iba pang mga serbisyo kaysa sa halaga ng pagtanggap ng pangangalaga sa isang pasilidad ng bihasa sa pag-aalaga.
- Naghahatid sa bawat kalahok ang MSSP ang isang pangkat ng mga propesyonal sa serbisyong pangkalusugan at panlipunan ng kumpletong pagsusuri sa kalusugan at sikososyal para matukoy ang mga kinakailangang serbisyo. Pagkatapos nakikipagtulungan ang pangkat sa kalahok ng MSSP, kanilang manggagamot, pamilya, at iba pa para bumuo ng isang isina-indibidwal na plano sa pangangalaga. Kabilang sa mga serbisyo ang:
  - pamamahala ng pangangalaga
  - pangangalaga sa araw ng adulto
  - maliliit na pagkukumpuni/pagpapanatili
  - pandagdag na gawain sa bahay, personal na pangangalaga, at mga serbisyong pangangasiwa ng proteksyon
  - mga serbisyo ng pahinga
  - mga serbisyo sa transportasyon
  - mga serbisyo sa pagpapayo at panterapeutika
  - mga serbisyo sa pagkain
  - mga serbisyo sa komunikasyon.
- Ang mga miyembrong nakatala sa MSSP Waiver ay maaaring manatiling nakatala sa MSSP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa tagapaghatid ng MSSP ninyo para ikoordina ang mga serbisyong natatanggap ninyo.
- Matutulungan kayo ng koordinador ng pangangalaga ninyo na mag-aplay para sa MSSP. Para sa impormasyon sa tagapagbigay ng serbisyo ng MSSP, bisitahin ang https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Multipurpose_Senior_Services_Program/

F6. Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Sakit na Dulot ng Paggamit ng Sangkap)

Mayroon kayong access sa kinakailangang medikal na mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali na saklaw ng pinamamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Ang aming plano ay hindi nagbibigay ng mula sa Medi-Cal na espesyalidad na mga serbisyo para sa kalusugan ng isip o mga serbisyo ng county para sa maling paggamit ng sangkap, ngunit makukuha mo ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng mga ahensiya ng county sa kalusugan ng pag-uugali.

Available para sa inyo ang mga serbisyo sa kalusugang pangkaisipan na espesyalidad ng Medi-Cal sa pamamagitan ng county mental health plan (MHP) kung matutugunan ninyo ang mga pamantayan upang ma-access ang mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip. Ang mga serbisyong espesyalidad sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na ibinibigay ng MHP ng iyong county ay kinabibilangan ng:

- mga serbisyo sa kalusugan ng pag-iisip
- mga serbisyong suporta sa gamot
- masinsinang paggamot sa araw
- rehabilitasyon sa araw
- interbensyon sa krisis
- pagpapapanatag ng krisis
- mga serbisyong paggamot sa bahay para sa mga nasa hustong gulang
- mga serbisyong paggamot sa bahay para sa krisis
- mga serbisyo ng pasilidad sa psychiatric na kalusugan
- mga serbisyo ng ospital sa psychiatric inpatient
- pamamahala sa naka-target na kaso
- mga serbisyong suporta ng mga kasamahan
- mga serbisyong therapeutic sa pag-uugali
- therapeutic na foster care
- koordinasyon ng masinsinang pangangalaga
- mga masinsinang serbisyo sa tahanan

Ang mga serbisyong Sistema ng Organisadong Paghahatid ng Gamot ng Medi-Cal ay magagamit mo sa pamamagitan ng ahensya ng iyong county sa kalusugan ng pag-uugali kung natutugunan mo ang mga pamantayan para matanggap ang mga serbisyong ito. Ang mga serbisyo sa gamot ng Medi-Cal na ibinibigay ng iyong county ay kinabibilangan ng:

- mga serbisyo sa masidhing paggamot sa outpatient
- paggamot sa perinatal residential na karamdamang dulot ng paggamit ng sangkap
- mga serbisyong paggamot sa pasyenteng hindi maoospital
- programang paggamot sa narkotiko
- mga gamot para sa paggamot sa pagkagumon (tinatawag ding Paggamot na Ginagamitan ng Gamot)
- mga serbisyong suporta ng mga kasamahan

Kasama sa Mga Serbisyo ng Organisadong Sistema ng Paghahatid ng Medi-Cal ang:

- mga serbisyong paggamot sa pasyenteng hindi maoospital
- mga serbisyo sa masidhing paggamot sa outpatient
- mga serbisyo na bahagyang pagpapaospital
- mga gamot para sa paggamot sa pagkagumon (tinatawag ding Paggamot na Ginagamitan ng Gamot)

- mga serbisyong paggamot sa bahay
- mga serbisyo na pamamahala ng withdrawal
- programang paggamot sa narkotiko
- mga serbisyong para sa pagpapagaling
- koordinasyon ng pangangalaga
- mga serbisyong suporta ng mga kasamahan

Bukod pa sa mga serbisyong nakalista sa itaas, maaari ninyong i-access ang mga serbisyong detoxification ng boluntaryong inpatient kung matutugunan ninyo ang pamantayan.

Nagbibigay ang Molina Medicare Complete Care Plus ng access sa maraming tagapagkaloob sa kalusugang pangkaisipan at paggamit ng droga. Makikita ang listahan ng mga tagapagkaloob sa website ng Miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus o sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Para sa isang kopya ng pinakanapapanahong Direktoryo ng Tagapagkaloob/Parmasya, o upang makahingi ng karagdagang tulong sa pagpili ng tagapagkaloob ng serbisyo sa kalusugan sa pag-uugali, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Puwedeng kailanganin ninyong kumuha ng Paunang Awtorisasyon para sa ilang mga serbisyo. Kayo o ang inyong Tagapagkaloob ng Kalusugan sa Pag-uugali o ang inyong PCP ay maaaring humiling ng paunang pahintulot mula sa Departamento ng Pamamahala ng Paggamit ng Molina Healthcare sa pamamagitan ng telepono, fax, o koreo batay sa tindi ng pangangailangan sa hinihiling na serbisyo.

Mangyaring sumangguni sa Chart ng mga Benepisyo sa Kabanata 4 para sa impormasyon kung aling mga serbisyo ang nangangailangan ng paunang awtorisasyon. Ang pangangalaga ay dapat matukoy na kinakailangan. Kung kinakailangan, ang ibig naming sabihin ay kailangan mo ang mga serbisyo upang maiwasan, masuri, o magamot ang iyong kondisyon o upang mapanatili ang kasalukuyang kalagayan mo sa kalusugang pangkaisipan. Kabilang dito ang pangangalaga na pumipigil sa iyo na pumunta sa isang ospital o nursing home. Nangangahulugan din ito na natutugunan ng mga serbisyo, supply, o gamot ang mga tinatanggap na pamantayan ng kalusugan sa pag-uugali at medikal na kasanayan.

Kung tumatanggap kayo ng mga serbisyo o kailangan ninyong kumuha ng mga espesyalidad na serbisyo sa kalusugang pangkaisipan sa Medi-Cal o mga serbisyo sa gamot na makukuha ninyo sa pamamagitan ng plano ng county sa kalusugan ng pag-iisip (mental health plan o MHP), makakatulong ang mga Tagapamahala ng Kaso sa Molina Medicare Complete Care Plus sa pagsasangguni sa inyo sa naaangkop na madudulugan sa county para sa pagtatasa. Maaari kang tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para humiling ng tulong. Maaari ka ring direktang makipag-ugnayan sa County. Tingnan ang mga naaangkop na numero ng county sa impormasyon sa ibaba.

Mga Espesyalidad na Serbisyo sa Kalusugan ng Isip
Departamento ng Kalusugan ng Isip ng County ng Los Angeles 1-800-854-7771
Riverside University Health System – Kalusugan ng Pag-uugali 1-800-499-3008
Departamento ng Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng San Bernardino 1-888-743-1478
Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Pag-uugali ng San Diego 1-888-724-7240

Mga Serbisyo sa Gamot ng Medi-Cal
Departamento ng Pampublikong Kalusugan ng County ng Los Angeles 1-844-804-7500
Riverside University Health System – Kalusugan ng Pag-uugali 1-800-499-3008
Departamento ng Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng San Bernardino 1-888-724-7240

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

Sinasabi sa inyo ng seksyong ito ang tungkol sa mga benepisyong hindi kasama ng aming plano. Ang ibig sabihin ng “hindi kasama” ay hindi kami nagbabayad para sa mga benepisyong ito. Hindi rin binabayaran ng Medicare at Medi-Cal ang mga ito.

Inilalarawan ng listahan sa ibaba ang ilang serbisyo at item na hindi namin sinasaklaw sa ilalim ng anumang kundisyon at ang ilan na ibinubukod lang namin sa ilang pagkakataon.

Hindi namin babayaran ang mga hindi kasamang benepisyong medikal na nakalista sa seksyong ito (o saan man dito sa *Handbook ng Miyembro*) maliban sa ilalim ng ilang partikular na kundisyong nakalista. Kahit na natanggap ninyo ang mga serbisyo sa isang pasilidad na pang-emergency, hindi magbabayad ang plano para sa mga serbisyo. Kung sa palagay ninyo na dapat magbayad ang aming plano para sa isang serbisyo na hindi saklaw, maaari kayong maghain ng apela. Para sa impormasyon tungkol mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* mo.

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

- mga serbisyong itinuturing na hindi “makatuwiran at medikal na kinakailangan,” ayon sa Medicare at Medi-Cal, maliban kung ilista ang mga ito bilang mga sinasaklaw na serbisyo
- pang-eksperimentong medikal at operasyon na paggamot, mga item, at gamot, maliban kung ang mga ito ay sinasaklaw ng Medicare, isang inaprubahan ng Medicare na klinikal na pananaliksik na pag-aaral, o ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral. Ang pang-eksperimentong paggamot at mga bagay ay ang mga hindi karaniwang tinatanggap ng medikal na komunidad.
- operasyon na paggamot para sa nakamamatay na labis na katabaan, maliban kung medikal na kinakailangan at babayaran ito ng Medicare
- isang pribadong silid sa isang ospital, maliban kung medikal na kinakailangan
- pribado ang tungkulin na mga nars
- mga personal na gamit sa iyong silid sa isang ospital o pasilidad ng pangangalaga, tulad ng telepono o telebisyon
- full-time na pangangalaga sa iyong tahanan
- mga bayarin na sinisingil ng iyong mga kamag-anak o miyembro ng iyong sambahayan
- ga pagkain na inihahatid sa inyong tahanan
- elektibo o boluntaryong mga pamamaraan o serbisyong pagpapahusay (kabilang ang pagbabawas ng timbang, pagpapatubo ng buhok, sekswal na pagganap, pagganap ng atleta, layuning pampaganda, paglaban sa pagtanda at pagganap ng isip), maliban kung medikal na kinakailangan
- pagpaparetoke o iba pang gawaing kosmetiko, maliban kung kinakailangan ito dahil sa isang aksidenteng pinsala o upang mapabuti ang isang bahagi ng katawan na hindi tama ang hugis. Gayunpaman, nagbabayad kami para sa pag-aayos ng suso pagkatapos ng mastectomy at para sa paggamot sa kabilang suso upang tumugma dito
- pangangalaga na chiropractic, maliban sa manu-manong pagmamanipula sa gulugod na naaayon sa mga alituntunin sa pagsaklaw
- regular na pangangalaga sa paa, maliban sa inilalarawan sa mga serbisyo ng Podiatry sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Seksyon D**
- mga orthopedic na sapatos, maliban kung ang sapatos ay bahagi ng isang leg brace at kasama sa gastos sa brace, o ang sapatos ay para sa taong may diabetic foot disease

- mga pangsuportang aparato para sa paa, maliban sa mga orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may diabetic foot disease
- radial keratotomy, LASIK surgery, at iba pang tulong sa mahinang paningin
- pagbabaliktad ng mga pamamaraan ng isterilisasyon
- mga serbisyong naturopath (ang paggamit ng mga natural o alternatibong paggagamot)
- mga serbisyong ibinibigay sa mga beterano sa mga pasilidad ng Kapakanan ng Mga Beterano (VA). Gayunpaman, kapag nakakuha ang isang beterano ng mga serbisyong pang-emergency sa isang ospital ng VA at ang pagbabahagi sa gastos ng VA ay higit pa sa pagbabahagi sa gastos sa ilalim ng aming plano, babayaran namin ang beterano para sa diperensya. Pananagutan niyo pa rin ang inyong mga halaga ng pagbabahagi sa gastos.

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

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanata na ito ang mga panuntunan para sa pagkuha ng mga inireresetang gamot ng outpatient mo. Ito ay mga gamot na ino-order ng inyong tagapagkaloob para sa inyo, na nakukuha ninyo sa isang parmasya o sa pamamagitan ng mail order. Kabilang sa mga ito ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Bahagi D at Medi-Cal. Lumilitaw ang mga pangunahing termino at ang kanilang mga depinasyon sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng iyong Handbook ng Miyembro.

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

- **Mga gamot na saklaw ng Medicare Bahagi A**. Ang mga ito sa pangkalahatan ay kinabibilangan ng mga gamot na ibinibigay sa inyo habang kayo ay nasa ospital o pasilidad ng pangangalaga.
- **Mga gamot na saklaw ng Medicare Bahagi B**. Kabilang sa mga ito ang ilang gamot sa chemotherapy, ilang gamot na iniiniksiyon sa iyo sa isang pagbisita sa tanggapan ng doktor o iba pang tagapagkaloob, at mga gamot na ibinibigay sa iyo sa isang klinik ng dialysis. Para matuto nang higit pa tungkol sa kung anong mga gamot sa Medicare Bahagi B ang sinasaklaw, sumangguni sa Chart ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.
- Bilang karagdagan sa saklaw ng Medicare Bahagi D at mga benepisyong medikal ng plano, maaaring saklawin ng Original Medicare ang mga gamot ninyo kung nasa hospisyo ng Medicare kayo. Para sa higit pang impormasyon, mangyaring sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksyon F “Kung ikaw ay nasa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare.”

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

Karaniwan naming sinasaklaw ang inyong mga gamot hangga't sinusunod niyo ang mga patakaran sa seksyong ito.

Dapat ay isulat ng isang tagapagkaloob (doktor, dentista, o iba pang tagapagreseta) ang iyong reseta, na dapat ay balido sa ilalim ng naaangkop na batas ng estado. Ang taong ito ay kadalasang ang tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga (PCP) mo. Maaari din itong isa pang tagapagkaloob kung ang isinangguni ka ng PCP mo para sa pangangalaga.

Hindi dapat nasa Mga Listahan ng Pagbubukod ng Medicare o Preclusion ang tagapagreseta mo.

Sa pangkalahatan, dapat kayong gumamit ng isang parmasya sa network para punan ang reseta ninyo. O mapupunan mo ang reseta mo sa pamamagitan ng serbisyo ng pagorder sa koreo ng plano.

Ang iniresetang gamot ninyo ay dapat nasa *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* ng aming plano. Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot*" sa maikli. (Sumangguni sa **Seksiyon B** ng kabanatang ito.)

- Kung wala ito sa *Listahan ng Gamot*, maaaring saklawin namin ito sa pamamagitan ng pagbigay sa iyo ng di-pagkakabilang.
- Sumangguni sa **Kabanata 9** upang malaman ang tungkol sa paghingi ng isang pagbubukod.
- Pakitandaan din na ang kahilingan para saklawin ang inyong iniresetang gamot ay susuriin sa ilalim ng parehong mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal.

Ang inyong gamot ay dapat ginagamit para sa isang paggamit na medikal na tinatanggap. Nangangahulugan ito na ang paggamit ng gamot ay aprubado ng Food and Drug Administration (FDA) o suportado ng ilang mga medikal na sanggunian. Maaaring makatulong ang iyong tagapagreseta na tukuyin ang mga medikal na sanggunian upang masuportahan ang hiniling na paggamit ng iniresetang gamot.

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

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Pagkuha sa napunang mga reseta mo ... 128
A1. Pagpunan sa reseta ninyo sa isang parmasya sa network ... 128
A2. Gamit ang ID Card ng Miyembro ninyo kapag pinunan ninyo ang isang reseta ... 128
A3. Ano ang dapat gawin kung papalitan ninyo ang inyong parmasya sa network ... 128
A4. Ano ang dapat gawin kung aalis sa network ang inyong parmasya ... 128
A5. Paggamit ng isang dalubhasang parmasya ... 129
A6. Paggamit ng mga serbisyo sa pag-order sa koreo para makuha ang mga gamot ninyo ... 129
A7. Pagkuha ng pangmatagalang suplay ng mga gamot ... 130
A8. Paggamit ng parmasyang wala sa network ng aming plano ... 130
A9. Pagbabayad sa inyo para sa isang reseta ... 131
B. Ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano ... 131
B1. Mga Gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ... 131
B2. Paano maghanap ng gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ... 132
B3. Mga Gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* ... 132
B4. Mga antas ng bahaginan sa gastos sa *Listahan ng Gamot* ... 133
C. Mga limitasyon sa ilang mga gamot ... 133
D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi masaklaw ang gamot mo ... 134
D1. Pagkuha ng pansamantalang suplay ... 135
D2. Paghingi ng pansamantalang suplay ... 136
D3. Paghingi ng isang eksepsyon ... 136
E. Mga pagbabago sa pagsaklaw sa inyong mga gamot ... 136
F. Pagsaklaw ng gamot sa espesyal na mga kaso ... 138
F1. Nasa isang ospital o isang dalubhasang pasilidad ng pag-aalaga para sa isang pananatili na saklaw ng aming plano ... 138
F2. Nasa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ... 138
F3. Nasa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare ... 139
G. Mga programa sa kaligtasan ng gamot at pamamahala ng mga gamot ... 139
G1. Mga programang makakatulong sa inyong ligtas na gumamit ng mga gamot ... 139
G2. Mga programang makakatulong sa inyong pamahalaan ang inyong mga gamot ... 139
G3. Programa sa pamamahala ng gamot para sa ligtas na paggamit ng mga gamot na opioid ... 140

A. Pagkuha sa napunang mga reseta mo

A1. Pagpunan sa reseta ninyo sa isang parmasya sa network

Sa karamihan ng mga kaso, nagbabayad lamang kami para sa mga reseta kapag kinuha sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network. Ang isang parmasyang nasa network ay isang tindahan ng gamot na sumasang-ayon na punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Maaari ninyong gamitin ang alinman sa aming mga parmasyang nasa network.

Upang makahanap ng parmasya sa loob ng network, tingnan ang *Direktoryo ng Parmasya at Tagapagbigay ng Serbisyo*, bisitahin ang aming website o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong koodinador ng pangangalaga.

A2. Gamit ang ID Card ng Miyembro ninyo kapag pinunan ninyo ang isang reseta

Upang makuha ang inyong reseta, **ipakita ang inyong ID Card ng plano** sa inyong parmasyang nasa network. Sinisingil kami ng parmasya ng network para sa bahagi namin sa gastos ng sinaklaw na inireresetang gamot mo. Maaaring kailanganin mong bayaran ang parmasya ng copay kapag kinuha mo ang reseta mo.

Tandaan, kailangan ninyo ang inyong kard ng Medi-Cal o Mga Benepisyo sa Kard ng Pagkakakilanlan (BIC) para ma-access ang mga gamot na saklaw ng Medi-Cal Rx.

Kung hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro o BIC kapag pinunan mo ang iyong reseta, hilingin sa parmasya na tawagan kami para makuha ang kinakailangang impormasyon, o maaari mong hilingin sa parmasya na hanapin ang iyong impormasyon sa pagpapatala sa plano.

Kung hindi makukuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, maaaring kailanganin mong bayaran ang kabuuang halaga ng reseta sa oras na kunin mo ito. Pagkatapos ay maaari mong hilingin na bayaran ka namin. **Kung hindi mo mabayaran ang gamot, makipag-ugnayan kaagad sa Mga Serbisyo sa Miyembro**. Gagawin namin ang lahat ng aming makakaya para makatulong.

- Para hilingin sa amin na bayaran ka, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Kung kailangan mo ng tulong sa pagpuno ng reseta, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong koordinador ng pangangalaga.

A3. Ano ang dapat gawin kung papalitan ninyo ang inyong parmasya sa network

Kung magpapalit kayo ng parmasya at kailangan ninyong i-refill ang isang reseta, maaari kayong humiling ng bagong reseta na isinulat ng isang tagapagkaloob o maaari ninyong hilingin sa inyong parmasya na ilipat ang reseta sa bagong parmasya kung mayroon pang anumang natitirang refill.

Kung kailangan mo ng tulong sa pagpapalit sa iyong parmasya sa network, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong koordinador ng pangangalaga.

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

Kung aalis sa network ng plano ang parmasyang ginagamit ninyo, kakailanganin ninyong maghanap ng bagong parmasyang nasa network.

Para makahanap ng bagong parmasya sa network, tumingin sa *Direktoryo ng Tagapagkaloob at Parmasya*, bumisita sa aming website, o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong Koordinador ng Pangangalaga.

A5. Paggamit ng isang dalubhasang parmasya

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

- Mga parmasya na nagsusuplay ng mga gamot para sa terapi na infusion sa bahay.
- Mga parmasya na nagsusuplay ng mga gamot para sa mga residente ng pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, tulad ng pasilidad ng pag-aalaga.
  - Kadalasan, may sariling mga parmasya ang mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga. Kung isa kang residente ng isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga, titiyakin naming makukuha mo ang mga kinakailangan mong gamot sa parmasya ng pasilidad.
  - Kung ang parmasya ng iyong pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga ay wala sa aming network o nahihirapan kang makuha ang iyong mga gamot sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, makipag-ugnayan ka sa Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Mga parmasya na nagsisilbi sa Tagapagkaloob ng Pangangalaga ng Kalusugan ng Indiyano (IHCP) at mga Parmasya ng Panlungsod na Organisasyon ng Indiyano (UIO) Programa ng Serbisyo sa Kalusugan ng Indiyano/Tribo/Kalusugan ng Panglungsod na Indiyano. Maliban sa mga emergency, ang mga Katutubong Amerikano o Katutubong Alaska lamang ang maaaring gumamit ng mga parmasya na ito.
- Ang mga parmasya na nagbibigay ng mga gamot na pinaghihigpitan ng FDA sa ilang partikular na lokasyon o nangangailangan ng espesyal na pangangasiwa, koordinasyon ng tagapagkaloob, o edukasyon sa paggamit ng mga ito. (Tandaan: Dapat bihirang mangyari ang senaryong ito.)

Upang makahanap ng espesyalisadong parmasya, tingnan ang *Direktoryo ng Parmasya at Tagapagkaloob ng Serbisyo*, bisitahin ang aming website o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa koordinador ng pangangalaga mo.

A6. Paggamit ng mga serbisyo sa pag-order sa koreo para makuha ang mga gamot ninyo

Para sa ilang partikular na uri ng gamot, maaari mong gamitin ang mga serbisyo sa network ng plano na pag-order sa koreo. Sa pangkalahatan, ang mga gamot na makukuha sa pamamagitan ng mail-order ay mga gamot na regular niyong iniinom para sa isang pabalik-balik o pangmatagalang kondisyong medikal. Ang mga gamot na **hindi** available sa pamamagitan ng serbisyo ng pag-order sa koreo ng aming plano ay minarkahan ng **"NM"** sa aming *Listahan ng Gamot*.

Nagpapahintulot sa iyo ang serbisyon ng pagorder sa koreo ng **31**-araw na supply man lang ng gamot at hindi hihigit sa isang **100**-araw na supply. Ang isang **100**-araw na supply ay may parehong copay ng isang-buwan na supply.

Pagkuha ng mga reseta sa pamamagitan ng koreo

Para makakuha ng mga form ng order at impormasyon tungkol sa pagpuno ng iyong mga reseta sa pamamagitan ng koreo, pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

Karaniwan, dumarating ang isang reseta sa mail-order sa loob ng 14 na araw. Kung may agarang pangangailangan o naantala ang tiyempo na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro (ang mga numero ng telepono para sa Mga Serbisyo sa Miyembro ay naka-print sa likod na pabalat ng buklet na ito) para sa tulong sa pagtanggap ng pansamantalang supply ng iyong reseta.

Mga proseso ng mail-order

May iba't ibang pamamaraan ang serbisyo ng mail-order para sa mga bagong reseta na nakukuha nito mula sa inyo, mga bagong reseta na direktang nakukuha nito mula sa tanggapan ng inyong tagapagkaloob, at mga refill sa inyong mga reseta sa mail-order.

1. **Mga bagong reseta na nakukuha ng botika mula sa iyo**

   Awtomatikong ibibigay at ihahatid ng parmasya ang bagong resetang makukuha nito mula sa inyo.

2. **Mga bagong reseta na direktang nakukuha ng parmasya mula sa tanggapan ng inyong tagapagkaloob**

   Pagkatapos makakuha ng reseta ang parmasya mula sa isang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan, makikipag-ugnayan ito sa inyo upang malaman kung gusto niyong mapunan kaagad ang gamot o sa ibang pagkakataon.

   - Nagbibigay ito sa inyo ng pagkakataong tiyakin na ang parmasya ay naghahatid ng tamang gamot (kabilang ang lakas, dami, at anyo) at, kung kinakailangan, pinapayagan kayong ihinto o ipagpaliban ang order bago ito ipadala.
   - Tumugon sa tuwing makikipag-ugnayan sa inyo ang parmasya, upang ipaalam sa kanila kung ano ang gagawin sa bagong reseta at upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa pagpapadala.

3. **Mga refill sa mga resetang mail-order**

   Para sa mga pag-refill, makipag-ugnayan sa inyong parmasya (14) araw bago maubos ang inyong kasalukuyang gamot upang matiyak na maipapadala ang susunod ninyong order nang nasa oras. Kung nahihirapan ka at nangangailangan ng tulong, mangyaring makipag-ugnayan sa iyong koordinador ng pangangalaga sa (855) 665-4627, TTY: 711.

Ipaalam sa parmasya ang mga pinakamahusay na paraan para makipag-ugnayan sa inyo para maabot ka nila para kumpirmahin ang inyong order bago ipadala.

A7. Pagkuha ng pangmatagalang suplay ng mga gamot

Makakukuha ka ng pangmatagalang supply ng mga maintenance drug na nasa *Listahan ng Gamot* ng plano. Ang mga maintenance na gamot ay mga gamot na regular ninyong ginagamit para sa isang pabalik-balik o pangmatagalang medikal na kondisyon.

Pinapahintulutan kayo ng ilang parmasyang nasa network na kumuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Ang isang 31-araw na supply ay may parehong copay ng isang-buwan na supply. Makikita sa *Direktoryo ng Tagapagkaloob at Parmasya* ang mga parmasyang makakapagbigay sa inyo ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Maaari mo ring tawagan ang iyong koordinador ng pangangalaga o ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.

Para sa ilang uri ng mga gamot, maaari niyong gamitin ang mga serbisyo ng mail-order sa network ng aming plano upang makakuha ng pangmatagalang supply ng mga maintenance na gamot. Sumangguni sa **Seksyon A6** upang malaman ang tungkol sa mga serbisyo sa mail-order.

A8. Paggamit ng parmasyang wala sa network ng aming plano

Sa pangkalahatan, binabayaran lang namin ang mga gamot na kinukuha sa isang parmasya na wala sa network kapag walang magamit na parmasya na nasa network. Mayroon kaming mga parmasyang nasa network sa labas ng aming pinagseserbisyuhang lugar kung saan maaari ninyong kunin ang inyong mga reseta bilang miyembro ng aming plano. Sa mga kasong ito, makipag-ugnayan ka muna sa iyong koordinador ng pangangalaga o sa Mga Serbisyo sa Miyembro para malaman kung may malapit na parmasya ng network. Maaaring kailanganin mong bayaran ang diperensya sa pagitan ng binabayaran mo para sa gamot sa nasa labas-ng-network na parmasya at ang halagang sasakupin namin sa isang parmasya na nasa network.

Kami ang magbabayad para sa mga resetang kukunin sa isang parmasyang out-of-network sa mga sumusunod na sitwasyon:

- 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

A9. Pagbabayad sa inyo para sa isang reseta

Kung kailangan mong gumamit ng parmasya na wala sa network, sa pangkalahatan, kakailanganin mong bayaran ang kabuuang halaga kapag kinuha mo ang iyong reseta. Maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka.

Kung babayaran niyo ang buong halaga para sa inyong reseta na maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx, maaaring ibalik sa inyo ng parmasya ang inyong ibinayad kapag binayaran ng Medi-Cal Rx ang reseta. Bilang kahalili, maaari niyong hilingin sa Medi-Cal Rx na bayaran kayo sa pamamagitan ng pagsusumite ng claim na "Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)". Matatagpuan ang karagdagang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

Upang matuto nang higit pa tungkol dito, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

B. Ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano

Mayroon kaming *Listahan ng mga Sinaklaw na Gamot.* Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot*" sa maikli.

Pinipili namin ang mga gamot sa *Listahan ng Gamot* sa tulong ng isang pangkat ng mga doktor at parmasista. Sinasabi rin sa iyo ng *Listahan ng Gamot* ang mga tuntunin na kailangan mong sundin upang makuha ang mga gamot mo.

Karaniwan naming sinasaklaw ang isang gamot sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano kapag sinunod mo ang mga patakaran na ipinapaliwanag namin sa kabanatang ito.

B1. Mga Gamot sa aming *Listahan ng Gamot*

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

Karamihan sa mga iniresetang gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay saklaw ng inyong plano. Ang ibang mga gamot, gaya ng ilang gamot na di kailangan ng reseta (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx sa (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon. Maaari rin ninyong tawagan ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 800-977-2273. Mangyaring dalhin ang inyong Medi-Cal Beneficiary Identification Card (BIC) kapag kinukuha ang inyong mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

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

Ang isang brand name na gamot ay isang de-resetang gamot na ibinebenta sa ilalim ng isang trademark na pangalan na pag-aari ng tagagawa ng gamot. Ang mga biological na produkto ay mga gamot na mas kumplikado kaysa sa mga karaniwang gamot. Sa aming *Listahan ng Gamot*, kapag tinutukoy natin ang "mga gamot" maaaring mangahulugan ito na isang gamot o isang biyolohikal na produkto.

Ang mga generic na gamot ay may mga aktibong sangkap na kapareho ng mga branded na gamot. Ang mga biological na produkto ay may mga alternatibo na tinatawag na mga biosimilar. Sa pangkalahatan, gumagana ang mga generic na gamot at biosimilar tulad ng mga branded na gamot o orihinal na mga biyolohikal na produkto

at karaniwang mas mura ang halaga. Mayroong mga panghalili sa generic na gamot na makukuha para sa maraming gamot na may tatak at mga alternatibo ng biosimilar para sa ilang orihinal na biological na produkto. Ang ilan sa mga biosimilar ay maaaring naipapalit na mga biosimilar at, depende sa batas ng estado, ay maaaring ipanghalili para sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi kinakailangan ng bagong reseta, kagaya lang ng mga generic na gamot na maaaring ipanghalili sa mga gamot na may tatak.

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

Saklaw din ng aming plano ang ilang OTC na gamot at produkto. Mas mura ang ilang mga gamot na OTC kaysa sa mga inireresetang gamot at gumagana rin nang maayos. Para higit pang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

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

Upang malaman kung nasa aming *Listahan ng Gamot* ang gamot na iniinom mo, maaari kang:

- Silipin ang pinakabagong *Listahan ng Gamot* na ipinadala namin sa iyo sa koreo.
- Bisitahin ang website ng aming plano sa www.MolinaHealthcare.com/Medicare. Ang *Listahan ng Gamot* na nasa aming website ay palaging pinakabago.
- Tawagan ang koordinador ng pangangalaga mo o Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman kung nasa aming *Listahan ng Gamot* ang isang gamot o para humingi ng kopya ng listahan.
- Ang mga gamot na hindi saklaw ng Bahagi D ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx sa (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang impormasyon
- Gamitin ang aming "Real Time na Tool ng Benepisyo" sa Caremark.com o tawagan ang iyong koordinador ng pangangalaga o Mga Serbisyo sa Miyembro. Gamit ang tool na ito, makahahanap ka ng mga gamot na nasa *Listahan ng Gamot* para makakuha ng tantiya ng babayaran mo kung may mga alternatibong gamot na nasa *Listahan ng Gamot* na kayang gamutin ang parehong karamdaman.

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

Hindi namin sinasaklaw ang lahat ng inireresetang gamot. Wala ang ilang mga gamot sa aming *Listahan ng Gamot* dahil hindi pinapayagan ng batas na saklawin namin ang mga gamot na iyon. Sa ibang mga kaso, nagpasya kaming huwag isama ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.

Hindi magbabayad ang aming plano para sa mga uri ng gamot na nakalista sa seksyong ito. Tinatawag ang **mga ito na nakabukod na mga gamot**. Kung kukuha kayo ng reseta para sa hindi kasamang gamot, maaaring kailanganin niyong magbayad para dito. Kung sa tingin ninyo ay dapat naming bayaran ang isang hindi kasamang gamot dahil sa inyong kaso, maaari kayong maghain ng apela. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga apela.

Narito ang tatlong pangkalahatang mga tuntunin para sa mga hindi kasamang gamot:

1. Ang saklaw ng gamot sa outpatient ng aming plano (na kinabibilangan ng Medicare Bahagi D) ay hindi maaaring magbayad para sa isang gamot na saklaw na ng Medicare Bahagi A o Medicare Bahagi B. Sinasaklaw ng aming plano ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Bahagi A o Medicare Bahagi B nang libre, ngunit ang mga gamot na ito ay hindi itinuturing na bahagi ng iyong mga benepisyo sa iniresetang gamot para sa outpatient.
2. Hindi maaaring saklawin ng aming plano ang isang gamot na binili sa labas ng United States at mga teritoryo nito.

3. Dapat na naaprubahan ng FDA ang paggamit ng gamot o suportado ng ilang mga medikal na sanggunian bilang isang paggamot para sa inyong kalagayan. Maaaring magreseta ang iyong doktor o ibang tagapagkaloob ng partikular na gamot upang magamot ang iyong kondisyon, kahit na hindi ito naaprubahan na panggamot sa kondisyon. Tinatawag itong “off-label na paggamit.” Karaniwang hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga gamot na inireseta para sa off-label na paggamit.

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

- 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 de-resetang 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 outpatient na ginawa ng isang kumpanya na nagsasabing dapat kayong magkaroon ng mga pagsusuri o serbisyo na sila lang ang gumagawa

*Maaaring saklawin ng Medi-Cal ang mga piling produkto. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx sa (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon.

B4. Mga antas ng bahaginan sa gastos sa *Listahan ng Gamot*

Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ay nasa isang baitang. Isang pangkat ng mga gamot ang tier na pangkalahatang may parehong uri (halimbawa, may tatak, generic, o OTC na gamot). Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier ng hatian sa gastos, mas mahal ang magagastos ninyo para sa gamot.

Upang malaman kung aling antas ng bahaginan sa gastos ang gamot mo, hanapin ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.

Sinasabi ng **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* mo ang halagang babayaran mo para sa mga gamot sa bawat antas.

C. Mga limitasyon sa ilang mga gamot

Para sa mga partikular na inireresetang gamot, nililimitahan ng mga espesyal na patakaran kung paano at kailan sasaklawin ng aming plano ang mga ito. Sa pangkalahatan, hinihikayat kayo ng aming mga patakaran na kumuha ng gamot na mabisa para sa inyong kundisyong medikal at ligtas at epektibo. Kapag may ligtas, mas murang gamot na kasing-bisa ng mas mahal na gamot, inaasahan naming gagamitin ng inyong tagapagkaloob ang mas murang gamot.

Kung may espesyal na patakaran para sa inyong gamot, karaniwang nangangahulugan ito na kayo o ang inyong tagapagkaloob ay kailangang gumawa ng mga karagdagang hakbang upang saklawin namin ang gamot. Halimbawa, maaaring kailangan munang sabihin sa amin ng inyong tagapagkaloob ang inyong natuklasang sakit o magbigay ng mga resulta ng mga pagsusuri ng dugo. Kung inaakala ninyo o ng inyong tagapagkaloob na ang aming patakaran ay hindi dapat ilapat sa inyong sitwasyon, hilingin sa amin na gumawa ng isang pagbubukod. Maaari kaming sumang-ayon o hindi sumang-ayon na pahintulutan kayong gamitin ang gamot nang hindi gumagawa ng mga karagdagang hakbang.

Para matuto nang higit pa tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

1. **Paglilimita sa paggamit ng isang may tatak na gamot kapag magagamit ang generic na bersyon**

   Sa pangkalahatan, ang generic na gamot ay mabisa katulad ng branded na gamot at karaniwang mas mura. Sa karamihan ng sitwasyon, kung mayroong available na generic na bersyon ang isang branded na gamot, ibibigay ng mga parmasya sa aming network ang generic na bersyon.

   - Karaniwang hindi kami magbabayad para sa branded na gamot kapag may generic na bersyon.
   - Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng iyong tagapagkaloob ang medikal na dahilan kung bakit hindi gagana para sa iyo ang generic na gamot o nagsulat ng “Walang mga pamalit” sa iyong reseta para sa isang branded na gamot o sinabi sa amin ang medikal na dahilan kung bakit hindi gagana para sa iyo ang generic na gamot o iba pang mga sinasaklaw na gamot na gumagamot sa parehong kondisyon, sasaklawin namin ang branded na gamot.

2. **Paunang pagkuha ng pag-apruba ng plano**

   Para sa ilang gamot, dapat kumuha ka o ang iyong tagapagreseta ng pag-apruba mula sa aming plano bago mo punan ang iyong reseta. Kung hindi kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga gamot.

3. **Pagsubok muna ng ibang gamot**

   Sa pangkalahatan, gusto naming subukan ninyo ang mga mas murang gamot na may kaparehong bisa bago namin saklawin ang mga gamot na mas mahal. Halimbawa, kung gagamutin ng Gamot A at Gamot B ang parehong medikal na kondisyon, at mas mura ang Gamot A kaysa sa Gamot B, puwede naming hilingin sa inyo na subukan muna ang Gamot A.

   Kung **hindi** mabisa sa iyo ang Gamot A, sasaklawin namin ang Gamot B. Tinatawag itong step therapy.

4. **Mga limitasyon sa dami**

   Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang dami ng gamot na makukuha ninyo. Tinatawag itong limitasyon sa dami. Halimbawa, puwede naming limitahan kung gaano karami ng gamot ang pwedeng makuha ninyo sa tuwing pupunan ninyo ang reseta ninyo.

Upang malaman kung nalalapat ang alinman sa mga tuntunin sa itaas sa isang gamot na iniinom mo o nais mong inumin, tingnan ang aming *Listahan ng Gamot*. Para sa pinakanapapanahong impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o tingnan ang aming website sa molinahealthcare.com/medicare. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon sa pagsaklaw batay sa alinman sa mga dahilan sa itaas, maaari kang humiling ng apela. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro*.

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

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

- Hindi sinasaklaw ng aming plano ang gamot na gusto mong inumin. Maaaring wala ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*. Maaari naming saklawin ang isang generic na bersyon ng gamot ngunit hindi ang bersyon ng brand name na gusto ninyong inumin. Maaaring bago ang gamot, at hindi pa namin nasusuri ang kaligtasan at pagkabisa nito.
- Sinasaklaw ng aming plano ang gamot, ngunit may mga espesyal na tuntunin o limitasyon sa pagsaklaw. Tulad ng ipinaliwanag sa seksyon sa itaas, ang ilan sa gamot na saklaw ng aming plano ay may mga patakaran na naglilimita sa paggamit sa mga ito. Sa ilang mga kaso, kayo o ang inyong tagapagreseta ay maaaring humiling sa amin ng isang pagbubukod.

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

D1. Pagkuha ng pansamantalang suplay

Sa ilang mga kaso, maaari ka naming bigyan ng pansamantalang supply ng gamot kapag wala ang gamot sa aming *Listahan ng Gamot* o limitado sa ilang paraan. Nagbibigay ito sa inyo ng panahong kausapin ang inyong tagapagkaloob tungkol sa pagkuha ng ibang gamot o paghingi sa amin na saklawin ang gamot.

Para makakuha ng pansamantalang supply ng gamot, kailangan ninyong matugunan ang dalawang panuntunan sa ibaba:

1. Ang gamot na iniinom mo ay:
   - wala na sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
   - hindi kailanman nasa aming *Listahan ng Gamot* **o**
   - limitado na ngayon sa ilang paraan.
2. Dapat nasa isa kayo sa mga sitwasyong ito:
   - Nasa plano namin kayo noong nakaraang taon.
     - Sinasaklaw namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot **sa unang (100) araw ng taon ng kalendaryo**.
     - Ang pansamantalang supply na ito ay hanggang sa (31) araw.
     - Kung ang inireseta sa inyo 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 ninyo ang reseta sa parmasya ng network.
     - Puwedeng ibigay ng mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ang inireresetang gamot ninyo nang paunti-unti para maiwasan ang pag-aaksaya.
   - Bago kayo sa plano namin.
     - Sinasaklaw namin ang pansamantalang supply ng iyong gamot **sa unang (100) araw ng iyong pagiging miyembro sa aming plano.**
     - Ang pansamantalang supply na ito ay hanggang sa (31) araw.
     - Kung ang inireseta sa inyo 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 ninyo ang reseta sa parmasya ng network.
     - Puwedeng ibigay ng mga parmasya ng pangmatagalang pangangalaga ang inireresetang gamot ninyo nang paunti-unti para maiwasan ang pag-aaksaya.
   - Nasa aming plano ka na nang mahigit sa (100) araw, nakatira sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga, at nangangailangan ng supply kaagad.
     - Sasaklawin namin ang isang (31) araw na supply, o mas kaunti kung ang iyong reseta ay para sa mas kaunting bilang ng araw. Bukod pa ito sa pansamantalang supply sa itaas.
     - Pakitandaang nalalapat lang ang aming patakaran sa paglipat 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 kayo para sa access sa wala sa network.

D2. Paghingi ng pansamantalang suplay

Upang humingi ng pansamantalang supply ng isang gamot, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Kapag kukuha ka ng pansamantalang supply ng isang gamot, makipag-usap sa iyong tagapagkaloob sa lalong madaling panahon upang magpasya kung ano ang gagawin kapag naubos ang iyong supply. Narito ang mga pagpipilian ninyo:

- Magpalit ng ibang gamot.

  Maaaring saklawin ng aming plano ang ibang gamot na mabisa para sa inyo. Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro para humiling ng listahan ng mga gamot na sinasaklaw namin sa paggamot sa parehong medikal na kondisyon. Matutulungan ng listahan ang inyong tagapagkaloob na maghanap ng saklaw na gamot na maaaring mabisa para sa inyo.

  O

- Humiling ng isang pagbubukod.

  Kayo at ang inyong tagapagkaloob ay maaaring humiling sa amin ng isang pagbubukod. Halimbawa, maaari mong hilingin sa amin na sakupin ang isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* o hilingin sa amin na saklawin ang gamot nang walang limitasyon. Kung sasabihin ng inyong tagapagkaloob na mayroon kayong mabuting dahilang medikal para sa pagbubukod, matutulungan nila kayong hilingin ito.

D3. Paghingi ng isang eksepsyon

Kung aalisin ang isang gamot na iniinom mo sa aming *Listahan ng Gamot* o limitado sa ilang paraan para sa susunod na taon, pinapayagan ka naming humingi ng pagbubukod bago ang susunod na taon.

- Sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa anumang pagbabago sa saklaw para sa inyong gamot sa susunod na taon. Hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod at saklawin ang gamot sa susunod na taon sa paraang gusto ninyo.
- Sasagutin namin ang inyong kahilingan para sa pagbubukod sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan (o ang sumusuportang pahayag ng inyong tagapagreseta).

Para matuto nang higit pa tungkol sa paghiling ng pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Kung kailangan mo ng tulong sa paghingi ng eksepsiyon, makipag-ugnayan ka sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong koordinador ng pangangalaga.

E. Mga pagbabago sa pagsaklaw sa inyong mga gamot

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

- Pagpasyahan kung iaatas o hindi iaatas ang paunang pag-apruba (PA) para sa isang gamot (pahintulot mula sa amin bago ka makakuha ng gamot).
- Dagdagan o baguhin ang dami ng isang gamot na maaari ninyong kunin (limitasyon sa dami).
- Magdagdag o baguhin ang mga paghihigpit sa step therapy sa isang gamot (dapat mong subukan ang isang gamot bago namin saklawin ang isa pang gamot).

Para sa higit pang impormasyon sa mga panunutunan ng gamot na ito, sumangguni sa **Seksyon C**.

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

- isang bago, mas murang gamot ang darating sa merkado na gumagana rin nang kasing-husay ng isang gamot na nasa aming *Listahan ng Gamot* ngayon, **o**
- mapag-alaman naming hindi ligtas ang isang gamot, **o**
- inalis ang gamot sa pamilihan.

Ano ang mangyayari kung magbago ang saklaw para sa gamot na iniinom mo?

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

- Suriin ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot* online sa www.MolinaHealthcare.com/Medicare**o**
- Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahina upang masuri ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot*.

Mga pagbabago na maaari naming gawin sa *Listahan ng Gamot* na makakaapekto sa iyo sa kasalukuyang taon ng plano

Agaran na mangyayari ang ilan sa mga pagbabago sa *Listahan ng Gamot*. Halimbawa:

- May magagamit na bagong generic na gamot. Minsan, mayroong bagong generic na gamot o biosimilar na pumapasok sa merkado na kasing-bisa ng branded na gamot o orihinal na biological na produktong nasa *Listahan ng Gamot* ngayon. Kapag nangyayari ito, maaari naming alisin ang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot, ngunit mananatili o mas bababa ang iyong gastos para sa bagong gamot.

  Kapag idinagdag namin ang bagong generic na gamot, maaari rin kaming magpasya na panatilihin ang pangalan ng tatak na gamot sa listahan ngunit baguhin ang mga panuntunan o limitasyon sa saklaw nito.

  - Maaaring hindi namin sabihin sa inyo bago namin isagawa ang pagbabagong ito, ngunit magpapadala kami sa inyo ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabagong ginawa namin kapag nangyari na ito.
  - Kayo o ang inyong tagapagkaloob ay maaaring humiling ng "pagbubukod" mula sa mga pagbabagong ito. Papadalhan namin kayo ng abiso kasama ng mga hakbang na maaari ninyong gawin upang humiling ng pagbubukod. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** ng handbook na ito para sa higit pang impormasyon sa mga pagbubukod.
- **Inalis sa merkado ang isang gamot.** Kung sasabihin ng Administrasyon ng Pagkain at Gamot (FDA) na hindi ligtas o mabisa ang isang gamot na iniinom mo o inalis ito ng manufacturer mula sa merkado, maaaring alisin namin agad ito mula sa *Listahan ng Gamot*. Kung iniinom mo ang gamot, magpapadala kami sa iyo ng abiso pagkaraang gawin namin ang pagbabago.

Maaaring gumawa kami ng iba pang mga pagbabago na makakaapekto sa mga gamot na iniinom ninyo.

Sasabihin namin sa iyo nang maaga ang tungkol sa iba pang mga pagbabagong ito sa aming *Listahan ng Gamot*. Maaaring mangyari ang mga pagbabagong ito kung:

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

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito, kami ay:

- Sabihin sa iyo kahit 30 araw bago namin gawin ang pagbabago sa aming *Listahan ng Gamot* **o**
- Ipapaalam ito sa iyo at bibigyan ka ng (31) araw na supply ng gamot pagkatapos mong magpa-refill.

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

- Kung may katulad na gamot sa aming *Listahan ng Gamot* na maaari mong kunin sa halip **o**
- Kung dapat kang humingi ng eksepsiyon mula sa mga pagbabagong ito upang patuloy na saklawin ang gamot o ang bersyon ng gamot na iniinom mo. Para matuto nang higit pa tungkol sa paghiling ng mga pagbubukod, sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Hindi ka apektado ng mga pagbabago sa *Listahan ng Gamot* sa loob ng kasalukuyang taon ng plan

Maaari kaming gumawa ng mga pagbabago sa mga gamot na iniinom mo na hindi inilarawan sa itaas at hindi nakakaapekto sa iyo ngayon. Para sa mga naturang pagbabago, kung umiinom ka ng gamot na saklaw namin sa **simula** ng taon, sa pangkalahatan ay hindi namin inaalis o binabago ang saklaw na gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon**.

Halimbawa, kung aalisin namin ang isang gamot na iniinom mo, o nililimitahan ang paggamit dito, ang pagbabago ay hindi makakaapekto sa iyong paggamit sa gamot sa natitirang bahagi ng taon.

Kung mangyayari ang alinman sa mga pagbabagong ito para sa isang gamot na ginagamit mo (maliban sa mga pagbabagong binanggit sa seksiyon sa itaas), hindi maaapektuhan ng pagbabago ang paggamit mo hanggang Enero 1 ng susunod na taon.

Direkta naming sasabihin sa iyo ang tungkol sa ganitong mga uri ng pagbabago sa itaas sa loob ng kasalukuyang taon. Kakailanganin mong suriin ang *Listahan ng Gamot* para sa susunod na taon ng plan (kapag handa na ang lista sa panahon ng open enrollment) para makita kung mayroong mga pagbabago na makakaapekto sa iyo sa susunod na taon ng plan.

F. Pagsaklaw ng gamot sa espesyal na mga kaso

F1. Nasa isang ospital o isang dalubhasang pasilidad ng pag-aalaga para sa isang pananatili na saklaw ng aming plano

Kung kayo ay na-admit sa isang ospital o dalubhasang pasilidad ng pag-aalaga para sa isang pananatili na sinasaklaw ng aming plano, karaniwang sinasaklaw namin ang halaga ng inyong mga inireresetang gamot sa panahon ng inyong pananatili. Hindi kayo magbabayad ng copay. Sa oras na umalis kayo sa ospital o dalubhasang pasilidad ng pag-aalaga, sasaklawin namin ang inyong mga gamot basta't nakakatugon ang mga ito sa lahat ng aming panuntunan para sa saklaw.

F2. Nasa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga

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

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

F3. Nasa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare

Hindi kailanman saklaw ng parehong hospisyo at ng aming plano nang sabay ang mga gamot.

- Maaaring nakatala ka sa isang hospisyo ng Medicare at nangangailangan ng ilang partikular na gamot (hal., mga gamot sa pananakit, mga gamot na panlaban sa pagduduwal, laxative, o anti-anxiety na gamot) na hindi saklaw ng iyong hospisyo dahil hindi ito nauugnay sa iyong terminal na prognosis at mga kondisyon. Sa kasong iyon, ang aming plano ay dapat makatanggap ng abiso mula sa tagapagreseta o sa inyong tagapagkaloob ng hospisyo na ang gamot ay walang kaugnayan bago namin masaklaw ang gamot.
- Upang maiwasan ang mga pagkaantala sa pagkuha ng anumang hindi nauugnay na gamot na dapat saklawin ng aming plano, maaari ninyong hilingin sa inyong tagapagkaloob ng hospisyo o tagapagreseta na tiyaking inabisuhan kaming hindi nauugnay ang gamot bago ninyo hilingin sa isang parmasya na punan ang inyong reseta.

Kung iiwan ninyo ang hospisyo, sasaklawin ng aming plano ang lahat ng inyong gamot. Upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa isang parmasya sa oras na matapos ang inyong benepisyo sa hospisyo ng Medicare, magdala ng dokumentasyon sa parmasya upang mapatunayang wala na kayo sa hospisyo.

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

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

G1. Mga programang makakatulong sa inyong ligtas na gumamit ng mga gamot

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

- maaaring hindi kailanganin dahil umiinom ka ng ibang katulad na gamot na pareho ang epekto
- maaaring hindi ligtas para sa edad o kasarian ninyo
- maaaring makapinsala sa inyo kung ginamit ninyo ang mga ito nang sabay
- may mga sangkap na allergic ka o maaaring allergic ka
- may hindi ligtas na dami ng opioid na mga gamot sa pananakit

Kung may makita kaming posibleng problema sa paggamit ninyo ng mga inireresetang gamot, makikipagtulungan kami sa inyong tagapagkaloob upang itama ang problema.

G2. Mga programang makakatulong sa inyong pamahalaan ang inyong mga gamot

May programa ang plano namin para tulungan ang mga miyembro na may kumplikadong mga pangangailangan sa kalusugan. Sa ganoong kaso maaari kayong maging kwalipikadong makakuha ng mga serbisyo, nang walang bayad sa inyo, sa pamamagitan ng isang programa sa pamamahala ng therapy sa gamot (MTM). Boluntaryo at libre ang programang ito. Matutulungan kayo at ang inyong tagapagkaloob ng programang ito na tiyaking mabisa ang inyong mga gamot sa pagpapabuti ng inyong kalusugan. Kung kwalipikado kayo para sa programa, bibigyan kayo ng isang parmasyutiko o iba pang propesyonal sa kalusugan ng komprehensibong pagsusuri ng lahat ng mga gamot ninyo at makikipag-usap sa inyo tungkol sa:

- kung paano makukuha ang pinakamalaking benepisyo mula sa mga gamot na ginagamit ninyo
- anumang alalahanin na mayroon kayo, tulad ng mga gastos sa gamot at mga reaksyon sa gamot
- kung paano pinakamahusay na gamitin ang mga gamot ninyo

- anumang katanungan o problema na mayroon kayo tungkol sa inyong inirereseta at over-the-counter na gamot

Pagkatapos, bibigyan nila kayo ng:

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

Magandang ideya na makipag-usap sa iyong tagapagreseta tungkol sa iyong plano sa gagawin at listahan ng gamot.

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

Boluntaryo at libre ang mga programa ng MTM sa mga miyembrong kwalipikado. Kung mayroon kaming programang nababagay sa inyong mga pangangailangan, itatala namin kayo sa programa at padadalhan kayo ng impormasyon. Kung hindi ninyo gustong maisali sa programa, ipagbigay-alam sa amin, at tatanggalin namin kayo sa programa.

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa mga programang ito, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sa iyong koordinador ng pangangalaga.

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

Ang aming plano ay may programang makakatulong sa mga miyembro na ligtas na magamit ang kanilang mga iniresetang opioid na gamot at iba pang gamot na madalas na ginagamit sa maling paraan. Tinatawag ang programang ito na Programa sa Pamamahala ng Gamot o Drug Management Program (DMP).

Kung gumagamit ka ng mga gamot na opioid na kinukuha mo mula sa ilang mga nagrereseta o parmasya o kung mayroon kang kamakailang labis na dosis ng opioid, maaari kaming makipag-usap sa iyong mga tagapagreseta upang matiyak na medikal na kinakailangan at naaangkop ang iyong paggamit ng mga gamot na opioid. Sa pakikipagtulungan sa mga tagapagreseta mo, kung magpasya kami na hindi ligtas ang paggamit mo ng mga nakaresetang opioid o benzodiazepine na gamot, maaaring limitahan namin kung paano mo nakukuha ang mga gamot na iyon. Maaaring kabilang sa mga limitasyon ang:

- Paghiling sa iyo na kunin ang lahat ng reseta para sa mga gamot na iyon mula sa ilang partikular na parmasya at/o mula sa ***o*** ilang mga nagrereseta
- Paglilimita ng dami ng mga gamot na iyon na sasaklawin namin para sa iyo

Kung sa palagay namin ay isa o higit pang mga limitasyon ang dapat ilapat sa iyo, maaga ka naming padadalhan ng sulat. Sasabihin sa iyo ng liham kung lilimitahan namin ang saklaw na mga gamot na ito para sa iyo, o kung kakailanganin mong kumuha ng mga reseta para sa mga gamot na ito mula lamang sa isang partikular na provider o parmasya.

Magkakaroon ka ng pagkakataong sabihin sa amin kung aling mga tagapagreseta o parmasya ang gusto mong gamitin at anumang impormasyon na sa tingin mo ay mahalagang malaman namin. Kung magpapasya kaming limitahan ang inyong saklaw para sa mga medikasyong ito pagkatapos ng pagkakataon ninyong tumugon, magpapadala kami sa inyo ng isa pang sulat na nagkukumpirma sa mga limitasyon.

Kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami, hindi kayo sang-ayong nasa panganib kayo ng maling paggamit sa inireresetang gamot, o hindi kayo sang-ayon sa limitasyon, kayo o ang inyong tagareseta ay maaaring maghain ng apela. Kung maghahain ka ng apela, pag-aaralan namin ang iyong kaso at ibibigay sa iyo ang aming desisyon. Kung tatanggihan pa rin namin ang anumang bahagi ng iyong apela na nauugnay sa mga limitasyon sa iyong pag-access sa mga medikasyong ito, awtomatiko naming ipapadala ang iyong kaso sa isang Hiwalay na Organisasyon ng Pagsusuri (IRO). (Upang matuto nang higit pa tungkol sa mga apela at sa IRO, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* mo.)

Maaaring hindi malalapat sa inyo ang DMP kung kayo ay:

- may ilang partikular na medikal na kondisyon, tulad ng cancer o sickle cell disease,
- nakakakuha ng pangangalaga mula sa hospisyo, pampakalma, o pangangalaga sa pagtatapos ng buhay, **o**
- tumira sa isang pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga.

Kabanata 6: Ang binabayaran mo para sa iyong Medicare at Medi-Cal Medicaid na mga inireresetang gamot

Panimula

Ipapaalam ng kabanatang ito kung ano ang binabayaran ninyo para sa mga inireresetang gamot ng outpatient. Sa "gamot," ang ibig naming sabihin ay:

- Mga inireresetang gamot ng Medicare Bahagi D, **at**
- Mga gamot at item na sinasaklaw sa ilalim ng Medi-Cal Rx, **at**
- Mga gamot at item na sinaklaw ng plano namin bilang karagdagang benepisyo.

Dahil kwalipikado kayo para sa Medi-Cal, makakatanggap kayo ng "Karagdagang Tulong (Extra Help)" mula sa Medicare upang makatulong sa pagbabayad ng inyong mga inireresetang gamot ng Medicare Bahagi D.

> Ang **Karagdagang Tulong (Extra Help)** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na mapaliit ang kanilang mga gastusin sa inireresetang gamot ng Medicare Bahagi D, gaya ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong (Extra Help) ay tinatawag ding "Tulong sa mga May Mababang Kita (Low-Income Subsidy)" o "LIS".

Ang mga pangunahing termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay lilitaw sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Upang matuto nang higit pa tungkol sa mga inireresetang gamot, maaari kayong tumingin sa mga bahaging ito:

- Ang *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* namin.
  - Tinatawag namin itong "Listahan ng Gamot." Ipinapaalam nito sa inyo:
    - Aling mga gamot ang binabayaran namin
    - Kung may anumang mga limitasyon sa mga gamot
  - Kung kailangan mo ng kopya ng aming *Listahan ng Gamot*, tumawag ka sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Makikita rin ninyo ang aming Listahan ng Gamot sa aming website sa www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
  - Karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay saklaw ng Molina Medicare Complete Care Plus. Ang ibang mga gamot, gaya ng ilang gamot na di kailangan ng reseta (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx sa (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa karagdagang impormasyon. Maaari rin ninyong tawagan ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 800-977-2273. Mangyaring dalhin ang iyong Kard ng Pagkakakilanlan ng Benepisyaryo (BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.”
- **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro***.**
  - Sinasabi nito kung paano kunin ang inyong mga iniresetang gamot sa outpatient sa pamamagitan ng aming plano.
  - Kabilang dito ang mga panuntunang kailangan ninyong sundin. Sinasabi rin nito kung aling mga uri ng inireresetang gamot ang hindi saklaw ng aming plano.

    - Kapag ginamit mo ang "Kasangkapan sa Real Time na Benepisyo" ng plano upang maghanap ng saklaw na gamot (sumangguni sa Kabanata 5, Seksyon B2), ang gastos na ipinakita ay ibinibigay sa "real time," ibig sabihin ang gastos na ipinapakita sa kasangkapan ay sumasalamin sa isang sandali ng oras upang makapagbigay ng pagtatantya sa mula sa sariling bulsa na mga gastos na inaasahang babayaran mo. Maaari mong tawagan ang iyong koordinador ng pangangalaga o ang Mga Serbisyo sa Miyembro para sa higit pang impormasyon.
- Ang aming *Direktoryo ng Tagapagkaloob at Parmasya***.**
    - Sa karamihan ng mga kaso, dapat gamitin ninyo ang isang parmasya ng network para makuha ang mga saklaw na gamot ninyo. Ang mga parmasyang nasa network ay mga parmasyang sumang-ayong makipagtulungan sa amin.
    - Inililista ng *Direktoryo ng Tagapagkaloob at Parmasya* ang aming mga parmasyang nasa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong Handbook ng Miyembro para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga parmasyang nasa network.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang Paliwanag ng mga Benepisyo (Explanation of Benefits, EOB) 145
B. Paano susubaybayan ang iyong mga gastos sa gamot 146
C. Wala kang babayaran para sa isang buwan o pangmatagalang supply ng mga gamot 147
C1. Pagkuha ng pangmatagalang suplay ng isang gamot 147
D. Mga bakuna 147

A. Ang Paliwanag ng mga Benepisyo (Explanation of Benefits, EOB)

Sinusubaybayan ng plano namin ang mga inireresetang gamot ninyo. Sinusubaybayan namin ang dalawang uri ng mga gastos:

- **Mula-sa-sariling bulsa na mga gastos** ninyo. Ito ang halaga ng pera na babayaran mo, o ng iba sa ngalan ninyo, para sa mga reseta ninyo. Kabilang dito ang ibinayad mo nang kumuha ka ng saklaw na Bahagi D na gamot, anumang pagbabayad para sa mga gamot mo na ginawa ng mga kapamilya o kaibigan, anumang pagbabayad na ginawa para sa iyo ng "Karagdagang Tulong (Extra Help)" mula sa Medicare, taga-empleyo o mga unyon ng plano ng kalusugan, TRICARE, Serbisyo sa Kalusugan ng Indiyano, mga AIDS drug assistance program, mga charity, at karamihan ng mga Pharmaceutical Assistance Program (mga SPAP).
- Ang **kabuuang gastos ninyo sa gamot**. Ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad na ginawa para sa iyong sinasaklaw na Bahagi D na gamot. Kabilang rito kung ano ang binayaran ng plano, at kung ano ang iba pang mga programa o organisasyon na binayaran para sa iyong sinasaklaw na Bahagi D na gamot.

Kapag kinukuha mo ang mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng plano mo, padadalhan ka namin ng buod na tinatawag na *Pagpapaliwanag ng Mga Benepisyo*. Tinatawag namin itong EOB para sa maikling salita. Ang EOB ay hindi isang singil. Naglalaman ang EOB ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom ninyo gaya ng mga pagtaas sa presyo at iba pang gamot na may mas mababang hatian sa gastos na posibleng available. Puwede ninyong kausapin ang inyong tagareseta tungkol sa mga mas murang opsyong ito. Kabilang sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan**. Ipinapabatid ng buod kung anong mga de-resetang gamot ang nakuha ninyo para sa nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga halaga ng gamot, kung ano ang binayaran namin, at kung ano ang binayaran mo at binayaran ng iba na nagbabayad para sa inyo.
- **Impormasyon ng taon hanggang sa kasalukuyan.** Ito ang iyong kabuuang gastos sa gamot at ang kabuuang mga pagbabayad na ginawa mula noong Enero 1.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot.** Ito ang kabuuang presyo ng gamot at anumang porsyento ng pagbabago sa presyo ng gamot mula noong unang pag-fill.
- **Mga mas murang alternatibo.** Kapag magagamit, makikita ang mga ito sa buod sa ibaba ng mga kasalukuyang gamot ninyo. Maaari kayong makipag-usap sa tagapagreseta ninyo para malaman ang higit pa.

Nag-aalok kami ng saklaw ng mga gamot na hindi sinaklaw sa ilalim ng Medicare.

- Ang mga ibinabayad para sa mga gamot na ito ay hindi nabibilang tungo sa inyong gastos mula-sa-bulsa.
- Karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo mula sa isang parmasya ay saklaw ng plano. Ang ibang mga gamot, gaya ng ilang gamot na di kailangan ng reseta (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina, ay maaaring saklawin ng Medi-Cal Rx. Mangyaring bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon. Maaari rin ninyong tawagan ang Medi-Cal customer service center sa 800-977-2273. Mangyaring dalhin ang inyong Medi-Cal beneficiary identification card (Kard ng Pagkakakilanlan sa Benepisyo ng Medi-Cal) (BIC) kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.
- Upang malaman kung aling mga gamot ang saklaw ng aming plano, sumangguni sa aming *Listahan ng Gamot*.

B. Paano susubaybayan ang iyong mga gastos sa gamot

Para subaybayan ang mga gastos ninyo sa gamot at ang mga pagbabayad na ginawa ninyo, ginagamit namin ang mga talaan na nakuha namin mula sa inyo at mula sa parmasya ninyo. Narito kung paano ninyo kami matutulungan:

1. **Gamitin ang ID Card ng Miyembro mo.**

   Ipakita ang ID card ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) mo sa tuwing kukuha ka ng reseta. Makakatulong ito sa amin na malaman kung anong mga reseta ang pinupunan ninyo at kung ano ang binabayaran ninyo.

2. **Tiyakin na taglay namin ang impormasyon na kailangan namin.**

   Bigyan kami ng mga kopya ng mga resibo para sa mga sinaklaw na gamot na binayaran ninyo. Mahihiling mo sa amin na ibalik ang ibinayad mo para sa gamot.

   Narito ang ilang halimbawa kung kailan mo kami dapat bigyan ng mga kopya ng iyong mga resibo:

   - Kapag bumili kayo ng saklaw na gamot sa isang parmasya ng network sa espesyal na presyo o gumamit ng card ng dikwento na hindi bahagi ng benepisyo ng plano namin
   - Kapag nagbabayad kayo ng copay para sa mga gamot na nakukuha ninyo sa ilalim ng programa ng tulong sa pasyente ng isang gumagawa ng gamot
   - Kapag bumili kayo ng mga sinaklaw na gamot sa isang parmasya na wala sa network
   - Kapag binayaran ninyo ang buong presyo ng saklaw na gamot

   Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paghiling sa amin na ibalik ang ibinayad ninyo para sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

3. **Padalhan kami ng impormasyon tungkol sa mga binayaran ng mga ibang tao para sa inyo.**

   Ang mga binayaran ng ilang tao at organisasyon ay nabibilang din tungo sa inyong mga gastos mula sa bulsa. Halimbawa, ang mga pagbabayad na ginawa ng isang AIDS drug assistance program (ADAP), ang Serbisyong Pangkalusugan ng India, at karamihan sa mga charity ay binibilang sa mula-sa-sariling bulsa na mga gastos ninyo. Makakatulong ito sa inyo na maging kuwalipikado sa catastrophic na saklaw. Kapag naabot na ninyo ang Yugto ng Catastrophic na Saklaw, ang aming plano ang magbabayad ng lahat ng gastos sa inyong mga gamot sa Medicare Bahagi D para sa kabuuan ng taon.

4. **Suriin ang mga EOB na ipinadala namin sa iyo.**

Kapag nakatanggap ka ng EOB sa koreo, siguraduhing kumpleto at tama ito.

- **Nakikilala mo ba ang pangalan ng bawat parmasya?** Suriin ang mga petsa. Kumuha ka ba ng mga gamot sa araw na iyon?
- **Nakuha mo ba ang mga gamot na nakalista?** Tumugma ba ang mga nakalistang iyon sa mga resibo mo? Tumugma ba ang mga gamot sa inireseta ng doktor mo?

Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus o basahin ang *Handbook ng Miyembro* ng Molina Medicare Complete Care Plus.

Paano kung makahanap ka ng mga pagkakamali sa buod na ito?

Kung mayroong nakakalitong isang bagay o parang hindi tama sa EOB na ito, pakitawagan kami sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus. Maaari ka ring makahanap ng mga sagot sa maraming tanong sa website namin: MolinaHealthcare.com/Medicare.

Paano ang posibleng pandaraya?

Kung nagpapakita ang buod na ito ng mga gamot na hindi mo ginamit o anumang bagay na parang kahina-hinala sa iyo, pakikontak kami.

- Tawagan kami sa Mga Serbiso para sa Miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus.
- O tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486- 2048. Maaari niyong tawagan ang mga numerong ito nang libre, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
- Kung pinaghihinalaan mo na ang isang tagapagbigay ng serbisyo na nakakakuha ng Medi-Cal ay nakagawa ng panloloko, pag-aaksaya, o pang-aabuso, karapatan mong iulat ito sa pamamagitan ng pagtawag sa kumpidensyal na walang bayad na numero sa 1-800-822-6222. Mahahanap ang ibang mga pamamaraan ng pagsusumbong ng pandaraya ng Medi-Cal sa: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Kung sa tingin ninyo ay may mali o nawawala, o kung mayroon kayong anumang mga tanong, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Panatilihin ang mga EOB na ito. Mahalagang tala ang mga ito ng mga gastos ninyo sa gamot.

C. Wala kang babayaran para sa isang buwan o pangmatagalang supply ng mga gamot

Sa aming plano, wala kayong babayaran para sa mga saklaw na gamot basta't sumusunod kayo sa aming mga panuntunan.

Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* upang malaman kung paano maghain ng apela kung sinabi sa iyo na hindi saklaw ang isang gamot. Upang matuto nang higit pa tungkol sa mga pagpipiliang parmasya na ito, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* at ng aming *Direktoryo ng Tagapagkaloob at Parmasya.*

C1. Pagkuha ng pangmatagalang suplay ng isang gamot

Para sa ilang mga gamot, makakakuha ka ng pangmatagalang supply (tinatawag ding "pinalawig na suplly") kukunin ang reseta mo. Ang supply na pangmatagalan ay hanggang (100)-araw na supply. Wala kang gagastusin para sa supply na pangmatagalan.

Para sa mga detalye kung saan at paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng gamot, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* mo o sa aming *Direktoryo ng Tagapagbigay ng Serbisyo at Parmasya*.

D. Mga bakuna

Mahalagang Mensahe Tungkol sa Binabayaran Ninyo para sa Mga Bakuna: Itinuturing ang ilang bakuna bilang mga medikal na benepisyo at saklaw sa ilalim ng Medicare Bahagi B. Ang ibang mga bakuna ay itinuturing na mga Medicare Bahagi D na gamot. Makikita ninyo ang mga bakunang ito na nakalista sa *Listahan ng Sinaklaw na mga Gamot (Pormularyo)* ng plano. Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna sa Medicare Bahagi D nang wala kayong binabayaran. Sumangguni sa *Listahan ng Mga Sinaklaw na Gamot (Pormularyo)*

ng plano mo o kontakin ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa mga detalye ng pagsaklaw at pagbabahagi sa gastos tungkol sa mga partikular na bakuna.

May dalawang bahagi ang aming saklaw sa mga bakuna sa Medicare Bahagi D:

1. Para sa gastos **ng bakuna mismo** ang unang bahagi ng pagsaklaw. Inireresetang gamot ang bakuna.

2. Para sa gastos **ng pagbigay ng bakuna sa iyo** ang pangalawang bahagi ng pagsaklaw. Halimbawa, kung minsan maaari mong makuha ang bakuna bilang isang pagturok na ibinigay ng doktor mo sa iyo.

D1. Ano ang kailangan mong malaman bago ka magpabakuna

Inirerekomenda namin na tawagan mo ang Mga Serbisyo sa Miyembro kung may balak kang magpabakuna.

Masasabi namin sa iyo kung paano sinasaklaw ng aming plano ang iyong pagbabakuna.

Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang bill na natanggap mo para sa sinasaklaw na mga serbisyo o gamot

Panimula

Ipinagbibigay-alam sa inyo ng kabanatang ito kung paano at kung kailan kami padadalhan ng bill upang humingi ng bayad. Nakasaad din dito kung paano gumawa ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa isang desisyon sa saklaw. Ang mga pangunahing termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Paghiling sa amin na magbayad para sa mga serbisyo o gamot mo 150
B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad 153
C. Mga desisyon sa pagsaklaw 154
D. Mga apela 154

A. Paghiling sa amin na magbayad para sa mga serbisyo o gamot mo

Hindi ka dapat makatanggap ng singil para sa mga serbisyo o gamot sa loob ng network. Dapat singilin ng aming mga tagapagkaloob na nasa network ang plano para sa iyong mga sinasaklaw na serbisyo at gamot pagkatapos mong makuha ang mga ito. Ang isang tagapagkaloob ng network ay isang tagapagkaloob na nakikipagtulungan sa plano ng kalusugan.

Hindi namin pinapayagan ang mga tagapagkaloob ng Molina Medicare Complete Care Plus na singilin ka para sa mga serbisyo o gamot na ito. Binabayaran namin mismo ang aming mga tagapagkaloob, at pinoprotektahan namin kayo sa anumang mga sinisingil.

Kung makakatanggap kayo ng bill para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot, huwag bayaran ang bill at ipadala ang bill sa amin. Para ipadala ang singil sa amin, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

- Kung saklaw namin ang mga serbisyo o gamot, babayaran namin nang direkta ang tagapagkaloob.
- Kung saklaw namin ang mga serbisyo o gamot at nabayaran niyo na ang bill, may karapatan kayong i-refund ang inyong binayaran.
  - Kung nagbayad kayo para sa mga serbisyong nasaklaw ng Medicare, babayaran namin kayo.
- Kung nabayad kayo para sa mga serbisyo ng Medi-Cal na natanggap na ninyo, puwedeng kuwalipikado kayong ma-reimburse (mabayaran pabalik) kung matutugunan ninyo ang lahat ng sumusunod na mga kondisyon:
  - Nasaklaw na sebisyo ang Medi-Cal ang serbisyong natanggap ninyo na responsibilidad naming bayaran. Hindi namin isasauli ang bayad sa iyo para sa serbisyong hindi sinasaklaw ng Molina Medicare Complete Care Plus.
  - Nakatanggap ka ng sinasaklaw na serbisyo matapos kang maging isang karapat-dapat na miyembro ng Molina Medicare Comple Care Plus.
  - Hinihiling ninyong mabayaran pabalik sa loob ng isang taon mula sa petsa na natanggap ninyo ang nasaklaw na serbisyo.
  - Nagbibigay kayo ng patunay na nagbayad kayo para sa nasaklaw na serbisyo, tulad ng isang detalyadong resibo mula sa tagapagkaloob.
  - Nakatanggap ka ng sinasaklaw na serbisyo mula sa isang nakatala sa Medi-Cal na tagapagkaloob sa network ng Molina Medicare Complete Care Plus. Hindi ninyo kailangang matugunan ang kondisyong ito kung nakatanggap kayo ng pang-emergency na pangangalaga, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o ibang serbisyo na pinapayagan ng Medi-Cal na isagawa ng mga tagapagkaloob na wala sa network nang walang paunang pag-apruba (paunang awtorisasyon).
- Kung normal na nagnangailangan ng paunang pag-apruba (paunang awtorisasyon) ang nasaklaw na serbisyo, kailangan ninyong magbigay ng patunay mula sa tagapagkaloob na nagpapakita ng medikal na pangangailangan para sa nasaklaw na serbisyo.

- Ipapaalam sa iyo ng Molina Medicare Complete Care Plus kung ire-reimburse ka nila sa isang sulat na tinatawag na Abiso ng Pagkilos. Kung matugunan ninyo ang lahat ng mga kondisyon sa itaas, kailangang bayaran kayo pabalik ng nakatala na Medi-Cal na tagapagkaloob para sa buong halagang binayaran ninyo. Kung tumanggi ang tagapagkaloob na bayaran ka pabalik, babayaran ka ng Molina Medicare Complete Care Plus para sa buong halagang binayaran mo. Ire-reimburse namin kayo sa loob ng 45 araw ng trabaho pagkatapos matanggap ang claim. Kung nakatala ang tagapagkaloob sa Medi-Cal, pero wala sa aming network at tumangging bayaran ka, babayaran ka ng Molina Medicare Complete Care Plus, pero hanggang sa halaga lamang na babayaran ng FFS Medi-Cal. Babayaran ka pabalik ng Molina Medicare Complete Care Plus para sa buong halagang mula sa bulsa para sa mga serbisyong pang-emerhensiya, mga serbisyo sa pagpaplano ng pamilya, o ibang serbisyo na pinapayagan ng Medi-Cal na ihatid ng mga tagapagkaloob na wala sa network nang walang paunang pag-apruba. Kung hindi ninyo matugunan ang isa sa mga kondisyon sa itaas, hindi namin kayo babayaran pabalik.
- Hindi namin kayo babayaran pabalik kung:
  - Humiling kayo at tumanggap ng mga serbisyong hindi nasaklaw ng Medi-Cal, tulad ng mga serbisyong kosmetiko.
  - Ang sernisyong ito ay hindi sinasaklaw na serbsiyo para sa Molina Medicare Complete Care Plus.
  - Bumisita kayo sa isang doktor na hindi tumatanggap ng Medi-Cal at pumirma kayo sa isang form na nagsasabing gusto pa rin ninyo masuri at babayaran ninyo mismo ang mga serbisyo.
- Kung hindi namin saklaw ang mga serbisyo o gamot, sasabihin namin sa inyo.

Kontakin ang Mga Serbisyo sa Miyembro o Koordinador ng Pangangalaga mo kung mayroon kang anumang tanong. Kung nakakuha ka ng bill at hindi mo alam kung anong gagawin dito, makakatulong kami. Puwede rin kayong tumawag kung gusto ninyong sabihin sa amin ang impormasyon tungkol sa isang kahilingan para sa pagbabayad na naipadala na ninyo sa amin.

Narito ang mga halimbawa ng mga pagkakataon na kailangan ninyong hilinging ibalik namin ang ibinayad ninyo o bayaran ang bill na natanggap ninyo:

1. **Kapag tumanggap ka ng pang-emerhensiya o agarang kinakailangan na pangangalaga mula sa isang tagapagkaloob na wala sa network**

   Hilingin sa tagapagkaloob na singilin kami.

   - Kung babayaran ninyo ang buong halaga kapag natanggap ninyo ang pangangalaga, hilingin sa amin na bayaran kayo pabalik. Ipadala sa amin ang inyong singilin at katibayan ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.
   - Maaari kang makatanggap ng bill mula sa tagapagkaloob na humihingi ng bayad na sa tingin mo ay hindi mo dapat bayaran. Ipadala sa amin ang inyong singilin at katibayan ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.
     - Kung dapat mabayaran ang tagapagkaloob, babayaran namin sila nang direkta.
     - Kung nabayaran na ninyo ang serbisyo ng Medicare, ibabalik namin ang inyong ibinayad.

2. **Kapag pinadalhan kayo ng bill ng isang tagapagkaloob na nasa network**

   Kami palagi ang dapat singilin ng mga tagapagkaloob na nasa network. Mahalagang ipakita ang iyong ID Card ng Miyembro kapag tumatanggap ka ng anumang mga serbisyo o reseta; gayunpaman, kung minsan ay nagkakamali ang mga tagapagkaloob sa network, at hinihiling sa iyo na bayaran ang iyong mga serbisyo o nang mas higit sa iyong bahagi sa mga gastos. **Tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro** o sa Koordinador ng Pangangalaga mo sa numero sa ibaba ng pahinang ito **kung makakuha ka ng anumang mga singil**.

- Dahil binabayaran namin ang buong halaga para sa inyong mga serbisyo, hindi ka mananagot sa pagbabayad ng anumang mga gastos. Hindi kayo dapat singilin ng mga tagapagkaloob para sa mga serbisyong ito.
- Bilang miyembro ng plano, babayaran lang ninyo ang copay kapag nakakuha kayo ng mga serbisyong saklaw namin. Hindi namin pinapayagan ang mga tagapagkaloob na singilin kayo ng higit sa halagang ito. Totoo ito kahit pa binabayaran namin ang tagapagkaloob nang mas mababa kaysa sa sinisingil nila para sa serbisyo. Kahit na nagpasya kaming hindi magbayad para sa ilang mga singil, hindi pa rin ninyo sila babayaran.
- Sa tuwing nakakakuha kayo ng bill mula sa tagapagkaloob na nasa network, ipadala sa amin ang bill. Makikipag-ugnayan kami mismo sa tagapagkaloob at aayusin ang problema.
- Kung nabayaran na ninyo ang isang singilin mula sa isang tagapagkaloob ng network para sa mga serbisyong nasaklaw ng Medicare, ipadala sa amin ang singilin at katibayan ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo. Babayaran ka namin para sa mga nasaklaw na serbisyo mo ***o*** para sa pagkakaiba sa pagitan ng halagang binayaran mo at ng halagang dapat mong bayaran sa ilalim ng plano namin.

3. Kung retroaktibo kayong nakatala sa plano namin

Minsan puwedeng retroaktibo ang pagpapatala ninyo sa plano. (Ibig sabihin, lumipas na ang unang araw ng pagpapatala ninyo. Puwedeng noong nakaraang taon pa ito.)

- Kung nakatala kayo nang retroaktibo at nagbayad kayo ng singilin pagkatapos ng petsa ng pagpapatala, puwedeng hilingin ninyo sa amin na bayaran kayo pabalik.
- Ipadala sa amin ang inyong singilin at katibayan ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.

4. Kapag gumamit kayo ng parmasya na wala sa network para mapunan ang reseta

Kung gumamit kayo ng isang parmasyang wala sa network, babayaran ninyo ang kabuuang halaga ng inyong reseta.

- Sa ilang pagkakataon lamang, sasaklawin namin ang mga resetang kukunin sa mga parmasyang wala sa network. Padalhan kami ng kopya ng resibo ninyo kapag hiniling ninyo sa amin na bayaran kayo pabalik.
- Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* upang matuto nang higit pa tungkol sa mga parmasya na wala sa network.
- Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang pagkakaiba sa pagitan ng binayaran mo para sa gamot sa parmasya na wala sa network at ang halagang babayaran namin sa parmasya na nasa loob ng network.

5. Kapag binayaran mo ang kabuuang halaga ng reseta ng Medicare Bahagi D dahil hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro

Kung hindi mo dala ang iyong ID Card ng Miyembro, puwede mong hilingin sa parmasya na tawagan kami o tingnan ang impormasyon ng iyong pagpapatala sa plano.

- Kung hindi agad makuha ng parmasya ang impormasyon, maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga ng reseta o bumalik sa parmasya dala ang iyong ID card ng Miyembro.
- Padalhan kami ng kopya ng resibo ninyo kapag hiniling ninyo sa amin na bayaran kayo pabalik.
- 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 ng reseta ng Medicare Bahagi D para sa isang gamot na hindi sinasaklaw

Maaari mong bayaran ang buong halaga ng reseta dahil hindi sinasaklaw ang gamot.

- Ang gamot ay maaaring wala sa aming *Listahan ng Mga Sinasaklaw na Gamot* (*Listahan ng Gamot*), sa aming website, o maaaring mayroon itong kinakailangan o paghihigpit na hindi mo alam o sa tingin mo ay hindi naaangkop sa iyo. Kung magdesisyon kayong kunin ang gamot, maaaring kailangan ninyong bayaran ang buong halaga nito.
  - Kung hindi ka magbabayad para sa gamot ngunit sa tingin mo dapat namin itong saklawin, maaari kang humiling ng desisyon sa pagsaklaw (sumangguni sa **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro*).
  - Kung kailangan ninyo kaagad ang gamot sa tingin ninyo at ng inyong doktor o ibang tagapagreseta, (sa loob ng 24 oras), puwede kayong humiling ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw (sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* ninyo).
- Padalhan kami ng kopya ng resibo ninyo kapag hiniling ninyo sa amin na bayaran kayo pabalik. Sa ilang sitwasyon, maaaring kailangan naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta upang ibalik sa inyo ang bayad para sa gamot. Maaaring hindi namin ibalik sa iyo ang buong halagang binayaran mo kung mas mataas ang presyong binayaran mo kaysa sa ating napagkasunduang presyo para sa reseta.

Kapag padadalhan ninyo kami ng kahilingan para sa bayad, pag-aaralan namin ang inyong kahilingan at magdedesisyon kami kung dapat saklawin ang serbisyo o gamot. Ito ay tinatawag na paggawa ng "desisyon sa pagsaklaw." Kung magpapasya kaming dapat saklawin ang serbisyo o gamot, babayaran namin ito.

Kung tatanggihan namin ang kahilingan ninyo para sa pagbabayad, puwede ninyong iapela ang desisyon namin. Upang matutunan kung paano gumawa ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro.*

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad

Ipadala mo sa amin ang singil mo at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa mo para sa mga serbisyo ng Medicare o tawagan kami. Ang katibayan ng pagbabayad ay maaaring kopya ng tseke na inyong isinulat o isang resibo mula sa tagapagkaloob. **Magandang ideya na gumawa ng kopya ng iyong bill at mga resibo para sa iyong mga rekord.** Makahihingi ka ng tulong sa Koordinador ng Pangangalaga mo. Dapat mong ipadala ang iyong impormasyon sa amin sa loob ng **1** taon ng kalendaryo mula sa petsa na natanggap mo ang serbisyo, item, o gamot.

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

Para sa Mga Serbisyong Medikal:

Atensyon: Mga Serbisyo sa Miyembro ng Medicare
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Para sa mga Serbisyo sa Bahagi D (Rx):
Molina Healthcare
Atensyon: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

Dapat mong isumite ang iyong paghahabol sa amin sa loob 365 araw 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.

C. Mga desisyon sa pagsaklaw

Kapag natanggap namin ang inyong kahilingan para sa pagbabayad, gagawa kami ng desisyon sa saklaw. Nangangahulugan ito na nagpapasya kami kung sasaklawin ng aming plano ang inyong serbisyo, item, o gamot. Kami rin ang magpapasya sa halaga ng pera, kung mayroon man, na dapat ninyong bayaran.

- Ipapaalam namin sa iyo kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon mula sa iyo.
- Kung magdesisyon kami na saklawin ng aming plano ang serbisyo, item, o gamot at sinunod mo ang lahat ng panuntunan sa pagkuha dito, babayaran namin ito. Kung nabayaran mo na ang serbisyo o gamot, magpapadala kami sa iyo ng tseke para sa iyong binayaran. Kung binayaran mo ang buong halaga ng gamot, maaaring hindi maibalik sa iyo ang buong halaga na ibinayad mo (halimbawa, kung nakuha mo ang gamot sa isang parmasya na wala sa network o kung ang cash na presyong ibinayad mo ay mas malaki kaysa sa napagkasunduan naming presyo). Kung hindi ka pa nagbabayad, babayaran namin nang direkta ang tagapagkaloob.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 3** ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang mga panuntunan upang saklawin ang inyong mga serbisyo.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* ang mga panuntunan para sa pagsaklaw ng inyong mga inireresetang gamot ng Medicare Bahagi D.

- Kung magdesisyon kaming huwag bayaran ang serbisyo o gamot, padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag kung bakit. Ipaliliwanag din ng sulat ang inyong mga karapatang gumawa ng apela.
- Para matuto nang higit pa tungkol sa mga desisyon sa pagsaklaw, sumangguni sa **Kabanata 9**.

D. Mga apela

Kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami sa pagtanggi sa inyong kahilingan para sa pagbabayad, maaari ninyong hilingin baguhin namin ang aming desisyon. Tinatawag ito na “pag-apela.” Maaari ka ring mag-apela kung hindi ka sumasang-ayon sa halagang binabayaran namin.

Ang proseso ng pormal na mga apela ay may mga detalyadong pamamaraan at mga deadline. Para matuto pa tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro*:

- Upang makagawa ng apela kaugnay sa pagbabayad para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Seksyon F**.
  - Upang makagawa ng apela kaugnay sa pagbabayad para sa isang gamot, sumangguni sa **Seksyon G**.

Kabanata 8: Ang mga karapatan at responsibilidad mo

Panimula

Ang kabanatang ito ay kinabibilangan ng inyong mga karapatan at responsibilidad bilang miyembro ng aming plano. Dapat naming igalang ang inyong mga karapatan. Ang mga pangunahing termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ang inyong karapatan na kumuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang matutugunan ang inyong mga pangangailangan 156
B. Ang aming responsibilidad para sa inyong napapanahong pag-access sa mga saklaw na serbisyo at gamot 164
C. Ang responsibilidad namin para protektahan ang personal na impormasyon sa kalusugan (PHI) 165
C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI 165
C2. Ang iyong karapatan na tingnan ang iyong mga medikal na rekord 165
D. Ang aming responsibilidad na bigyan kayo ng impormasyon 172
E. Kawalan ng kakayahan ng mga tagapagkaloob na nasa network na direkta kayong singilin 173
F. Ang inyong karapatang umalis sa aming plano 173
G. Ang karapatan mong gumawa ng mga desisyon tungkol sa pangangalaga ng kalusugan mo 173
G1. Ang inyong karapatan na malaman ang inyong mga pagpipilian sa paggamot at gumawa ng mga desisyon 174
G2. Ang karapatan ninyo na sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung hindi ninyo magawang gumawa ng mga desisyon sa pangangalaga ng kalusugan para sa sarili ninyo 174
G3. Ano ang gagawin kung hindi sinunod ang mga tagubilin ninyo 175
H. Ang inyong karapatan na magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon 175
H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan 176
I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano 176

A. Ang inyong karapatan na kumuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang matutugunan ang inyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa isang kultural na kakayahan at naa-access na paraan. Dapat din naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang koordinador ng pangangalaga o ang Mga Serbisyo sa Miyembro mo. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari ring magbigay sa iyo ang aming plano ng mga materyales sa mga wikang maliban sa Ingles kabilang ang *Espanyol, Arabe, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Koreano, Lao, Ruso, Tagalog, at Vietnamese* at sa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, Pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Para sa Mga Serbisyong Medikal: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
    - Upang makagawa ng isang nagpapatuloy na kahilingan upang makakuha ng mga materyales sa isang wikang maliban sa Ingles o sa isang kahaliling format ngayon at sa hinaharap, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. lokal na oras.

Kung nahihirapan kayong kumuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- Department of Health and Human Services ng U.S., Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle acerca de los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Dapat naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles para responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede ofrecerle materiales en idiomas diferentes del inglés, que incluyen *español, árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, laosiano, ruso, tagalo y vietnamita* y en formatos como letras grandes, braille o audio. Para recibir materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Para servicios médicos: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

- Para solicitar de manera permanente materiales en otro idioma o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan de salud debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al> 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. (1-800-368-1019). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Karapatan mong matanggap ang mga serbisyo at impormasyon sa paraan na nakasasapat sa mga pangangailangan mo

Dapat namin tiyakin na **lahat** ng serbisyong ibinibigay sa iyo ay wasto sa kultura at nasa paraang naa-access. Dapat din naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tawagan ang iyong koordinator ng pangangalaga o ang Mga Serbisyo ng Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makapagbibigay din sa iyo ang plan namin ng mga babasahin na nasa mga wikang bukod sa English kabilang ang *Espanyol, Arabe, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Koreano, Lao, Ruso, Tagalog, at Vietnamese* at sa mga format kagaya ng malaking letra, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, Pakitawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o sumulat sa Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Para sa Mga Serbisyong Medikal: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - Para gumawa ng isang nagpapatuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales sa isang wika maliban sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.

Kung nahihirapan kayong kumuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa numerong 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình

Chúng tôi phải đảm bảo **tất** cả các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về phúc lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách quý vị

có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo với quý vị về các quyền của quý vị mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm *tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng H'Mông, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt* và theo các định dạng như chữ cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc gửi thư cho Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 665-4627 TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương. Đối với dịch vụ y tế: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - Để đưa ra yêu cầu nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện giờ hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên theo số <(855) 665-4627, TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Gọi cho Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi số 711.
- Department of Health and Human Services ng U.S., Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 이용할 권리

당사는 **모든** 서비스가 문화적으로 적절하며 접근 가능한 방식으로 제공되도록 보장해야 합니다. 당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 당사 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 회원의 플랜 가입 기간 중 매년 회원의 권리에 대해 회원에 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공 받으려면 회원 서비스에 전화하십시오. 당사 플랜에서는 다양한 언어로 질문에 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 또한 영어 이외에도 *스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 흐몽어, 한국어, 라오어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어로* 된 자료, 큰 활자나 점자 또는 음성 자료를 제공해 드립니다. 이 문서를 다른 형식으로 받으시려면 회원 서비스에 <(855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시각)에 전화하시거나 다음 주소의 Molina Medicare Complete Care Plus로 서신을 보내시기 바랍니다. 의료 서비스 관련 우편 주소: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - 지금 및 향후에 자료를 영어 이외의 다른 언어나 대체 형식으로 계속해서 제공받으려면, 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시간)에 전화하시기 바랍니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있어 불만을 제기하고자 하시는 경우

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하시기 바랍니다. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 민권 사무국은 916-440-7370번입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다.
- 미국 보건복지부, 민권 사무국 번호는 1-800-368-1019 번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право получать услуги и информацию любым удобным вам способом

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах в понятной для вас форме. Мы должны сообщать вам о ваших правах каждый год в течение всего времени вашего участия в плане.

- Чтобы получить информацию понятным для вас способом, позвоните координатору медицинских услуг или в отдел обслуживания участников программы страхования. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет получить ответы на ваши вопросы на необходимом вам языке.
- В рамках нашего плана вы можете получить материалы на *испанском, арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, лаосском, русском, тагальском и вьетнамском языках, а также на языках фарси и хмонг .* Кроме того, информация для вас доступна в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников программы страхования или в офис Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени. Медицинские услуги: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 (Калифорния).
  - Чтобы подать постоянный запрос на предоставление вам сейчас и в будущем материалов на другом языке (кроме английского) или в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы захотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Если вы пользуетесь телефоном TTY: 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保向您提供的**所有**服務都符合您的文化背景以利使用。我們還必須以您可以理解的方式向您介紹我們的計劃福利和您的權利。我們必須在您參與本計劃的每一年向您說明您的權利。

- 想要以您可以理解的方式獲得資訊，請致電您的照護協調員或會員服務部。本計劃提供免費的口譯員服務，可以用不同語言來回答問題。
- 我們的計劃也可以爲您提供非英文版本的資料，包括*西班牙語*、*阿拉伯語*、*亞美尼亞語*、*柬埔寨語*、*中文*、*波斯語*、*苗語*、*韓語*、*老撾語*、*俄語*、*塔加拉族語和越南語*，以及大字體、點字或音訊等格式。如需這些其他格式之一的資料，請致電會員服務部或寫信給 Molina Medicare Complete Care Plus，電話：(855) 665-4627 TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。醫療服務：200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - 若要長期要求現在和以後都取得非英文版本或替代格式的資料，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。

如果您因語言問題或殘疾而在取得本計劃資訊時遇到困難，並想要提交投訴，請致電：

- Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天、每天 24 小時均可致電。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話：916-440-7370。TTY 使用者應致電 711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室，電話：1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

تعين علينا ضمان تقديم **جميع** الخدمات إليك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. كما يتعين علينا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها، يرجى الاتصال بمنسق حالتك أو خدمات الأعضاء. وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد باللغات الإسبانية والأرمينية والكمبودية والصينية والفارسية والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية والعربية وبتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو مراسلة Molina Medicare Complete Care Plus وذلك على الرقم 665-4627 (855)، وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يمكنهم الاتصال على: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. للخدمات الطبية: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - لتقديم طلب دائم للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855) ، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

إذا واجهتَ صعوبة في الحصول على المعلومات عن طريق خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو الإعاقة وتود تقديم شكوى بالأمر، فيمكنك الاتصال بالجهات الآتية:

- خط المساعدة 1-800-MEDICARE لبرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227). يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لبرنامج Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على رقم 711.
- صحة والخدمات البشرية، مكتب الحقوق المدنية (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. بالنسبة إلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស់**ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈមានប្រសិទ្ធភាពតាមរបៀបដែលសមរម្យ និងអាចចូលប្រើបាន។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងនិងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានទៅតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្លះក៏អាចផ្តល់ឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន*ភាសាអេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្គាស៊ី មន កូរ៉េ ឡាវ រុស្ស៊ី តាកាឡុក និងវៀតណាម* ហើយមានទម្រង់ជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានសម្ភារៈក្នុងទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY៖ 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ៖ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ដើម្បីធ្វើសំណើអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតពេលបច្ចុប្បន្ន និងអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY៖ 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 ។
- ការិយាល័យ Medi-Cal នៃសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 916-440-7370 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711 ។
- U.S Department of Health and Human Services, ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697 ។

A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهای‌تان را برآورده کند

اید اطمینان حاصل کنیم که **تمامی** خدمات به‌صورتی به شما ارائه می‌شود که به‌لحاظ فرهنگی قابل قبول و قابل دسترس باشند. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح‌مان و حقوق‌تان را به گونه‌ای در اختیارتان قرار دهیم که برای‌تان قابل درک باشد. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما خاطرنشان کنیم.

- جهت کسب اطلاعات به‌شیوه‌ای که برای‌تان قابل درک باشد، با هماهنگ‌کنندهٔ خدمات درمانی خود یا خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما به‌منظور پاسخ‌دهی به سؤالات به زبان‌های مختلف، خدمات ترجمهٔ رایگان را ارائه می‌دهد.
- همچنین در طرح ما امکان ارائهٔ مطالب به زبان‌هایی به غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، همونگی، کره‌ای، لائوسی، روسی، تاگالوگ و ویتنامی و به قالب‌هایی مثل چاپ با حروف درشت، خط بریل یا صوتی وجود دارد. برای دریافت مطالب به یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضاء به‌شمارهٔ 4627-665 (855) یا TTY به شمارهٔ 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید یا به Molina Medicare Complete Care Plus نامه بنویسید. برای خدمات پزشکی: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - برای درخواست جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا یک قالب دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضاء به شماره:TTY، 711 (855) 665-4627 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعدازظهر، به‌وقت محلی تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبان یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی را ثبت کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- Medicare به شمارهٔ (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE . می‌توانید در 7 روز هفته و در 24 ساعت شبانه‌روز تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal یا Medi-Cal Office of Civil Rights به شمارهٔ 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.
- فتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) متعلق به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا (U.S Department of Health and Human Services) به شمارهٔ 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697تماس بگیرند.

A. Ձեր կարիքներին համապատասխանող ձևով ծառայություններ և տեղեկություն ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է ապահովենք, որ ձեզ տրամադրվող **բոլոր** ծառայությունները լինեն մշակութային առումով գրագետ և հասանելի ձևով: Մենք պարտավորվում ենք նաև հայտնել ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ համար հասանելի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, բանի դեռ մեր ծրագրի անդամ եք հանդիսանում:

- Ձեզ համար հասանելի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք խնամքի համակարգողին կամ Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ *իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հմոնգերեն, կորեերեն, լաոսերեն, ռուսերեն, տագալերեն և վիետնամերեն,* ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլյիի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
    - Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հմոնգերեն, կորեերեն, լաոսերեն, ռուսերեն, տագալերեն և վիետնամերեն, ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլյիի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. Koj txoj cai tau txais kev pab cuam thiab cov ntaub ntawv raws li koj xav tau

Peb yuav tsum xyuas kom meej **tag nro** cov kev pab cuam raug muab rau koj raws li kev coj noj coj ua thiab nkag mus tau zoo.Peb kuj yuav tsum tau qhia koj txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig thiab koj cov cai raws li koj tuaj yeem nkag siab.Peb yuav tsum qhia koj txog koj txoj cai txhua xyoo uas koj nyob hauv peb txoj phiaj xwm.

- Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab, hu rau koj neeg lis hauj lwm rau kev saib xyuas los sis Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab.Peb txoj phiaj xwm muaj kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug ua ntau hom lus.
- Peb txoj phiaj xwm tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua lwm yam lus dhau ntawm lus Askiv xws li *Xab Pees Niv, As Las Npiv, As Mes Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Xis, Hmoob, Kaus Lim, Nplog, Lav Xias, Tas Kas Lov thiab Nyab Laj* Arabic thiab hauv cov ntawv xws li ntawv loj, ntawv sau, los sis

suab.Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv ua ib qho ntawm lwm hom ntawv, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab los sis sau rau Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 hnub hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.Rau Kev Pab Cuam Kho Mob: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

- Txhawm rau thov kom tau txais cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas tsis yog lus Askiv los sis lwm hom ntawv tam sim no thiab yav tom ntej, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab ntawm (855) 665-4627, TTY: 711 7 hnub hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.

Yog tias koj muaj teeb meem tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb txoj phiaj xwm vim muaj teeb meem lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav ua ntawv tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub lim tiam.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Cai Ntawm Pej Xeem tau ntawm 916-440-7370.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu xov tooj rau 711.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-800-537-7697.

A. ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ ແລະ ຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ

ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າ ການບໍລິການ **ທ້ອງຫ້ວ** ແມ່ນຖືກສະໜອງໃຫ້ທ່ານໃນລັກສະນະທີ່ເໝາະສົມກັບອັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນເຮົາ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານໃນທາງທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້. ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະປີວ່າທ່ານຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ.

- ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້, ໂທຫາ ຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງທ່ານ ຫຼື ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ແຜນການຂອງພວກເຮົາແມ່ນມີບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມໃນພາສາທີ່ແຕກຕ່າງກັນ.
- ແຜນການຂອງພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ເອກະສານແກ່ທ່ານເປັນ*ພາສາແອສປາໂຍນ, ອາເມເນຍ, ກຳປູເຈຍ, ຈີນ, ຝາຊີ, ເກົາຫຼີ, ລັດເຊຍ, ຕາກາລ็อก, ຫວຽດນາມ, ອາຣັບ* ແລະ ໃນຮູບແບບຕ່າງໆເຊັ່ນ: ແບບພິມ, ອັກສອນນູນ ຫຼື ສຽງ. ເພື່ອຮັບເອກະສານໃນໜຶ່ງໃນຮູບແບບທາງເລືອກເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ຂຽນໄປຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 ອັນຕໍ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ສຳລັບການບໍລິການທາງການແພດ: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ເພື່ອດຳເນີນການຮ້ອງຂໍເອກະສານເປັນພາສາທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ ຫຼື ໃນຮູບແບບທາງເລືອກໃນຕອນນີ້ ແລະ ອະນາຄົດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ (855) 665-4627, TTY: 711 7 ອັນຕໍ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຍື່ນຄຳຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ທ່ານສາມາດໂທ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ອ້ນ, 7 ອັນຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048.
- ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງແຜນ Medi-Cal ທີ່ເບີ 916-440-7370. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711.
- U.S Department of Health and Human Services, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ທີ່ 1-800-368-1019. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-537-7697.

B. Ang aming responsibilidad para sa inyong napapanahong pag-access sa mga saklaw na serbisyo at gamot

Kung nahihirapan kayong makakuha ng pangangalaga, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.

Mayroon kayong mga karapatan bilang miyembro ng aming plano.

- May karapatan kayong pumili ng tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP) sa aming network. Ang tagapagkaloob na nasa network ay isang tagapagkaloob na nakikipagtulungan sa amin. Makakahanap kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa kung anong mga uri ng mga tagapagkaloob ang maaaring kumilos bilang isang PCP at kung paano pumili ng isang PCP sa **Kabanata 3** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
  - Tawagan ang iyong koordinator ng pangangalaga o Mga Serbisyo sa Miyembro o tingnan ang *Direktoryo ng Tagapagkaloob at Parmasya* para matuto nang higit pa tungkol sa mga tagapagkaloob sa network at kung sinong mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- May karapatan kayo sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang hindi kumukuha ng referral. Ang isang referral ay isang pag-apruba mula sa inyong PCP upang magpakonsulta sa isang tao na hindi ninyo PCP.
- May karapatan kayong kumuha ng mga saklaw na serbisyo mula sa mga tagapagkaloob na nasa network sa loob ng makatwirang haba ng panahon.
  - Kabilang dito ang karapatan na makatanggap ng napapanahon na mga serbisyo mula sa mga espesyalista.
  - Kung hindi ka makakuha ng mga serbisyo sa makatuwirang tagal ng panahon, kailangan naming magbayad para sa wala sa network na pangangalaga.
- May karapatan kayong makakuha ng mga serbisyong pang-emergency o pangangalaga na agarang kailangan nang walang paunang pag-apruba (prior authorization, PA).
- May karapatan kayong makuha ang inyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network nang walang matagal na pagkaantala.
- May karapatan kayong malaman kung kailan kayo maaaring magpakonsulta sa isang wala sa network na tagapagkaloob. Upang malaman ang tungkol sa mga tagapagkaloob na wala sa network, sumangguni sa **Kabanata 3** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Sa unang beses ng pagsali ninyo sa aming plano, may karapatan kayong panatilihin ang inyong mga kasalukuyang tagapagkaloob at awtorisasyon sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ninyo ang ilang partikular na kondisyon. Upang matuto nang higit pa tungkol sa pagpapanatili ng inyong mga tagapagkaloob at mga pahintulot sa serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 1** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- May karapatan kang gumawa ng sarili mong mga pagpapasya sa pangangalagang pangkalusugan sa tulong ng iyong pangkat ng pangangalaga at koordinator ng pangangalaga.

Ang **Kabanata 9** ng iyong *Handbook ng Miyembro* ay nagsasabi kung ano ang maaari mong gawin kung sa tingin mo ay hindi mo nakukuha ang iyong mga serbisyo o gamot sa loob ng makatuwirang tagal ng panahon. Sinasabi rin nito kung ano ang maaari ninyong gawin kung tinanggihan namin ang saklaw para sa inyong mga serbisyo o gamot at hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon.

C. Ang responsibilidad namin para protektahan ang personal na impormasyon sa kalusugan (PHI)

Pinoprotektahan namin ang iyong PHI ayon sa iniaatas ng mga batas ng pederal at estado.

Kabilang sa inyong PHI ang impormasyong ibinigay ninyo sa amin noong nagpatala kayo sa aming plano. Kasama rin dito ang iyong mga medikal na rekord at iba pang impormasyong medikal at impormasyong pangkalusugan.

Mayroon kang mga karapatan pagdating sa impormasyon mo at pagkontrol kung paano ginagamit ang PHI mo. Bibigyan ka namin ng nakasulat na abiso na nagsasabi tungkol sa mga karapatang ito at nagpapaliwanag din kung paano namin pinoprotektahan ang pagkapribado ng iyong PHI. Ang abiso ay tinatawag na "Abiso sa Kasanayan sa Pagkapribado."

Ang mga miyembrong maaaring pumayag na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo ay hindi kinakailangang kumuha ng pahintulot ng sinumang miyembro na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo o magsumite ng claim para sa mga sensitibong serbisyo. Ididirekta ng Molina Medicare Complete Care Plus ang mga komunikasyon tungkol sa mga sensitibong serbisyo sa kahaliling itinalagang mailing address, email address, o numero ng telepono ng isang miyembro o, kung walang pagtatalaga, sa pangalan ng miyembro sa address o numero ng telepono na nasa file. Ang Molina Medicare Complete Care Plus ay hindi magbubunyag ng medikal na impormasyon na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo sa sinumang ibang miyembro nang walang nakasulat na pahintulot mula sa miyembrong tumatanggap ng pangangalaga. Tatanggapin ng Molina Medicare Complete Care Plus ang mga kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon sa form at format na hiniling, kung ito ay madaling gawin sa hiniling na form at format, o sa mga alternatibong lokasyon. Ang kahilingan ng isang miyembro para sa mga kumpidensyal na komunikasyon na nauugnay sa mga sensitibong serbisyo ay magiging wasto hanggang sa bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsumite ng bagong kahilingan para sa mga kumpidensyal na komunikasyon.

C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI

Sinisigurado namin na hindi makikita o mapapalitan ng mga hindi awtorisadong tao ang inyong mga rekord.

Maliban sa mga kasong nakasaad sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang iyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay ng iyong pangangalaga o nagbabayad para sa iyong pangangalaga. Kung gagawin man namin, kailangan muna naming kumuha ng nakasulat na pahintulot mula sa inyo. Kayo o isang taong legal na awtorisado na gumawa ng mga desisyon para sa inyo ay maaaring magbigay ng nakasulat na pahintulot.

Minsan, hindi muna namin kailangang kunin ang iyong nakasulat na pahintulot. Pinapahintulutan o iniaatas ng batas ang mga pagbubukod na ito:

- Kailangan namiing ilabas ang PHI sa mga ahensiya ng gobyerno na tumitingin sa kalidad ng pangangalaga ng aming plano.
- Maaari naming ilabas ang PHI kung iniutos ng isang korte, ngunit kung pinahihintulutan lamang ito ng batas ng California.
- Kailangan naming ibigay sa Medicare ang inyong PHI. Kung ilalabas ng Medicare ang inyong PHI para sa pananaliksik o iba pang paggamit, gagawin ito alinsunod sa mga batas pederal.

C2. Ang iyong karapatan na tingnan ang iyong mga medikal na rekord

- May karapatan kang tingnan ang iyong mga medikal na rekord at makakuha ng kopya ng iyong mga rekord.

- May karapatan kayong hilingin sa amin na isa panahon o iwasto ang inyong mga medikal na rekord. Kung hihilingin mong gawin namin ito, makikipagtulungan kami sa iyong tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan upang magdesisyon kung dapat gawin ang mga pagbabago.
- May karapatan kayong malaman kung at paano namin naibahagi sa iba ang inyong PHI.

Kung mayroon kayong mga katanungan o alalahanin tungkol sa pagkapribado ng inyong PHI, tumawag sa mga Serbisyo para sa Miyembro.

Pagkapribado Mo

Minamahal na Miyembro ng Molina Medicare:

Mahalaga sa amin ang iyong pagkapribado. Iginagalang at pinoprotektahan namin ang iyong pagkapribado. Ginagamit at ibinabahagi ng Molina ang iyong impormasyon upang mabigyan ka ng mga benepisyong pangkalusugan. Gustong ipaalam sa iyo ng Molina kung paano ginagamit o ibinabahagi ang iyong impormasyon.

Nangangahulugan ang **PHI** na *protektadong impormasyon sa kalusugan*. Kasama sa PHI ang iyong pangalan, numero bilang miyembro, lahi, etnisidad, pangangailangan sa wika, o iba pang bagay na nagpapakilala sa iyo. Gusto ng Molina na malaman mo kung paano namin ginagamit o ibinabahagi ang iyong PHI.

Bakit ginagamit o ibinabahagi ng Molina ang PHI ng aming Miyembro?

- Upang makapagbigay ng serbisyo para sa iyong paggamot
- Upang mabayaran ang iyong pangangalagang pangkalusugan
- Upang masuri ang kalidad ng pangangalaga na nakukuha mo
- Upang masabi sa iyo ang tungkol sa mga mapagpipilian mo para sa pangangalaga
- Upang mapatakbo ang aming planong pangkalusugan
- Upang magamit o maibahagi ang PHI para sa iba pang mga layunin ayon sa iniaatas o pinahihintulutan ng batas.

Kailan kailangan ng Molina ang iyong nakasulat na pahintulot (pag-apruba) para magamit o maibahagi ang iyong PHI?

Kailangan ng Molina ang iyong nakasulat na pag-apruba upang magamit o maibahagi ang iyong PHI para sa mga layuning hindi nakalista sa itaas.

Ano ang iyong mga karapatan sa pagkapribado?

- Ang tingnan ang iyong PHI
- Ang makakuha ng kopya ng iyong PHI
- Ang amyendahan ang iyong PHI
- Ang hilingin sa amin na huwag gamitin o ibahagi ang iyong PHI sa ilang mga paraan
- Ang makakuha ng listahan ng ilang partikular na tao o lugar na panagbahaginan namin ng iyong PHI

Paano pinoprotektahan ng Molina ang iyong PHI?

Gumagamit ang Molina ng maraming paraan para maprotektahan ang PHI sa kabuuan ng aming planong pangkalusugan. Kabilang dito ang PHI sa nakasulat na salita, pahayag na salita, o sa isang kompyuter. Nasa ibaba ang ilang paraan ng pagprotekta ng Molina sa PHI:

- May mga patakaran at tuntuning ang Molina para maprotektahan ang PHI.
- Nililimitahan ng Molina kung sino ang makakakita sa PHI. Tanging ang mga kawani ng Molina na may pangangailangang malaman ang PHI ang maaaring gumamit nito.
- Ang mga kawani ng Molina ay sinanay kung paano protektahan at bigyang seguridad ang PHI.

- Dapat sumang-ayon ang mga kawani ng Molina nang pasulat na sundin ang mga tuntunin at patakarang nagpoprotekta at nagbibigay ng seguridad sa PHI
- Binibigyang seguridad ng Molina ang PHI sa aming mga kompyuter. Ang PHI sa aming mga kompyuter ay napananatiling pribado sa pamamagitan ng paggamit ng mga firewall at password.

Ano ang dapat gawin ng Molina ayon sa batas?

- Panatilihin ang iyong PHI na pribado.
- Bigyan ka ng nakasulat na impormasyon, tulad nito sa aming mga tungkulin at mga kasanayan sa pagkapribado tungkol sa iyong PHI.
- Sundin ang mga tuntunin ng aming Abiso sa mga Kasanayan sa Pagkapribado.

Ano ang maaari mong gawin kung sa tingin mo ay hindi naprotektahan ang iyong mga karapatan sa pagkapribado?

- Tumawag o sumulat sa Molina at magreklamo.
- Magreklamo sa Department of Health and Human Services.

Wala kaming gagawin laban sa iyo. Ang iyong pagkilos ay hindi makakapagpabago sa iyong pangangalaga sa anumang paraan.

Ang nasa itaas ay isang buod lamang. Mas maraming impormasyon ang aming Abiso ng Mga Kagawian sa Pagkapribado tungkol sa kung paano namin ginagamit at ibinabahagi ang mga PHI ng aming Miyembro. Ang aming Abiso sa Mga Patakaran sa Pagkapribado ay nasa sumusunod na seksyon nitong Handbook ng Miyembro. Ito ay nasa aming web site sa www.molinahealthcare.com. Maaari din kayong makakuha ng kopya ng Abiso sa Mga Patakaran sa Pagkapribado namin sa pamamagitan ng pagtawag sa Kagawaran ng Mga Serbisyo para sa Miyembro namin sa (855) 665-4627, TTY: 711, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711.

ABISO SA MGA KASANAYAN SA PAGKAPRIBADO

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC.

INILALARAWAN NG ABISONG ITO KUNG PAANO MAGAGAMIT AT MABUNYAG ANG MEDIKAL NA IMPORMASYON TUNGKOL SA IYO AT KUNG PAANO KA MAKAKAKUHA NG ACCESS SA IMPORMASYON ITO. PAKIREPASO ITONG MABUTI.

Ginagamit at ibinabahagi ng Molina Healthcare of California Inc. (“**Molina Healthcare**”, “**Molina**”, “**kami**” o “**amin**”) ang protektadong impormasyon sa kalusugan tungkol sa iyo para ihatid ang iyong mga benepisyo sa kalusugan bilang isang miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP. Ginagamit at ibinabahagi namin ang iyong impormasyon upang maisagawa ang paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan. Ginagamit at ibinabahagi rin namin ang iyong impormasyon para sa iba pang mga kadahilanan na pinapayagan at iniaatas ng batas. May tungkulin kami na panatilihing pribado ang iyong impormasyon sa kalusugan at sundin ang mga tuntunin ng Abisong ito. Ang petsa na magiging epektibo ang Abiso na ito ay sa Septyembre 23, 2013.

Nangangahulugan ang **PHI** na protektadong impormasyon sa kalusugan. Ang PHI ay impormasyong pangkalusugan na kinabibilangan ng iyong pangalan, numero bilang Miyembro o iba pang mga pagkakakilanlan, at ginagamit o ibinabahagi ito ng Molina.

Bakit ginagamit o ibinabahagi ng Molina ang iyong PHI?

Ginagamit o ibinabahagi namin ang iyong PHI upang mabigyan ka ng mga benepisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Ang iyong PHI ay ginagamit o ibinabahagi para sa paggamot, pagbabayad, at mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan.

Para sa Paggamot

Maaaring gamitin o ibahagi ng Molina ang iyong PHI upang mabigyan ka, o maiayos, ang iyong pangangalagang medikal. Kasama rin sa paggamot na ito ang mga referral sa pagitan ng iyong mga doktor o iba pang tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan. 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 ng Molina 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 Pangangalagang Pangkalusugan

Maaaring gamitin o ibahagi ng Molina ang PHI tungkol sa iyo upang mapatakbo ang aming planong pangkalusugan. Halimbawa, maaari kaming gumamit ng impormasyon mula sa iyong paghahabol upang maipaalam sa iyo ang tungkol sa isang programang pangkalusugan na maaaring makatulong sa iyo. Maaari rin naming gamitin o ibahagi ang iyong PHI upang malutas ang mga alalahanin ng Miyembro. Ang iyong PHI ay maaari ding gamitin upang makita kung nababayaran nang tama ang mga paghahabol.

Ang mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan ay kinabibilangan ng maraming pang-araw-araw na pangangailangan sa negosyo. Kabilang dito ang ngunit hindi limitado sa mga sumusunod:

- Pagpapabuti ng kalidad;
- Mga aksyon sa mga programang pangkalusugan upang matulungan ang mga Miyembro sa ilang partikular na kundisyon (tulad ng hika);
- Pagsasagawa o pag-aayos para sa medikal na pagsusuri;
- Mga serbisyong legal, kabilang ang mga programa sa pagtuklas ng panloloko at pang-aabuso at paglilitis;
- Mga aksyon para matulungan tayong sumunod sa mga batas;
- Tugunan ang mga pangangailangan ng Miyembro, kabilang ang paglutas sa mga reklamo at karaingan.

Ibabahagi namin ang iyong PHI sa ibang kumpanya ("**mga kasama sa negosyo**") na nagsasagawa ng iba't ibang uri ng mga aktibidad para sa aming planong pangkalusugan. Maaari din naming gamitin ang iyong PHI para mabigyan ka ng mga paalala tungkol sa iyong mga appointment. Maaari naming gamitin ang iyong PHI para mabigyan ka ng impormasyon tungkol sa ibang paggamot, o iba pang benepisyo at serbisyong nauugnay sa kalusugan.

Kailan maaaring gamitin o ibahagi ng Molina ang iyong PHI nang walang nakasulat na pahintulot (pag-apruba) mula sa iyo?

Bukod sa paggamot, pagbabayad at mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan, 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 Pangangalagang Pangkalusugan

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 pagkapribado o pagrepaso 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 banta sa kalusugan o kaligtasan ng publiko.

Mga Tungkulin ng Pamahalaan

Maaaring ibahagi ang inyong PHI sa pamahalaan para sa mga espesyal na tungkulin, tulad ng mga aktibidad sa pambansang seguridad.

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 inyong PHI sa mga direktor ng punerarya o coroner upang tulungan silang gawin ang kanilang mga trabaho.

Kailan kailangan ng Molina ang iyong nakasulat na pahintulot (pag-apruba) para magamit o maibahagi ang iyong PHI?

Kailangan ng Molina 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 ng Molina 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 impormasyong pangkalusugan?

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 pangangalagang pangkalusugan. 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 pangangalagang pangkalusugan. Gayunpaman, hindi kami kinakailangang sumang-ayon sa iyong kahilingan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina sa paggawa sa 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 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 form ng Molina sa paggawa sa 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 saklaw, mga paghahabol at iba pang mga desisyon bilang Miyembro ng Molina. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina sa paggawa sa 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 form ng Molina sa paggawa sa 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 partikular na mga partido na pinagbahagian namin ng iyong PHI sa loob ng anim na taon bago ang petsa ng iyong kahilingan. Hindi isasama sa listahan ang PHI na ibinahagi ayon sa sumusunod:

- para sa paggamot, pagbabayad o mga operasyon sa pangangalagang pangkalusugan;
- 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 datos na naitakda alinsunod sa naaangkop na batas; o
- Ang PHI na inilabas sa interes ng pambansang seguridad o para sa layuning pang-intelehensiya.

Sisingil kami ng makatwirang bayad para sa bawat listahan kung hihilingin mo ang listahang ito nang higit sa isang beses sa 12-buwan na panahunan. Kakailanganin mong gawin ang iyong kahilingan nang nakasulat. Maaari mong gamitin ang form ng Molina upang humiling.

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 Mga Serbisyo sa Miyembro ng Molina sa (855) 665-4627, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711.

Ano ang maaari mong gawin kung hindi naprotektahan ang iyong mga karapatan?

Maaari kang magreklamo sa Molina at sa Department of Health and Human Services kung naniniwala ka na nalabag ang iyong mga karapatan sa pagkapribado. 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.

Makakapagreklamo ka sa amin sa mga sumusunod:

Sa Pamamagitan ng Telepono:
Mga Serbisyo sa Miyembro ng Molina sa (855) 665-4627
7 araw sa isang linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711.

Sa Pamamagitan ng Sulat:
Molina Healthcare of California Inc.
Tandaan: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

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
Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil - Centralized Case Management Operations
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 ng Molina?

Kinakailangan ng Molina na:

- Panatilihin ang iyong PHI na pribado;
- Bigyan ka ng nakasulat na impormasyon, tulad nito sa aming mga tungkulin at mga kasanayan sa pagkapribado tungkol sa iyong PHI;
- Magbigay sa inyo ng abiso kung sakaling magkaroon ng anumang paglabag sa hindi secure na PHI ninyo;
- Huwag gamitin o ibunyag ang genetic na impormasyon ninyo para sa mga layunin ng pag-underwrite;
- Sundin ang mga tuntunin ng Abiso na ito.

Napapailalim ang Abisong ito sa Pagbabago

Inirereserba ng Molina ang karapatang baguhin ang mga kasanayan sa impormasyon nito at 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 materyal na pagbabago, ipo-post

ng Molina ang binagong Abiso sa aming web site at ipapadala ang binagong Abiso, o impormasyon tungkol sa materyal na pagbabago at kung paano makuha ang binagong Abiso, sa aming susunod na taunang pagpapadala sa aming mga miyembro na saklaw ng Molina.

Impormasyon ng Kontak

Kung mayroon kang anumang mga katanungan, mangyaring kontakin ang sumusunod na opisina:

Sa Pamamagitan ng Telepono:
Mga Serbisyo sa Miyembro ng Molina
(855) 665-4627, TTY: 711, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.

Sa Pamamagitan nang Pagsulat:
Molina Healthcare of California Inc.
Pansin: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

Ang impormasyong ito ay magagamit nang libre sa ibang mga wika. Mangyaring tawagan ang numero ng aming customer service
sa (855) 665-4627, TTY 711, 7 araw sa isang linggo, 8 a.m. - 8 p.m., lokal na oras. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (855) 665-4627,TTY 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

D. Ang aming responsibilidad na bigyan kayo ng impormasyon

Bilang miyembro ng aming plano, may karapatan kayong humingi ng impormasyon mula sa amin tungkol sa aming plano, aming network, at inyong mga sinasaklaw na serbisyo.

Kung hindi ka nakakapagsalita ng Ingles, mayroon kaming mga serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang mga katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming plano. Para makakuha ng interpreter, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Libre ang serbisyong ito para sa inyo. Maaari ka rin naming bigyan ng nakasulat na mga materyales at/o impormasyon sa Espanyol, Arabe, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Koreano, Lao, Ruso, Tagalog, at Vietnamese. Maaari din namin kayong bigyan ng impormasyon sa malalaking letra, braille, o audio. Para gumawa ng isang nagpapatuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales sa isang wika maliban sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.

Kung gusto ninyo ng impormasyon tungkol sa alinman sa mga sumusunod, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro:

- Paano pumili o magpalit ng mga plano
- Ang aming plano, kabilang ang:
  - pinansiyal na impormasyon
  - kung paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plano
  - ang bilang ng mga apela na ginawa ng mga miyembro
  - kung paano umalis sa aming plano
- Aming mga tagapagkaloob at parmasyang nasa aming network, kabilang ang:
  - kung paano pumili o magpalit ng mga tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga

- mga kwalipikasyon ng aming tagapagkaloob na nasa network at mga parmasya
- kung paano namin binabayaran ang mga tagapagkaloob sa aming network

- Mga saklaw na serbisyo at gamot kabilang ang:
  - mga serbisyo (sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro*) at mga gamot (sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng inyong *Handbook ng Miyembro)* na saklaw ng aming plano
  - mga limitasyon sa inyong saklaw at mga gamot
  - mga patakarang dapat ninyong sundin upang kumuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot
- Bakit hindi saklaw ang isang bagay at kung ano ang maaari ninyong gawin tungkol dito (sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro*), kabilang ang paghiling sa amin na:
  - ilagay sa kasulatan kung bakit hindi saklaw ang isang bagay
  - baguhin ang isang desisyon na ginawa namin
  - bayaran ang isang bill na natanggap ninyo

E. Kawalan ng kakayahan ng mga tagapagkaloob na nasa network na direkta kayong singilin

Hindi kayo maaaring pagbayarin ng mga doktor, ospital, at iba pang tagapagkaloob sa aming network para sa mga saklaw na serbisyo. Hindi rin nila kayo maaaring singilin kung magbabayad kami ng mas mababa kaysa sa sinisingil ng tagapagkaloob. Upang matutunan kung ano ang gagawin kung sinubukan kayo ng isang tagapagkaloob na nasa network na singilin para sa mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

F. Ang inyong karapatang umalis sa aming plano

Walang makakapagpatuloy sa inyo sa aming plano kung ayaw ninyo.

- May karapatan kayong kunin ang karamihan ng inyong mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan sa pamamagitan ng Original Medicare o sa isa pang Medicare Advantage (MA) plan.
- Makukuha mo ang mga benepisyo sa inireresetang gamot ng Bahagi D ng Medicare mula sa isang plano sa inireresetang gamot o sa isang plano ng MA.
- Sumangguni sa **Kabanata 10** ng inyong *Handbook ng Miyembro:*
  - Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung kailan kayo maaaring sumali sa isang bagong MA o plano ng benepisyo sa inireresetang gamot.
  - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano niyo makukuha ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal kung aalis kayo sa aming plano.

G. Ang karapatan mong gumawa ng mga desisyon tungkol sa pangangalaga ng kalusugan mo

May karapatan kayo sa buong impormasyon mula sa inyong mga doktor at iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan upang tulungan kayong gumawa ng mga desisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan.

G1. Ang inyong karapatan na malaman ang inyong mga pagpipilian sa paggamot at gumawa ng mga desisyon

Dapat ipaliwanag ng inyong mga tagapagkaloob ang inyong kondisyon at ang mga pagpipilian ninyong paggamot sa paraang nauunawaan ninyo. May karapatan ka na:

- **Alamin ang mga pagpipilian ninyo.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa iba't ibang opsyon sa paggamot.
- **Alamin ang mga panganib.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa anumang mga panganib na kasangkot. Dapat naming sabihin sa inyo nang maaga kung ang anumang serbisyo o paggamot ay bahagi ng isang eksperimento sa pananaliksik. May karapatan kayong tanggihan ang mga ini-eksperimentong paggamot.
- **Kumuha ng pangalawang opinyon.** May karapatan kayong magpatingin sa ibang doktor bago magdesisyon sa paggamot.
- **Magsabi ng hindi.** May karapatan kayong tanggihan ang kahit anong paggamot. Kabilang dito ang karapatang umalis sa ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit na pinapayuhan kayo ng doktor ninyo na huwag umalis. May karapatan kayong huminto sa pag-inom ng iniresetang gamot. Kung tatanggihan ninyo ang paggamot o huminto sa pag-inom ng iniresetang gamot, hindi namin kayo tatanggalin mula sa aming plano. Gayunpaman, kung tumanggi kayo sa paggamot o huminto sa paggamit ng gamot, tinatanggap ninyo ang buong responsibilidad para sa kung ano ang mangyayari sa inyo.
- **Hilingin sa amin na ipaliwanag kung bakit tumangging magbigay ng pangangalaga ang isang tagapagkaloob.** May karapatan kayong kumuha sa amin ng paliwanag kung tumanggi ang isang tagapagkaloob na magbigay ng pangangalaga na sa paniniwala ninyo ay dapat ninyong makuha.
- **Hilingin sa amin na saklawin ang isang serbisyo o gamot na itinanggi o karaniwang hindi sinasaklaw.** Tinatawag itong desisyon sa pagsaklaw. Ang **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro* ay nagsasabi kung paano humiling sa amin ng desisyon sa pagsaklaw.

G2. Ang karapatan ninyo na sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung hindi ninyo magawang gumawa ng mga desisyon sa pangangalaga ng kalusugan para sa sarili ninyo

Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) nang libre sa (855) 665-4627, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Kung ikaw ay bingi o nahihirapang makarinig, tumawag sa TTY: 711 para sa California Relay Service.

Minsan hindi makagawa ang mga tao ng mga desisyon sa pangangalaga ng kalusugan para sa kanilang sarili. Bago iyon mangyari sa inyo, maaari ninyong:

- Sagutan ang nakasulat na form upang **bigyan ang isang tao ng karapatang gumawa ng mga desisyon sa pangangalaga ng kalusugan para sa inyo**.
- **Bigyan ang inyong mga doktor ng nakasulat na tagubilin** kung paano isasagawa ang inyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi na ninyo kayang gumawa ng mga desisyon para sa inyong sarili, kasama ang pangangalagang **hindi** niyo gusto.

Ang legal na dokumento na ginagamit mo para ibigay ang iyong mga direksiyon ay tinatawag na “paunang direktiba.” Mayroong iba't ibang uri ng mga patiunang tagubilin at iba't ibang pangalan para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay isang living will at isang kapangyarihan ng abogado para sa pangangalaga sa kalusugan.

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

- **Kumuha ng form.** Makukuha ninyo ang form mula sa inyong doktor, isang abogado, ahensya ng mga serbisyong legal, o isang social worker. Dalasang may mga pormularyo ang mga parmasya at opisina ng tagapaghatid. Makakahanap kayo ng libreng pormularyo sa online at i-download ito. Maaari mo ring kontakin ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para hilingin ang form.
- **Punan ang form at pirmahan ito.** Ang form ay isang legal na dokumento. Dapat ninyong isaalang-alang ang pagkakaroon ng abogado o ibang pinagkakatiwalaan ninyo, tulad ng isang miyembro ng pamilya o inyong PCP, na tulungan kayong kumpletuhin ito.
- **Bigyan ng kopya ang mga taong dapat makaalam tungkol dito.** Dapat magbigay kayo ng kopya ng pormularyo sa doktor ninyo. Dapat din ninyong bigyan ng kopya ang taong pinangalanan ninyo na gumawa ng mga desisyon para sa inyo. Maaaring gustuhin din ninyong bigyan ng kopya ang mga malalapit na kaibigan o mga miyembro ng pamilya. Magtago ng kopya sa bahay.
- Kung kayo ay maoospital at lumagda kayo ng paunang direktiba, **magdala ng kopya nito sa ospital**.
  - Tatanungin kayo ng ospital kung lumagda kayo ng form ng paunang direktiba at kung dala ninyo ito.
  - Kung wala kang linagdaang form ng paunang direktiba, may mga form na makukuha sa ospital at tatanungin ka nila kung gusto mong lumagda ng isa.

May karapatan ka na:

- Ilagay ang inyong paunang direktiba sa inyong mga medikal na rekord.
- Baguhin o kanselahin ang inyong paunang direktiba anumang oras.
- Matuto tungkol sa mga pagbabago sa mga batas ng paunang direktiba. Sasabihin sa inyo ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP ang tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado nang hindi lalampas sa 90 araw pagkatapos ng pagbabago.

Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

G3. Ano ang gagawin kung hindi sinunod ang mga tagubilin ninyo

Kung nilagdaan mo ang isang paunang direktiba, at sa tingin mo ay hindi sinunod ng isang doktor o ospital sa mga tagubilin nito, maaari kang maghain ng reklamo sa Programa ng Ombuds sa 1-855-501-3077. Libre ang tawag na ito. TTY: 1-855-847-7914. Para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita ang numerong ito. Dapat ay mayroon kang espesyal na kagamitan sa telepono para matawagan ito.

Sumulat: **Department of Health Care Services**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, Ca 95814

Website: http://calduals.org/background/cci/archive/policy/cal-mediconnect-ombudsman/

H. Ang inyong karapatan na magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon

Ang **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro* ay nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari niyong gawin kung mayroon kayong anumang mga problema o alalahanin tungkol sa inyong mga saklaw na serbisyo o pangangalaga. Halimbawa, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa kami ng desisyon sa saklaw, gumawa ng apela upang baguhin ang isang desisyon sa saklaw, o maghain ng reklamo.

May karapatan kayong kumuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamo na isinampa ng mga ibang miyembro laban sa aming plano. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro upang makuha ang impormasyong ito.

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan

Kung sa tingin mo ay hindi patas ang pakikitungo namin sa iyo - at **hindi** ito tungkol sa diskriminasyon sa mga kadahilanang nakalista sa **Kabanata 11** ng iyong *Handbook ng Miyembro* – o gusto mo ng higit pang impormasyon tungkol sa iyong mga karapatan, maaari kang tumawag sa:

- Mga Serbisyo sa Miyembro.
- Ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program(HICAP) sa (714) 560-0424. Para sa karagdagang detalye tungkol sa HICAP, sumangguni sa **Kabanata 2**
  - County ng Los Angeles: (213) 383-4519
  - County ng San Diego: (858) 565-8772
  - County ng Imperial: (760) 353- 0223
  - Riverside at San Bernardino na County: (909) 256-8369
- Ang Programa ng Ombuds sa 1-888-452-8609. Para sa higit pang mga detalye tungkol sa programang ito, sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* mo.
- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. (Maaari mo rin basahin o i-download ang "Mga Karapatan at Proteksyon ng Medicare," na mahahanap sa website ng Medicare sa www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano

Bilang miyembro ng plano, responsibilidad ninyong gawin ang mga bagay na nakalista sa ibaba. Kung mayroon kayong mga karagdagang tanong, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro*** upang malaman kung ano ang saklaw ng aming plano at ang mga panuntunang dapat sundin para makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa inyong:
  - Mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro*. Sasabihin sa inyo ng mga kabanatang ito kung ano ang sinasaklaw, ano ang hindi saklaw, anong mga panuntunan ang dapat ninyong sundin, at kung ano ang inyong babayaran.
  - Mga saklaw na gamot, sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- **Sabihin sa amin ang tungkol sa anumang iba pang pagsaklaw sa kalusugan o inireresetang gamot na** mayroon kayo. Dapat naming tiyaking ginagamit ninyo ang lahat ng inyong opsyon sa saklaw kapag kumukuha kayo ng inyong pangangalagang pangkalusugan. Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro kung may iba pa kayong saklaw.
- **Sabihin sa inyong doktor at iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan** na miyembro kayo ng aming plano. Ipakita ang ID Card ng Miyembro ninyo tuwing kukuha kayo ng mga serbisyo o gamot.
- **Tulungan ang inyong mga doktor** at iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan na maibigay sa inyo ang pinakamabuting pangangalaga.
  - Ibigay sa kanila ang kailangan nilang impormasyon tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan. Matuto hangga't puwede tungkol sa mga problema sa kalusugan ninyo. Sundin ang mga plano sa paggamot at mga tagubilin na pinagkasunduan ninyo at ng mga tagapagkaloob ninyo.

- Siguraduhing alam ng inyong mga doktor at iba pang tagapagkaloob ang lahat ng gamot na iniinom ninyo. Kabilang dito ang mga inireresetang gamot, mga gamot na nabibili ng kahit walang reseta, mga bitamina, at mga suplemento.
- Itanong ang mga katanungang mayroon kayo. Dapat ipaliwanag ng inyong mga doktor at iba pang tagapagkaloob ang mga bagay-bagay sa paraang nauunawaan ninyo. Kung magtatanong ka at hindi mo naiintindihan ang sagot, magtanong ulit.

- **Makipagtulungan sa inyong tagapag-ugnay ng pangangalaga** kabilang ang pagkumpleto ng taunang pagtatasa ng panganib sa kalusugan.
- **Maging mapagkonsidera.** Inaasahan namin na igagalang ng lahat ng aming miyembro ang mga karapatan ng iba. Inaasahan din naming kikilos ka nang may paggalang sa tanggapan ng doktor mo, sa mga ospital, at iba pang mga tanggapan ng tagapagkaloob.
- **Bayaran ninyo dapat ninyong bayaran.** Bilang miyembro ng plano, responsable kayo para sa mga pagbabayad na ito:
  - May premium ng Medicare Bahagi A at Medicare Bahagi B. Para sa karamihan ng miyembro ng plano, binabayaran ng Medi-Cal ang iyong premium ng Medicare premium ng Bahagi A at ang iyong Medicare premium ng Bahagi B.
  - **Kung kukuha kayo ng anumang mga serbisyo o gamot na hindi nasaklaw ng plano namin, dapat bayaran ninyo ang buong halaga. (Tandaan:** Kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon namin na hindi saklawin ang serbisyo o gamot, maaari kang mag-apela. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** upang matutunan kung paano gumawa ng apela.)
- **Sabihin ninyo sa amin kung lilipat kayo.** Kung may plano kayong lumipat, ipaalam kaagad sa amin. Tawagan ang iyong koordinator ng pangangalaga o Mga Serbisyo sa Miyembro.
  - **Kung lilipat kayo sa labas ng aming pinagseserbisyuhang lugar, hindi kayo maaaring manatili sa aming plano.** Ang mga tao lang na nakatira sa aming pinagseserbisyuhang lugar ang maaaring maging miyembro ng planong ito. Ang **Kabanata 1** ng iyong *Handbook ng Miyembro* ay nagsasabi sa iyo tungkol sa aming lugar ng serbisyo.
  - Matutulungan ka namin na alamin kung lumilipat ka sa labas ng aming lugar ng serbisyo. Sa panahon ng espesyal na panahon ng pagpapatala, pwede kayong lumipat sa Original Medicare o magpatala sa isang plano sa kalusugan ng Medicare o inireresetang gamot sa bagong lokasyon ninyo. Masasabi namin sa inyo kung mayroon kaming plano sa inyong bagong lugar.
  - Ipaalam sa Medicare at Medi-Cal ang inyong bagong address kapag lumipat kayo. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa mga numero ng telepono para sa Medicare at Medi-Cal.
  - **Kung lilipat kayo sa aming pinagseserbisyuhang lugar, kailangan pa rin namin itong malaman.** Kailangan naming panatilihing napapanahon ang rekord ng membership ninyo at alam namin kung paano kayo kokontakin.
- **Ipaalam sa amin kung mayroon kayong bagong numero ng telepono** o isang mas mahusay na paraan upang makipag-ugnayan sa inyo.
- **Tawagan ang iyong koordinator ng pangangalaga o Mga Serbisyo sa Miyembro para humiling ng tulong kung mayroon kang mga katanungan o alalahanin.**

Kabanata 9: Ano ang gagawin kung mayroon kang problema o reklamo (mga desisyon sa saklaw, apela, reklamo)

Panimula

May impormasyon ang kabanatang ito tungkol sa mga karapatan ninyo. Basahin ang kabanatang ito para malaman kung ano ang gagawin kung:

- Mayroon kayong problema o reklamo tungkol sa plano ninyo.
- Kailangan mo ng serbisyo, item, o gamot na sinabi ng iyong plano na hindi nila babayaran.
- Hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon na ginawa ng inyong plano tungkol sa inyong pangangalaga.
- Sa palagay ninyo masyadong maagang magtatapos ang mga saklaw na serbisyo ninyo.
- Mayroon kang problema o reklamo sa iyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta, na kinabibilangan ng Mga Serbisyo sa Adulto na Nakabase sa Komunidad (CBAS), at mga serbisyo ng Pasilidad ng Pangangalaga (NF).

Ang kabanatang ito ay nahahati sa iba't ibang seksyon upang makatulong sa inyong mas madaling makita ang hinahanap ninyo. **Kung mayroon kang problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa iyong sitwasyon.**

Bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga, dapat ninyong kunin ang pangangalagang pangkalusugan, mga gamot, at pangmatagalang serbisyo at suporta na matutukoy ng inyong mga doktor at iba pang tagapagkaloob bilang kinakailangan para sa inyong pangangalaga. **Kung may problema ka sa iyong pangangalaga, maaari kang tumawag sa Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa 1-855-501-3077 para sa tulong.** Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang iba’t ibang opsyon ninyo para sa iba’t ibang problema at reklamo, ngunit maaari kayong tumawag sa Ombuds Program anumang oras upang magabayan kayo sa inyong problema. Para sa karagdagang mga mapagkukunan upang matugunan ang inyong mga alalahanin at mga paraan upang makipag-ugnayan sa kanila, sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin ... 181
A1. Tungkol sa mga legal na termino ... 181
B. Saan makakakuha ng tulong ... 181
B1. Para sa karagdagang impormasyon at tulong ... 181
C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano ... 182
D. Mga problema sa iyong mga benepisyo ... 183
E. Mga desisyon sa saklaw at apela ... 183
E1. Mga desisyon sa saklaw ... 183
E2. Mga Apela ... 184
E3. Tulong sa mga desisyon sa saklaw at apela ... 184
E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo ... 185
F. Pangangalagang Medikal ... 185
F1. Paggamit sa seksyong ito ... 185
F2. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw ... 186
F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela ... 188
F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela ... 191
F5. Mga problema sa pagbabayad ... 196
G. Mga inireresetang gamot ng Medicare Bahagi D ... 197
G1. Mga desisyon sa saklaw at apela ng Medicare Bahagi D ... 197
G2. Mga pagbubukod sa Medicare Parte D ... 198
G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghingi ng pagbubukod ... 199
G4. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw kabilang ang isang pagbubukod ... 200
G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela ... 202
G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela ... 204
H. Paghiling sa amin na saklawin ang mas mahabang pamamalagi sa ospital ... 205
H1. Alamin ang tungkol sa inyong mga karapatan sa Medicare ... 206
H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela ... 206
H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela ... 208
I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na serbisyong medikal ... 209
I1. Paunang abiso bago matapos ang inyong saklaw ... 209
I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela ... 209
I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela ... 211
J. Ang pagdala sa iyong apela sa lampas ng Antas 2 ... 211
J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare ... 211
J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal ... 213
J3. Mga Apela ng Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Bahagi D ... 213

K. Paano gumawa ng reklamo 214
K1. Anong mga uri ng problema ang itinuturing na mga reklamo? 214
K2. Mga panloob na reklamo 215
K3. Mga panlabas na reklamo 216

A. Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano haharapin ang mga problema at alalahanin. Ang prosesong ginagamit ninyo ay nakadepende sa uri ng problema na mayroon kayo. Gumamit ng isang proseso para sa **mga desisyon sa pagsaklaw at mga apela** at isa pa para sa **paggawa ng mga reklamo;** tinatawag ding mga karaingan.

Upang matiyak ang pagiging patas at pagiging maagap, ang bawat proseso ay may isang hanay ng mga panuntunan, pamamaraan, at mga deadline na dapat namin at mong sundin.

A1. Tungkol sa mga legal na termino

May mga legal na termino sa kabanatang ito para sa ilang tuntunin at mga deadline. Marami sa mga terminong ito ang mahirap maintindihan, kaya gumamit kami ng mga mas simpleng salita na pamalit sa mga legal na termino. Gumagamit kami ng kaunting mga pagdadaglat hangga't maaari.

Halimbawa, sasabihin namin:

- "Paggawa ng reklamo" sa halip na "paghahain ng karaingan"
- "Desisyon sa saklaw" sa halip na "pagpapasya ng organisasyon," "pagpapasya hinggil sa benepisyo," "pagpapasya hinggil sa panganib," o "pagpapasiya ng saklaw"
- "Mabilis na desisyon sa saklaw" sa halip na "pinabilis na pagpapasya"
- “Indipendiyenteng Organisasyon ng Pagrerepaso” (IRO) sa halip na “Indipendiyenteng Entidad ng Pagrerepaso” (IRE).

Maaaring makatulong sa inyo ang pag-alam sa mga wastong legal na tuntunin na makipag-usap nang mas malinaw, kaya ibinibigay din namin ang mga iyon.

B. Saan makakakuha ng tulong

B1. Para sa karagdagang impormasyon at tulong

Kung minsan, nakakalitong simulan o sundan ang proseso sa pagresolba ng problema. Maaaring totoo ito lalo na kung masama ang iyong pakiramdam o nanghihina. Minsan naman, maaaring wala kayo ng impormasyong kailangan ninyo para gawin ang susunod na hakbang.

Tulong mula sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program

Maaari kayong tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong at matutulungan kayong maunawaan kung ano ang gagawin sa inyong problema. Ang HICAP ay hindi konektado sa amin o sa anumang kompanya ng seguro o planong pangkalusugan. Ang HICAP ay may mga sinanay na tagapayo sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre. Ang numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222.

Tulong mula sa Programa ng Medi-Cal Ombuds ng Medicare

Maaari mong tawagan ang Programa ng Medi-Cal Ombuds ng Medicare at makipag-usap sa isang tagapagtaguyod tungkol sa mga katanungan mo sa pagsaklaw sa kalusugan. Nag-aalok sila ng libreng legal na tulong. Hindi konektado ang Programa ng Ombuds sa amin o sa anumang kompanya ng seguro o plano ng kalusugan. Ang kanilang numero ng telepono ay 1-855-501-3077 at ang kanilang website ay www.healthconsumer.org.

Tulong at impormasyon mula sa Medicare

Para sa karagdagang impormasyon at tulong, maaari kayong makipag-ugnayan sa Medicare. Narito ang dalawang paraan ng paghingi ng tulong

mula sa Medicare:

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang TTY na gumagamit ay tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang website ng Medicare (www.medicare.gov).

Tulong at impormasyon mula sa Medi-Cal

Tumawag sa: (916) 449-5000 Lunes – Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., lokal na oras.

Tulong mula sa California Department of Health Care Services

Maaaring tumulong ang Ombudsman ng Medi-Cal Managed Care ng California Department of Health Care Services (DHCS). Makakatulong sila kung mayroon kang problema sa pagsali, pagpapalit, o pag-alis sa isang planong pangkalusugan. Makakatulong din sila kapag lumipat kayo ng tirahan at nagkakaproblema kayo sa pagpapalipat ng inyong Medi-Cal sa inyong bagong county. Maaari kayong tumawag sa Ombudsman Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m. sa 1-888-452-8609.

Tulong mula sa California Department of Managed Health Care

Kontakin ang California Department of Managed Health Care (DMHC) para sa libreng tulong. Responsable ang DMHC sa pangangasiwa ng mga plano ng kalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao na may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay **1-888-466-2219**. Maaaring gamitin ng mga indibidual na bingi, nahihirapang makarinig, o may problema sa pagsasalita ang libreng numero ng TDD, **1-877-688-9891**. Maaari mo ring bisitahin ang website ng DMHC sa **www.dmhc.ca.gov**. Ang California Department of Managed Health Care ang responsable sa pangangasiwa sa mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung mayroon kang karaingan laban sa iyong planong pangkalusugan, dapat mo munang tawagan ang iyong planong pangkalusugan sa **(855) 665-4627, TTY: 711** at gamitin ang proseso ng karaingan ng iyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit sa pamamaraan sa karaingan na ito ay hindi pumipigil ng anumang potensyal na legal na karapatan o remedyo na posibleng magamit ninyo. Kung kailangan mo ng tulong sa isang karaingan na kinasasangkutan ng isang emergency, isang karaingan na hindi kasiya-siyang naresolba ng iyong planong pangkalusugan, o isang karaingan na nananatiling hindi nalutas nang mahigit sa 30 araw, maaari kang tumawag sa departamento para sa tulong. Posible ring kwalipikado kayo para sa isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR). Kung kuwalipikado ka para sa IMR, magbibigay ang proseso ng IMR ng isang walang pinapanigang pagsusuri ng mga medikal na pagpapasya na ginawa ng isang planong pangkalusugan na nauugnay sa medikal na pangangailangan ng isang iminumungkahing serbisyo o panggagamot, mga desisyon sa pagsaklaw para sa mga pang-eksperimento o sinisiyasat na panggagamot at hindi pagkakasundo sa pagbabayad para sa mga pang-emerhensiya y o agarang medikal na serbisyo. Ang departamento ay mayroon ding libreng numero ng telepono (1-888-466-2219) at linya para sa TDD (1-877-688-9891) para sa mga may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng Departamento na www.dmhc.ca.gov ay may mga form ng reklamo, mga form ng aplikasyon sa IMR, at mga tagubilin online.

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano

Mayroon kang Medicare and Medi-Cal. Ang impormasyon sa kabanatang ito ay nalalapat sa **lahat** ng iyong mga benepisyo sa pinamamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Minsan ito ay tinatawag na "pinagsamang proseso" dahil pinagsasama, o pinagsasanib nito, ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Minsan hindi maaaring pagsamahin ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal. Sa mga sitwasyong iyon, gumagamit ka ng isang proseso para sa benepisyo ng Medicare at isa pang proseso para sa benepisyo ng Medi-Cal. Ipinapaliwanag ng**Seksyon F4** ang mga sitwasyong ito.

D. Mga problema sa iyong mga benepisyo

Kung mayroon kang problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa iyong sitwasyon. Makakatulong sa iyo ang follow chart na mahanap ang tamang seksyon ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Ang problema o alalahanin ba ninyo ay tungkol sa mga benepisyo o saklaw ninyo? Kabilang dito ang mga problema tungkol sa kung sinasaklaw ang mga pangangalagang medikal (mga medikal na item, serbisyo at/o mga inireresetang gamot ng Bahagi B) o hindi, kung paano ito sinasaklaw, at mga problemang kaugnay ng pagbabayad para sa pangangalagang medikal.	
Oo. Ang problema ko ay tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Sumangguni sa **Seksyon E,** “Mga desisyon sa pagsaklaw at apela.”	**Hindi.** Ang problema ko ay hindi tungkol sa mga benepisyo at saklaw. Sumangguni sa **Seksyon K,** “Paano gumawa ng reklamo.”

E. Mga desisyon sa saklaw at apela

Tinutugunan ng proseso sa paghiling ng desisyon sa pagsaklaw at paggawa ng apela ang mga problemang kaugnay ng iyong mga benepisyo at pagsaklaw para sa pangangalagang medikal (mga serbisyo, mga item, at mga inireresetang gamot ng Bahagi B, kabilang ang pagbabayad). Para gawing simple ang mga bagay-bagay, sa pangkalahatan ay tinutukoy namin ang mga medikal na item, serbisyo, at mga Bahagi B na inireresetang gamot bilang **pangangalagang medikal.**

E1. Mga desisyon sa saklaw

Ang desisyon sa saklaw ay isang desisyon na ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halagang babayaran namin para sa inyong mga serbisyong medikal o mga gamot. Halimbawa, gumawa ang doktor sa network ng iyong plano ng isang (paborableng) desisyon sa pagsaklaw para sa iyo sa tuwing makakatanggap ka ng pangangalagang medikal mula sa kanila (sumangguni sa **Kananata 4, Seksyon G** ng iyong *Handbook ng Miyembro*).

Kayo o ang inyong doktor ay maaari ring makipag-ugnayan sa amin at humingi ng desisyon sa pagsaklaw. Maaaring hindi ka sigurado o ang doktor mo kung sinasaklaw namin ang isang partikular na medikal na serbisyo o kung maaari kaming tumanggi na maghatid ng medikal na pangangalaga na sa tingin mo ay kailangan mo. **Kung gusto niyong malaman kung sasaklawin namin ang isang serbisyong medikal bago niyo ito makuha, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa pagsaklaw para sa inyo.**

Gumagawa kami ng desisyon sa saklaw tuwing magdedesisyon kami kung ano ang saklaw para sa inyo at kung magkano ang babayaran namin. Sa ilang mga kaso, maaari kaming magpasya na hindi saklaw ang isang serbisyo o gamot o hindi na saklaw para sa inyo ng Medicare o Medi-Cal. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa saklaw na ito, maaari kayong umapela.

E2. Mga Apela

Kung gagawa kami ng desisyon sa pagsaklaw at hindi kayo nasisiyahan sa desisyong ito, maaari ninyong "iapela" ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang isang desisyon sa pagsaklaw na ginawa namin.

Kapag nag-apela kayo 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 suriin kung sinunod namin nang maayos ang lahat ng mga patakaran. Iba't ibang tagasuri kaysa sa mga gumawa ng orihinal na hindi kanais-nais na desisyon ang humahawak sa inyong apela.

Sa karamihan ng mga kaso, dapat mong simulan ang apela mo sa Antas 1. Kung agaran ang iyong problema sa kalusugan o nagsasangkot ng agaran at malubhang panganib sa iyong kalusugan, o kung nakakaramdam ka ng matinding pananakit at nangangailangan ng agarang desisyon, maaari kang humiling ng Medikal na Pagsusuri ng IMR mula sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dmhc.ca.gov. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon.

Kapag nakumpleto namin ang pagsusuri, ibibigay namin sa iyo ang aming desisyon. Sa ilalim ng ilang partikular na pangyayari, na ipinaliwanag sa bandang huli ng kabanatang ito, maaari kang humiling ng isang pinabilis o “mabilis na desisyon sa pagsaklaw” o “mabilis na apela” ng isang desisyon sa pagsaklaw.

Kung **HIndi** ang sagot namin sa bahagi o sa lahat ng hiniling mo, padadalhan ka namin ng sulat. Kung tungkol sa pagsaklaw ng Medicare sa medikal na serbisyo o item o mga gamot ng Bahagi B ang iyong problema, sasabihin sa iyo ng sulat na ipinadala na namin ang iyong kaso sa Independiyenteng Organisasyon ng Pagsusuri (IRO) para sa Antas 2 na Apela. Kung tungkol sa pagsaklaw ng Bahagi D ng Medicare o serbisyo o item ng Medicaid ang problema mo, sasabihin sa iyo ng sulat kung paano ka makakapaghain ng Apela sa Antas 2 nang sarili mo. Sumangguni sa Seksyon F4 para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga Antas 2 na Apela. Kung tungkol sa pagsaklaw ng isang serbisyo o item na sinaklaw ng parehong Medicare at Medicaid ang problema mo, bibigyan ka ng impormasyon ng sulat tungkol sa parehong uri ng mga Apela na Antas 2.

Kung hindi kayo nasisiyahan sa desisyon sa Antas 2 na Apela, maaari kayong dumaan sa mga karagdagang antas ng apela.

E3. Tulong sa mga desisyon sa saklaw at apela

Maaari kayong humingi ng tulong sa alinman sa mga sumusunod:

- **Mga Serbisyo para sa Miyembro** sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- **Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa 1-855-501-3077.**
- **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** sa 1-800-434-0222.
- **Ang Sentro ng Tulong sa Department of Managed Health Care** (DMHC) para sa libreng tulong. Responsable ang DMHC sa pangangasiwa ng mga plano ng kalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao na may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibidual na bingi, nahihirapang makarinig, o may problema sa pagsasalita ang libreng numero ng TDD, 1-877-688-9891. Maaari mo ring bisitahin ang website ng DMHC sa www.dmhc.ca.gov.
- **Ang inyong doktor o iba pang tagapagkaloob**. Magagawa ng inyong doktor o iba pang tagapagkaloob na humiling ng desisyon sa pagsaklaw o umapela sa inyong ngalan.
- **Isang kaibigan o kapamilya**. Maaari kayong magpangalan ng ibang tao na kikilos para sa inyo bilang inyong "kinatawan" upang humiling ng desisyon sa pagsaklaw o maghain ng apela.
- **Isang abogado**. May karapatan kayo sa isang abogado, ngunit **hindi ninyo kinakailangan na magkaroon ng abogado** para humiling ng desisyon sa pagsaklaw o gumawa ng apela.

- Tawagan ninyo ang inyong sariling abogado, o kumuha ng pangalan ng abogado mula sa asosasyon ng lokal na bar o iba pang serbisyo sa referral. Bibigyan kayo ng ilang legal na grupo ng mga libreng serbisyong legal kung kwalipikado kayo.
- Humiling ng abogado sa legal na tulong mula sa Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa 1-855-501-3077.

Punan ang form ng Paghirang ng Kinatawan kung gusto ninyo ng abogado o ibang tao na kumilos bilang inyong kinatawan. Nagbibigay ang form ng pahintulot sa taong kumilos para sa inyo.

Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina at hilingin ang form na "Paghirang ng Kinatawan". Maaari din ninyong makuha ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa www.MolinaHealthcare.com/Medicare. **Dapat ninyo kaming bigyan ng kopya ng nalagdaang form.**

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo

May apat na mga sitwasyon na kinasasangkutan ng mga desisyon sa pagsaklaw at mga apela. Ang bawat sitwasyon ay may magkakaibang panuntunan at deadline. Nagbibigay kami ng mga detalye para sa bawat isa sa isang hiwalay na seksyon ng kabanatang ito. Sumangguni sa **seksyon na naaangkop:**

- **Seksyon F**, “Pangangalagang medikal”
- **Seksyon G**, “Mga inireresetang gamot ng Medicare Part D”
- **Seksyon H**, “Paghiling sa amin na saklawin ang mas mahabang pamamalagi sa ospital”
- **Seksyon I**, “Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na medikal na serbisyo” (Nalalapat lang ang seksyong ito sa mga serbisyong ito: pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, at mga serbisyo ng Komprehensibong Pasilidad ng Rehabilitasyon ng Outpatient (CORF).)

Kung hindi kayo sigurado kung aling seksyon ang gagamitin, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numerong nasa ibaba ng pahina.

F. Pangangalagang Medikal

Sinasabi ng seksyong ito kung ano ang gagawin kung mayroon kang mga problema sa pagkuha ng pagsaklaw para sa pangangalagang medikal o kung gusto mong bayaran ka namin para sa aming bahagi sa gastos ng iyong pangangalaga.

Ang seksyong ito ay tungkol sa iyong mga benepisyo para sa pangangalagang medikal at mga serbisyo na inilalarawan sa **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro*. Maaaring malapat ang iba't ibang panuntunan sa iniresetang gamot ng Medicare Bahagi B. Kapag nalalapat sila, ipinapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga inireresetang gamot ng Medicare Bahagi B sa mga panuntunan para sa mga serbisyo at item na medikal.

F1. Paggamit sa seksyong ito

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang maaari ninyong gawin sa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa palagay ninyo ay sinasaklaw namin ang pangangalagang medikal na kailangan ninyo ngunit hindi nakukuha.

   Ano ang magagawa mo: Maaari kang humiling sa amin ng desisyon sa pagsaklaw. Sumangguni sa **Seksyon F2**.

2. Hindi namin inaprubahan ang pangangalagang medikal na gustong ibigay sa iyo ng iyong doktor o iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan, at sa tingin mo ay dapat.

   Ano ang magagawa mo: Maaari mong iapela ang dessiyon namin. Sumangguni sa **Seksyon F3.**

3. Nakatanggap kayo ng pangangalagang medikal na sa tingin ninyo ay sinasaklaw namin, ngunit hindi namin babayaran.

   Ano ang magagawa mo: Maaari mong iapela ang desisyon naming hindi magbayad. Sumangguni sa **Seksyon F5.**

4. Nakakuha at nagbayad kayo para sa pangangalagang medikal na akala ninyo ay sinasaklaw namin, at gusto ninyong ibalik namin ang ibinayad ninyo.

   Ano ang magagawa mo: Maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka. Sumangguni sa **Seksyon F5.**

5. Binawasan o itinigil namin ang inyong saklaw para sa isang partikular na pangangalagang medikal, at sa palagay ninyo ay maaaring makapinsala sa inyong kalusugan ang aming desisyon.

   Ano ang magagawa mo: Maaari mong iapela ang desisyon namin na bawasan o ihinto ang medikal na pangangalaga. Sumangguni sa **Seksyon F4.**

   - Kung ang pagsaklaw ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o mga serbisyo ng CORF, may mga espesyal na panuntunan na malalapat. Sumangguni sa **Seksyon H** o **Seksyon I** upang malaman ang higit pa.
   - Para sa lahat ng iba pang sitwasyon na kinasasangkutan ng pagbabawas o pagpapahinto sa inyong saklaw para sa ilang partikular na pangangalagang medikal, gamitin ang seksyong ito (**Seksyon F**) bilang inyong gabay.

6. Nakakaranas kayo ng mga pagkaantala sa pangangalaga o hindi kayo makahanap ng doktor.

   Ano ang magagawa mo: Makakapaghain ka ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K2.**

F2. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw

> Kapag ang isang desisyon sa pagsaklaw ay nagsasangkot ng inyong pangangalagang medikal, ito ay tinatawag na isang "**pinagsama-samang pagpapasiya ng organisasyon**."

Kayo, ang inyong doktor, o ang inyong kinatawan ay maaaring humiling sa amin ng desisyon sa pagsaklaw sa pamamagitan ng:

- pagtawag: (855) 665-4627, TTY: 711.
- pag-fax: (844) 834-2155.
- pagsulat: Atensyon: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

Karaniwang desisyon sa pagsaklaw

Kapag ibinigay namin sa inyo ang aming desisyon, ginagamit namin ang "karaniwang" mga deadline maliban kung sumasang-ayon kaming gamitin ang "mabilis" na mga deadline. Ang isang karaniwang desisyon sa saklaw ay nangangahulugan na binibigyan namin kayo ng sagot tungkol sa isang:

- Serbisyong medikal o item sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan. Para sa mga plano ng Knox-Keene, sa loob ng 5 araw ng negosyo, at hindi lalampas sa 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming mataggap ang kahilingan mo.
- Inireresetang gamot ng Medicare Bahagi B sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan.

Mabilis na desisyon sa pagsaklaw

> Ang legal na termino para sa "mabilis na desisyon sa pagsaklaw" ay "**pinabilis na pagpapasiya**."

Kapag hiniling ninyo sa amin na gumawa ng desisyon sa pangangalagang medikal ninyo at kailangan kalusugan ninyo ng mabilis na pagtugon, hilingin sa amin na gumawa ng "mabilis na desisyon sa pagsaklaw." Ang isang mabilis na desisyon sa saklaw ay nangangahulugang bibigyan namin kayo ng sagot tungkol sa isang:

- Medikal na serbisyo o item sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan o mas maaga kung nangangailangan ang iyong medikal na kondisyon ng mas mabilis na pagtugon.
- Inireresetang gamot ng Medicare Bahagi B sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan.

Upang makakuha ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw, dapat ninyong matugunan ang dalawang kinakailangan:

- Humihingi ka ng saklaw para sa mga medikal na bagay at/o mga serbisyong **hindi mo nakuha**. Hindi ka maaaring humiling ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw tungkol sa pagbabayad para sa pangangalagang medikal na nakuha mo na.
- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline ay **maaaring magdulot ng malubhang pinsala sa iyong kalusugan** o makapinsala sa iyong kakayahang kumilos.

Awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan. Kung hihiling kayo nang walang suporta ng inyong doktor, kami ang magdedesisyon kung makakakuha kayo ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw.

- Kung magdesisyon kami na hindi natutugunan ng iyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa mabilis na desisyon sa pagsaklaw, padadalhan ka namin ng sulat para ipaalam ito at gagamitin namin ang karaniwang deadline. Sasabihin sa inyo ng liham na:
  - Awtomatiko kaming nagbibigay sa inyo ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw kung hihilingin ito ng inyong doktor.
  - Kung paano kayo makakapaghain ng "mabilis na reklamo" tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa pagsaklaw sa halip na isang mabilis na desisyon sa pagsaklaw. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paggawa ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K.**

Kung Hindi ang sagot namin sa bahagi o sa lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan.

- Kung **Hindi** ang sagot namin, may karapatan kayong mag-apela. Kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami, ang paggawa ng apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at baguhin ito.
- Kung magpasya kayong gumawa ng apela, mapupunta kayo sa Antas 1 ng proseso ng mga apela **sumangguni sa Seksyon F3**.

Sa mga limitadong pagkakataon, maaari naming ibasura ang inyong kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kasama sa mga halimbawa kung kailan ibabasura ang isang kahilingan:

- kung hindi kumpleto ang kahilingan,
- kung may humiling sa iyong ngalan ngunit hindi legal na awtorisadong gawin ito, o
- kung hihilingin mong bawiin ang iyong kahilingan.

Kung ibabasura namin ang isang kahilingan para sa isang desisyon sa pagsaklaw, padadalhan namin kayo ng paunawa na nagpapaliwanag kung bakit nabasura ang kahilingan at kung paano humiling ng pagsusuri sa pagbabasura. Ang pagsusuring ito ay tinatawag na apela. Tinatalakay ang mga apela sa susunod na seksyon.

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Upang simulan ang isang apela, kayo, ang inyong doktor o ang inyong kinatawan ay dapat makipag-ugnayan sa amin. Tawagan kami sa (855) 665-4627, TTY: 711.

Humiling ng isang karaniwang apela o isang mabilis na apela sa pamamagitan ng pagsulat o sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa (855) 665-4627, TTY: 711.

- Kung hihilingin ng inyong doktor o ibang tagapagreseta na ipagpatuloy ang isang serbisyo o bagay na nakukuha niyo na sa panahon ng inyong apela, maaaring kailanganin ninyong pangalanan sila bilang inyong kinatawan para kumilos sa ngalan mo.
- Kung ang isang tao maliban sa inyong doktor ay gumawa ng apela para sa inyo, isama ang isang form ng Paghirang ng Kinatawan na nagpapahintulot sa taong ito na katawanin ka. Makukuha mo ang form sa pamamagitan ng pagbisita sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o sa aming website sa *www.MolinaHealthcare.com/Medicare*.
- Maaari kaming tumanggap ng kahilingan sa apela nang wala ang form, ngunit hindi namin masisimulan o makokumpleto ang aming pagsusuri hanggang sa makuha namin ito. Kung hindi namin makuha ang form sa loob ng 44 na araw sa kalendaryo pagkatapos makuha ang inyong kahilingan sa apela:
  - Ibabasura namin ang inyong kahilingan, at
  - Padadalhan ka namin ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng karapatan mong hilingin sa IRo na repasuhin ang aming desisyon na ipagwalang-saysay ang iyong apela.
- Dapat kang humiling ng apela sa loob ng 65 araw ng kalendaryo mula sa petsa ng sulat na ipinadala namin para sabihin sa iyo ang aming desisyon.
- Kung hindi ninyo mahahabol ang deadline na ito at mayroon kayong magandang dahilan para dito, maaaring bigyan namin kayo ng mas marami pang panahon upang gawin ang inyong apela. Ang mga halimbawa ng magagandang dahilan ay ang mga bagay na tulad ng nagkaroon kayo ng malubhang karamdaman o binigyan namin kayo ng maling impormasyon tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit huli ang inyong apela kapag gumawa kayo ng apela.

- May karapatan kayong humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Kayo at ang inyong doktor ay maaaring magbigay sa amin ng higit pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Kung hinihingi ito ng inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

> Ang legal na termino para sa "mabilis na apela" ay "**pinabilis na muling pagsaalang-alang**."

- Kung aapela kayo sa isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pagsaklaw para sa pangangalaga na hindi ninyo nakuha, kayo at/ o ang inyong doktor ang magpapasya kung kailangan ninyo ng mabilis na apela.

Awtomatiko namin kayong binibigyan ng mabilis na apela kung sasabihin sa amin ng doktor ninyo na kailangan ito ng kalusugan ninyo. Kung humiling kayo nang walang suporta ang doktor ninyo, magdedesisyon kami kung makakakuha kayo ng mabilis na apela.

- Kung magdesisyon kami na hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa mabilis na desisyon sa pagsaklaw, padadalhan namin kayo ng sulat para ipaalam ito at gagamitin namin ang karaniwang deadline sa halip. Sasabihin sa inyo ng liham na:
  - Awtomatiko namin kayong bibigayan ng mabilis na apela kung hihilingin ito ng doktor ninyo.
  - Paano kayo makakapaghain ng "mabilis na reklamo" tungkol sa desisyon namin na bigyan kayo ng karaniwang apela sa halip na mabilis na apela. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paggawa ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Kung sasabihin namin sa inyo na ihihinto o binabawasan namin ang mga serbisyo o item na nakukuha niyo na, maaari ninyong ipagpatuloy ang mga serbisyo o item na iyon sa panahon ng inyong apela.

- Kung mapagpapasyahan naming baguhin o ihinto ang saklaw ng isang serbisyo o item na nakuha niyo, magpapadala kami sa inyo ng abiso bago kami kumilos.
- Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng Antas 1 na Apela.
- Patuloy naming sinasaklaw ang serbisyo o item kung hihingi kayo ng Antas 1 na Apela **sa loob ng 10 araw sa kalendaryo** ng petsa sa aming liham o sa nilalayong petsa ng pagkakaroon ng bisa ng aksyon, alinman ang mas huli.
  - Kung matugunan ninyo ang deadline na ito, makukuha niyo ang serbisyo o item na walang pagbabago habang nakabinbin ang inyong Antas 1 na apela.
  - Makukuha niyo rin ang lahat ng iba pang serbisyo o item (na hindi paksa ng inyong apela) nang walang mga pagbabago.
  - Kung hindi ka mag-aapela bago ang mga petsang ito, ang iyong serbisyo o gamot ay hindi ipagpapatuloy habang hinihintay mo ang desisyon sa iyong apela.

Isinasaalang alang namin ang iyong apela at binibigyan ka ng aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang inyong apela, muli naming maingat na tinitingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan para sa saklaw ng pangangalagang medikal.
- Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng patakaran kapag sinabi namin ang **Hindi** sa inyong kahilingan.
- Nag-iipon kami ng higit pang impormasyon kung kailangan namin ito. Maaaring makipag-ugnayan kami sa inyo o sa inyong doktor upang kumuha ng karagdagang impormasyon.

May mga deadline para sa isang mabilis na apela.

- Kapag ginamit namin ang mabilis na mga deadline, dapat makapagbigay kami sa iyo ng aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang iyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ng iyong kalusugan ng mas mabilis na pagtugon**.Ibibigay namin sa inyo ang aming sagot nang mas maaga kung kailangan ito ng kalusugan ninyo.
  - Kung hindi kami makakapagbigay sa inyo ng sagot sa loob ng 72 oras, kailangan naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Rerepasuhin ito ngayon ng isang IRO. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipinapaliwanag ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Kung tungkol sa pagsaklaw ng serbisyo o item ng Medicaid ang problema mo, makakapaghain ka ng Antas 2 - Pagdinig ng Estado kasama ang estado mismo sa sandaling matapos ang oras. Sa California ang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Makatarungang Pagdinig ng Estado. Para maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa www.CDSS.CA.GOV.
- **Kung sabihin namin ay Oo sa bahagi o lahat ng kahilingan ninyo**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang apela ninyo, o mas maaga kung kinakailangan ito kalusugan ninyo.
- **Kung sabihin namin ay Hindi sa bahagi o lahat ng kahilingan ninyo**, ipinapadala namin ang apela ninyo sa IRO para sa Antas 2 na Apela.

May mga deadline para sa isang karaniwang apela.

- Kapag ginamit namin ang karaniwang mga deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela para sa saklaw para sa mga serbisyong hindi ninyo nakuha.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot ng Medicare Bahagi B na hindi ninyo nakuha, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela o mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
  - Kung hindi kami makakapagbigay sa inyo ng sagot sa takdang oras, kailangan naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Rerepasuhin ito ngayon ng isang IRO. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipinapaliwanag ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Kung tungkol sa pagsaklaw ng serbisyo o item ng Medicaid ang problema mo, makakapaghain ka ng Antas 2 - Pagdinig ng Estado kasama ang estado mismo sa sandaling matapos ang oras. Sa California ang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Makatarungang Pagdinig ng Estado. Para maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa www.CDSS.CA.GOV.

Kung sasabihin naming Oo sa bahagi o lahat ng kahilingan mo, dapat naming i-awtorisa o ihatid ang pagsaklaw na sinang-ayunan naming ihatid sa loob ng 30 araw ng kalendaryo sa petsa na natanggap namin ang kahilingan mo sa apela, o kasing bilis ng kinakailangan ng kondisyon ng kalusugan mo at sa loob ng 72 oras ng petsa kung kailan binago namin ang desisyon namin, o sa loob ng 7 araw sa kalendaryo ng petsa na natanggap namin ang apela mo kung para sa inireresetang gamot ng Bahagi B ng Medicare ang kahilingan mo.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa bahagi o sa lahat ng inyong kahilingan, **mayroon kayong karagdagang mga karapatan para umapela:**

- Kung **Hindi** ang sagot namin sa bahagi o sa lahat ng hiniling ninyo, padadalhan namin kayo ng sulat.
- Kung tungkol sa saklaw ng serbisyo o aytem ng Medicare ang problema ninyo, sasabihin sa inyo ng sulat na ipinadala namin ang kaso ninyo sa IRO para sa Antas 2 na Apela.

- Kung nauugnay ang inyong problema sa saklaw ng isang serbisyo o item sa Medi-Cal, sasabihin sa inyo ng sulat kung paano kayo makakapaghain ng Apela sa Antas 2 nang mag-isa.

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung sasabihin namin na **Hindi** sa bahagi o sa buong Antas 1 na Apela mo, magpapadala kami sa iyo ng liham. Ang sulat na ito ay nagsasabi sa iyo kung ang Medicare o Medi-Cal, o ang parehong mga programa ang karaniwang sumasaklaw sa serbisyo o item.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medicare**, awtomatiko naming ipinapadala ang iyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng mga apela sa sandaling makumpleto ang Antas 1 na Apela.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medi-Cal**, maaaring ikaw mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Sasabihin sa inyo ng sulat kung paano ito gagawin. Isinama rin namin ang higit pang impormasyon sa susunod na bahagi ng kabanatang ito. Hindi kami awtomatikong naghahain ng Antas 2 na Apela para sa inyo para sa mga serbisyo o item ng Medi-Cal.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na maaaring saklawin ng **parehong Medicare at Medi-Cal**, awtomatiko kang makakakuha ng Antas 2 na Apela sa IRO. Bilang karagdagan sa awtomatikong Antas 2 na Apela, maaari ka ring humiling ng Pagdinig ng Estado at isang Independiyenteng Medikal na Pagsusuri sa estado. Gayunpaman, hindi available ang Independiyenteng Medikal na Pagsusuri kung nakapagpakita ka na ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado.

Kung kwalipikado kayo para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo noong naghain kayo ng inyong Antas 1 na Apela, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot na nasa ilalim ng apela ay maaari ding magpatuloy sa Antas 2. Sumangguni sa **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng inyong mga benepisyo habang nasa mga Antas 1 na Apela.

- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng Medicare, hindi magpapatuloy ang iyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon sa panahon ng proseso ng Antas 2 na mga apela sa IRO.
- Kung ang iyong problema ay tungkol sa isang serbisyo na karaniwang sinasaklaw lamang ng Medi-Cal, ang iyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay magpapatuloy kung magsusumite ka ng Antas 2 na Apela sa loob ng 10 araw ng kalendaryo pagkatapos makuha ang aming sulat ng desisyon.

Kapag ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o bagay na karaniwang saklaw ng Medicare

Rerepasuhin ng IRO ang apela ninyo. Isa itong independiyenteng organisasyon na binayaran ng Medicare.

> Ang pormal na pangalan para sa “Independiyenteng Organisasyon ng Pagsusuri” (IRO) ay “**Independiyenteng Entidad ng Pagsusuri**,” minsan ay tinatawag na “**IRE**”.

- Ang organisasyong ito ay hindi konektado sa amin at hindi isang ahensya ng gobyerno. Pinili ng Medicare ang kumpanya para maging IRO, at pinangangasiwaan ng Medicare ang kanilang trabaho.
- Nagpapadala kami ng impormasyon tungkol sa inyong apela (ang inyong "file ng kaso") sa organisasyong ito. May karapatan kayo para sa isang libreng kopya ng inyong file ng kaso.
- May karapatan kayong bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyon para suportahan ang apela ninyo.
- Masusing susurrin ng mga tagarepaso sa IRO ang lahat ng impormasyong nauugnay sa apela ninyo.

Kung nagkaroon kayo ng mabilis na apela sa Antas 1, mayroon din kayong mabilis na apela sa Antas 2.

- Kung nagkaroon ka ng mabilis na apela sa amin sa Antas 1, awtomatikong makakakuha ka ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kayong bigyan ng IRO ng sagot sa Antas 2 na Apela ninyo **sa loob ng 72 oras** pagkatapos makuha ang apela ninyo.

Kung nagkaroon kayo ng karaniwang apela sa Antas 1, mayroon rin kayong karaniwang apela sa Antas 2.

- Kung nagkaroon kayo ng karaniwang apela sa Antas 1, awtomatiko kayong magkakaroon ng karaniwang apela sa Antas 2.
- Kung para sa isang medikal na aytem o serbisyo ang kahilingan ninyo, dapat magbigay ang IRO sa inyo ng sagot sa Antas 2 na Apela ninyo **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos makuha ang apela ninyo.
- Kung para sa inireresetang gamot ng Medicare Parte B ang kahilingan ninyo, dapat kayong bigyan ng IRO ng sagot sa Antas 2 na Apela ninyo **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos makuha ang apela ninyo.

Kung ang IRO ay magbibigay sa iyo ng kanilang sagot sa pamamagitan ng pagsulat at ipapaliwanag ang mga dahilan.

- **Kung Oo ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang medikal na aytem o serbisyo,** dapat naming ipatupad kaagad ang desisyon:
  - Pahintulutan ang pagsaklaw ng pangangalagang medikal **sa loob ng 72 oras, o**
  - Ihahatid ang serbisyo sa loob ng **5 araw ng trabaho** pagkatapos naming makuha ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
  - Ihahatid ang serbisyo **sa loob ng 72 oras** mula sa petsa na makuha namin ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan**.
- **Kung Oo ang sinabi ng IRO sa bahagi o lahat ng kahilingan para sa inireresetang gamot ng Medicare Bahagi B, dapat naming pahintulutan o ibigay ang inireresetang gamot ng Medicare Bahagi B na pinagtatalunan:**
  - **Sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming makuha ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
  - **Sa loob ng 24 na oras** mula sa petsa na makuha namin ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan.**
- **Kung Hindi ang sinabi ng IRO sa bahagi o lahat ng iyong apela,** nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o bahagi ng iyong kahilingan) para sa pagsaklaw ng pangangalagang medikal. Ito ay tinatawag na "pagtataguyod sa desisyon" o "pagtanggi sa inyong apela."
  - Kung natutugunan ng inyong kaso ang mga kinakailangan, pipiliin ninyo kung gusto niyong ipagpatuloy pa ang inyong apela.
  - Mayroong tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuang limang antas.
  - Kung tinanggihan ang inyong Antas 2 na Apela at natutugunan ninyo ang mga kinakailangan upang ipagpatuloy ang proseso ng mga apela, dapat kayong magpasya kung magpapatuloy sa Antas 3 at gumawa ng pangatlong apela. Ang mga detalye tungkol sa kung paano ito gagawin ay nasa nakasulat na paunawa na makukuha ninyo pagkatapos ng inyong Antas 2 na Apela.
  - Ang isang Hukom ng Administratibong Batas (ALJ) o abogadong tagahatol ang humahawak ng Antas 3 na Apela. Pumunta sa **Seksyon J** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

Kapag ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o bagay na karaniwang saklaw ng Medi-Cal

Mayroong dalawang paraan para maging Antas 2 na apela para sa mga serbisyo at aytem ng Medi-Cal:

(1) Pagsampa ng reklamo o Independiyenteng Medikal na Pagsusuri o

(2) Pagdinig ng Estado

(1) Independiyenteng Medikal na Pagrepaso

Maaari kayong maghain ng reklamo o humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR) sa Sentro ng Tulong sa California Department of Managed Health Care (DMHC). Sa pamamagitan ng paghahain ng reklamo, rerepasuhin ng DMHC ang desisyon namin at gagawa ng pagpapasiya. Magagamit ang IMR para sa anumang saklaw na serbisyo ng Medi-Cal o bagay na likas na medikal. Ang IMR ay isang pagsusuri sa iyong kaso ng mga doktor na hindi bahagi ng aming plano o bahagi ng DMHC. Kung pumabor ang IMR sa inyo, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyo o aytem na hiniling ninyo. Wala kang babayarang gastos para sa isang IMR.

Maaari kayong maghain ng reklamo o mag-apply para sa isang IMR kung ang plano namin ay:

- Tinatanggihan, binabago, o inaantala ang isang serbisyo o paggamot ng Medi-Cal dahil tinutukoy ng plano namin na hindi ito medikal na kinakailangan.
- Hindi sasaklawin ang isang ini-eksperimento o iniimbestigahang paggamot sa Medi-Cal para sa isang seryosong kondisyong medikal.
- Pinagtatalunan kung ang isang serbisyo sa operasyon o procedure ay kosmetiko o reconstructive sa kalikasan.
- Hindi magbabayad para sa emergency o agarang mga serbisyo ng Medi-Cal na natanggap na ninyo.
- Hindi nalutas ang iyong Antas 1 na Apela sa isang serbisyo ng Medi-Cal sa loob ng 30 araw ng kalendaryo para sa isang karaniwang apela o 72 oras, o mas mabilis, kung kinakailangan ng iyong kalusugan, para sa isang mabilis na apela.

TANDAAN: Kung ang iyong tagapagkaloob ay naghain ng apela para sa iyo, ngunit hindi namin makuha ang iyong form ng Paghirang ng Kinatawan, kakailanganin mong muling isampa ang iyong apela sa amin bago ka makapaghain para sa Antas 2 na IMR sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan maliban kung ang iyong apela ay may kasamang nalalapit at seryosong banta sa iyong kalusugan, kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, matinding pananakit, potensyal na pagkawala ng buhay, paa, o pangunahing paggana ng katawan.

May karapatan ka sa parehong IMR at Pagdinig ng Estado, ngunit hindi kung nagkaroon ka na ng Pagdinig ng Estado sa parehong isyu.

Sa karamihan ng mga kaso, dapat kayong maghain ng apela sa amin bago humiling ng IMR. Sumangguni sa seksyon F3 para sa impormasyon, tungkol sa aming proseso ng Antas 1 na apela. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng reklamo sa DMHC, o humingi ng IMR sa Sentro ng Tulong ng DMHC.

Kung tinanggihan ang paggamot ninyo dahil ini-eksperimento o iniimbestigahan ito, hindi ninyo kailangang makibahagi sa proseso ng apela namin bago kayo mag-apply para sa isang IMR.

Kung apurahan ang problema ninyo o kinasasangkutan ng agaran at malubhang banta sa kalusugan ninyo o kung nasa matinding pananakit kayo, maaari ninyo itong dalhin kaagad sa atensyon ng DMHC nang hindi muna dumaan sa proseso ng apela namin.

Dapat kayong **mag-aplay para sa IMR sa loob ng 6 na buwan** pagkatapos naming magpadala sa inyo ng nakasulat na desisyon tungkol sa apela ninyo. Maaaring tanggapin ng DMHC ang iyong aplikasyon pagkatapos

ng 6 na buwan para sa magandang dahilan, tulad ng nagkaroon ka ng medikal na kondisyon na humadlang sa paghingi mo ng IMR sa loob ng 6 na buwan o hindi ka nakatanggap ng sapat na abiso mula sa amin tungkol sa proseso ng IMR.

Para humingi ng IMR:

- Punan ang Aplikasyon/Form ng Reklamo ng INdependiyenteng Medikal na Pagsusuri na available sa: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx o tawagan ang Sentro ng Tulong ng DMHC sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-688-9891.
- Kung mayroon na kayo ng mga ito, maglakip ng mga kopya ng mga liham o iba pang mga dokumento tungkol sa serbisyo o item na tinanggihan namin. Mapapabilis nito ang proseso ng IMR. Magpadala ng mga kopya ng mga dokumento, hindi mga orihinal. Hindi maibabalik ng Help Center ang anumang mga dokumento.
- Punan ang Awtorisadong Pormularyo ng Assistant kung may tumutulong sa inyo sa IMR ninyo. Maaari ninyo makuha ang pormularyo sa www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx o tumawag sa Sentro ng Tulong ng Departamento sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-688-9891.
- I-mail o i-fax ang mga pormularyo ninyo at anumang mga kalakip sa:

  Help Center
  Department of Managed Health Care
  980 Ninth Street, Suite 500
  Sacramento, CA 95814-2725
  FAX: 916-255-5241

- Maaari mo ring isumite ang iyong Aplikasyon/Form ng Reklamo ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri at Form ng Awtorisadong Katulong online: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

Kung kwalipikado kayo para sa IMR, rerepasuhin ng DMHC ang kaso ninyo at padadalhan kayo ng sulat sa loob ng 7 araw sa kalendaryo na nagsasabi sa inyo na kwalipikado kayo para sa IMR. Matapos matanggap ang iyong aplikasyon at mga pansuportang dokumento mula sa iyong plano, gagawin ang desisyon ng IMR sa loob ng 30 araw ng kalendaryo. Dapat mong matanggap ang desisyon ng IMR sa loob 45 araw ng kalendaryo mula sa pagsusumite ng nakumpletong aplikasyon.

Kung apurahan ang iyong kaso at kuwalipikado ka para sa IMR, rerepasuhin ng DMHC ang iyong kaso at padadalhan ka ng sulat sa loob ng 48 araw ng kalendaryo na nagsasabi sa iyo na kuwalipikado ka para sa IMR. Matapos matanggap ang iyong aplikasyon at mga pansuportang dokumento mula sa iyong plano, gagawin ang desisyon ng IMR sa loob ng 3 araw ng kalendaryo. Dapat mong matanggap ang desisyon ng IMR sa loob 7 araw ng kalendaryo mula sa pagsusumite ng nakumpletong aplikasyon. Kung hindi kayo nasiyahan sa resulta ng IMR, maaari pa rin kayong humiling ng Pagdinig ng Estado.

Maaaring magtagal ang IMR kung hindi matanggap ng DMHC ang lahat ng mga medikal na rekord na kailangan mula sa iyo o sa iyong gumagamot na doktor. Kung gumagamit ka ng doktor na wala sa network ng iyong planong pangkalusugan, mahalagang makuha at maipadala mo sa amin ang iyong mga medikal na rekord mula sa doktor na iyon. Ang iyong planong pangkalusugan ay kinakailangang makakuha ng mga kopya ng iyong mga medikal na rekord mula sa mga doktor na nasa network.

Kung magpasya ang DMHC na hindi karapat-dapat ang iyong kaso para sa IMR, susuriin ng DMHC ang iyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso ng pagreklamo ng konsumer nito. Dapat malutas ang iyong reklamo sa loob 30 araw ng kalendaryo mula sa pagsusumite ng nakumpletong aplikasyon. Kung apurahan ang iyong reklamo, mas maaga itong mareresolba.

(2) Pagdinig ng Estado

Maaari kang humingi ng Pagdinig ng Estado para sa saklaw ng Medi-Cal na mga serbisyo at item. Kung humiling ang iyong doktor o iba pang tagapagbigay ng serbisyo ng isang serbisyo o item na hindi namin aaprubahan, o kung hindi kami magpapatuloy na magbayad para sa isang serbisyo o item na mayroon ka na at tinanggihan namin ang iyong Antas 1 na apela, may karapatan kang humiling ng Pagdinig ng Estado.

Sa karamihan ng kaso **mayroon kang 120 araw para humilingng Pagdinig ng Estado** pagkatapos maipadala sa iyo ang abiso ng “Iyong mga Karapatan sa Pagdinig”.

TANDAAN: Kung humiling kayo ng Pagdinig ng Estado dahil sinabi namin sa inyo na babaguhin o ititigil ang isang serbisyong nakukuha ninyo sa kasalukuyan, **mayroon kayong ilang araw para isumite ang inyong kahilingan** kung gusto ninyong patuloy na makuha ang serbisyong iyon habang nakabinbin ang inyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang “Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa mga Antas 2 na apela” sa seksyon F4 para sa higit pang impormasyon.

May dalawang paraan ng paghingi ng Pagdinig ng Estado:

1. Maaari mong kumpletuhin ang “Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado” sa likod ng abiso ng pagkilos. Dapat mong ibigay ang lahat ng hinihiling na impormasyon tulad ng iyong buong pangalan, address, numero ng telepono, pangalan ng plano o kundado na nagsagawa ng pagkilos laban sa iyo, ang (mga) programa ng tulong na kasangkot, at isang detalyadong dahilan kung bakit gusto mo ng pagdinig. Pagkatapos ay maaari mong isumite ang iyong kahilingan sa isa sa mga paraang ito:
   - Sa departamento ng kapakanan ng kundado sa address na ipinapakita sa abiso.
   - Sa Departamento ng mga Serbisyong Panlipunan ng California:
     Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430
   - Sa Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado sa numero ng fax na 916-309-3487 o libre sa 1-833-281-0903.
2. Maaari kang tumawag sa California Department of Social Services sa 1-800-743-8525. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349. Kung magpasya kang humingi ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng telepono, dapat mong malaman na napaka-abala ng mga linya ng telepono.

Ibinibigay sa iyo ng Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ang kanilang desisyon nang nakasulat at ipinapaliwanag ang mga dahilan.

- Kung **Oo** ang sagot ng tanggapan ng Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o sa 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.
- Kung **Hindi** ang sagot ng tanggapan ng Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o sa lahat ng iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan (o bahagi ng iyong kahilingan) para sa pagsaklaw sa pangangalagang medikal. Ito ay tinatawag na "pagtataguyod sa desisyon" o "pagtanggi sa inyong apela."

Kung ang desisyon ng IRO o Pagdinig ng Estado ay **Hindi** para sa lahat o bahagi ng iyong kahilingan, mayroon kang karagdagang mga karapatan sa pag-apela.

Kung ang iyong Antas 2 na apela ay napunta sa **IRO,** maaari ka lamang muling mag-apela kung nakakatugon ang halagang dolyar ng serbisyo o item na gusto mo sa isang partikular na minimum na halaga. Pinangangasiwaan ng ALJ o ng tagahatol na abogado ang Antas 3 na apela. **Ipinapaliwanag ng liham na makukuha mo mula sa IRO ang karagdagang mga karapatan sa apela na maaaring mayroon ka.**

Inilalarawan ng sulat na natanggap mo mula sa Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ang susunod na opsyon sa apela.

Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan sa pag-apela pagkatapos ng Antas 2.

F5. Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapayagan ang aming mga tagapagbigay ng serbisyo sa network na singilin ka para sa mga saklaw na serbisyo at item. Totoo ito kahit na binabayaran namin ang tagapagbigay ng serbisyo nang mas mababa kaysa sa sinisingil ng tagapagbigay ng serbisyo para sa isang saklaw na serbisyo o item. Hindi mo kailanman kailangang bayaran ang balanse ng anumang singil. Ang tanging halagang dapat singilin sa inyo ay ang copay para sa mga kategorya ng gamot na nangangailangan ng isang copay.

Kung makakatanggap ka ng singil para sa mga saklaw na serbisyo at item, ipadala ang singil sa amin. Hindi mo dapat bayaran ang bayarin. Makikipag-ugnayan kami mismo sa tagapagkaloob at aayusin ang problema. Ngunit kung babayaran mo ang bill, maaari kang makakuha ng refund kung susundin mo ang mga panuntunan sa pagkuha ng mga serbisyo o item.

Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro*. Inilalarawan nito ang mga sitwasyon kung kailan maaaring kailanganin mong hilingin sa amin na bayaran ka pabalik o bayaran ang singil na natanggap mo mula sa isang tagapagkaloob. Sinasabi rin nito kung paano ipadala sa amin ang mga papeles na humihingi sa amin ng bayad.

Kung hinihiling ninyong maibalik ang inyong ginastos, humihingi kayo ng desisyon sa pagsaklaw. Susuriin namin kung saklaw ang serbisyo o item na binayaran ninyo at kung sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan para sa paggamit ng inyong saklaw.

- Kung sinasaklaw ang serbisyo o item na binayaran mo at sinunod mo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa iyo ***o*** sa iyong tagapagkaloob ang bayad *o* kung may hatian sa gastos ang plano, ipapadala namin ang bahagi namin sa gastos para sa serbisyo o item sa loob ng 30 araw ng kalendaryo, ngunit hindi lalampas sa 60 araw ng kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan. Pagkatapos ay ipapadala sa inyo ng inyong tagapagkaloob ang bayad.
- Kung hindi pa ninyo nababayaran ang serbisyo o item, direkta naming ipapadala ang bayad sa tagapagkaloob. Kapag magpapadala kami ng bayad, para din naming sinagot ng **Oo** ang inyong kahilingan para sa desisyon sa pagsaklaw.
- Kung hindi sinasaklaw ang serbisyo o item, o hindi mo sinunod ang lahat ng panuntunan, magpapadala kami sa iyo ng sulat na nagsasabing hindi namin babayaran ang serbisyo o item, at ipapaliwanag kung bakit.

Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon na hindi magbayad, **maaari kang gumawa ng apela**. Sundin ang proseso ng mga apela na inilarawan sa **Seksyon F3**. Kapag sinunod ninyo ang mga tagubiling ito, tandaan na:

- Kung gagawa kayo ng apela para sa amin na bayaran kayo, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kung hihilingin mo sa amin na bayaran ka para sa pangangalagang medikal na nakuha at binayaran mo para sa iyong sarili, hindi ka maaaring humiling ng mabilis na apela.

Kung ang sagot namin sa iyong apela ay **Hindi** at karaniwang sinasaklaw ng **Medicare** ang serbisyo o item, ipapadala namin ang iyong kaso sa IRO. Padadalhan namin kayo ng sulat kung mangyari ito.

- Kung babaliktarin ng IRO ang desisyon namin at sasabihing dapat ka naming bayaran, dapat naming ipadala ang bayad sa iyo o sa tagapagkaloob sa loob 30 araw ng kalendaryo. Kung **Oo** ang sagot sa iyong apela sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala sa iyo o sa tagapagkaloob ang bayad sa loob ng 60 araw.

- Kung **Hindi** ang tugon ng IRO sa iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang iyong kahilingan. Ito ay tinatawag na "pagtataguyod sa desisyon" o "pagtanggi sa inyong apela." Makakatanggap ka ng liham na nagpapaliwanag ng mga karagdagang karapatan sa apela na maaaring mayroon ka. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa apela mo at karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal ang serbisyo o item, makakapaghain ka mismo ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon.

G. Mga inireresetang gamot ng Medicare Bahagi D

Kasama sa iyong mga benepisyo bilang miyembro ng aming plano ang saklaw para sa maraming inireresetang gamot. Karamihan sa mga gamot na ito ay gamot ng Medicare Bahagi D. May ilang mga gamot na hindi sinasaklaw ang Medicare Bahagi D na maaaring sinasaklaw ng Medi-Cal. **Nalalapat lamang ang seksyong ito sa Medicare Bahagi D na mga apela sa gamot.** Sasabihin namin ang “gamot” sa natitirang bahagi ng seksyong ito sa halip na sabihin ang “gamot ng Medicare Bahagi D” sa bawat oras. Para sa mga gamot na sinasaklaw lamang ng Medi-Cal, sundin ang proseso sa **Seksyon E.**

Upang maging saklaw, ang gamot ay dapat gamitin para sa indikasyon na tinatanggap ng medikal. Nangangahulugan ito na ang gamot ay aprubado ng Food and Drug Administration (FDA) o suportado ng ilang mga medikal na sanggunian. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon.

G1. Mga desisyon sa saklaw at apela ng Medicare Bahagi D

Narito ang mga halimbawa ng mga desisyon sa pagsaklaw na maaari ninyong hilingin sa aming gawin kaugnay ng inyong mga Medicare Bahagi D na mga gamot:

- Paghiling ninyo sa amin na gumawa ng isang pagbubukod, kabilang ang pagtatanong sa amin na:
  - Saklawin ang Medicare Bahagi D na gamot na wala sa Listahan ng Gamot ng Aming plano o
  - Pagsasantabi ng paghihigpit sa aming pagsaklaw para sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa halagang makukuha mo)
- Tinanong mo sa amin kung sinasaklaw ang isang gamot para sa iyo (gaya ng kapag nasa Listahan ng Gamot ng aming plano ang iyong gamot ngunit dapat aprubahan namin para sa iyo bago namin saklawin ito).

TANDAAN: Kung sasabihin sa iyo ng iyong parmasya na hindi mapupunan ang iyong reseta gaya ng nakasulat, bibigyan ka ng parmasya ng abiso na nagpapaliwanag kung paano makipag-ugnayan sa amin upang humingi ng desisyon sa pagsaklaw.

> Ang desisyon sa inisyal na pagsaklaw tungkol sa mga gamot ng Medicare Bahagi D ay tinatawag na “**pagtukoy ng pagsaklaw**.”

- Hinihiling mo sa amin na magbayad kami para sa isang gamot na nabili mo na. Ito ay paghingi ng desisyon sa pagsaklaw tungkol sa kabayaran.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa saklaw na ginawa namin, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa iyo ng seksyon na ito kung paano humiling ng mga desisyon sa pagsaklaw at kung paano gumawa ng apela. Gamitin ang chart sa ibaba upang matulungan kayo.

Alin sa mga sitwasyong ito ang kinaroroonan mo?			
Kailangan ninyo ng gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o kailangan ninyong isantabi namin ang isang patakaran o paghihigpit sa isang gamot na saklaw namin.	Gusto ba ninyong saklawin namin ang isang gamot na nasa aming Listahan ng Gamot, at naniniwala kayong natutugunan ninyo ang alinmang mga patakaran o paghihigpit ng plano (tulad ng pagkuha muna ng pag-apruba) para sa kailangan ninyong gamot.	Gusto ninyong hilingin sa aming ibalik ang ibinayad ninyo para sa isang gamot na natanggap at nabayaran na ninyo.	Sinabi namin sa iyo na hindi namin sasaklawin o babayaran ang isang gamot sa paraang gusto mo.
Maaari mong hilingin sa amin na gumawa ng isang pagbubukod. (Isa itong uri ng desisyon sa saklaw.)	**Maaari kang humingi sa amin ng desisyon sa pagsaklaw.**	**Maaari mong hilingin sa amin na bayaran ka.** (Isa itong uri ng desisyon sa saklaw.)	**Maaari kang mag-apela.** (Nangangahulugan ito na hinihiling mo sa amin na muling isaalang-alang.)
Magsimula sa **Seksyon G2**, at pagkatapos ay sumangguni sa **Seksyon G3 at G4.**	Sumangguni sa **Seksyon G4.**	Sumangguni sa **Seksyon G4.**	Sumangguni sa **Seksyon G5.**

G2. Mga pagbubukod sa Medicare Parte D

Kung hindi namin sinasaklaw ang isang gamot sa paraan na gusto mo, maaari kang humiling sa amin na gumawa ng “pagbubukod.” Kung tatanggihan namin ang kahilingan mo para sa pagbubukod, maaari kang mag-apela sa desisyon namin.

Kapag hihingi kayo ng isang pagbubukod, kailangang ipaliwanag ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan ninyo ng pagbubukod.

> Ang paghiling ng pagsaklaw ng isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o para sa pag-alis ng isang paghihigpit sa isang gamot ay tinatawag kung minsan na paghiling ng isang **"pagbubukod sa pormularyo."**

Narito ang mga halimbawa ng mga pagbubukod na maaaring hilingin ninyo o ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta na gawin namin:

1. **Pagsaklaw ng isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot***
   - Hindi kayo makakakuha ng pagbubukod sa kinakailangang halaga ng copay para sa gamot.
2. **Pag-alis ng paghihigpit para sa isang sinasaklaw na gamot**
   - Nalalapat ang mga karagdagang tuntunin o paghihigpit sa ilang partikular na gamot sa aming Listahan ng Gamot (sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa karagdagang impormasyon).
   - Kabilang sa mga karagdagang patakaran at paghihigpit para sa mga partikular na gamot ang:

- Inaatasang gumamit ng generic na bersyon ng gamot sa halip ng may tatak na gamot.
- Pagkuha ng aming pag-apruba nang maaga bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot para sa inyo. Tinatawag ito kung minsan na “paunang awtorisasyon (PA).”
- Pangangailangang subukan muna ang ibang gamot bago kami sumang-ayon na isama sa saklaw ang gamot na hinihiling ninyo. Tinatawag ito minsang "terapiya sa paghakbang."
- Mga limitasyon sa dami. Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang halaga o dami ng gamot na makukuha ninyo.

- Kung sumasang-ayon kami sa isang pagbubukod para sa inyo at itabi ang isang paghihigpit, maaari kayong humiling ng isang pagbubukod sa halaga ng copay na kailangan ninyong bayaran.

3. **Pagbabago ng saklaw ng isang gamot sa isang mas mababang antas ng pagbabahagi sa gastos**. Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ay makikita sa isa sa mga tier ng pagbabahagi ng gastos. Sa pangkalahatan, kapag mas mababa ang bilang ng antas ng pagbabahagi sa gastos, mas mababa ang inyong kinakailangang halaga ng copay.

Ang paghiling na magbayad ng mas mababang presyo para sa isang saklaw na non-preferred na gamot ay tinatawag minsan na paghiling ng "**pagbubukod sa pormularyo**."

- Ang aming *Listahan ng Gamot* ay kadalasang kinabibilangan ng higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kondisyon. Tinatawag ang mga ito na mga "alternatibong" gamot.
- Kung ang isang alternatibong gamot para sa inyong kondisyong medikal ay nasa mas mababang antas ng pagbabahagi sa gastos kaysa sa gamot na iniinom ninyo, maaari ninyong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa alternatibong gamot. Ito ay magpapababa ng halaga ng inyong copay para sa gamot.
  - Kung biyolohikal na produkto ang ginagamit mong gamot, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa pinakamababang tier para sa mga alternatibo ng biyolohikal na produkto para sa iyong kondisyon.
  - Kung branded ang gamot na ginagamit mo, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa pinakamababang tier para sa branded na mga alternatibo para sa iyong kondisyon.
  - Kung generic na gamot na ginagamit mo, maaari mong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng pagbabahagi sa gastos para sa pinakamababang tier sa alinmang may tatak o generic na mga alternatibo para sa kondisyon mo.
- Kung aprubahan namin ang inyong kahilingan sa pagbubukod sa mga antas at mayroong higit sa isang mas mababang antas ng pagbabahagi sa gastos sa mga alternatibong gamot na hindi ninyo maaaring inumin, karaniwan niyong babayaran ang pinakamababang halaga.

G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghingi ng pagbubukod

Dapat sabihin sa amin ng inyong doktor o iba pang tagapagreseta ang mga medikal na dahilan.

Dapat magbigay sa amin ang inyong doktor o iba pang tagapagreseta ng pahayag na nagpapaliwanag sa mga medikal na dahilan para sa paghiling ng pagbubukod. Para sa mas mabilis na desisyon, isama ang medikal na impormasyong ito mula sa inyong doktor o iba pang tagapagreseta kapag humiling kayo ng pagbubukod.

Ang aming *Listahan ng Gamot* ay kadalasang kinabibilangan ng higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kondisyon. Tinatawag ang mga ito na mga "alternatibong" gamot. Kung ang isang alternatibong gamot ay kasing epektibo ng gamot na hinihiling mo at hindi magdudulot ng higit pang mga side effect o iba pang

problema sa kalusugan, sa pangkalahatan ay **hindi** namin inaaprubahan ang iyong kahilingan sa pagbubukod. Kung humiling ka sa amin ng pagbubukod ng pag-tier, **hindi** namin inaaprubahan sa pangkalahatan ang iyong kahilingan sa pagbubukod maliban kung hindi rin gagana sa iyo ang lahat ng alternatibong gamot sa (mga) tier ng mas mababang pagbabahagi sa gastos o malamang na magdudulot ng masamang reaksiyon o iba pang pinsala.

Maaari naming sabihin ang Oo o Hindi sa inyong kahilingan.

- Kung **Oo** ang sagot namin sa kahilingan mo sa pagbubukod, karaniwang nagtatagal ang pagbubukod hanggang sa katapusan ng taon ng kalendaryo. 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 kondisyon mo.
- Kung **Hindi** ang aming sagot sa kahilingan mo sa pagbubukod, maaari kang mag-apela. Sumangguni sa **Seksyon G5** para sa impormasyon sa pag-apela kung **Hindi** ang isinagot namin.

Ipinapaalam sa iyo ng susunod na seksyon kung paano humiling para sa desisyon ng pagsaklaw, kabilang ang pagbubukod.

G4. Paghiling ng desisyon sa pagsaklaw kabilang ang isang pagbubukod

- Tanungin ang uri ng desisyon sa pagsaklaw na gusto mo sa pamamagitan ng pagtawag sa (855) 665-4627, pagsulat, o pag-fax sa amin. Magagawa mo ito, ng iyong kinatawan, o ng iyong doktor (o ibang tagapagreseta). Isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa paghahabol.
- Kayo o ang inyong doktor (o iba pang tagapagreseta) o ibang taong kumikilos para sa inyo ay maaaring humingi ng desisyon sa saklaw. Maaari ka ring magkaroon ng isang abogado na kikilos para sa iyo.
- Sumangguni sa **Seksyon E3** para malaman kung paano pangalanan ang isang tao bilang inyong kinatawan.
- Hindi mo kailangang magbigay ng nakasulat na pahintulot sa iyong doktor o ibang tagapagreseta upang humingi ng desisyon sa pagsaklaw sa iyong ngalan.
- Kung gusto niyong hilingin sa amin na bayaran kayo para sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.
- Kung hihingi ka ng pagbubukod, bigyan kami ng "sumusuportang pahayag." Kasama sa sumusuportang pahayag ang mga medikal na kadahilanan ng iyong doktor o iba pang tagapagreseta para sa kahilingan sa pagbubukod.

  Maaaring i-fax o ipadala sa amin ng inyong doktor o ibang tagapagreseta ang sumusuportang pahayag. Maaari nilang sabihin sa amin sa pamamagitan ng telepono, at pagkatapos ay i-fax o ipadala ang pahayag.

Kung kinakailangan ito ng iyong kalusugan, humiling sa amin ng isang “mabilis na desisyon ng pagsaklaw.”

Gagamitin namin ang mga "karaniwang deadline" maliban kung sumang-ayon kaming gamitin ang mga "mabilis na deadline."

- Kapag sinabing **karaniwang desisyon sa saklaw**, ibig sabihin, bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.
- Kapag sinabing **mabilis na desisyon sa saklaw**, ibig sabihin, bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 24 na oras matapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.

Ang isang "mabilis na desisyon sa pagsaklaw" ay tinatawag na isang **"pinabilis na pagpapasiya sa pagsaklaw."**

Maaari kang makakuha ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw kung:

- Ito ay para sa isang gamot na hindi mo nakuha. Hindi ka makakakuha ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw kung nabili mo na ang gamot na pinapabayaran mo sa amin.
- Ang kalusugan o kakayahang mong gumana ay malubhang mapipinsala kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.

Kung sasabihin sa amin ng doktor o ibang tagapagreseta mo na ang kalusugan mo ay nangangailangan ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw, sumasang-ayon kami at ibibigay ito sa iyo. Magpapadala kami sa iyo ng sulat na magsasabi sa iyo.

- Kung hihiling ka ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw nang walang suporta galing sa doktor o ibang tagapagreseta mo, magdedesisyon kami kung makakakuha kayo ng mabilis na desisyon sa pagsaklaw.
- Kung mapagdesisyunan naming hindi nakakatugon ang iyong medikal na kondisyon sa mga kinakailangan para sa mabilis na desisyon sa pagsaklaw, gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.
  - Magpapadala kami sa iyo ng sulat na magsasabi sa iyo na gagamitin namin ang karaniwang deadline. Sasabihin rin sa iyo ng sulat kung paano gumawa ng reklamo tungkol sa aming desisyon.
  - Maaari kang maghain ng mabilis na reklamo at makakuha ng tugon sa loob ng 24 na oras. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paggawa ng mga reklamo, kabilang ang mabilis na mga reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Mga deadline para sa mabilis na desisyon sa pagsaklaw

- Kung ginagamit namin ang mga mabilis na deadline, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 24 oras matapos naming matanggap ang kahilingan mo. Kung humingi ka ng isang pagbubukod, binibigyan ka namin ng aming sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming makuha ang sumusuportang pahayag ng doktor mo. Ibibigay namin sa iyo ang sagot namin nang mas maaga kung hinihingi ito ng kalusugan mo.
- Kung hindi namin maabot ang deadline na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa isang Antas 2 na Apela.
- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o sa lahat ng kahilingan mo, bibigyan ka namin ng pagsaklaw sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang kahilingan mo o sumusuportang pahayag ng doktor mo.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan, padadalhan ka namin ng sulat kasama ng mga dahilan. Ang sulat ay nagsasabi rin sa iyo kung paano ka maaaring gumawa ng isang apela.

Mga deadline para sa isang karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa isang gamot na hindi mo natanggap

- Kung ginagamit namin ang mga karaniwang deadline, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang kahilingan mo. Kung humiling ka ng isang pagbubukod, binibigyan ka namin ng aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang sumusuportang pahayag ng iyong doktor. Ibibigay namin sa iyo ang sagot namin nang mas maaga kung hinihingi ito ng kalusugan mo.

- Kung hindi namin maabot ang deadline na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang sagot namin sa bahagi o lahat ng kahilingan mo, bibigyan ka namin ng pagsaklaw sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang kahilingan mo o ang sumusuportang pahayag ng doktor mo para sa isang pagbubukod.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan, padadalhan ka namin ng sulat kasama ng mga dahilan. Sasabihin rin sa ng sulat sa iyo kung paano ka makakagawa ng apela.

Mga deadline para sa karaniwang desisyon sa pagsaklaw tungkol sa isang gamot na nabili mo na

- Dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong kahilingan.
- Kung hindi namin maabot ang deadline na ito, ipapadala namin ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela para sa pagsusuri ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o sa lahat ng kahilingan mo, babayaran ka namin sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan, padadalhan ka namin ng sulat kasama ng mga dahilan. Sasabihin rin sa ng sulat sa iyo kung paano ka makakagawa ng apela.

G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Tinatawag ang isang apela sa plano namin tungkol sa isang desisyon sa pagsaklaw sa gamot ng Bahagi D ng Medicare na **"muling pagpapasiya"** ng plano.

- Simulan ang iyong **karaniwan o mabilis na apela** sa pamamagitan ng pagtawag sa (855) 665-4627, pagsulat, pag-fax sa amin. Magagawa mo ito, ng iyong kinatawan, o ng iyong doktor (o ibang tagapagreseta). Isama ang iyong pangalan, impormasyon sa pakikipag-ugnayan, at impormasyon tungkol sa iyong apela.
- Dapat kang humiling ng apela **sa loob ng 65 araw ng kalendaryo** mula sa petsa ng sulat na ipinadala namin para sabihin sa iyo ang aming desisyon.
- Kung hindi ninyo mahahabol ang deadline na ito at mayroon kayong magandang dahilan para dito, maaaring bigyan namin kayo ng mas marami pang panahon upang gawin ang inyong apela. Ang mga halimbawa ng magagandang dahilan ay ang mga bagay na tulad ng nagkaroon kayo ng malubhang karamdaman o binigyan namin kayo ng maling impormasyon tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit huli ang inyong apela kapag gumawa kayo ng apela.
- May karapatan kayong humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Kayo at ang inyong doktor ay maaaring magbigay sa amin ng higit pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Kung hinihingi ito ng inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

Tinatawag din ang mabilis na apela na **"pinabilis na muling pagpapasiya."**

- Kung inaapela mo ang isang desisyong ginawa namin tungkol sa gamot na hindi mo pa natatanggap, magdedesisiyon ka at ang iyong doktor o iba pang tagareseta kung kailangan mo ng isang mabilis na apela.

- Ang mga kinakailangan para sa isang "mabilis na apela" ay pareho sa mga kinakailangan para sa isang mabilis na desisyon sa pagsaklaw. Sumangguni sa **Seksyon G4** para sa karagdagang impormasyon.

Isinasaalang alang namin ang iyong apela at binibigyan ka ng aming sagot.

- Rerepasuhin namin ang apela mo at maingat na muling sinusiri ang lahat ng impormasyon tungkol sa kahilingan sa pagsaklaw mo.
- Sinusuri namin kung sinunod namin ang mga patakaran noong nagsabi kami ng **Hindi** sa kahilingan mo.
- 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 sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang mabilis na mga deadline, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang apela mo.
  - Ibibigay namin sa iyo ang sagot namin nang mas maaga kung hinihingi ito ng kalusugan mo.
  - Kung hindi kami makakapagbigay sa inyo ng sagot sa loob ng 72 oras, kailangan naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at ang proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung **Oo** ang aming sagot sa bahagi o sa lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibigay ang saklaw na napagkasunduan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa bahagi o sa lahat ng kahilingan mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa iyo kung paano ka makaka-apela.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang karaniwang mga deadline, dapat naming ibigay sa iyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang iyong apela para sa isang gamot na hindi mo nakuha.
- Ibibigay namin sa iyo ang desisyon namin nang mas maaga kung hindi mo nakuha ang gamot at kailangan ito ng kondisyon ng kalusugan mo. Kung naniniwala kang kinakailangan ito ng kalusugan mo, humiling ng isang mabilis na apela.
  - Kung hindi namin kayo mabibigyan ng desisyon sa loob ng 7 na araw sa kalendaryo, dapat naming ipadala ang kahilingan mo sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at ang proseso ng mga apela sa Antas 2.

Kung **Oo** ang sagot namin sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan:

- Dapat naming **ibigay ang pagsaklaw** na sumang-ayon kaming ibigay sa lalong madaling panahon na kinakailangan ng iyong kalusugan ngunit **hindi lalampas sa 7 araw ng kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang iyong apela.
- Dapat kaming **magpadala ng bayad sa iyo** para sa isang gamot na binili mo **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang apela mo.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan:

- Padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa iyo kung paano ka makaka-apela.
- Dapat naming ibigay sa iyo ang sagot namin tungkol sa pagbabayad sa iyo para sa isang gamot na binili mo **sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang apela mo.

- Kung hindi ka namin mabibigyan ng desisyon sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo, dapat naming ipadala ang iyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at ang proseso ng mga apela sa Antas 2.

- Kung **Oo** ang sagot namin sa bahagi o sa lahat ng kahilingan mo, dapat namin kayong bayaran sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang kahilingan mo.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa bahagi o sa lahat ng kahilingan mo, padadalhan ka namin ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa iyo kung paano ka makaka-apela.

G6. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung **Hindi** ang sagot namin sa iyo sa Antas 1 na Apela, maaari mong tanggapin ang desisyon namin o gumawa ng isa pang apela. Kung magpasya kang gumawa ng isa pang apela, gagamitin mo ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Susuriin ng **IRO** ang aming desisyon kung **Hindi** ang tugon namin sa iyong unang apela. Ang organisasyong ito ang magpapasya kung dapat naming baguhin ang aming desisyon.

> Ang pormal na pangalan para sa “Independiyenteng Organisasyon ng Pagsusuri” (IRO) ay **“Independiyenteng Entidad ng Pagsusuri,”** minsan ay tinatawag na **“IRE”.**

Upang gumawa ng Antas 2 na Apela, ikaw, ang iyong kinatawan, o ang iyong doktor o iba pang tagapagreseta ay dapat makipag-ugnayan sa Independiyenteng Entidad ng Pagsusuri **sa pagsulat** at humingi ng pagsusuri sa iyong kaso.

- Kung **Hindi** ang tugon namin sa iyong Antas 1 na Apela, kasama sa sulat na ipapadala namin sa iyo ang **mga tagubilin tungkol sa kung paano gumawa ng Antas 2 na Apela** sa IRO. Ang mga tagubilin ay nagsasabi kung sino ang maaaring gumawa ng Antas 2 na Apela, anong mga deadline ang dapat sundin mo, at kung paano makaka-ugnayan ang organisasyon.
- Kapag gumawa ka ng apela sa IRO, ipapadala namin sa organisasyon ang impormasyong mayroon kami tungkol sa iyong apela. Ang impormasyong ito ay tinatawag na iyong “file ng kaso”. **May karapatan kayo para sa isang libreng kopya ng inyong file ng kaso.** Kung kailangan mo ng tulong sa paghiling ng libreng kopya ng iyong file ng kaso, tumawag sa (855) 665-4627, TTY: 711.
- May karapatan kayong bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyon para suportahan ang apela ninyo.

Sinusuri ng IRO ang iyong Bahagi D na Antas 2 na Apela at bibigyan ka ng sagot sa pamamagitan ng sulat. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa IRO.

Mga deadline para sa mabilis na apela sa Antas 2

Kung kailangan ito ng iyong kalusugan, humiling sa IRO ng mabilis na apela.

- Kung sumang-ayon sila sa isang mabilis na apela, dapat silang magbigay sa iyo ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang kahilingan mo sa apela.
- Kung **Oo** ang kanilang sagot sa bahagi o sa lahat ng iyong kahilingan, dapat naming ibigay ang naaprubahang pagsaklaw ng gamot **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos ng desisyon ng IRO.

Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 2

Kung mayroon kang karaniwang apela sa Antas 2, dapat sagutin ka ng IRO:

- **Sa loob ng 7 araw ng kalendaryo** pagkatapos nilang matanggap ang iyong apela para sa isang gamot na hindi mo nakuha.

- **Sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang iyong apela para sa pagbabayad para sa isang gamot na binili mo.

Kung **Oo** ang tugon ng IRO sa bahagi o lahat ng iyong kahilingan:

- Dapat naming ibigay ang naaprubahang pagsaklaw ng gamot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming makuha ang desisyon ng IRO.
- Dapat ka naming bayaran para sa isang gamot na binili mo sa loob ng 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming makuha ang desisyon ng IRO.
- Kung sasabihin ng IRO na **Hindi** sa iyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa desisyon namin na hindi aprubahan ang iyong kahilingan. Ito ay tinatawag na “pagtataguyod sa desisyon” o “pagtanggi sa iyong apela”.

Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela, may karapatan kayo sa Antas 3 na Apela kung ang halaga ng dolyar ng saklaw ng gamot na hinihiling ninyo ay nakakatugon sa pinakamababang halaga ng dolyar. Kung ang halaga ng dolyar ng saklaw ng gamot na hinihiling mo ay mas mababa sa kinakailangang minimum, hindi na kayo makakagawa ng isa pang apela. Sa kasong iyon, pinal na ang desisyon sa Antas 2 na Apela. Magpapadala ang IRO sa iyo ng liham na nagsasabi sa iyo sa pinakamababang halaga ng dolyar na kailangan upang makapagpatuloy sa isang Antas 3 na apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng kahilingan mo ay nakakatugon sa kinakailangan, pipiliin mo kung isusulong mo nang higit pa ang apela mo.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2.
- Kung **Hindi** ang tugon ng IRO sa iyong Antas 2 na Apela at natutugunan mo ang kinakailangan upang ipagpatuloy ang proseso ng mga apela, ikaw ay:
  - Magpapasya kung gusto mong gumawa ng Antas 3 na Apela.
  - Sumangguni sa liham na ipinadala ng IRO sa iyo pagkatapos ng iyong Antas 2 na Apela para sa mga detalye tungkol sa kung paano gumawa ng Antas 3 na Apela.

Pinangangasiwaan ng ALJ o ng tagahatol na abogado ang mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

H. Paghiling sa amin na saklawin ang mas mahabang pamamalagi sa ospital

Kapag na-admit ka sa ospital, may karapatan kang kunin ang lahat ng serbisyo ng ospital na sinasaklaw namin na kailangan para ma-diagnose at magamot ang iyong karamdaman o pinsala. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa saklaw ng ospital ng aming plano, sumangguni sa **Kabanata 4** ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Sa inyong saklaw na pananatili sa ospital, makikipagtulungan sa inyo ang inyong doktor at ang mga kawani ng ospital upang ihanda kayo sa araw ng paglabas ninyo sa ospital. Tutulong din silang ayusin ang anumang pangangalagang maaaring kailanganin ninyo pagkatapos ninyong lumabas.

- Ang araw ng pag-alis mo sa ospital ay tinatawag na "petsa ng paglabas" mo.
- Sasabihin sa iyo ng iyong doktor o ng kawani ng ospital kung kailan ang petsa ng iyong paglabas.

Kung sa tingin mo ay hinihiling sa iyo na umalis sa ospital nang masyadong maaga o nag-aalala ka tungkol sa iyong pangangalaga pagkatapos mong umalis sa ospital, maaari kang humiling ng mas matagal na pamamalagi sa ospital. Makikita sa seksyong ito kung paano ito hihilingin.

Sa kabila ng mga apela na tinalakay sa **Seksyon H** na ito, maaari ka ring maghain ng reklamo sa at hilingin sa DMHC ang isang Indipendiyenteng Medikal na Pagsusuri upang maipagpatuloy ang iyong pamamalagi sa ospital. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang matutunan kung paano maghain ng reklamo o humiling ng

Independiyenteng Medikal na Pagsusuri sa DMHC. Maaari kang humiling ng Indipendiyenteng Medikal na Pagrepaso bilang karagdagan sa o sa halip ng isang Antas 3 na Apela.

H1. Alamin ang tungkol sa inyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos mong ma-admit sa ospital, ang isang tao sa ospital, tulad ng isang nars o caseworker, ay magbibigay sa iyo ng nakasulat na abiso na tinatawag na “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Iyong Mga Karapatan.” Makakakuha ang lahat ng may Medicare ng kopya ng abisong ito sa tuwing maa-admit sila sa isang ospital.

Kung hindi mo natanggap ang abiso, tanungin ang anumang empleyado ng ospital para rito. Kung kailangan mo ng tulong, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina. Matatawagan mo rin sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

- **Basahin ang paunawa** nang maigi at magtanong kung hindi mo naiintindihan. Sinasabi sa iyo ng paunawa ang tungkol sa mga karapatan mo bilang isang pasyente sa ospital, kabilang ang mga karapatan mo na:
  - Kumuha ng mga serbisyong sinaklaw ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng pananatili mo sa ospital. May karapatan kang malaman kung ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito, at kung saan mo makukuha ang mga ito.
  - Maging bahagi ng anumang mga desisyon tungkol sa tagal ng pananatili mo sa ospital.
  - Alamin kung saan iuulat ang anumang mga alalahanin na mayroon ka tungkol sa kalidad ng pangangalaga mo sa ospital.
  - Mag-apela kung sa palagay mo ay masyado kang maagang pinapalabas ng ospital.
- **Lagdaan ang paunawa** upang ipakita na nakuha mo ito at naunawaan ang mga karapatan mo.
  - Kayo o isang taong kumikilos sa ngalan mo ay maaaring lumagda sa paunawa.
  - Ang pagpirma sa paunawa ay nagpapakita **lamang** na nakuha mo ang impormasyon tungkol sa mga karapatan mo. Ang pagpirma ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon ka sa isang petsa ng paglabas na maaaring sinabi sa iyo ng doktor mo o ng kawani ng ospital.
- **Itago ang kopya mo** ng nilagdaang paunawa upang magkaroon ka ng impormasyong kung kailanganin mo ito.

Kung lalagdaan mo ang abiso nang higit sa dalawang araw bago ang araw na umalis ka sa ospital, makakakuha ka ng isa pang kopya bago ka ma-discharge.

Maaari kang kumuha ng isang kopya ng abisong ito nang maaga kung ikaw ay:

- Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina
- 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.
- Bumisita sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung gusto mong isama namin sa saklaw ang mga serbisyo mo sa ospital para sa inpatient para sa mas matagal na panahon, maghain ng isang apela. Ang Organisasyon sa Pagpapabuti ng Kalidad (QIO) ang gagawa ng mga pagsusuri sa Apela sa Antas 1 upang alamin kung ang nakaplanong petsa ng iyong paglabas ay medikal na naaangkop para sa iyo.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Sinusuri at tinutulungan ng mga ekspertong ito na pahusayin ang kalidad para sa mga taong may Medicare. Hindi sila bahagi ng aming plano.

Sa California, ang Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ay ang Livanta (Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ng California). Tawagan sila sa (855) 887-6668 TTY:711. Ang impormasyon sa pakikipag-ugnayan ay nasa paunawa din, "Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Mga Karapatan Mo," at sa **Kabanata 2**.

Tawagan ang QIO bago ka umalis sa ospital at hindi lalampas sa iyong nakaplanong petsa ng paglabas.

- **Kung tatawag ka bago ka umalis,** maaari kang manatili sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas nang hindi ito binabayaran habang hinihintay mo ang desisyon ng QIO tungkol sa iyong apela.
- **Kung hindi ka tatawag upang mag-apela,** at magdesisyon kang manatili sa ospital pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas mo, maaaring kailanganin mong bayaran ang lahat ng gastos sa pangangalaga ng ospital na matatanggap mo pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas mo.
- Dahil saklaw ng parehong Medicare at Medi-Cal ang pananatili sa ospital, kung hindi diringgin ng Organisasyon ng Pagpapabuti ng Kalidad (Quality Improvement Organization) ang kahilingan mong ipagpatuloy ang pananatili mo sa ospital, o palagay mo ay agaran ang sitwasyon mo, may kaakibat na agaran at seryosong panganib sa kalusugan mo, o nakakaramdam ka ng matinding pananakit, maaari rin kang maghain ng reklamo sa o humiling sa California Department of Managed Health Care (DMHC) ng independiyenteng Medikal na Pagrepaso. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling ng Independiyenteng Medikal na Pagsusuri sa DMHC.

Humingi ng tulong kung kailangan mo ito. Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:

- Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- Tawagan ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222.

Humingi ng mabilis na pagrepaso. Kumilos kaagad at makipag-ugnayan sa QIO upang humingi ng mabilisang pagsusuri sa iyong paglabas sa ospital.

> Ang legal na termino sa **"mabilis na pagsusuri"** ay "**agarang pagsusuri**" o **"pinabilis na pagsusuri."**

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilis na pagrepaso

- Tatanungin ng mga tagarepaso sa QIO kung bakit sa tingin mo o ng iyong kinatawan na dapat magpatuloy ang pagsaklaw pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas. Hindi mo kailangang magsulat ng pahayag, ngunit maaari mo itong gawin.
- Titingnan ng mga tagasuri ang iyong medikal na impormasyon, makikipag-usap sa iyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng ospital at ng aming plano.
- Sa tanghali ng araw pagkatapos sabihin sa amin ng mga tagasuri ang tungkol sa iyong apela, makakatanggap ka ng sulat na nagbibigay ng nakaplanong petsa ng iyong paglabas. Ang sulat ay nagbibigay din ng mga dahilan kung bakit sa tingin ng iyong doktor, ang ospital, at namin ay iyon ang tamang petsa ng paglabas na medikal na naaangkop para sa iyo.

> Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay ang "**Detalyadong Abiso ng Paglabas**." Maaari kang makakuha ng sampol sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina o sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw sa

kada linggo. (Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.) Maaari ka ring sumangguni sa isang halimbawang paunawa online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nito, ibibigay ng QIO sa iyo ang kanilang sagot sa iyong apela.

Kung **Oo** ang tugon ng QIO sa iyong apela:

- Ibibigay namin ang sinaklaw na mga serbisyo mo sa ospital para sa inpatient hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang tugon ng QIO sa iyong apela:

- Naniniwala sila na ang nakaplanong petsa ng paglabas mo ay medikal na naaangkop.
- Magtatapos ang aming saklaw para sa iyong mga serbisyo sa ospital bilang pasyenteng maoospital sa tanghali sa araw pagkatapos ibigay ng QIO sa iyo ang kanilang sagot sa iyong apela.
- Maaaring kailanganin mong bayaran ang buong halaga ng pangangalaga sa ospital na makukuha mo pagkatapos ng tanghali sa araw pagkatapos ibigay ng QIO sa iyo ang kanilang sagot sa iyong apela.
- Maaari kang gumawa ng Antas 2 na Apela kung tanggihan ng QIO ang iyong Antas 1 na apela **at** mananatili ka sa ospital pagkatapos ng iyong nakaplanong petsa ng paglabas.

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa isang Antas 2 na Apela, hilingin mo sa QIO na suriin muli ang desisyong ginawa nila sa iyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa (877) 588-1123.

Dapat mong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na tumugon ang QIO nang **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari mo lang hilingin ang pagrepasong ito kung nanatili ka sa ospital makalipas ang petsa na natapos ang pagsaklaw mo para sa pangangalaga.

Ang mga tagasuri ng QIO ay:

- Tingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa apela mo.
- Sasabihin sa iyo ang kanilang desisyon tungkol sa Antas 2 na Apela mo sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang kahilingan mo para sa pangalawang pagrepaso.

Kung **Oo** ang tugon ng QIO sa iyong apela:

- Dapat ka naming bayaran para sa aming bahagi sa pangangalaga sa ospital na nakuha mo mula sa tanghali sa araw pagkatapos ng petsa na tinanggihan ng QIO ang iyong Antas 1 na Apela.
- Ibibigay namin ang sinaklaw na mga serbisyo mo sa ospital para sa inpatient hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang tugon ng QIO sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa kanilang desisyon tungkol sa Antas 1 na Apela mo at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan ka nila ng sulat na nagsasabi sa iyo kung ano ang maaari mong gawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.

- Maaari ka ring maghain ng reklamo sa o humiling sa DMHC para sa isang Independiyenteng Medikal na Pagrepaso upang maipagpatuloy ang iyong pamamalagi sa ospital. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon E4** upang matutunan kung paano maghain ng reklamo o humiling ng Independiyenteng Medikal na Pagsusuri sa DMHC.

Pinangangasiwaan ng ALJ o ng tagahatol na abogado ang mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na serbisyong medikal

Ang seksyong ito ay tungkol lamang sa tatlong uri ng mga serbisyo na maaaring makuha mo:

- mga serbisyong pangangalagang pangkalusugan sa tahanan
- dalubhasang pangangalaga sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, **at**
- pangangalagang pangrehabilitasyon bilang isang pasyenteng hindi maoospital sa isang aprubado ng Medicare na CORF. Karaniwang nangangahulugan ito na nagpapagamot ka para sa isang sakit o aksidente o nagpapagaling ka mula sa isang malaking operasyon.

Sa alinman sa tatlong uri ng pangangalagang ito, may karapatan kang patuloy na tumanggap ng mga sinaklaw na serbisyo hangga't sasabihin ng doktor na kailangan mo ang mga ito.

Kapag nagpasya kaming ihinto ang pagsaklaw sa alinman sa mga ito, dapat naming sabihin ito sa iyo **bago** matapos ang iyong mga serbisyo. Kapag natapos na ang iyong pagsaklaw para sa serbisyong iyon, hihinto kami sa pagbabayad para dito.

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.

I1. Paunang abiso bago matapos ang inyong saklaw

Magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na paunawa na matatanggap ninyo ng hindi bababa sa dalawang araw bago namin ihinto ang pagbabayad para sa inyong pangangalaga. Tinatawag itong “Paunawa ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare”. Ipapaalam sa inyo ng nakasulat na paunawa ang petsa kung kailan namin ihihinto ang pagsaklaw sa inyong pangangalaga at kung paano iaapela ang aming desisyon.

Kayo o ang inyong kinatawan ay dapat lumagda sa nakasulat na paunawa upang ipakita na natanggap ninyo ito. Ang pagpirma sa paunawa ay nagpapakita **lamang** na nakuha ninyo ang impormasyon Ang pagpirma ay **hindi** nangangahulugan na sumasang-ayon kayo sa aming desisyon.

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung sa tingin mo ay masyadong maaga naming tinatapos ang pagsaklaw para sa iyong pangangalaga, maaari mong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa iyo ng seksyong ito ang tungkol sa proseso ng Antas 1 na Apela at kung ano ang dapat gawin.

- **Tugunan ang mga deadline.** Mahalaga ang mga deadline. Unawain at sundin ang mga palugit na naaangkop sa mga bagay na dapat mong gawin. Dapat sumunod din ang aming plano sa mga dealine. Kung sa tingin mo ay hindi namin natutugunan ang aming mga deadline, maaari kang maghain ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga reklamo.
- **Humingi ng tulong kung kailangan mo ito**. Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:
  - Tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina.

- Tawagan ang HICAP sa 1-800-434-0222.

- **Makipag-ugnayan sa QIO**
  - Sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* mo para sa higit pang impormasyon tungkol sa QIO at kung paano makipag-ugnayan sa kanila.
  - Hilingin sa kanila na suriin ang apela mo at magpasya kung babaguhin ang desisyon ng plano namin.
- **Kumilos nang mabilis at humiling ng "mabilis na pagsubaybay na apela.** Tanungin ang QIO kung medikal na naaangkop para sa amin na wakasan ang pagsaklaw sa iyong mga serbisyong medikal.

Ang deadline mo para makipag-ugnayan sa organisasyong ito

- Dapat kang makipag-ugnayan sa QIO upang masimulan ang iyong apela sa tanghali ng araw bago ang petsa ng pagkakaroon ng bisa sa "Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare" na ipinadala namin sa iyo.
- Kung hindi diringgin ng Organisasyon ng Pagpapabuti ng Kalidad ang kahilingan mong ipagpatuloy ang pagsasaklaw sa mga serbisyo mo sa pangangalaga ng kalusugan o sa palagay mo ay agaran ang sitwasyon mo, o may kinalamang agaran at seryosong panganib sa kalusugan mo o kung kayo ay may matinding pananakit, maaari kayong maghain ng reklamo sa at humiling ng Independiyenteng Medikal na Pagrepaso sa California Department of Managed Health Care (DMHC). Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang matutunan kung paano maghain ng reklamo o humiling ng Independiyenteng Medikal na Pagsusuri sa DMHC.

Ang legal na termino para sa nakasulat na abiso ay "**Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare**." Para makakuha ng sample na kopya, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa mga numero sa ibaba ng pahina o tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. O kumuha ng kopya online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

Ano ang nangyayari sa panahon ng mabilis na nasusubaybayang apela

- Tatanungin ng mga tagarepaso sa QIO kung bakit sa tingin mo o ng iyong kinatawan na dapat magpatuloy ang pagsaklaw. Hindi mo kailangang magsulat ng pahayag, ngunit maaari mo itong gawin.
- Susuriin ng mga tagarepaso ang medikal na impormasyon mo, makikipag-usap sa doktor mo, at rerepasuhin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng plano namin.
- Magpapadala rin sa iyo ang aming plano ng nakasulat na paunawa na nagpapaliwanag sa aming mga dahilan sa pagtatapos ng pagsaklaw ng mga serbisyo mo. Makukuha mo ang paunawa sa pagtatapos ng araw na ipaalam sa amin ng mga tagasuri ang apela mo.

Ang legal na termino para sa pagpapaliwanag ng abiso ay "**Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw".**

- Sinasabi sa iyo ng mga tagasuri ang kanilang desisyon sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila.

Kung **Oo** ang tugon ng QIO sa iyong apela:

- Ibibigay namin ang mga sinaklaw na serbisyo mo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.

Kung **Hindi** ang tugon ng QIO sa iyong apela:

- Ang iyong pagsaklaw ay magtatapos sa petsa na sinabi namin sa iyo.
- Hihinto kami sa pagbabayad ng aming bahagi sa mga gastos sa pangangalagang ito sa petsa sa abiso.
- Ikaw ang magbabayad ng buong halaga ng pangangalagang ito kung magpasya kang ipagpatuloy ang pangangalagang pangkalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o mga serbisyo ng CORF pagkatapos ng petsa ng pagtatapos ng iyong pagsaklaw.
- Ikaw ang magpapasya kung gusto mong ipagpatuloy ang mga serbisyong ito at gumawa ng Antas 2 na Apela.

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa isang Antas 2 na Apela, hilingin mo sa QIO na suriin muli ang desisyong ginawa nila sa iyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa (877) 588-1123.

Dapat mong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw ng kalendaryo** pagkatapos ng araw na tumugon ang QIO nang **Hindi** sa iyong Antas 1 na Apela. Maaari ka **lamang** humiling ng pagsusuring ito kung magpapatuloy ka sa pangangalaga pagkatapos ng petsa na nagwakas ang pagkakasaklaw para sa pangangalaga.

Ang mga tagasuri ng QIO ay:

- Tingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa apela mo.
- Sasabihin sa iyo ang kanilang desisyon tungkol sa Antas 2 na Apela mo sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang kahilingan mo para sa pangalawang pagrepaso.

Kung **Oo** ang tugon ng QIO sa iyong apela:

- Ibabalik namin ang ibinayad mo para sa mga gastusin sa pangangalagang natanggap mo mula nang sabihin naming magtatapos na ang iyong pagsaklaw.
- Ipagpapatuloy namin ang pagbibigay ng pagsaklaw para sa pangangalaga mo hangga't ito ay kailangan sa pagpapagamot.

Kung **Hindi** ang tugon ng QIO sa iyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyon na wakasan ang pangangalaga mo at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan ka nila ng sulat na nagsasabi sa iyo kung ano ang maaari mong gawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari kang maghain ng reklamo sa at hilingin sa DMHC para sa isang Independiyenteng Medikal na Pagrepaso upang ipagpatuloy ang pagsaklaw ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan mo. Mangyaring sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano humiling ng Independiyenteng Medikal na Pagsusuri sa DMHC. Maaari kang maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Indipendiyenteng Medikal na Pagrepaso bilang karagdagan sa o sa halip ng isang Antas 3 na Apela.

Pinangangasiwaan ng ALJ o ng tagahatol na abogado ang mga Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

J. Ang pagdala sa iyong apela sa lampas ng Antas 2

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare

Kung gumawa ka ng Apela sa Antas 1 at Antas 2 para sa mga serbisyo at item sa Medicare, at parehong tinanggihan ang iyong mga apela, maaaring may karapatan kayo sa karagdagang antas ng apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng serbisyo o item ng Medicare na iyong inapela ay hindi nakakatugon sa isang partikular na minimum na halaga ng dolyar, hindi na kayo makakaapela pa. Kung ang halaga ng dolyar ay sapat na mataas, maaari mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela. Ipapaliwanag ng liham na makukuha mo mula sa IRO para sa iyong Antas 2 na Apela kung sino ang kokontakin at kung ano ang gagawin para makahingi ng Antas 3 na apela.

Antas 3 na Apela

Ang Antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang abogadong tagahatol na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa apela mo, mayroon kaming karapatan mag-apela sa isang Antas 3 na desisyon na pabor sa iyo.

- Kung mapagpasiyahan naming **iapela** ang desisyon, padadalhan ka namin ng kopya ng kahilingan sa Antas 4 na Apela kasama ng anumang kalakip na mga dokumento. Maaari naming hintayin ang desisyon sa Antas 4 na Apela bago pahintulutan o ibigay ang serbisyong pinagtatalunan.
- Kung mapagpasiyahan naming **hindi iapela** ang desisyon, dapat naming iawtorisa o ihatid sa iyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw ng kalendaryo pagkatapos makuha ang desisyon ng ALJ o abogadong tagahatol.
  - Kung ang ALJ o abogadong tagahatol ay nagsabi ng **Hindi** sa apela mo, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.
- Kung **magpasya kang tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, ang proseso ng apela ay tapos na.
- Kung mapagpasyahan mong **hindi tanggapin** itong desisyon na tumatanggi sa iyong apela, 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

Susuriin ng Konseho ng Mga Apela ng Medicare (Konseho) ang iyong apela at bibigyan ka ng sagot. Bahagi ang Konseho ng pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng Konseho sa Antas 4 na Apela mo o tinanggihan ang kahilingan namin na repasuhin ang isang desisyon sa Antas 3 na Apela na pabor sa iyo, may karapatan kaming umapela sa Antas 5.

- Kung mapagpasiyahan naming **iapela** ang desisyon, ipapaalam namin sa iyo sa pamamagitan ng pagsulat.
- Kung mapagpasiyahan naming **hindi iapela** ang desisyon, dapat naming iawtorisa o ihatid sa iyo ang serbisyo sa loob ng 60 araw sa kalendaryo pagkatapos makuha ang desisyon ng Konseho.

Kung **Hindi** ang sagot ng Konseho o tinatanggihan ang aming kahilingan sa pagrepaso, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung **magpasya kang tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, ang proseso ng apela ay tapos na.
- Kung magpasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, maaari mong magagawang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo kung maaari kang magpatuloy sa Antas 5 na Apela at kung ano ang dapat gawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng hukom ng Pederal na Korte ng Distrito ang iyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito na ang pinakahuling desisyon. Walang ibang antas ng apela na higit pa sa Hukuman ng Pederal na Distrito.

J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal

Mayroon ka ring iba pang karapatan sa pag-apela kung ang apela mo ay tungkol sa mga serbisyo o bagay na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal. Sasabihin sa iyo ng sulat na matatanggap mo mula sa Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado kung ano ang gagawin kung gusto mong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

J3. Mga Apela ng Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Bahagi D

Maaaring naaangkop ang seksyong ito sa iyo kung gumawa ka ng Antas 1 na Apela at Ants 2 na Apela, at ang mga apela mo ay tinanggihan.

Kung ang halaga ng gamot na inapela mo ay nakakatugon sa isang tiyak na halaga ng dolyar, maaari kang magpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela. Ang nakasulat na tugon na makukuha mo sa Antas 2 na Apela mo ay nagpapaliwanag kung sino ang dapat kontakin at kung ano ang gagawin para humingi ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela
Ang Antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig ng ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang abogadong tagahatol na nagtatrabaho para sa pederal na pamahalaan.

Kung nagsabi ng **Oo** ang ALJ o abogadong tagahatol sa apela mo:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang pagsaklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang desisyon.

Kung ang ALJ o abogadong tagahatol ay nagsabi ng **Hindi** sa apela mo, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung **magpasya kang tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, ang proseso ng apela ay tapos na.
- Kung mapagpasyahan mong **hindi tanggapin** itong desisyon na tumatanggi sa iyong apela, 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

Sinusuri ng Konseho ang iyong apela at binibigyan ka ng sagot. Bahagi ang Konseho ng pederal na pamahalaan.

Kung magsabi ang Konseho ng **Oo** sa apela mo:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang pagsaklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang desisyon.

Kung magsabi ang Konseho ng **Hindi** sa apela mo, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung **magpasya kang tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, ang proseso ng apela ay tapos na.

- Kung magpasya kang **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumanggi sa iyong apela, maaari mong magagawang magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa iyo ng abisong matatanggap mo kung maaari kang magpatuloy sa Antas 5 na Apela at kung ano ang dapat gawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng hukom ng Pederal na Korte ng Distrito ang iyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito na ang pinakahuling desisyon. Walang ibang antas ng apela na higit pa sa Hukuman ng Pederal na Distrito.

K. Paano gumawa ng reklamo

K1. Anong mga uri ng problema ang itinuturing na mga reklamo?

Ang proseso ng reklamo ay ginagamit para sa ilang partikular na uri ng problema lamang, tulad ng mga problemang may kinalaman sa kalidad ng pangangalaga, mga oras ng paghihintay, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng problemang pinangangasiwaan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng pangangalagang medikal mo	• Hindi ka nasisiyahan sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng pangangalagang nakuha mo sa ospital.
Paggalang sa pagkapribado mo	• Kung sa palagay mo ay hindi iginalang ng isang tao ang karapatan mo sa pagkapribado o nagbahagi ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa iyo.
Kawalang-galang, mahinang serbisyo sa customer, o iba pang negatibong pag-uugali	• Isang tagapagkaloob ng pangangalaga ng kalusugan o kawani ang naging bastos o walang-galang sa iyo. • Hindi maganda ang pakikitungo sa iyo ng aming mga tauhan. • Sa tingin mo ay pinapaalis ka sa plano.
Accessibility at tulong sa wika	• Hindi mo pisikal na ma-access ang mga serbisyo at pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan sa opisina ng doktor o tagapagbigay ng serbisyo. • Ang doktor o tagapagkaloob mo ay hindi nagbibigay ng interpreter para sa hindi Ingles na wika na sinasalita, o (tulad ng Wikang Pasensyas ng Amerikano o Espanyol). • Ang tagapagkaloob mo ay hindi nagbibigay sa iyo ng iba pang makatwirang kaluwagan na kailangan at hinihiling mo.
Mga oras ng paghihintay	• Nahihirapan kang kumuha ng itinakdang pagpapatingin, o masyadong naghintay ng matagal upang makuha ito. • Ang mga doktor, pharmacist, o iba pang propesyonal sa kalusugan, Mga Serbisyo para sa Miyembro, o iba pang kawani ng plano ay nagpapahintay sa iyo nang masyadong matagal.
Kalinisan	• Sa tingin mo ay hindi malinis ang klinika, ospital o opisina ng doktor.
Impormasyong nakukuha mo mula sa amin	• Sa palagay mo ay nabigo kaming magbigay sa iyo ng abiso o sulat na dapat ay natanggap mo.

Reklamo	Halimbawa
	• Kung sa tingin mo ay napakahirap maintindihan ang nakasulat na impormasyong ipinadala namin sa iyo.
Ang pagiging maagap na nauugnay sa mga desisyon sa pagsaklaw o apela	• Sa palagay mo ay hindi namin natutugunan ang aming mga deadline para sa paggawa ng desisyon sa pagsaklaw o pagsagot sa apela mo. • Naniniwala kang pagkatapos makakuha ng desisyon sa pagsaklaw o apela na pabor sa iyo, hindi namin nahahabol ang mga deadline sa pag-apruba o pagbibigay sa iyo ng serbisyo o pagbabalik sa iyo ng ibinayad mo para sa mga partikular na serbisyong medikal. • Sa palagay mo ay hindi namin ipinadala ang iyong kaso sa IRO sa tamang oras.

Mayroong iba't ibang uri ng mga reklamo. Maaari kang gumawa ng panloob na reklamo at/o panlabas na reklamo. Ang isang panloob na reklamo ay ihinahain at sinusuri ng aming plano. Ang panlabas na reklamo ay inihahain sa, at sinusuri ng isang organisasyong walang kaugnayan sa aming plano. Kung kailangan mo ng tulong sa paggawa ng panloob at/o panlabas na reklamo, maaari mong tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711.

Ang legal na termino para sa "reklamo" ay "**karaingan**."

Ang legal na termino para sa "pagrereklamo" ay "**paghahain ng karaingan**."

K2. Mga panloob na reklamo

Upang makagawa ng panloob na reklamo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627: Maaari kang maghain ng reklamo anumang oras maliban na lang kung tungkol ito sa Bahagi D na gamot ng Medicare. Kung nauugnay ang reklamo sa Bahagi D na gamot ng Medicare, dapat mo itong ihain sa **loob ng 60 araw ng kalendaryo** matapos mong maranasan ang problemang gusto mong ireklamo.

- Kung mayroon pa kang ibang kailangang gawin, sasabihin sa iyo ng Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- Maaari mo ring isulat ang iyong reklamo at ipadala ito sa amin. Kung isusulat mo ang iyong reklamo, tutugon kami sa iyong reklamo sa pamamagitan ng sulat.
- Maaari lamang malutas ang mga karaingan nang pasalita sa mga kaso na walang kinalaman sa hindi pagkakaunawaan sa pagsaklaw, pinagtatalunang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na kinasasangkutan ng pangangailangang medikal o pang-eksperimento/pagsisiyasat na paggamot, at nareresolba sa pagsasara ng negosyo sa susunod na araw. Ang lahat ng iba pang karaingan, pasalita o pasulat, ay dapat kilalanin at masagot sa pamamagitan ng pagsulat. Maaari mo kaming tawagan sa (800) 665-0898, TTY: 711, 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras; o sulatan kami sa Mga Apela at Karaingan ng Molina Medicare Complete Care Plus, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610

Ang legal na termino para sa "mabilis na reklamo" ay "**pinabilis na karaingan**."

Kung maaari, sasagutin ka namin kaagad. Kung tatawagan mo kami para magreklamo, puwede ka naming bigyan ng sagot sa parehong tawag sa telepono. Kung kinakailangan ng kondisyon ng kalusugan nmo ang mabilis na pagsagot namin, gagawin namin iyon.

- Sinasagot namin ang karamihan sa mga reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Kung hindi kami makakagawa ng desisyon sa loob ng 30 araw ng kalendaryo dahil kailangan namin ng higit pang impormasyon, aabisuhan ka namin sa pamamagitan ng pagsulat. Magbibigay din kami ng update sa kalagayan at tinatayang tagal ng panahon bago ka makakuha ng sagot.
- Kung gumagawa ka ng reklamo dahil hindi namin inaprubahan ang kahilingan mo para sa "mabilis na desisyon sa pagsaklaw" o "mabilis na apela," awtomatiko naming ibibigay sa iyo ang "mabilis na reklamo" at sasagutin ang reklamo mo sa loob ng 24 na oras.
- Kung nagrereklamo ka dahil natagalan kaming gumawa ng desisyon sa pagsaklaw o apela, awtomatiko kaming magbibigay sa iyo ng "mabilis na reklamo" at tutugon sa reklamo mo sa loob ng 24 na oras.

Kung hindi kami sumasang-ayon sa ilan o lahat ng iyong reklamo, sasabihin namin sa iyo at ibibigay sa iyo ang aming mga dahilan. Tumutugon kami kung sumasang-ayon kami sa reklamo o hindi.

K3. Mga panlabas na reklamo

Medicare

Maaari mong sabihin sa Medicare ang tungkol sa reklamo mo o ipadala ito sa Medicare. Makukuha ang Pormularyo ng Reklamo ng Medicare sa: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Hindi mo kailangang maghain ng reklamo sa Molina Medicare Complete Care Plus bago maghain ng reklamo sa Medicare.

Sineseryoso ng Medicare ang mga reklamo mo at gagamitin ang impormasyong ito upang tumulong na mapabuti ang kalidad ng programa ng Medicare.

Kung mayroon kang anupamang komento o alalahanin, o kung sa tingin mo ay hindi tinutugunan ng plano ng kalusugan ang iyong problema, maaari mo ring tawagan ang 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Medi-Cal

Maaari kang maghain ng reklamo sa California Department of Health Care Services (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-452-8609. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 711. Tumawag sa Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m.

Maaari kang maghain ng reklamo sa California Department of Managed Health Care (DMHC). Responsable ang DMHC sa pagreregula ng mga plano sa kalusugan. Maaari mong tawagan ang Sentro ng Tulong ng DMHC para sa tulong sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Para sa mga bagay na hindi agaran, maaari kang maghain ng reklamo sa DMHC kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon sa iyong Antas 1 na apela o kung hindi nalutas ng plano ang iyong reklamo pagkatapos ng 30 araw ng kalendaryo. Maaari kang makipag-ugnayan sa DMHC nang hindi pinupunan ang Antas 1 na apela kung kailangan mo ng tulong sa isang reklamong kinasasangkutan ng agarang isyu o isa na kinasasangkutan ng isang agaran at malubhang banta sa iyong kalusugan, kung nasa matinding pananakit ka, kung hindi ka sumasang-ayon sa desisyon ng aming plano

tungkol sa iyong reklamo, o kung hindi naresolba ng aming plano ang iyong reklamo pagkatapos ng 30 araw ng kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan para makakuha ng tulong mula sa Sentro ng Tulong:

- Tumawag sa 1-888- 466-2219. Maaaring gamitin ng mga taong hindi nakakarinig, nahihirapang makarinig, o may problema sa pagsasalita ang toll free na numero ng TTY, 1-877-688-9891. Libre ang tawag.
- Bisitahin ang website ng Department of Managed Health Care sa (www.dmhc.ca.gov).

Office for Civil Rights (OCR)

Maaari kang maghain ng reklamo sa Department of Health and Human Services (HHS) OCR kung sa palagay mo ay hindi patas ang pagtrato sa iyo. Halimbawa, maaari kang gumawa ng reklamo tungkol sa pag access sa kapansanan o tulong sa wika. Ang numero ng telepono para sa OCR ay 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697. Maaari kang bumisita sa www.hhs.gov/ocr para sa karagdagang impormasyon.

Maaari rin kayong makipag-ugnayan sa lokal na opisina ng OCR sa:
(877) 588-1123,
Lunes-Biyernes: 9:00 a.m. - 5:00 p.m. (lokal na oras), available ang 24 na oras na voicemail.
TTY: (855) 887-6668
https://www.livantaqio.com/en/states/california

Maaari ka ring may mga karapatan sa ilalim ng Batas sa Mga Amerikanong may Kapansanan (ADA). Maaari kang makipag-ugnayan sa lokal na opisina ng OCR sa (877) 588-1123.

QIO

Kapag ang reklamo mo ay tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mayroon ka ding dalawang pagpipilian:

- Maaari mong gawin ang iyong reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga nang direkta sa QIO.
- Maaari kayong magreklamo sa QIO at sa aming plano. Kung magrereklamo kayo sa QIO, makikipagtulungan kami sa kanila upang lutasin ang inyong reklamo.

Ang QIO ay isang grupo ng mga nagsasanay na doktor at iba pang mga eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at mapabuti ang pangangalaga na ibinigay sa mga pasyente ng Medicare. Upang matuto nang higit pa tungkol sa QIO, sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Chapter 2** of your *Member Handbook* (Kabanata 2 ng inyong Handbook ng Miyembro).

Sa California, ang QIO ay tinatawag na Livanta (Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad ng California. Ang numero ng telepono para sa Livanta ay (877) 588-1123:

Kabanata 10: Pagtapos ng inyong pagiging miyembro sa aming plano

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano ninyo matatapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano at ang inyong mga opsyon sa saklaw ng kalusugan pagkatapos ninyong umalis sa aming plano. Kung aalis kayo sa aming plano, mananatili pa rin kayo sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't nananatili kayong karapat-dapat. Ang mga pangunahing termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay makikita sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng inyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Mga Nilalaman

A. Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo sa aming plano 219
B. Paano tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano 220
C. Paano makuha ang mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang hiwalay 220
C1. Ang inyong mga serbisyo sa Medicare 220
C2. Ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal 223
D. Paano makukuha ang inyong mga medikal na serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano 223
E. Iba pang sitwasyon kung kailan natapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano 224
F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilan na nauugnay sa kalusugan 225
G. Ang inyong karapatang magreklamo kung tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano 225
H. Paano makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtatapos ng membership sa iyong plano 225

A. Kailan mo maaaring wakasan ang pagiging miyembro mo sa aming plano

Tinatapos ng karamihan sa mga taong may Medicare ang kanilang membership sa ilang partikular na panahon ng taon. Dahil mayroon kang Medi-Cal, mayroon kang ilang mga pagpipilian upang tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano anumang buwan ng taon.

Bukod pa rito, maaari mong tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano sa mga sumusunod na panahon bawat taon:

- Ang **Taunang Panahon ng Pagpapatala,** na tumatagal mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magwawakas ang inyong membership sa amin sa Disyembre 31 at magsisimula ang membership ninyo sa bagong plano sa Enero 1.
- Ang **taunang Panahon ng Bukas na Pagpapatala ng Medicare Advantage (MA)** ay mula Enero 1 hanggang Marso 31 at para rin sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na nakatala sa plano, mula sa buwan ng pagiging may karapatan sa Bahagi A at Bahagi B hanggang sa huling araw ng ika-3 buwan ng pagiging may karapatan. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magsisimula ang membership ninyo sa bagong plano sa unang araw ng susunod na buwan.

Puwedeng may iba pang sitwasyon kung saan kuwalipikado kayong magsagawa ng pagbabago sa inyong pagpapatala. Halimbawa, kapag:

- lumipat ka sa lugar na sineserbisyuhan namin,
- nabago ang pagiging kuwalipikado ninyo sa Medi-Cal o Ekstrang Tulong (Extra Help), **o**
- kung lumipat ka kamakailan, kasalukuyang kumukuha ng pangangalaga sa, o kalalabas lang sa isang pasilidad ng pangangalaga o isang ospital ng pangmatagalang pangangalaga.

Matatapos ang pagiging miyembro mo sa huling araw ng buwan na matanggap namin ang kahilingan mong palitan ang plano mo. Halimbawa, kung makuha namin ang kahilingan mo sa Enero 18, magtatapos ang pagsaklaw mo sa aming plano sa Enero 31. Magsisimula ang bagong pagsaklaw mo sa unang araw ng susunod na buwan (Pebrero 1, sa halimbawang ito).

Kung aalis kayo sa aming plano, puwede kayong makakuha ng impormasyon tungkol sa inyong:

- Mga opsyon ng Medicare sa talahanayan sa **Seksyon C1**.
- Mga opsyon at serbisyo ng Medi-Cal sa **Seksyon C**.

Makakakuha kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano ninyo tatapusin ang membership ninyo sa pamamagitan ng pagtawag sa: Mga Serbisyo ng Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito. Nakalista rin ang numero para sa mga gumagamit ng TTY.

- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang makahanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP. Ang Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077.
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman sa 1-888-452-8609, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. o mag-e-mail sa MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

TANDAAN: Kung ikaw ay nasa programa ng pamamahalasa gamot (DMP), maaaring hindi mo magawang baguhin ang mga plano. Sumangguni sa Kabanata 5 ng *Handbook ng Miyembro* mo para sa impormasyon tungkol sa mga programa sa pamamahala ng gamot.

B. Paano tapusin ang iyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung magpasya kang wakasan ang pagiging miyembro mo maaari kang magpatala sa ibang plano ng Medicare o lumipat sa Original Medicare. Gayunpaman, kung gusto mong lumipat mula sa plano namin patungo sa Original Medicare ngunit hindi ka pumili ng isang hiwalay na plano ng iniresetang gamot ng Medicare, dapat mong hilingin na maalis sa pagkakatala mula sa plano namin. Mayroong dalawang paraan kung paano maalis sa pagkakatala:

- Maaari kang humiling sa pamamagitan ng pagsulat sa amin. Kontakin ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung kailangan mo ng higit pang impormasyon kung paano ito gagawin.
- Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY (mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita) sa 1-877-486-2048. Kapag tumawag ka sa 1-800-MEDICARE, maaari ka ring magpatala sa isa pang plano ng kalusugan o gamot ng Medicare. Nasa chart sa Seksyon C1 ang higit pang impormasyon sa pagkuha ng iyong mga serbisyo ng Medicare kapag umalis ka sa aming plano.
- Tawagan ang Health Care Options (Mga Pagpipilian sa Pangangalagang Pangkalusugan) sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077.
- Kasama sa Seksyon C sa ibaba ang mga hakbang na maaari mong gawin upang magpatala sa ibang plano, na siya ring magtatapos sa pagiging miyembro mo sa plano namin.

C. Paano makuha ang mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang hiwalay

Mayroon kayong mga pagpipilian tungkol sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal kung pipiliin ninyong umalis sa aming plano.

C1. Ang inyong mga serbisyo sa Medicare

Mayroon kang tatlong opsyon para makuha ang iyong mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba sa anumang buwan ng taon. Mayroon kang karagdagang opsyon na nakalista sa ibaba sa mga partikular na panahon ng taon kabilang ang **Taunang Panahon ng Pagpapatala** at ang **Bukas na Panahon ng Pagpapatala ng Medicare Advantage** o iba pang mga sitwasyon na inilarawan sa **Seksyon A**. Sa pamamagitan ng pagpili ng isa sa mga opsyong ito, awtomatiko mong tinatapos ang iyong pagiging miyembro sa aming plano.

1. Puwede kayong lumipat sa: **Ang Medicare Medi-Cal na Plano (Medi-Medi na Plano) ay isang uri ng Medicare Advantage na plano. Ito ay para sa mga taong may pareho Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa isang plano. Ikinokoordina ng mga Medi-Medi na Plano ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa parehong programa, kasama ang lahat ng sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal na serbisyo.** **Tandaan**: Ang terminong Medi-Medi na Plano ay ang pangalan para sa pinagsamang dalawahang karapat-dapat na espesyal na mga plano sa pangangailangan (D-SNPs) sa California.	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong sa Programa ng Lahat-Inklusibo na Pangangalaga para sa mga Matatanda (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang makahanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa bagong Medi-Medi na Plano. Awtomatiko kang aalisin mula sa pagkakatala sa aming planong Medicare kapag nagsimula ang pagsaklaw mo sa bagong plano. Ang iyong Medi-Cal na plano ay magbabago upang tumugma sa iyong Medi-Medi na Plano.

2. Puwede kayong lumipat sa: **Isang Original Medicare na may hiwalay na plano sa Medicare prescription drug**	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang makahanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Mag-enroll sa isang bagong plano sa iniresetang gamot ng Medicare. Awtomatiko kang idi-disenroll sa aming plano kapag nagsimula na ang pagsaklaw ng Original Medicare mo.
3. Puwede kayong lumipat sa: **Isang Orihinal na Medicare na walang hiwalay na plano sa iniresetang gamot ng Medicare** **TANDAAN**: Kung lilipat ka sa Original Medicare at hindi nagpatala sa isang hiwalay na plano ng inireresetang gamot ng Medicare, puwedeng magpatala ka ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban kung sasabihin mo sa Medicare na ayaw mong sumali. Dapat mo lamang ihinto ang saklaw ng inireresetang gamot kung mayroon kang saklaw sa gamot mula sa ibang pinagmumulan, gaya ng isang employer o unyon. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa pagkakaroon ng pagsaklaw sa gamot, tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang makahanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/.	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang makahanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kang idi-disenroll sa aming plano kapag nagsimula na ang pagsaklaw ng Original Medicare mo.

4. Puwede kayong lumipat sa: **Anumang planong pangkalusugan ng Medicare** sa ilang partikular na panahon ng taon kabilang ang **Taunang Panahon ng Pagpapatala** at ang **Bukas na Panahon ng Pagpapatala ng Medicare Advantage** o iba pang mga sitwasyon na inilarawan sa Seksyon A.	**Narito ang dapat gawin:** Tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga tanong sa Programa ng Lahat-Inklusibo na Pangangalaga para sa mga Matatanda (PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o upang makahanap ng lokal na tanggapan ng HICAP sa iyong lugar, mangyaring bisitahin ang www.aging.ca.gov/HICAP/. **O** Magpatala sa bagong Medicare na plano. Awtomatiko kang aalisin mula sa pagkakatala sa aming planong Medicare kapag nagsimula ang pagsaklaw mo sa bagong plano. Maaaring magbago ng iyong Medi-Cal na Plano.

C2. Ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano makukuha ang mga serbisyo ng Medi-Cal mo pagkatapos mong umalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-430-7077. Magtanong sa kung paano makakaapekto sa pagkuha ninyo ng inyong saklaw sa Medi-Cal ang pagsali sa ibang plano o pagbabalik sa Original Medicare.

D. Paano makukuha ang inyong mga medikal na serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung iiwan mo ang aming plano, maaaring magtagal bago matapos ang pagiging miyembro mo at magsimula ang bagong pagsaklaw ng Medicare at Medi-Cal mo. Sa panahong ito, patuloy kang makakakuha ng mga inireresetang gamot at pangangalaga ng kalusugan mo sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magsimula ang bagong plano mo.

- Gamitin ang mga tagapagkaloob ng network para tumanggap ng medikal na pangangalaga.
- Gamitin ang aming mga parmasya na nasa network kabilang ang aming mga serbisyo sa mail-order na parmasya para punan ang mga inireresetang gamot mo.

- Kung naospital ka sa araw na natapos ang pagiging miyembro mo sa Molina Medicare Complete Care Plus, sasaklawin ng aming plano ang pananatili mo sa ospital hanggang sa ma-discharge ka. Mangyayari ito kahit nagsimula ang bagong pagsaklaw ng kalusugan bago ka na-discharge.

E. Iba pang sitwasyon kung kailan natapos ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Ito ang mga kaso kung kailan dapat naming tapusin ang pagiging miyembro mo sa aming plano:

- Kung may pahinga sa pagsaklaw ng Medicare Bahagi A at Medicare Bahagi B mo.
- Kung hindi ka na kuwalipikado para sa Medi-Cal. Ang aming plano ay para sa mga taong kuwalipikado para sa parehong Medicare at Medi-Cal. Tandaan: kung hindi ka na kuwalipikado para sa Medi-Cal, maaari kang pansamantalang magpatuloy sa aming plano sa mga benepisyo ng Medicare, mangyaring tingnan ang impormasyon sa ibaba sa panahon ng pag-iisip.
  - Kung hindi mo mabawi ang pagsaklaw ng Medi-Cal at hindi mo inaasahan na mabawi ang pagsaklaw sa loob ng 3 buwan, aalisin ka sa pagkakatala sa aming plano at hindi ka na makakatanggap ng mga serbisyo mula sa Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan. Tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro para sa karagdagang impormasyon.
- Lilipat ka sa labas ng aming sineserbisyuhang lugar.
- Kung wala ka sa lugar na sineserbisyuhan namin nang higit sa anim na buwan.
  - Kung lilipat ka o magbibiyahe nang matagal, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro upang malaman kung ang lugar na lilipatan o pupuntahan mo ay nasa lugar ng serbisyo ng aming plano.
  - Sumangguni sa **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro* para sa impormasyon sa pagkuha ng pangangalaga sa pamamagitan ng aming mga benepisyo sa bisita o manlalakbay kapag wala ka sa lugar ng serbisyo ng aming plano.
- Kung makukulong o mabibilanggo ka dahil sa kriminal na pagkakasala.
- Kung nagsisinungaling ka tungkol sa o ipinagkait ang impormasyon tungkol sa iba pang insurance na mayroon ka para sa mga inireresetang gamot.
- Kung hindi ka isang mamamayan ng United States o hindi naaayon sa batas na naroroon sa United States.
  - Kailangang ikaw ay isang mamamayan ng United States o legal na naroroon sa United States upang maging miyembro ng aming plano.
  - Aabisuhan kami ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) kung hindi ka na karapat-dapat na manatiling miyembro ayon sa batayang ito.
  - Dapat kang maalis sa pagkakatala kung hindi mo matugunan ang kinakailangang ito.

Maaari ka naming paalisin sa plano namin para sa mga sumusunod na dahilan kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare at Medi-Cal:

- Kung sinasadya mong bigyan kami ng maling impormasyon kapag nag-enroll ka sa plano namin at nakakaapekto ang impormasyong iyon sa pagiging karapat-dapat mo para sa plano namin.
- 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.
- Kung hahayaan mo ang ibang tao na gamitin ang ID card ng plano mo upang makakuha ng medikal na pangangalaga. (Maaaring hilingin ng Medicare sa Inspector General na imbestigahan ang kaso mo kung tatapusin namin ang pagiging miyembro mo para sa kadahilanang ito.)

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilan na nauugnay sa kalusugan

Hindi namin maaaring hilingin sa iyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilan na may kaugnayan sa kalusugan mo. Kung sa palagay mo ay hinihiling namin sa iyo na umalis sa aming plano para sa isang kadahilanang nauugnay sa kalusugan, **tawagan ang Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari kayong tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

G. Ang inyong karapatang magreklamo kung tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung tatapusin namin ang inyong membership sa aming plano, dapat naming sabihin sa inyo ang aming mga dahilan para sa pagtatapos ng inyong pagiging miyembro sa pamamagitan ng sulat. Dapat din naming ipaliwanag kung paano kayo makakapaghain ng karaingan o makakapagreklamo tungkol sa aming desisyon na tapusin ang inyong membership. Maaari rin kayong sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Handbook ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa kung paano gumawa ng reklamo.

H. Paano makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtatapos ng membership sa iyong plano

Kung mayroon kang mga tanong o gusto ng higit pang impormasyon sa pagtapos ng pagiging miyembro mo, maaari kang tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero sa ibaba ng pahinang ito.

Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kabilang sa kabanatang ito ang mga legal na abisong nalalapat sa pagiging miyembro mo sa aming plano. Ang mga pangunahing termino at ang mga kahulugan ng mga ito ay lilitaw sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng iyong *Handbook ng Miyembro*.

Talaan ng Nilalaman

A. Abiso tungkol sa mga batas 227
B. Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina 227
C. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang magbabayad at Medi-Cal bilang magbabayad ng huling paraan 228
D. Abiso tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal sa ari-arian 228

A. Abiso tungkol sa mga batas

Maraming batas ang nalalapat dito sa *Handbook ng Miyembro*. Ang mga batas na ito ay maaaring makaapekto sa inyong mga karapatan at responsibilidad kahit na ang mga batas ay hindi kasama o ipinaliwanag sa *Handbook ng Miyembro*. Ang mga pangunahing batas na naaangkop ay mga batas ng pederal at estado tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Ang iba pang batas ng pederal at estado ay maaaring mag-aplay din.

B. Abiso tungkol sa hindi pandidiskrimina

Hindi ka namin dinidiskrimina o tinatrato nang iba dahil sa iyong lahi, etnisidad, pinagmulan ng bansa, kulay, relihiyon, seks, kasarian, edad, sekswal na oryentasyon, kapansanan sa isip o pisikal, katayuan sa kalusugan, karanasan sa pag-angkin, kasaysayan ng medikal, impormasyong genetiko, katibayan ng kawalan ng lakas, lokasyon ng heograpiya sa loob ng lugar na sineserbisyuhan. Bilang karagdagan, hindi kami nagdidiskrimina ng labag sa batas, nagbubukod ng mga tao, iniiba ang pakikitungo sa kanila dahil sa ninuno, pagkakakilanlan ng pangkat etniko, pagkakakilanlan ng kasarian, katayuan sa pag-aasawa, o kondisyong medikal.

Kung gusto mo ng karagdagang impormasyon o may mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato:

- Tawagan ang Department of Health and Human Services, Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-800-537-7697. Maaari mo ring bisitahin ang www.hhs.gov/ocr para sa karagdagang impormasyon.
- Tawagan ang Department of Health Care Services, Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 711 (Telecommunications Relay Service). Kung naniniwala ka na ikaw ay nadiskrimina at gustong maghain ng karaingan sa diskriminasyon, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627 TTY:711, sulatan ang Mga Apela at Karaingan ng Medicare P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801.

Kung ang hinaing mo ay tungkol sa diskriminasyon sa programang Medi-Cal, maaari rin kang maghain ng reklamo sa Kagawaran ng Mga Serbisyo sa Pangangalaga ng Kalusugan, Tanggapan ng mga Karapatang Sibil, sa pamamagitan ng telepono, sa pamamagitan ng pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- Sa Pamamagitan ng Telepono: Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi ka makapagsalita o makarinig nang maayos, mangyaring tawagan ang 711 (Telecommunications Relay Service).
- Sa Pamamagitan nang Pagsulat: Punan ang isang form ng reklamo o magpadala ng sulat sa:

Deputadong Direktor, Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil
Department of Health Care Services
Tanggapan ng mga Karapatang Sibil
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Handang magagamit ang mga form ng reklamo sa dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Sa elektronikong paraan: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

Kung mayroon kang kapansanan at kailangan mo ng tulong sa pagkuha ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o ng tagapagkaloob, tumawag sa mga Serbisyo para sa Miyembro. Kung mayroon kang reklamo, tulad ng problema sa access ng wheelchair, makakatulong ang Mga Serbisyo sa Miyembro.

C. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang magbabayad at Medi-Cal bilang magbabayad ng huling paraan

Minsan may ibang taong dapat maunang magbayad para sa mga serbisyong ipinagkakaloob namin sa iyo. Halimbawa, kung naaksidente ka sa sasakyan o nasugatan sa trabaho, dapat maunang magbayad ang seguro o ang Kabayaran para sa mga Manggagawa.

Mayroong kaming karapatan at responsibilidad ng mangolekta para sa sinaklaw na mga serbisyo ng Medicare kung saan hindi unang tagabayad ang Medicare.

Sumusunod kami sa mga batas at regulasyon ng pederal at estado na nauugnay sa legal na pananagutan ng mga ikatlong partido para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng mga miyembro. Gagawin namin ang lahat ng makatwirang hakbang upang siguruhin na ang Medi-Cal ang huling remedyong tagapagbayad.

D. Abiso tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal sa ari-arian

The Medi-Cal program must seek repayment from probated estates of certain deceased members for Medi-Cal benefits received on or after their 55th birthday. Repayment includes Fee-For-Service and managed care premiums/ capitation payments for nursing facility services, home and community-based services, and related hospital and prescription drug services received when the member was an inpatient in a nursing facility or was receiving home and community-based services. Repayment cannot exceed the value of a member's probated estate.
To learn more, go to the Department of Health Care Services' estate recovery website at www.dhcs.ca.gov/er or call 916-650-0590.

Kabanata 12: Mga kahulugan ng mga importanteng salita

Panimula

Napapaloob sa kabanatang ito ang mahahalagang terminong ginamit sa kabuuan ng *Handbook ng Miyembro* kasama ang kanilang mga kahulugan. Nakalista ang mga termino. Kung hindi ninyo makita ang isang terminong hinahanap ninyo, o kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon sa isinasaad ng isang pagpapakahulugan, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro.

Mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (activities of daily living, ADL): Ang mga bagay-bagay na ginagawa ng mga tao sa isang normal na araw, tulad ng pagkain, paggamit ng palikuran, pagbibihis, pagligo, o pagsipilyo ng ngipin.

Hukom ng administratibong batas: Isang hukom na nagrerepaso ng antas 3 na apela.

Programa ng Tulong sa Gamot ng AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP): Isang programa na tumutulong sa mga karapat-dapat na indibidwal na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nagliligtas-buhay.

Sentro para sa Operasyon ng Mga Pasyenteng Ambulatoryo: Isang pasilidad na nagbibigay ng outpatient na operasyon sa mga pasyenteng hindi nangangailangan ng pangangalaga sa ospital at hindi inaasahang mangailangan ng higit sa 24 na oras ng pangangalaga.

Apela: Isang paraan para hamunin ninyo ang aming kilos kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami. Maaari mong hilingin na baguhin namin ang isang desisyon sa pagsaklaw sa pamamagitan ng paghahain ng apela. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng Handbook ng Miyembro mo ang mga apela, kabilang ang kung paano mag-apela.

Kalusugan ng Pag-uugali: Isang nasasaklaw ang lahat na termino na tumutukoy sa kalusugang pangkaisipan at mga karamdaman sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot.

Biyolohikal na Produkto: Isang inireresetang gamot na ginawa mula sa natural at buhay na mga pinagmumulan tulad ng mga selula ng hayop, mga selula ng halaman, bakterya, o lebadura. Ang mga biyolohikal na produkto ay mas kumplikado kaysa sa ibang mga gamot at hindi maaaring eksaktong kopyahin, kaya ang mga alternatibong anyo ay tinatawag na mga biosimilar. (Tingnan din ang "Orihinal na Biyolohikal na Produkto" at "Biosimilar").

Biosimilar: Isang biyolohikal na gamot na halos kapareho, ngunit hindi katulad, sa orihinal na biyolohikal na produkto. Ang mga biosimilar ay kasing ligtas at epektibo ng orihinal na produktong biyolohikal. Ang ilang mga biosimilar ay maaaring ipalit sa orihinal na biolohikal na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta. (Tingnan ang "Maipagpapalitang Biosimilar").

Mga gamot na may tatak: Isang inireresetang gamot na ginawa at ibinebenta ng kumpanya na orihinal na gumawa ng gamot. May parehong mga sangkap ang mga gamot na may tatak tulad ng mga generic na bersyon ng mga gamot. Karaniwang ginagawa at ibinebenta ang mga generic na gamot ng ibang mga kumpanya ng gamot.

Koordinador ng Pangangalaga: Isang pangunahing taong nakikipagtulungan sa iyo, sa plano ng kalusugan at sa mga tagapagkaloob ng pangangalaga mo para matiyak na makukuha mo ang pangangalagang kailangan mo.

Plano ng pangangalaga: Tumutukoy sa "Isina-indibiduwal na Plano ng Pangangalaga."

Opsyonal ng Mga Serbisyo ng Plano ng Pangangalaga (Mga Serbisyo ng CPO): Mga karagdagang serbisyo na opsyonal sa ilalim ng Isina-indibiduwal na Plano ng Pangangalaga (Individualized Care Plan, ICP). Hindi nilayon ng mga serbisyong ito na palitan ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na awtorisado kang makakuha sa ilalim ng Medi-Cal.

Pangkat ng pangangalaga: Tumutukoy sa "Pangkat ng Interdisiplinaryong Pangangala."

Mga Sentro para sa Medicare & Medicaid Services (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Ang ahensyang pederal na namamahala sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng iyong *Handbook ng Miyembro* kung paano makipag-ugnayan sa CMS.

Mga Serbisyong Pang-adulto na Nakabatay sa Komunidad (Community-Based Adult Services, CBAS): Outpatient, programang serbisyo na nakabatay sa pasilidad na naghahatid ng dalubhasang pangangalaga, mga serbisyong panlipunan, mga occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/tagapag-alaga, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang mga serbisyo sa mga karapat-dapat na miyembro na nakakatugon sa nalalapat na pamantayan sa pagiging karapat-dapat.

Reklamo: Isang nakasulat o pasalitang pahayag na nagsasabi na mayroon kayong problema o alalahanin tungkol sa mga nasaklaw na serbisyo o pangangalaga mo. Kasama rito ang anumang alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, pangangalaga mo, aming mga tagapagkaloob na nasa network, o aming mga parmasyang nasa network. Ang pormal na pangalan para sa “paggawa ng reklamo” ay “paghain ng karaingan”.

Komprehensibong pasilidad ng rehabilitasyon ng outpatient (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Isang pasilidad na pangunahing naghahatid ng mga serbisyo sa rehabilitasyon pagkatapos ng isang pagkakasakit, aksidente, o malaking operasyon. Naghahatid ito ng iba't ibang serbisyo, kabilang ang physical therapy, panlipunan o sikolohikal na serbisyo, therapy ng respiratoryo, propesyonal na terapiya, pagsasalita na terapiya, at mga serbisyo sa pagsusuri sa kapaligiran sa bahay.

Desisyon sa pagsaklaw: Isang desisyon tungkol sa kung anong mga benepisyo ang saklaw namin. Kabilang dito ang mga desisyon tungkol sa mga sinaklaw na gamot at serbisyo o ang halagang babayaran namin para sa mga serbisyo ng kalusugan mo. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* mo kung paano humiling sa amin ng desisyon sa pagsaklaw.

Mga nasaklaw na gamot: Ang terminong ginagamit namin ay nangangahulugan ng lahat ng reseta at gamot na di kailangan ng reseta (OTC) na gamot na nasaklaw ng plano namin.

Mga nasaklaw na serbisyo: Ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para mangahulugan ng lahat ng pangangalaga ng kalusugan, pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, mga gamot na inirereseta at gamot na di kailangan ng reseta, kagamitan, at iba pang mga serbisyong saklaw ng plano namin.

Pagsasanay sa kakayahang pangkultura: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang instruksyon para sa mga tagapagkaloob namin ng pangangalaga ng kalusugan na tumutulong sa kanila na mas maunawaan ang background ninyo, mga asal, at paniniwala para iangkop ang mga serbisyo para matugunan ang mga pangangailangan ninyo sa lipunan, kultura, at wika.

Department of Health Care Services (DHCS): Ang departamento ng estado sa California na nangangasiwa sa Programang Medicaid (kilala bilang Medi-Cal).

Department of Managed Health Care (DMHC): Ang departamento ng estado sa California na responsable sa pagsasaayos ng mga planong pangkalusugan. Ang DMHC ay tumutulong sa mga taong may mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng mga Hiwalay na Medikal na Pagsusuri (Independent Medical Review, IMR).

Pag-alis sa pagkakatala: Ang proseso ng pagwawakas ng pagiging miyembro ninyo sa plano namin. Puwedeng boluntaryo (sarili mong desisyon) o hindi boluntaryo (hindi mo sariling desisyon) ang pag-alis sa pagkakatala.

Programang pamamahala ng gamot (Drug Management Program, DMP): Isang programa na tumutulong na tiyaking ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga de-resetang opioid at iba pang madalas na inaabusong mga gamot.

Mga antas ng gamot: Mga grupo ng mga gamot sa aming Listahan ng Gamot. Ang mga generic, branded, o gamot na di kailangan ng reseta (OTC) na gamot ay mga halimbawa ng mga tier ng gamot. Nasa isang tier ang bawat gamot sa Listahan ng Gamot namin.

Dual eligible special needs na plano (D-SNP): Plano ng kalusugan na nagsisilbi sa mga indibidwal na karapat-dapat para sa parehong Medicare at Medicaid. Isang D-SNP ang plano namin.

Matibay na kagamitang medikal (DME): Ilang bagay na iniutos ng iyong doktor na gagamitin sa sarili mong tahanan. Kasama sa mga item na ito ang mga wheelchair, saklay, powered mattress system, supply para sa diabetes, kama sa ospital na ibinibilin ng tagapagkaloob na gamitin sa bahay, IV infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at supply, nebulizer, at walker.

Emerhensiya: Isang medikal na emerhensiya kapag naniniwala ka, o ang sinumang ibang tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at gamot na mayroon kang mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na atensyon upang maiwasan ang kamatayan, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng o malubhang pagkapinsala ng paggana ng katawan (at kung ikaw ay buntis, pagkalaglag ng hindi pa isinisilang na bata). Ang mga medikal na sintomas ay maaaring isang sakit, pinsala, matinding pananakit, o isang kondisyong medikal na mabilis na lumalala.

Emerhensiya na pangangalaga: Mga sinaklaw na serbisyong ibinibigay ng isang tagapagkaloob ng serbisyo na sinanay na magbigay ng mga serbisyong pang-emergency at kinakailangan upang magamot ang isang pang-emergency na medikal o sa kalusugan ng pag-uugali.

Pagbubukod: Pahintulot para makakuha ng saklaw para sa isang gamot na hindi karaniwang sakop o upang magamit ang gamot nang walang ilang partikular na tuntunin at limitasyon.

Mga Ibinukod na Serbisyo: Mga serbisyong hindi sinaklaw ng planong pangkalusugan na ito.

Karagdagang Tulong (Extra Help): Programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan na mabawasan ang mga gastos sa Medicare Bahagi D na inireresetang gamot, gaya ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong (Extra Help) ay tinatawag ding "Tulong sa mga May Mababang Kita (Low-Income Subsidy)" o "LIS".

Generic na gamot: Isang inireresetang gamot na inaprubahan ng pederal na pamahalaan na gamitin bilang kapalit ng isang branded na gamot. Ang isang generic na gamot ay may parehong mga sangkap tulad ng isang branded na gamot. Karaniwang mas mura ito at kasing-bisa ng branded na gamot.

Karaingan: Isang reklamo na ginawa mo tungkol sa amin o sa isa sa aming mga tagapagkaloob ng serbisyo o parmasya sa network. Kabilang dito ang isang reklamo tungkol sa kalidad ng iyong pangangalaga o kalidad ng serbisyong ibinigay ng iyong planong pangkalusugan.

Programang Pagpapayo at Pagtataguyod sa Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Isang programa na nagbibigay ng libre at may layunin na impormasyon at pagpapayo tungkol sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng iyong *Handbook ng Miyembro* kung paano makipag-ugnayan sa HICAP.

Planong pangkalusugan: Isang organisasyon na binubuo ng mga doktor, ospital, parmasya, tagapagkaloob ng serbisyo na mga pangmatagalang serbisyo, at iba pang mga tagapagkaloob ng serbisyo. Mayroon din itong mga koordinador ng pangangalaga para tulungan kang pamahalaan ang lahat ng mga tagapagkaloob at serbisyo mo. Nagtutulungan silang lahat upang maibigay ang pangangalagang kailangan mo.

Mga pagsusuri sa panganib sa kalusugan (Health Risk Assessments, HRA): Isang pagsusuri sa iyong medikal na kasaysayan at kasalukuyang kondisyon. Ginagamit ito upang alamin ang tungkol sa iyong kalusugan at kung paano ito magbabago sa hinaharap.

Tutulong sa kalusugang pantahanan: Isang taong nagkakaloob 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 inirekomendang ehersisyo). Walang lisensya sa narsing o nakakaloob ng therapy ang mga katulong sa kalusugan ng tahanan.

Hospisyo: Isang programa ng pangangalaga at suporta upang matulungan ang mga taong may terminal na prognosis na mamuhay nang kumportable. Ang ibig sabihin ng terminal na prognosis ay medikal na nasertipikahan bilang may nakamamatay na sakit ang taong iyon, ibig sabihin ay may taning sa buhay na 6 na buwan o mas mababa.

- Ang isang nakatala na may terminal na prognosis ay may karapatang pumili ng hospisyo.
- Ang isang espesyal na sinanay na pangkat ng mga propesyonal at tagapag-alaga ay nagbibigay ng pangangalaga para sa buong tao, kabilang ang pisikal, emosyonal, panlipunan, at espirituwal na mga pangangailangan.
- Inaatasan kaming bigyan ka ng listahan ng mga tagapagkaloob ng hospisyo sa inyong heyograpikong lugar.

Hindi wasto/hindi naaangkop na pagsingil: Isang sitwasyon kapag sinisingil ka ng isang tagapagkaloob (gaya ng doktor o ospital) nang higit sa halaga ng pagbabahagi ng gastos para sa mga serbisyo. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro kung makakatanggap ka ng anumang mga singil na hindi mo naiintindihan.

Dahil binabayaran namin ang kabuuang gastusin para sa iyong mga serbisyo, **wala** kang anumang dapat bayaran na bahagi ng gastos. Hindi kayo dapat singilin ng mga tagapagkaloob para sa mga serbisyong ito.

Mga Serbisyong Tulong sa Tahanan (IHSS): Ang Programang IHSS ay tutulong sa pagbabayad para sa mga serbisyong ibinigay sa iyo upang manatili kang ligtas sa iyong sariling bahay. Ang IHSS ay isang alternatibo sa pangangalaga sa labas ng bahay, tulad ng mga nursing home o pasilidad ng panuluyan at pangangalaga. Ang mga uri ng mga serbisyo na maaaring pahintulutan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo sa personal na pangangalaga (tulad ng pangangalaga para sa bituka at pantog, pagligo, pag-aayos at mga serbisyong paramedikal), pagsama sa mga medikal na appointment, at pangangasiwa ng proteksyon para sa mga may kapansanan sa pag-iisip. Ang mga ahensya ng county sa serbisyong panlipunan ay nangangasiwa ng IHSS.

Independiyenteng Medikal na Pagrepaso (IMR): Kung tatanggihan namin ang iyong kahilingan para sa mga serbisyong medikal o paggamot, maaari kang mag-apela. Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon at ang iyong problema ay tungkol sa serbisyo ng Medi-Cal, kabilang ang mga supply ng DME at mga gamot, maaari kang magtanong sa California Department of Managed Health Care para sa IMR. Ang IMR ay isang pagsusuri sa iyong kaso ng mga doktor na hindi bahagi ng aming plano. Kung pabor sa iyo ang desisyon ng IMR, dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyo o paggamot na hiniling mo. Wala kang babayarang gastos para sa isang IMR.

Organisasyon ng independiyenteng pagrepaso (Independent Review Organization, IRO): Isang independiyenteng organisasyon na inupahan ng Medicare na magsusuri ng antas 2 na apela. Hindi ito konektado sa amin at hindi ahensya ng gobyerno. Ang organisasyong ito ang magpapasya kung ang desisyon na ginawa namin ay tama o kung dapat itong baguhin. Ang Medicare ang nangangasiwa sa gawain nito. Ang pormal na pangalan ay ang **Independent Review Entity**.

Asosasyon ng Independiyenteng Doktor (Independent Physician Association, IPA): Ang IPA ay isang kumpanyang kinontrata ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) na nag-oorganisa ng grupo ng mga doktor, espesyalista, at iba pang tagapagbigay ng mga serbisyo sa kalusugan para tingnan ang mga Miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). Inaasikaso ng iyong doktor, kasama ang IPA, ang lahat ng iyong medikal na pangangailangan. Kabilang dito ang pagkuha ng awtorisasyon, kung kinakailangan, upang magpatingin sa mga espesyalistang doktor o tumanggap ng mga serbisyong medikal tulad

ng mga pagsubok sa laboratoryo, x-ray, at mga serbisyo sa ospital para sa pasyenteng mananatili o hindi mananatili sa ospital.

Indibidwal na Plano ng Pangangalaga (ICP o Plano ng Pangangalaga): Kabilang sa plano ng pangangalaga ang pangunahing alalahanin sa kalusugan, mga layunin, pangangailangan mo at mga serbisyong maaaring kailanganin mo. Maaaring kabilang sa iyong plano ang mga medikal na serbisyo, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

Inpatient: Isang terminong ginagamit kapag pormal kang na-admit sa ospital para sa mga bihasang serbisyong medikal. Kung hindi ka pormal na na-admit, maaaring maituring ka pa ring outpatient o tumatanggap ng mga serbisyo para sa obserbasyon sa halip na inpatient kahit pa manatili ka nang magdamag.

Pangkat ng Pangangalaga na Magkakaiba ang Disiplina (Interdisciplinary Care Team, ICT o pangkat ng Pangangalaga): Kabilang sa pangkat ng pangangalaga ang iyong Doktor sa Pangunahing Pangangalaga, Tagapamahala ng Kaso, maaaring kabilang ang iba pang mga tagapagkaloob ng espesyalidad na pangangalaga, Tagapangalaga, o iba pang mga propesyonal sa kalusugan na naroroon para tulungan kang makuha ang pangangalaga na kailangan mo. Tutulungan ka rin ng pangkat ng pangangalaga mo na gumawa o i-update ang plano ng pangangalaga mo.

Integrated D-SNP: Isang kwalipikado sa dalawahan na plano sa mga espesyal na pangangailangan na sumasaklaw sa Medicare at karamihan o lahat ng mga serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng solong plano ng kalusugan para sa ilang partikular na grupo ng mga indibidwal na karapat-dapat para sa parehong Medicare at Medicaid. Ang mga indibidwal na ito ay kilala bilang mga indibidwal na kwalipikado sa buong benepisyo ng dalawa.

Maipagpapalitang Biosimilar: Isang biosimilar na maaaring palitan 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 Sinasaklaw na Gamot **(Listahan ng Gamot):** Isang listahan ng reseta at gamot na di kailangan ng reseta (OTC) na mga gamot na saklaw namin. Pinipili namin ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng mga doktor at parmasista. Sasabihin sa iyo ng Listahan ng Gamot kung may anumang mga tuntunin na kailangan mong sundin upang makuha ang iyong mga gamot. Ang Listahan ng Gamot kung minsan ay tinatawag na “pormularyo”.

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS): Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta ay nakakatulong para mapabuti ang isang pangmatagalang kondisyong medikal. Karamihan sa mga serbisyong ito ay tumutulong sa iyo na manatili sa iyong bahay upang hindi mo na kailangang pumunta sa isang pasilidad ng pangangalaga o ospital. Ang LTSS na sinasaklaw ng aming plano ay kinabibilangan ng Serbisyo sa Adulto na Nakabatay sa Komunidad (CBAS), na kilala rin bilang pang-araw na pangangalagang pangkalusugan sa adulto, Mga Pasilidad ng Pangangalaga (NF), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang IHSS at 1915(c) na waiver programs ay Medi-Cal LTSS na ibinibigay sa labas ng aming plano.

Subsidya sa mababa ang kita (Low Income Subsidy, LIS): Sumangguni sa “Karagdagang Tulong (Extra Help)”

Programa na Mail Order: Ang ilang mga plano ay maaaring mag-alok ng isang mail-order na programa na nagpapahintulot sa iyo na makakuha ng hanggang sa 3-buwan na supply ng iyong mga sakop na inireresetang gamot na direktang ipinadadala sa iyong tahanan. Ito ay maaaring matipid at maginhawang paraan upang punan ang mga reseta na regular ninyong kinukuha.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programang Medicaid ng California. Ang Medi-Cal ay pinamamahalaan ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na pamahalaan.

- Tinutulungan nito ang mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na magbayad para sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga gastos sa medikal.
- Sinasaklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi saklaw ng Medicare.
- Ang mga programa ng Medicaid ay nag-iiba-iba sa bawat estado, ngunit karamihan sa mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan ay sinasaklaw kung kuwalipikado ka para sa parehong Medicare at Medicaid.

Mga plano ng Medi-Cal: Mga plano na sumasaklaw lamang sa mga benepisyo ng Medi-Cal, tulad ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kagamitang medikal, at transportasyon. Ang mga benepisyo ng Medicare ay hiwalay.

Medicaid (o Medikal na Tulong): Isang programang pinapatakbo ng pederal na pamahalaan at ng estado na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mga mapagkukunan na magbayad para sa pangmatagalang mga serbisyo at suporta at mga medikal na gastos. Ang Medi-Cal ay ang programa ng Medicaid para sa Estado ng California.

Medikal na kinakailangan: Inilalarawan nito ang mga kinakailangang serbisyo, supply, o gamot na kailangan mo upang maiwasan, masuri, o magamot ang iyong kondisyong medikal o upang mapanatili ang kasalukuyang katayuan mo sa kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na pumipigil sa iyo na pumunta sa isang ospital o nursing home. Nangangahulugan din ito na nakakatugon ang mga serbisyo, supply, o gamot sa mga tinatanggap na pamantayan ng medikal na kasanayan o kung hindi man ay kinakailangan sa ilalim ng kasalukuyang mga tuntunin sa saklaw ng Medicare o Medi-Cal.

Medicare: Ang programang segurong pangkalusugan ng pederal para sa mga taong 65 taong gulang o mas matanda, ilang taong wala pang edad na 65 na may ilang partikular na kapansanan, at mga taong may huling-yugto na sakit sa bato (karaniwang yung mga may permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o isang pag-transplant ng bato). Ang mga taong may Medicare ay maaaring makuha ang kanilang saklaw sa kalusugan sa Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o isang pinamamahalaang care plan (sumangguni sa "Planong pangkalusugan").

Medicare Advantage: Ang programa ng Medicare, na kilala rin bilang “Medicare Bahagi C” o “MA”, na nag-aalok ng mga plano ng MA sa pamamagitan ng mga pribadong kompanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kumpanyang ito upang masakop ang iyong mga benepisyo sa Medicare.

Konseho ng mga Apela ng Medicare (Konseho): Isang konseho na nagsusuri sa isang antas 4 na apela. Bahagi ang Konseho ng Pederal na pamahalaan.

Mga saklaw ng Medicare na serbisyo: Mga serbisyong saklaw ng Medicare Bahagi A at Medicare Bahagi B. Ang lahat ng mga planong pangkalusugan ng Medicare, kabilang ang aming plano, ay dapat sumasakop sa lahat ng mga serbisyong saklaw ng Medicare Bahagi A at Medicare Bahagi B.

Medicare diabetes prevention program (MDPP): 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.

Mga nagpapatala sa Medicare-Medi-Cal: Isang taong kwalipikado para sa saklaw ng Medicare at Medicaid. Ang isang nakatala sa Medicare-Medicaid ay tinatawag ding “kuwalipikado sa dalawahan na indibidwal”.

Medicare Bahagi A: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa karamihan ng medikal na kinakailangan na ospital, pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, pangangalaga sa kalusugan sa tahanan at sa hospisyo.

Medicare Bahagi B: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa mga serbisyo (tulad ng mga pagsubok sa lab, operasyon, at pagbisita sa doktor) at mga supply (tulad ng mga wheelchair at walker) na medikal na kinakailangan upang gamutin ang isang sakit o kondisyon. Marami ring sinasaklaw ang Medicare Bahagi B na serbisyong pang-iwas sa sakit at pag-screen.

Medicare Bahagi C: Ang programa ng Medicare, na kilala rin bilang “Medicare Advantage” o “MA”, na nagbibigay-daan sa mga pribadong kompanya ng segurong pangkalusugan na magbigay ng mga benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng isang MA na Plano.

Medicare Bahagi D: Ang programa ng Medicare na benepisyo sa inireresetang gamot. Tinatawag namin ang programang ito na “Bahagi D” sa madaling salita. Sinasaklaw ng Medicare Bahagi D ang mga inireresetang gamot para sa outpatient, mga bakuna, at ilang mga supply na hindi sinaklaw ng Medicare Bahagi A o Medicare Bahagi B o Medicaid. Kasama sa aming plano ang Medicare Bahagi D.

Medicare Bahagi D na mga gamot: Mga gamot na sakop sa ilalim Medicare Bahagi D. Partikular na hindi isinasama ng Kongreso ang ilang kategorya ng mga gamot mula sa saklaw sa ilalim ng Medicare Bahagi D. Maaaring saklawin ng Medicaid ang ilan sa mga gamot na ito.

Pamamahala ng Medikasyong Therapy (Medication Therapy Management, MTM): Isang natatanging grupo ng serbisyo o grupo ng mga serbisyong ibinibigay ng mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga parmasista, upang matiyak ang pinakamahusay na mga resulta ng therapeutic para sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong Handbook ng Miyembro para sa karagdagang impormasyon.

Medi-Medi na Plano: Ang Medicare Medi-Cal na Plano (Medi-Medi na Plano) ay isang uri ng Medicare Advantage na plano. Ito ay para sa mga taong may pareho Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa isang plano. Ikinokoordina ng mga Medi-Medi na Plano ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa parehong programa, kasama ang lahat ng sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal na serbisyo.

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano): Isang taong may Medicare at Medi-Cal na kuwalipikadong makakuha ng mga saklaw na serbisyo, na nagpatala sa aming plano, at nakumpirma ang pagpapatala ng mga Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) at ng estado.

***Handbook ng Miyembro* at Impormasyon sa pagbubunyag:** Ang dokumentong ito, kasama ang iyong form ng pagpapatala at anumang iba pang attachment, o rider, na nagpapaliwanag sa iyong saklaw, ang dapat naming gawin, ang iyong mga karapatan, at ang dapat mong gawin bilang miyembro ng aming plano.

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 hinaing, at mga apela. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* mo para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Parmasya ng network: Isang parmasya (tindahan ng gamot) na sumang-ayon na punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Tinatawag namin ang mga ito na "mga parmasyang nasa network" dahil sumang-ayon ang mga parmasyang ito na makipagtulungan sa aming plano. Kadalasan, sinasaklaw lang namin ang inyong mga reseta kapag napunan sa isa sa aming mga parmasyang nasa network.

Tagapagkaloob ng serbisyo ng network: Ang "Tagapagkaloob ng Serbisyo" ay ang pangkalahatang termino na ginagamit namin para sa mga doktor, nars, at iba pang tao na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa termino ang mga ospital, ahensya ng kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang mga lugar na nagbibigay sa iyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, kagamitang medikal, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

- Ang mga ito ay lisensyado o sertipikado ng Medicare at ng estado upang magbigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
- Tinatawag namin ang mga ito na mga "tagapagkaloob na nasa network" kapag sumasang-ayon silang makipagtulungan sa aming planong pangkalusugan at tinatanggap ang aming bayad at hindi sinisingil ang aming mga miyembro ng karagdagang halaga.
- Habang kayo ay miyembro ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga tagapagkaloob na nasa network upang kumuha ng mga saklaw na serbisyo. Ang mga tagapagkaloob sa network ay tinatawag din na “mga tagapagkaloob ng plano”.

Nursing home o pasilidad: Isang pasilidad na naghahatid ng pangangalaga para sa mga taong hindi makakuha ng pangangalaga nila sa tahanan ngunit hindi kailangang nasa ospital.

Ombudsman: Isang tanggapan sa iyong estado na gumagana bilang isang tagapagtaguyod para sa iyo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kang problema o reklamo at makakatulong sila sa iyo na maunawaan kung ano ang gagawin. Libre ang mga serbisyo ng ombudsperson. Makakahanap ka ng higit pang impormasyon sa **Kabanata 2 at 9** ng *Handbook ng Miyembro* mo.

Pagpapasiya ng organisasyon: Gumagawa ang aming plano ng pagpapasiya ng isang organisasyon kapag kami, o ang isa sa mga tagapagbigay ng serbisyo nito, ay nagpasya tungkol sa kung sinaklaw ang mga serbisyo o kung magkano ang babayaran mo para sa mga saklaw na serbisyo. Ang mga pagpapasiya ng organisasyon ay tinatawag na "mga desisyon sa pagsaklaw". Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* mo ang mga desisyon sa pagsaklaw.

Orihinal na biyolohikal na produkto: Isang biyolohikal na produkto na inaprubahan na ng Administrasyon ng Pagkain at Gamot (FDA) at nagsisilbing hambingan para sa mga tagamanupaktura na gumagawa ng isang biosimilar na bersyon. Ito ay tinatawag din na sanggunian na produkto.

Original Medicare (tradisyonal na Medicare o bayad-para-serbisyo na Medicare): Nag-aalok ang gobyerno ng Original Medicare. Sa ilalim ng Original Medicare, ang mga serbisyo ay saklaw sa pamamagitan ng pagbabayad sa mga doktor, ospital, at mga iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan ng mga halagang itinakda ng Kongreso.

- Maaari kang magpakonsulta sa alinmang doktor, ospital, o iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. Ang Original Medicare ay may dalawang bahagi: Medicare Bahagi A (seguro sa ospital) at Medicare Bahagi B (medikal na seguro).
- Ang Original Medicare ay makukuha sa lahat ng dako sa United States.
- Kung ayaw mong sumali sa aming plano, maaari mong piliin ang Original Medicare.

Wala sa network na parmasya: Isang parmasya na hindi sumang-ayon na makipagtulungan sa aming plano na ikoordina o magbigay ng mga sakop na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga gamot na nakukuha mo mula sa mga parmasya na wala sa network maliban kung may mga partikular na kondisyon na nalalapat.

Tagapagkaloob ng serbisyo na wala sa network o Pasilidad na wala sa network: Isang tagapagkaloob ng serbisyo o pasilidad na hindi nagtatrabaho, nagmamay-ari, o pinatatakbo ng aming plano at wala sa ilalim ng kontrata upang magbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ipinapaliwanag ng **Chapter 3** of your *Member Handbook* (Kabanata 3 ng inyong Handbook ng Miyembro) ang mga tagapagkaloob o pasilidad na out-of-network.

Mga nabibili nang walang reseta (OTC) na gamot: Mga gamot na nabibili nang walang reseta o mga gamot na mabibili ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

Bahagi A: Sumangguni sa "Medicare Bahagi A."

Bahagi B: Sumangguni sa "Medicare Bahagi B."

Bahagi C: Sumangguni sa "Medicare Bahagi C."

Bahagi D: Sumangguni sa "Medicare Bahagi D."

Bahagi D na mga gamot: Sumangguni sa "Medicare Bahagi D na mga gamot."

Personal na impormasyon sa kalusugan (tinatawag din na Protektadong impormasyon sa kalusugan) (Protected health information, PHI): Impormasyon tungkol sa iyo at sa iyong kalusugan, tulad ng iyong pangalan, address, numero ng social security, mga pagbisita sa doktor at kasaysayang medikal. Sumangguni sa aming Paunawa ng Mga Kasanayan sa Pagkapribado para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan, ginagamit, at isiwalat ang inyong PHI, gayundin ang mga karapatan mo kaugnay sa PHI mo.

Tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga (Primary Care Provider, PCP): Ang doktor o iba pang tagapagkaloob ng serbisyo na una mong ginagamit para sa karamihan ng mga problema sa kalusugan. Tinitiyak nila na makukuha mo ang pangangalaga na kailangan mo para manatili kang malusog.

- Maaari silang makipag-usap sa mga ibang doktor at tagapagkaloob ng pangangalaga ng kalusugan tungkol sa iyong pangangalaga at isasangguni ka sa kanila.
- Sa maraming planong pangkalusugan sa Medicare, dapat muna kang magpakonsulta sa iyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga bago ka magpatingin sa iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan.
- Sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* mo para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pangangalaga mula sa mga tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga.

Paunang awtorisasyon (PA): Isang Kahilingan sa Serbisyo na isinumite ng PCP mo makakuha ng pag-apruba o awtorisasyon mula sa Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) para sa isang partikular na serbisyo o gamot o paggamit ng isang tagapagkaloob ng serbisyo na wala sa network. Maaaring hindi saklawin ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) ang serbisyo o gamot kung hindi ka makakakuha ng pag-apruba.

Sinasaklaw lamang ng aming plano ang ilang serbisyong medikal sa network kung nakakuha ang doktor o iba pang tagapagkaloob ng network mo ng paunang awtorisasyon PA mula sa amin.

- Ang mga sinaklaw na serbisyo na nangangailangan ng PA ng aming plano ay namarkahan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* mo.

Sinasaklaw lamang ng aming plano ang ilang gamot kung kumuha ka ng PA mula sa amin.

- Ang mga sinasaklaw na gamot na nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa Listahan ng mga Sinasaklaw na Gamot at naka-post ang mga panuntunan sa aming website.

Programa para sa Kasama ang Lahat na Pangangalaga para sa mga Matatanda (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Isang programa na sumasaklaw sa mga benepisyo ng parehong Medicare at Medicaid para sa mga taong may edad na 55 at higit pa na nangangailangan ng mas mataas na antas ng pangangalaga upang makatira sa bahay.

Mga Prosthetics at Orthotics: Mga medikal na device na iniutos ng iyong doktor o iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan na kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa, mga brace sa braso, likod, at leeg; mga artipisyal na paa; artipisyal na mga mata; at mga aparato na kailangan upang mapalitan ang panloob na bahagi o paggana ng katawan, kabilang ang mga supply sa ostomy at enteral at parenteral therapy sa nutrisyon.

Organisasyon sa Pagpapahusay ng Kalidad (QIO): Isang grupo ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na mapabuti ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong

may Medicare. Binabayaran ng pederal na pamahalaan ang QIO upang suriin at pagbutihin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* mo para sa impormasyon tungkol sa QIO.

Mga limitasyon sa dami: Isang limitasyon sa dami ng gamot na maaari mong makuha. Maaari naming limitahan ang dami ng gamot na sinasaklaw namin sa bawat reseta.

Kasangkapan para sa Real Time na Benepisyo: Isang portal o application ng kompyuter kung saan maaaring maghanap ang mga nakatala ng kumpleto, tumpak, napapanahon, naaangkop sa klinikal at mga sakop na gamot na partikular sa nakatala at impormasyon ng benepisyo. Kabilang dito ang mga halaga ng bahaginan sa gastos, mga alternatibong gamot na maaaring gamitin para sa parehong kondisyon 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.

Pagsasangguni: Ang pagsasagguni ay ang pag-apruba ng iyong tagapagkaloob ng pangunahing pangangalaga (PCP) sa maaaring gamitin na tagapagkaloob bukod sa iyong PCP. Kung hindi ka muna kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo. Hindi mo kailangan ng referral para gumamit ng ilang partikular na espesyalista, gaya ng mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan. Makakahanap kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga referral sa **Mga Kabanatang 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* mo.

Mga serbisyo sa rehabilitasyon: Paggamot na makukuha mo upang matulungan kang gumaling mula sa isang sakit, aksidente, o malaking operasyon. Sumangguni sa **Kabanata 4** ng iyong *Handbook ng Miyembro* upang matuto nang higit pa tungkol sa mga serbisyo na rehabilitasyon.

Mga sensitibong serbisyo: Mga serbisyong nauugnay sa kalusugan ng isip o pag-uugali, kalusugan ng seksuwal at reproduktibo, pagpaplano ng pamilya, mga impeksiyon na nakukuha sa pakikipagtalik (sexually transmitted infections, STI), HIV/AIDS, seksuwal na pag-atake at pagpapalaglag, karamdaman sa paggamit ng droga, pangangalagang nagpapatunay ng kasarian at karahasan mula sa matalik na kapareha.

Sineserbisyuhang lugar: Isang heyograpikong lugar kung saan tumatanggap ang isang planong pangkalusugan ng mga miyembro kung nililimitahan nito ang pagpapamiyembro batay sa kung saan nakatira ang mga tao. Para sa mga planong naglilimita kung aling mga doktor at ospital ang maaari ninyong gamitin, ito rin sa pangkalahatan ang lugar kung saan ninyo kukunin ang mga regular (hindi emergency) na serbisyo. Ang mga tao lamang na nakatira sa aming sineserbisyuhang lugar ang maaaring magpatala sa aming plano.

Pasilidad ng dalubhasang narsing (Skilled nursing facility, SNF): Isang pasilidad ng pangangalaga na may mga kawani at kagamitan upang magbigay ng mahusay na dalubhasang pangangalaga at, sa karamihan ng mga kaso, mga serbisyong dalubhasa sa pagpapagaling at iba pang nauugnay na mga serbisyong pangkalusugan.

Pasilidad ng dalubhasang pangangalaga ng narsing (Skilled nursing facility, SNF): Mga serbisyong pangangalaga na dalubhasang pangangalaga at rehabilitasyon na ibinibigay sa tuluy-tuloy, araw-araw na batayan, sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. Kabilang sa mga halimbawa ng pasilidad ng dalubhasang pangangalaga ang pisikal na therapy o intravenous (IV) na mga iniksyon na maaaring ibigay ng isang rehistradong nars o isang doktor.

Espesyalista: Isang doktor na nagbibigay ng pangangalagang pangkalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan.

Espesyalisado na parmasya: Sumangguni sa **Kabanata 5** ng iyong *Handbook ng Miyembro* upang matuto nang higit pa tungkol sa mga espesyalisado na parmasya.

Pagdinig ng Estado: Kung humiling ang iyong doktor o iba pang tagapagkaloob ng Medi-Cal na hindi namin aaprubahan, o hindi namin ipagpapatuloy na babayaran para sa serbisyo ng Medi-Cal na mayroon ka na, maaari kang humiling ng Pagdinig ng Estado. Kung ang Pagdinig ng Estado ay napagpasyahan na pabor sa iyo, dapat naming ibigay sa iyo ang serbisyong hiniling mo.

Terapiya sa Paghakbang: Isang tuntunin sa pagsakop na nag-aatas sa iyo na sumubok muna ng isang gamot bago namin sakupin ang gamot na hinihiling mo.

Suplementong Seguridad sa Kita (Supplemental Security Income, SSI): Isang buwanang benepisyo na binabayaran ng Social Security sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na may kapansanan, bulag, o edad 65 at pataas. Ang mga benepisyo sa SSI ay iba sa mga benepisyo sa Social Security.

Agarang kinakailangang pangangalaga: Pangangalaga na nakukuha mo para sa isang biglaang karamdaman, pinsala, o kondisyon na hindi pang-emerhensiya ngunit nangangailangan ng agarang pangangalaga. Maaari kang makakuha ng agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga tagapagkaloob na nasa labas ng network kapag hindi available ang mga tagapagkaloob sa network o hindi ka makapunta sa kanila dahil hindi posible para sa iyong oras, lugar, o mga pangyayari, o hindi makatuwiran ang kumuha ng mga serbisyo mula sa mga tagapagkaloob ng network (halimbawa kapag nasa labas ka ng lugar ng serbisyo ng plano at nangangailangan ka ng mga medikal na kinakailangang agarang serbisyo para sa isang hindi inasahang kondisyon ngunit hindi ito isang medikal na emerhensiya).

ABISO SA PAGKAHANDA NG CALIFORNIA EAE

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-665-4627 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711). These services are free.

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فيُرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة، مثل الوثائق بلغة برايل والطباعة بأحرف كبيرة. يُرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Ձեր լեզվով օգնության դեպքում, զանգահարեք 1-855-665-4627 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամների համար հասանելի են նաև աջակցման ծառայություններ, օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլյան և խոշոր տառերով: Զանգահարեք՝ 1-855-665-4627, (TTY՝ 711): Ծառայությունները գործում են անվճար:

請注意：如果您需要語言方面的協助，請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。我們也向身心障礙人士提供輔助及服務，例如點字與大字體文件。請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता हो, तो 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। वविकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su thiab cov ntawv loj.Hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Lawv cov kev pab cuam yog muab pab dawb xwb.

注記：母国語によるサポートが必要な場合は、1-855-665-4627 (TTY：711) までご連絡ください。点字による文書や大きな活字で印刷した文書など、障がいのある方への支援やサービスもご利用いただけます。ご利用を希望される場合は、1-855-665-4627 (TTY：711) までご連絡ください。これらのサービスはいずれも無料です。

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 점자 및 큰 글자 문서와 같이 장애가 있는 사용자를 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 서비스 이용은 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

UA ZOO SAIB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Dhau li no lawm kuj muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas thiab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711).Cov kev pab cuam no yog muab yam tsis xam nqi.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្ម សម្រាប់ជនដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងជាពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر می‌خواهید راهنمایی‌ها را به زبان خودتان دریافت کنید، با شماره 1-855-665-4627 (شماره TTY: 711) تماس بگیرید. وسائل و خدمات کمکی مخصوص افراد مبتلا به معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ با حروف درشت نیز در دسترس هستند. برای دریافت این خدمات با شماره 1-855-665-4627 (شماره TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات به صورت رایگان ارائه می شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима информация на вашем языке, позвоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Для людей с инвалидностью также предоставляются услуги и информация в доступном формате — например, документы шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Звоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) รวมถึงยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรภาษาเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่อีกด้วย โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Крім того, ви можете отримати допоміжні засоби й послуги для осіб з особливими потребами, як-от документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Hiện chúng tôi cũng có sẵn các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in cớ lớn. Hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

Pamamaraan	Impormasyon ng Kontak
TUMAWAG SA	(855) 665-4627 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Ang Mga Serbisyo para sa Miyembro ay mayroon ding mga libreng serbisyo ng interpreter ng wika na available para sa mga hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lamang sa mga taong nahihirapan sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito.
FAX	**Para sa Mga Serbisyong Medikal:** Atensyon: Mga Serbisyo sa Miyembro ng Medicare Fax: (310) 507-6186 **Para sa mga Serbisyo sa Bahagi D (Rx):** Fax: (866) 290-1309
SUMULAT	**Para sa Mga Serbisyong Medikal:** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **Para sa mga Serbisyo sa Bahagi D (Rx):** Atensyon: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
WEBSITE	www.MolinaHealthcare.com/Medicare