



# Aklat-Gabay ng Miyembro

Kung ano ang dapat ninyong malaman  
tungkol sa inyong mga benepisyo

## CareAdvantage

Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)

H6019\_EOC\_2025\_M

Last Updated:

## Our CareAdvantage Unit Is Available to Help You

Call us at **1-866-880-0606** (toll free) or **650-616-2174**

Hearing Impaired: TTY **1-800-735-2929** or dial **7-1-1**.

- Call Center Hours are Monday through Sunday  
8:00 a.m. to 8:00 p.m.
- Office Hours are Monday through Friday 8:00 a.m. to 5:00 p.m.

### Large-print Request

If you would like a large-print copy of this book, please call the CareAdvantage Unit.

### Privacy Statement

Health Plan of San Mateo ensures the privacy of your medical record. For questions and more information, please call the CareAdvantage Unit.

## Nuestro Departamento de CareAdvantage está a su disposición para ayudarle

Llámenos al **1-866-880-0606** (número telefónico gratuito) o al

**650-616-2174**. Miembros con dificultades auditivas:

TTY **1-800-855-3000** o marque el **7-1-1**.

- El horario de nuestro centro de atención telefónica es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- El horario de oficina es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

### Solicitud de impresión en caracteres grandes

Si desea un ejemplar de este manual en letra grande, por favor llame al Departamento de CareAdvantage.

### Declaración de privacidad

Health Plan of San Mateo asegura la privacidad de su expediente médico.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, por favor llame al Departamento de CareAdvantage.

## 我們的 CareAdvantage Unit 為您提供協助

請撥打我們的電話**1-866-880-0606**(免費)

或 **650-616-2174**。有聽力障礙者:

TTY **1-800-735-2929** 或撥 **7-1-1**。

- 電話中心服務時間是週一至週日  
上午8:00 至晚上 8:00。
- 辦公室的服務時間是週一至週五  
上午 8:00 至下午 5:00。

### 大字版需求

若需要本手冊的大字版，請致電與 CareAdvantage Unit 聯絡。

### 隱私權聲明

聖馬刁健康計劃 (HPSM) 致力保障您的病歷穩私權。

如有疑問且需要更多資訊，請致電與 CareAdvantage Unit 聯絡。

## Handa kayong Tulungan ng aming Yunit para sa mga Serbisyo sa mga Miyembro

Tawagan kami sa **1-866-880-0606** (walang bayad) o

sa **650-616-2174**. May Kapansanan sa Pandinig:

TTY **1-800-735-2929** o i-dial ang **7-1-1**.

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

### Humiling ng Libro na Malalaki ang Pagkakalimbag ng mga Letra

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

### Pahayag sa Pagiging Pribadong ng Impormasyon

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

## Сотрудники нашего подразделения CareAdvantage Unit готовы вам помочь

Звоните нам по номеру **1-866-880-0606** (бесплатно) или по

номеру **650-616-2174**. Для участников с нарушением слуха:

телетайп (TTY) **1-800-735-2929** или **7-1-1**.

- Наш центр обработки звонков работает  
с 8:00 до 20:00 без выходных.
- Наши часы работы: с 8:00 до 17:00  
с понедельника по пятницу.

### Если нужен крупный шрифт

Если вы хотели бы получить экземпляр данного справочника, набранный крупным шрифтом, позвоните в подразделение CareAdvantage Unit.

### Заявление о соблюдении конфиденциальности

Health Plan of San Mateo гарантирует обеспечение конфиденциальности вашей медицинской документации. Если у вас возникли вопросы или вам требуется дополнительная информация, позвоните в подразделение CareAdvantage Unit.

# ***Aklat-Gabay ng Miyembro ng CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)***



**Enero 1, 2025 – Disyembre 31, 2025**

## **Ang inyong Pagkakasakop sa Kalusugan at Gamot sa ilalim ng CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)**

Ang CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal para magbigay ng mga benepisyo ng dalawang programang ito sa mga naka-enroll. Ang pagpapa-enroll sa CareAdvantage ay nakasalalay sa pagpapa-renew ng kontrata.

### **Introduksiyon sa Aklat-Gabay ng Miyembro**

Ipinapaalam sa inyo ng *Aklat-Gabay ng Miyembro na ito, na kilala rin bilang Katibayan ng Pagkakasakop*, ang tungkol sa inyong pagkakasakop sa ilalim ng aming plano hanggang Disyembre 31, 2025. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at pang-aabuso sa ipinagbabawal na gamot), pagkakasakop ng inireresetang gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Makikita ang mahahalagang salita at mga depinasyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa **Kabanata 12** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

**Ito ay isang importanteng dokumentong legal. Itago ito sa isang ligtas na lugar.**

Kapag binanggit ng *Aklat-Gabay ng Miyembro* ang “kami,” “tayo,” o “atin,” ito ay nangangahulugang CareAdvantage.

Available nang libre ang dokumentong ito sa Ingles, Espanyol, Chinese, at Tagalog.

Puwede ninyong makuha nang libre ang dokumentong ito sa iba pang format, tulad ng malalaking print, braille at/o audio sa pamamagitan ng pagtawag sa Yunit ng CareAdvantage sa 1-966-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

Para makakuha ng mga materyal sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, mag-email sa [CareAdvantageSupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantageSupport@hpsm.org) o tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. O magpadala ng kahilingan sa pamamagitan ng sulat sa:

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



HEALTH PLAN OF SAN MATEO  
CAREADVANTAGE UNIT  
801 GATEWAY BLVD. SUITE 100  
SOUTH SAN FRANCISCO, CA 94080

Itatala ang gusto ninyong wika at format para sa mga mailing at komunikasyon sa hinaharap, kaya hindi na ninyo kailangang humiling nang hiwalay sa bawat pagkakataon, at

Upang baguhin o kanselahin ang inyong mga kagustuhan, mangyaring kontakin ang Yunit ng CareAdvantage.

## Abiso sa Pagiging Available

### Iba pang wika

Makukuha ninyo itong Aklat-Gabay ng Miyembro at iba pang materyal ng plano sa iba pang wika nang wala kayong babayaran. Nagbibigay ang CareAdvantage ng mga nakasulat na salin mula sa mga kuwalipikadong tagasalin. Humiling sa pamamagitan ng email sa [CareAdvantageSupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantageSupport@hpsm.org) o tumawag sa 1-866-880-0606 (TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1). Libre ang pagtawag. Sumangguni sa Aklat-Gabay ng Miyembro na ito para malaman pa ang tungkol sa mga serbisyo ng tulong sa wika para sa pangangalaga sa kalusugan, tulad ng mga serbisyo ng tagasalin at pagsasaling-wika.

### Iba pang format

Makukuha ninyo ang impormasyong ito nang libre sa iba pang format, tulad ng braille, 20-point font na malalaking print, audio, at mga accessible na electronic na format

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



nang wala kayong gagastusin. Humiling sa pamamagitan ng email sa [CareAdvantageSupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantageSupport@hpsm.org) o tumawag sa 1-866-880-0606 (TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1). Libre ang pagtawag.

## Mga serbisyo ng tagasalin

Ang CareAdvantage ay nagbibigay ng mga serbisyo sa pasalitang pagsasalin, kabilang ang sign language, mula sa isang kuwalipikadong tagasalin, nang 24 na oras, nang wala kayong gagastusin. Hindi ninyo kailangang gumamit ng isang miyembro ng pamilya o kaibigan upang magsilbi bilang tagasalin ninyo. Hindi namin hinihikayat ang paggamit ng mga menor de edad bilang mga tagasalin, maliban na lang kung emergency. May magagamit kayong libreng serbisyo ng tagasalin, pangwika at kultura. Makakahingi kayo ng tulong nang 24 oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Para sa tulong sa inyong wika, o para makuha itong Aklat-Gabay ng Miyembro sa ibang wika, mag-email sa [CareAdvantageSupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantageSupport@hpsm.org) o tumawag sa 1-866-880-0606 (TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1). Libre ang pagtawag.

**ATTENTION:** If you need help in your language call **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). These services are free of charge.

**(Arabic)** تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**1-866-880-0606** بالمستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل ب **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). هذه الخدمات مجانية.

**հայերեն (Armenian):** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Չանզահարեք **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian):** ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**中國人 (Chinese):** 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**)。这些服务都是免费的。

**(Farsi)** مطلب به زبان فارسی توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس



بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

**हिंदी (Hindi):** ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

**Hmoob (Hmong):** CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本(Japanese):** 注意日本語での対応が必要な場合は **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

### **한국인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-866-**



**880-0606 (TTY:1-800-735-2929)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ພາສາລາວ (Lao):** ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາ ບ **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**.

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien:** LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-866-880-0606 (TTY: 1-800-735-2929)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-866-880-0606 (TTY:1-800-735-2929)**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

**Português (Portuguese):** ATENÇÃO: se precisar de ajuda em seu idioma, ligue para **1-866-880-0606 (TTY: 1-**

**800-735-2929**). Auxílios e serviços para pessoas com deficiência, como documentos em braille e letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Tais serviços são gratuitos.

**ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

**Русский (Russian): ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-866-880-0606** (линия **1-800-735-2929**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Español (Spanish)**

**ATENCIÓN:** si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-866-880-0606** (TTY: **1-800-735-2929**). Estos servicios son gratuitos.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Tagalog:** **ATENSIYON:** Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Libre ang mga serbisyong ito.

**แบบไทย (Thai):** โปรดทราบ:

หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**українською (Ukrainian):** УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Ці послуги безкоштовні.

**Tiếng Việt (Vietnamese):** CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và

cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-866-880-0606** (TTY:**1-800-735-2929**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

[Plans must include an overall Table of Contents for the Member Handbook after the Member Handbook Introduction and before the Member Handbook Disclaimers.]

## Mga Pagtatatwa (Disclaimers)

- ❖ Ang CareAdvantage Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP) ay isang planong pangkalusugan na nakikipagkontrata sa parehong Medicare at Medi-Cal para magbigay ng mga benepisyo ng dalawang programang ito sa mga naka-enroll. Ang pagpapa-enroll sa CareAdvantage D-SNP ay nakadepende sa pagpapa-renew ng kontrata.
- ❖ Posibleng magkaroon ng mga limitasyon, copay, at paghihigpit. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage o basahin ang Aklat-Gabay ng Miyembro ng CareAdvantage CMC. Ang ibig sabihin nito ay posibleng kailangan ninyong bayaran ang ilang serbisyo, at kailangan ninyong sundin ang ilang partikular na patakaran para bayaran ng CareAdvantage ang mga serbisyo sa inyo.
- ❖ Ang Listahan ng Mga Sakop na Gamot at/o mga samahan ng parmasiya at tagabigay ng serbisyo ay maaaring magbago sa kabuuan ng taon. Padadalhan namin kayo ng abiso bago kami magsagawa ng pagbabago na makakaapekto sa inyo.
- ❖ Posibleng mabago ang mga benepisyo at/o copay tuwing Enero 1 ng bawat taon.
- ❖ Posibleng maiba ang mga copay o inireresetang gamot batay sa antas ng Karagdagang Tulong na matatanggap ninyo. Mangyaring kumontak sa plano para sa higit pang detalye.
- ❖ Ang pagkakasakop sa ilalim ng CareAdvantage ay kuwalipikadong pagkakasakop sa kalusugan na tinatawag na “pinakamababang makabuluhang pagkakasakop (minimum essential coverage).” Natutugunan nito ang kahingian sa pang-indibidwal na bahagi ng pananagutan sa ilalim ng Batas sa Murang Pangangalaga at Proteksiyon ng Pasyente (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA).

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Pakibisita ang website ng Serbisyo para sa Pangongolekta ng Buwis (Internal Revenue Service, IRS) sa [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para sa karagdagang impormasyon sa itinatakdang pang-indibidwal na bahagi sa pananagutan.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



# Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

---

## Introduksiyon

Kasama sa kabanatang ito ang impormasyon tungkol sa CareAdvantage, isang planong pangkalusugan na sumasakop sa lahat ng inyong serbisyo ng Medicare at nangangasiwa sa lahat ng inyong serbisyo sa Medicare at Medi-Cal, at ang inyong membership dito. Sinasabi rin nito sa inyo kung ano ang dapat ninyong asahan at kung ano pang impormasyon ang matatanggap ninyo sa amin. Makikita ang mahahalagang salita at mga depinisyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

## Talaan ng mga Nilalaman

A. Welcome sa aming plano.....	14
B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal.....	14
B1. Medicare.....	14
B2. Medi-Cal.....	15
C. Ang mga kagandahan ng aming plano.....	15
D. Ang pinaglilingkurang lugar ng aming plano.....	16
E. Paano kayo nagiging kuwalipikadong maging miyembro ng plano.....	17
F. Ano ang maaasahan kapag una kayong sumali sa aming planong pangkalusugan.....	17
G. Ang inyong pangkat sa pangangalaga at plano sa pangangalaga.....	19
G1. Pangkat sa pangangalaga.....	19
G2. Plano sa pangangalaga.....	19
H. Ang inyong mga buwanang gastos sa CareAdvantage.....	20
H1. Halaga ng Pagbabayad sa Mga Reseta ng Medicare.....	20
I. Ang Inyong Aklat-Gabay ng Miyembro.....	20

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



J. Iba pang mahalagang impormasyong matatanggap ninyo sa amin.....	21
J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro .....	21
J2. Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya .....	22
J3. <i>Listahan ng Mga Sakop na Gamot</i> .....	23
J4. <i>Ang Paliwanag sa Mga Benepisyo</i> .....	24
K. Pagpapanatiling napapanahon ng inyong rekord ng pagiging miyembro .....	24
K1. Pagkapribado ng personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information, PHI).....	25



---

## A. Welcome sa aming plano

Ang aming plano ay nagbibigay ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa mga indibidwal na kuwalipikado para sa parehong programa. Kasama sa aming plano ang mga doktor, mga ospital, mga parmasya, mga tagabigay ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga tagabigay ng serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at iba pang tagabigay ng serbisyo. Mayroon din kaming mga tagapag-ugnay ng pangangalaga at pangkat sa pag-aalaga para tulungan kayong pamahalaan ang inyong mga serbisyo at tagabigay ng serbisyo. Nagtutulungan sila para maipagkaloob ang pangangalagang kailangan ninyo.

Sa CareAdvantage, matutulungan kayo ng HPSM na pamahalaan ang inyong pangangalaga sa kalusugan sa pamamagitan ng:

- Pagbabayad ng inyong mga serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan at mga inireresetang gamot
- Pagbibigay sa inyo ng access sa isang malawak na samahan ng tagabigay ng serbisyo, na may mga tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga (primary care physicians, PCPs), dentista, espesyalista, klinika, parmasya, at ospital
- Pagtulong sa inyo na humanap ng iba pang serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan na posibleng kuwalipikado kayo at kailangan ninyo tulad ng mga serbisyo at suporta para sa kalusugan ng pag-uugali at mga pangmatagalang serbisyo at suporta
- Pagbibigay ng koordinasyon ng pangangalaga para matulungan kayong pamahalaan ang inyong mga tagabigay ng serbisyo at mga serbisyo, nang tinitiyak na puwedeng pagsabayin ang lahat ng ito para matulungan kayong matugunan ang inyong mga layunin sa kalusugan

---

## B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal

### B1. Medicare

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

- mga taong may 65 taon ang edad pataas,
- ilang taong mas bata sa 65 taon ang edad at may mga partikular na kapansanan, **at**
- mga taong may end-stage renal disease (ESRD) (pagpalya ng bato).

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





## B2. Medi-Cal

Ang pangalan ng programa ng Medicaid ng California ay Medi-Cal. Ang Medi-Cal ay pinapangasiwaan ng estado at ito ay binabayaran ng estado at ng pamahalaang pederal. Ang Medi-Cal ay tumutulong sa mga taong may limitadong kita at resource para bayaran ang Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS) at medikal na gastusin. Sakop nito ang mga karagdagang serbisyo at gamot na hindi sakop ng Medicare.

Ang bawat estado ay nagpapasya kung:

- ano ang maituturing na kita at mga resource,
- sino ang kuwalipikado,
- anong mga serbisyo ang sakop, **at**
- magkano ang mga serbisyo.

Puwede ring magpasya ang mga estado kung paano pagaganahin ang kanilang mga programa, basta't sumusunod sila sa mga pederal na tuntunin.

Inaprobahan ng Medicare at ng estado ng California ang aming plano. Makakatanggap kayo ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal sa pamamagitan ng aming plano basta't:

- pinili naming ialok ang planong ito, **at**
- Pinapayagan kami ng Medicare at ng estado ng California na ipagpatuloy ang pag-aalok ng planong ito.

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

---

## C. Ang mga kagandahan ng aming plano

Makukuha na ninyo ngayon mula sa aming plano ang lahat ng inyong mga nasasakupang serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, kabilang ang mga inireresetang gamot. **Hindi ninyo kailangang magdagdag ng bayad para makasali sa planong pangkalusugan na ito.**

Tumutulong kaming gawing mas maayos kapag pinagsabay ang inyong mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal, at gawing mas mapapakinabangan ninyo ang mga ito. Kabilang sa ilang mga kagandahan ay:

- Puwede kayong makipagtulungan sa amin para sa **karamihan** ng inyong pangangailangan sa pangangalaga sa kalusugan.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Mayroon kayong isang pangkat sa pangangalaga na bubuuin sa tulong ninyo. Maaaring kasama sa inyong pangkat sa pangangalaga ang inyong sarili, ang inyong tagapag-alaga, mga doktor, mga nars, mga tagapayo, o iba pang propesyonal sa kalusugan.
- Mayroon kayong access sa isang tagapag-ugnay ng pangangalaga. Isa itong taong makikipagtulungan sa inyo, sa aming plano, at sa inyong pangkat sa pangangalaga para tumulong na gumawa ng plano sa pangangalaga.
- Mapapamahalaan ninyo ang sarili ninyong pangangalaga sa tulong ng inyong pangkat sa pag-aalaga at tagapag-ugnay ng pangangalaga.
- Ang inyong pangkat sa pag-aalaga at tagapag-ugnay ng pangangalaga ay nakikipagtulungan sa inyo para gumawa ng plano sa pangangalaga na idinisenyo para matugunan ang **inyong** mga pangangailangan sa kalusugan. Tumutulong ang pangkat sa pangangalaga na pangasiwaan ang mga serbisyong kailangan ninyo. Halimbawa, nangangahulugan itong tinitiyak ng inyong pangkat sa pangangalaga na:
  - Alam ng inyong mga doktor ang tungkol sa lahat ng gamot na iniinom niyo para makatiyak sila na iniinom ninyo ang mga tamang gamot at para mabawasan ang anumang side effect na posibleng makuha ninyo sa mga gamot.
  - Ang mga resulta ng inyong pagsusuri ay ibinabahagi sa lahat ng inyong doktor at iba pang tagabigay ng serbisyo, kapag naaangkop.

**Mga bagong miyembro sa CareAdvantage** Kadalasan, ie-enroll kayo sa CareAdvantage para sa inyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging ma-enroll sa CareAdvantage. Puwede pa rin ninyong tanggapin ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal mula sa dati ninyong planong pangkalusugan sa Medi-Cal sa loob ng karagdang isang buwan. Pagkatapos noon, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng CareAdvantage. Walang magiging pansamantalang limitasyon (gap) sa inyong pagkakasakop sa Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 am hanggang 8:00 pm kung mayroon kayong anumang tanong.

---

## D. Ang pinaglilingkurang lugar ng aming plano

Ang aming pinaglilingkurang lugar ay sa San Mateo County.

*Mga tao lang na nakatira sa San Mateo County ang makakasali sa aming plano.*

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Hindi kayo makakapanatili sa aming plano kung lilipat kayo sa labas ng aming pinaglilingkurang lugar.** Sumangguni sa **Kabanata 8** ng inyong Aklat-Gabay ng Miyembro para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga epekto ng paglipat sa labas ng aming pinaglilingkurang lugar.

---

## E. Paano kayo nagiging kuwalipikadong maging miyembro ng plano

Kayo ay kuwalipikadong maging miyembro ng CareAdvantage hangga't:

- nakatira kayo sa aming pinaglilingkurang lugar (hindi isinasama ang mga nakakulong na indibidwal na nakatira sa pinaglilingkurang lugar kahit na pisikal silang naririto), **at**
- kayo ay nasa 21 taong gulang at mas matanda sa panahon ng pagpapa-enroll, **at**
- mayroon kayo ng parehong Medicare Part A at Medicare Part B, **at**
- isa kayong mamamayan ng United States o legal kayong nasa United States, **at**
- kasalukuyang kwalipikadong maging miyembro ng Medi-Cal.

Kung mawala ang inyong pagiging kuwalipikado sa Medi-Cal pero inaasahan ninyong maibabalik ito sa loob ng 6 na buwan, kuwalipikado pa rin kayo para sa aming plano.

Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

---

## F. Ano ang maaasahan kapag una kayong sumali sa aming planong pangkalusugan

Sa kauna-unahan ninyong pagsali sa aming plano, makakatanggap kayo ng isang pagtatasa ng panganib sa kalusugan (health risk assesment; HRA) sa loob ng 90 araw bago o pagkatapos ng petsa ng pagkakaroon ng bisa ng inyong pagpapa-enroll.

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

Lumalapit kami sa inyo para kumpletuhin ang HRA. Makukumpleto namin ang HRA sa pamamagitan ng personal na pagbisita, tawag sa telepono, o koreo.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



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

**Kung ang plano namin ay bago para sa inyo**, maaari ninyong ipagpatuloy ang pagpapakonsulta sa mga doktor na pinupuntahan ninyo ngayon sa loob ng isang partikular na tagal ng panahon, kahit wala sila sa aming samahan. Tinatawag namin itong pagpapatuloy sa pangangalaga. Kung wala sila sa aming samahan, puwede ninyong panatilihin ang mga kasalukuyan ninyong tagabigay ng serbisyo at awtorisasyon sa serbisyo sa panahong nag-enroll kayo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang lahat ng sumusunod na kondisyon:

- Kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong tagabigay ng serbisyo ay humiling sa aming payagan kayong patuloy na kumonsulta sa kasalukuyan ninyong tagabigay ng serbisyo.
- Patutunayan namin na mayroon na kayong kasalukuyang ugnayan sa isang pangunahin o espesyalistang tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga, nang may ilang eksepsiyon. Kapag sinabi naming “kasalukuyang ugnayan,” nangangahulugan itong kumonsulta kayo sa tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan nang kahit minsan lamang para sa pagkonsultang hindi pang-emergency sa 12 buwan bago ang petsa ng inyong pinakaunang pagpapa-enroll sa aming plano.
  - Mapagpapasyahan naming may kasalukuyang ugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa inyong available na impormasyong pangkalusugan o sa impormasyong ibibigay ninyo sa amin.
  - Mayroon kaming 30 araw upang sagutin ang inyong hiling. Maaari rin kayong humiling sa amin na gumawa ng mas mabilis na desisyon, at dapat kaming tumugon sa loob ng 15 araw. Puwede mo itong hilingin sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-866-880-0606. Kung nasa panganib kayo, dapat kaming sumagot sa loob ng 3 araw.
  - Kailangang magpakita kayo o ang inyong tagabigay ng serbisyo ng dokumentasyon ng umiiral na relasyon at sang-ayunan ang ilang kondisyon kapag gumawa kayo ng kahilingan.

**Tandaan:** Puwede kayong humiling ng ganito sa mga tagabigay ng serbisyo ng Matibay na Kagamitang Medikal (Durable Medical Equipment, DME), sa loob ng kahit man lang 90 araw hanggang sa mapahintulutan namin ang isang bagong rental at hanggang sa maihatid namin ang rental sa pamamagitan ng tagabigay ng serbisyo na nasa samahan. Bagama't hindi kayo puwedeng humiling ng ganito sa mga tagabigay ng serbisyo o iba pang tagabigay ng mga

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



karagdagang serbisyo, puwede kayong humiling ng mga serbisyo para sa transportasyon o iba pang mga karagdagang serbisyong hindi kasama sa aming plano.

Kapag natapos na ang panahon ng pagpapatuloy sa pangangalaga, kakailanganin ninyong kumonsulta sa mga doktor at iba pang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ng CareAdvantage, maliban kung gumawa kami ng kasunduan sa inyong doktor na wala sa samahan. Ang tagabigay ng serbisyo ng samahan ay ang tagabigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagtanggap ng pangangalaga.

---

## G. Ang inyong pangkat sa pangangalaga at plano sa pangangalaga

### G1. Pangkat sa pangangalaga

Makakatulong sa inyo ang isang pangkat sa pangangalaga na patuloy na matanggap ang pangangalagang kailangan ninyo. Maaaring kasama sa pangkat ng pag-aalaga ang inyong doktor, tagapag-ugnay ng pangangalaga, o ibang tauhang pangkalusugan na pinili ninyo.

Ang tagapag-ugnay ng pangangalaga ay ang taong sinanay upang tulungan kayong pamahalaan ang pangangalaga na kailangan ninyo. Makakakuha kayo ng isang tagapag-ugnay ng pangangalaga kapag nag-enroll kayo sa aming plano. Inirerekomenda rin kayo ng taong ito sa iba pang resource sa komunidad na posibleng hindi maibigay ng aming plano, at makikipagtulungan siya sa inyong pangkat sa pangangalaga para tumulong sa pangangasiwa ng inyong pangangalaga. Tawagan kami sa mga numero na nasa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong tagapag-ugnay ng pangangalaga at pangkat sa pag-aalaga.

### G2. Plano sa pangangalaga

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

Kasama sa inyong plano sa pangangalaga ang:

- ang inyong mga layunin sa pangangalaga sa kalusugan, **at**
- isang timeline sa pagkuha ng mga serbisyong kailangan ninyo.

Nakikipagkita sa inyo ang inyong pangkat sa pangangalaga pagkatapos ng inyong HRA. Magtatanong sila sa inyo tungkol sa mga serbisyong kailangan ninyo. Sasabihin din nila sa inyo

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



ang tungkol sa mga serbisyong posibleng gusto ninyong pag-isipang kunin. Bubuuin batay sa inyong mga pangangailangan at layunin ang inyong plano sa pangangalaga. Ang inyong pangkat sa pangangalaga ay nakikipagtulungan sa inyo para i-update ang inyong plano sa pangangalaga nang isang beses o mas madalas kada taon.

---

## H. Ang inyong mga buwanang gastos sa CareAdvantage

Walang premium (hulog sa seguro) ang aming plano.

Maaaring kabilang sa mga gastos ninyo ang mga sumusunod:

- Plano sa Pagbabayad sa Mga Reseta ng Medicare (**Seksiyon H1**)

### H1. Halaga ng Pagbabayad sa Mga Reseta ng Medicare

Kung kasali kayo sa Plano sa Pagbabayad sa Mga Reseta ng Medicare, makatanggap kayo ng bill mula sa inyong plano para sa mga inireresetang gamot ninyo (sa halip na bayaran ang parmasya). Ang inyong buwanang bill ay nakabatay sa kung magkano ang dapat ninyong bayaran para sa anumang resetang nakuha ninyo, pati na ang balanse noong nakaraang buwan, na hahatiin sa dami ng buwang natitira sa taon.

Nasa **Kabanata 2** ang higit pang impormasyon tungkol sa Plano sa Pagbabayad sa Mga Reseta ng Medicare. Kung hindi kayo sang-ayon sa halagang sinisingil sa inyo bilang bahagi ng opsyong ito sa pagbabayad, puwede ninyong sundin ang mga hakbang sa **Kabanata 9** para magsagawa ng reklamo o apela.

---

## I. Ang Inyong Aklat-Gabay ng Miyembro

Ang inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ay bahagi ng aming kontrata sa inyo. Nangangahulugan ito na dapat naming sundin ang lahat ng tuntunin sa dokumentong ito. Kung sa palagay ninyo ay may ginawa kaming bagay na taliwas sa mga tuntuning ito, puwede ninyong iapela ang aming desisyon. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Puwede kayong humiling ng *Aklat-Gabay ng Miyembro* sa pamamagitan ng pagtawag sa Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina. Puwede rin kayong sumangguni sa *Aklat-Gabay ng Miyembro* sa aming website sa web address na nasa ibaba ng pahina.

May bisa ang kontrata sa mga buwan na naka-enroll kayo sa aming plano mula Enero 1, 2025 hanggang Disyembre 31, 2025.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).




## J. Iba pang mahalagang impormasyong matatanggap ninyo sa amin

Kasama sa iba pang mahalagang impormasyong ibinibigay namin sa inyo ang inyong ID Card ng Miyembro, impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang isang *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*, at impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang isang *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*, na kilala rin bilang *Pormularyo*.

### J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro

Sa ilalim ng aming plano, mayroon kayong isang card para sa karamihan ng inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, kabilang ang LTSS, ilang partikular na serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at mga reseta. Ipapakita ninyo ang card na ito kapag tumatanggap kayo ng anumang mga serbisyo o reseta. Narito ang isang halimbawang ID Card ng Miyembro:

 <p><b>CareAdvantage</b> Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)</p> <p>Member Name: <b>John C Sample</b></p> <p>Member ID: <b>123456789</b></p> <p>Date of Birth: <b>MM/DD/YYYY</b></p> <p>Plan Effective Date: <b>MM/DD/YYYY</b></p> <p>Care Manager Phone #: 650-616-2174</p> <p>For information about your state-regulated medical and dental benefits call the CareAdvantage Unit at 1-866-880-0606 or visit <a href="http://www.hpsm.org">www.hpsm.org</a>.</p> <p style="text-align: right;">H6019-001</p>	<p><b>MedicareRx</b> Prescription Drug Coverage</p> <p>RxBin <b>012353</b></p> <p>RxPCN <b>06850000</b></p>	<p>In case of emergency, call 9-1-1 or seek appropriate emergency care.</p> <p>CareAdvantage Unit: 1-866-880-0606 (toll free) or 650-616-2174</p> <p>CareAdvantage Unit TTY: 1-800-735-2929 (toll free) or 7-1-1</p> <p>Pharmacy Help Desk: 1-888-635-8362</p> <p>Behavioral Health: 1-800-686-0101 (toll free)</p> <p>24-Hour Nurse Advice: 1-833-846-8773 (toll free)</p> <p>Website: <a href="http://www.hpsm.org/careadvantage">www.hpsm.org/careadvantage</a></p> <p style="text-align: center;"><b>Send claims to:</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Submit pharmacy manual claims to:</td> <td>Submit medical claims to:</td> </tr> <tr> <td>SS&amp;C Health</td> <td>HPSM Claims Department</td> </tr> <tr> <td>Attn: Dept Customer #586</td> <td>801 Gateway Blvd, Suite 100</td> </tr> <tr> <td>P.O. Box 419019</td> <td>South San Francisco, CA 94080</td> </tr> <tr> <td>Kansas City, MO 64141</td> <td>HPSM Provider Line: 650-616-2106</td> </tr> <tr> <td>1-888-635-8362</td> <td>Toll-free: 1-833-MY-HPSM-1 (694-7761)</td> </tr> </table>	Submit pharmacy manual claims to:	Submit medical claims to:	SS&C Health	HPSM Claims Department	Attn: Dept Customer #586	801 Gateway Blvd, Suite 100	P.O. Box 419019	South San Francisco, CA 94080	Kansas City, MO 64141	HPSM Provider Line: 650-616-2106	1-888-635-8362	Toll-free: 1-833-MY-HPSM-1 (694-7761)
Submit pharmacy manual claims to:	Submit medical claims to:													
SS&C Health	HPSM Claims Department													
Attn: Dept Customer #586	801 Gateway Blvd, Suite 100													
P.O. Box 419019	South San Francisco, CA 94080													
Kansas City, MO 64141	HPSM Provider Line: 650-616-2106													
1-888-635-8362	Toll-free: 1-833-MY-HPSM-1 (694-7761)													

Kung masira, mawala, o manakaw ang inyong ID Card ng Miyembro, tawagan kaagad ang Yunit ng CareAdvantage sa numero sa ibaba ng pahina. Magpapadala kami sa inyo ng bagong card.

Hangga't miyembro kayo ng aming plano, hindi ninyo kailangang gamitin ang inyong pula, puti, at asul na Medicare card o ang inyong Medi-Cal card para makuha ang karamihan sa mga serbisyo. Itago ang mga kard na ito sa isang ligtas na lugar kung sakaling kailanganin ninyo ang mga ito sa ibang panahon. Kung ipapakita ninyo ang inyong Medicare card sa halip ng inyong ID Card ng Miyembro, posibleng singilin ng tagabigay ng serbisyo ang Medicare sa halip na ang inyong plano, at posibleng makatanggap kayo ng singil. Sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para malaman kung ano ang dapat gawin kung makatanggap kayo ng singil mula sa tagabigay ng serbisyo.

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

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





- ang mga espesyalistang serbisyo sa kalusugan ng isip na posibleng matanggap ninyo mula sa Plano ng County para sa kalusugan ng isip, Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling.
- mga gamot na hindi sakop ng CareAdvantage pero sakop ng Medi-Cal Rx, gaya ng ilang gamot na mabibil nang walang reseta (over-the-counter) at ilang partikular na bitamina. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para sa isang listahan ng mga parmasya sa samahan ng Medi-Cal Rx. Puwede rin ninyong tawagan ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 1-800-977-2273. Kapag ginamit ang Medi-Cal BIC card para kumuha ng mga gamot na hindi sakop ng CareAdvantage, ang Medi-Cal Rx ang responsable sa pagpoproseso ng reseta. Bisitahin ang website ng Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para sa isang listahan ng mga parmasya sa samahan ng Medi-Cal Rx

## J2. Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya

Nakalista sa *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya* ang mga tagabigay ng serbisyo at parmasya sa samahan ng aming plano. Habang kayo ay miyembro ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan upang makakuha ng mga sakop na serbisyo.

Puwede kayong humiling ng isang *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya* (nang electronic o sa hard copy na anyo) sa pamamagitan ng pagtawag sa Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina. Ime-mail sa inyo ang mga kahilingan para sa hard copy ng mga Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya sa loob ng tatlong araw ng negosyo.

Puwede rin kayong sumangguni sa Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya sa web address sa ibaba ng pahina.

Nakalista sa *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya* ang iba't ibang uri ng doktor, nars, at propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan ayon sa kanilang espesyalidad (halimbawa, allergy o radiology). Ipinapakita ng bawat listahan ang pangunahing impormasyon tungkol sa lokasyon, mga oras, at numero ng telepono ng tagabigay ng serbisyo o parmasya, at kung tinatanggap ang mga bagong pasyente. Ipapakita rin ng mga listahan kung aling (mga) wika bukod sa Ingles ang sinasalita ng kawani ng tagabigay ng serbisyo o parmasya, accessibility para sa may kapansanan, kung ang lokasyon ay malapit sa pampublikong transportasyon, at kung nakumpleto nito ang pagsasanay sa kakayahang makipag-ugnayan sa ibang kultura.

### Listahan ng mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan

- Kabilang sa aming mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ang:

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





- mga doktor, mga nars, at iba pang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na maaari ninyong konsultahin bilang miyembro ng aming plano;
- mga klinika, ospital, pasilidad ng pangangalaga, at iba pang lugar na nagbibigay ng mga serbisyong pangkalusugan sa aming plano; **at**,
- LTSS, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, mga ahensya ng pantahanang kalusugan, mga supplier ng matibay na kagamitang medikal (DME), at iba pang nagbibigay ng mga produkto at serbisyong matatanggap ninyo sa pamamagitan ng Medicare o Medi-Cal.

Ang mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ay sumasang-ayon na tumanggap ng bayad nang buo mula sa aming plano para sa mga sakop na serbisyo.

### Depinisyon ng mga parmasya sa samahan

- Ang mga parmasya sa samahan ay mga parmasyang sumasang-ayon na punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya* para mahanap ang parmasya ng samahan na nais ninyong gamitin.
- Maliban kung may emergency, dapat ninyong punan ang inyong mga reseta sa isa sa aming mga parmasya sa samahan kung gusto ninyong ang aming plano ang magbayad sa mga ito.

Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon. Ang Yunit ng CareAdvantage at ang aming website ay parehong makakapagbigay sa inyo ng pinakanapanahong impormasyon tungkol sa mga pagbabago sa aming mga parmasya at tagabigay ng serbisyo na nasa samahan.

### J3. Listahan ng Mga Sakop na Gamot

Ang plano ay may *Listahan ng mga Sakop na Gamot*. Tinatawag namin itong “*Listahan ng mga Gamot*” o “*Pormularyo*” kapag pinaikli. Ipinapaalam nito sa inyo kung aling mga inireresetang gamot ang sakop ng aming plano.

Ipinapaalam din sa inyo ng *Listahan ng mga Gamot* kung mayroong anumang tuntunin o paghihigpit sa anumang gamot, tulad ng limitasyon sa bilang na puwede ninyong kunin. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon.

Bawat taon, padadalhan namin kayo ng impormasyon tungkol sa kung paano i-access ang *Listahan ng mga Gamot*, pero posibleng may ilang pagbabagong mangyari sa loob ng taon.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Para makuha ang pinakanapapanahong impormasyon tungkol sa kung aling mga gamot ang sakop, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage o bisitahin ang aming website sa address sa ibaba ng pahina.

#### **J4. Ang Paliwanag sa Mga Benepisyo**

Kapag ginamit ninyo ang inyong mga benepisyo sa mga inireresetang gamot sa Medicare Part D, padadalhan namin kayo ng isang buod para matulungan kayong maunawaan at masubaybayan ang mga pagbabayad para sa inyong mga inireresetang gamot sa Medicare Part D. Ang buod na ito ay tinatawag na *Paliwanag sa Mga Benepisyo* (Explanation of Benefits, EOB).

Ipinapaalam sa inyo ng EOB ang kabuuang halaga na nagastos ninyo, o ng ibang tao sa ngalan ninyo, sa inyong mga inireresetang gamot sa Medicare Part D at ang kabuuang halagang ibinayad namin para sa bawat isa sa inyong mga inireresetang gamot sa Medicare Part D sa loob ng buwan. Hindi singil ang EOB na ito. Naglalaman ang EOB ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom ninyo, gaya ng mga pagtaas ng presyo at iba pang posibleng available na gamot na mas mababa ang cost sharing (pagtutulungan sa kabayaran). Maaari ninyong kausapin ang tagareseta ninyo tungkol sa mga mas murang mapagpipiliang ito. Ang **Kabanata 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ay nagbibigay ng higit pang impormasyon tungkol sa EOB at kung paano kayo nito tinutulungang subaybayan ang inyong pagkakasakop sa gamot.

Puwede rin kayong humiling ng isang EOB. Para makakuha ng kopya, kontakin ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina.

---

## **K. Pagpapanatiling napapanahon ng inyong rekord ng pagiging miyembro**

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

Kailangan namin ang impormasyong ito para tiyaking wastong impormasyon ninyo ang nasa mga rekord namin. Kailangan ding iwasto ng aming mga tagabigay ng serbisyo at parmasya na nasa samahan ang impormasyon tungkol sa inyo. **Ginagamit nila ang inyong rekord ng pagiging miyembro para alamin kung anong mga serbisyo at gamot ang natatanggap ninyo at kung magkano ang sisingilin nila sa inyo.**

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

- mga pagbabago sa inyong pangalan, inyong tirahan, o ang inyong numero ng telepono;

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/theadvantage](http://www.hpsm.org/theadvantage).



- mga pagbabago sa anumang pagkakasakop sa seguro sa kalusugan, tulad ng mula sa inyong employer, sa employer ng inyong asawa, o sa employer ng inyong kinakasama, o bayad-pinsala para sa mga manggagawa;
- anumang claim (paghahabol ng kabayaran) sa pananagutan, tulad ng mga paghahabol mula sa isang aksidente sa sasakyan;
- pag-admit sa inyo sa isang pasilidad ng pangangalaga (nursing facility) o ospital;
- pangangalaga mula sa isang ospital o emergency room;
- mga pagbabago sa inyong tagapag-alaga (o sinumang responsable para sa inyo); **at,**
- kung lumahok kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral. (**Tandaan:** Hindi ninyo kailangang ipagbigay-alam sa amin ang tungkol sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral kung saan bahagi kayo, pero hinihikayat namin kayong gawin ito.)

Kung may mababagong anumang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina.

### **K1. Pagkapribado ng personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information, PHI)**

Posibleng kabilang sa impormasyon sa inyong rekord ng pagiging miyembro ang personal na impormasyong pangkalusugan (PHI). Iniaatas ng mga pederal at pang-estadong batas na panatilihin naming pribado ang inyong PHI. Pinoprotektahan namin ang inyong PHI. Para sa higit pang detalye sa kung paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI, sumangguni sa **Kabanata 8** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## Kabanata 2: Mahahalagang mga numero ng telepono at mga pinagkukunan ng impormasyon o tulong

---

### Introduksiyon

Ang kabanatang ito ay nagbibigay sa inyo ng impormasyon sa pagkontak para sa mahahalagang resource na makakatulong sa inyong sagutin ang inyong mga tanong tungkol sa aming plano at sa inyong mga benepisyong pangangalagang pangkalusugan. Puwede rin ninyong gamitin ang kabanatang ito para makakuha ng impormasyon tungkol sa kung paano kontakin ang inyong tagapag-ugnay ng pangangalaga at ang iba pang tao para magtaguyod para sa inyo. Makikita ang mahahalagang salita at mga depinisyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

### Mga Nilalaman

A. Ang Yunit ng CareAdvantage.....	3
B. Ang Inyong Tagapamahala ng Pangangalaga .....	7
C. Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	9
D. Linya ng Pagtawag para sa Pagpapayo ng Nars .....	10
E. Linya ng Krisis sa Kalusugan ng Pag-uugali .....	11
F. Quality Improvement Organization (QIO).....	12
G. Medicare .....	13
H. Medi-Cal.....	14
I. Opisina ng Ombudsman para sa Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal at Kalusugan ng Isip.....	15
J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County .....	16
K. Ahensiya para sa Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County (Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling ng San Mateo County) .....	17

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



L. Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan ng California .....	18
M. Mga Programang Tumutulong sa Mga Tao na Bayaran ang Kanilang Mga Inireresetang Gamot .....	19
M1. Karagdagang Tulong.....	19
M2. Programa ng Pagtulong para sa Gamot sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP).....	20
M3. Ang Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare .....	20
N. Social Security.....	21
O. Railroad Retirement Board (RRB).....	22
P. Panggrupong insurance o iba pang insurance mula sa isang employer.....	23
Q. Ibang Mapagkukunan ng Impormasyon o Tulong.....	24
R. Programang HPSM Dental.....	25

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## A. Ang Yunit ng CareAdvantage

<b>TUMAWAG SA</b>	1-866-880-0606. Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasalin para sa mga hindi nakakapagsalita ng Ingles.
<b>TTY</b>	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
<b>FAX</b>	650-616-2190
<b>SUMULAT</b>	CareAdvantage Unit Health Plan of San Mateo 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080
<b>EMAIL</b>	<a href="mailto:CareAdvantagesupport@hpsm.org">CareAdvantagesupport@hpsm.org</a>
<b>WEBSITE</b>	<a href="http://www.hpsm.org/careadvantage">www.hpsm.org/careadvantage</a>

Kontakin ang Yunit ng CareAdvantage para magpatulong sa:

- Mga tanong tungkol sa plano
- Mga tanong tungkol sa mga claim (paghahabol ng kabayaran) o pagsingil
- Mga Desisyon sa Pagkakasakop tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
  - Ang desisyon ng pagkakasakop hinggil sa inyong pangangalagang pangkalusugan ay ang desisyon tungkol sa:
    - inyong mga benepisyo at sakop na serbisyo, ○

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- halagang binabayaran namin para sa inyong mga serbisyong pangkalusugan.
- Maaaring tawagan kami kung mayroon kayong katanungan tungkol sa desisyon ng pagkakasakop hinggil sa inyong pangangalagang pangkalusugan.
- Para matuto pa tungkol sa mga desisyon sa pagkakasakop, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- Mga apela tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
  - Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na repasuhin ang isang desisyong ginawa namin tungkol sa inyong pagkakasakop, at paghiling sa aming baguhin ito kung sa inyong palagay ay nagkamali kami o hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon.
  - Para matuto pa tungkol sa pag-aapela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* o makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro.
- Mga reklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
  - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o sa sinumang tagabigay ng serbisyo (kabilang ang tagabigay ng serbisyo na nasa o wala sa samahan). Ang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ay isang tagabigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa aming plano. Puwede rin kayong magreklamo sa amin o sa Quality Improvement Organization (QIO) tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap ninyo (sumangguni sa **Seksiyon F**).
  - Puwede kayong tumawag sa amin at magpaliwanag ng inyong reklamo sa 1-866-880-0606. Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa desisyon ng pagkakasakop hinggil sa inyong pangangalagang pangkalusugan, maaari kayong maghain ng apela (sumangguni sa seksiyon sa itaas).
  - Puwede kayong magpadala sa Medicare ng reklamo tungkol sa aming plano. Puwede kayong gumamit ng online na form sa [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O maaari rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.
  - Puwede kayong magreklamo sa Programang Ombuds ng Medicare Medi-Cal tungkol sa aming plano sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Para matuto pa tungkol sa pagrereklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- Desisyon sa pagkakasakop hinggil sa inyong mga gamot
  - Ang desisyon ng pagkakasakop hinggil sa inyong mga gamot ay tungkol sa:
    - inyong mga benepisyo at mga sakop na gamot ○
    - halagang ibinabayad namin para sa inyong mga gamot.
  - Posibleng sakop ng Medi-Cal Rx ang mga gamot na hindi sakop ng Medicare, tulad ng ilang over-the-counter (OTC) na gamot at ilang partikular na bitamina. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para sa higit pang impormasyon. Puwede rin ninyong tawagan ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 1-800-977-2273.
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga desisyon sa pagkakasakop tungkol sa mga inirereseta sa inyo na gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- Mga apela hinggil sa inyong mga gamot
  - Ang apela ay isang paraan ng paghiling sa aming baguhin ang isang desisyon sa pagkakasakop.
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pag-aapela tungkol sa inyong mga inireresetang gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- Mga reklamo hinggil sa inyong mga gamot
  - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o sa anumang parmasya. Kabilang dito ang reklamo tungkol sa inyong mga inireresetang gamot.
  - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa desisyon ng pagkakasakop hinggil sa inyong mga inireresetang gamot, maaari kayong maghain ng apela. (Sumangguni sa seksiyon sa itaas.)
  - Puwede kayong magpadala sa Medicare ng reklamo tungkol sa aming plano. Puwede kayong gumamit ng online na form sa [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). O maaari rin

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para humingi ng tulong.

- Para sa higit pang impormasyon tungkol sa pagrereklamo tungkol sa mga inirereseta sa inyo na gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- Pagbabayad ng pangangalaga sa kalusugan o mga gamot na nabayaran na ninyo
  - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano hilingin sa aming ibalik ang inyong bayad, o para bayaran ang isang singil na natanggap ninyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
  - Kung humiling kayo sa amin na bayaran ang sinisingil na bayarin at tinanggihan namin ang anumang bahagi ng inyong kahilingan, maaari kayong maghain ng apela hinggil sa aming desisyon. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
  - Hindi responsibilidad ng CareAdvantage na bayaran kayo para sa isang gamot na puwede lang sakupin sa ilalim ng Medi-Cal Rx. Kung magbabayad kayo para sa buong halaga ng reseta na sakop ng Medi-Cal Rx at hindi ng CareAdvantage, posibleng ma-reimburse kayo ng parmasya kapag nabayaran na ng Medi-Cal Rx ang reseta. Kung hindi, puwede rin ninyong hilingin sa Medi-Cal Rx na bayaran kayo sa pamamagitan ng pagsusumite ng paghahabol na “Pagsasauli ng Medi-Cal sa Mula sa Bulsang Gastos (Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan))”. May higit pang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx sa: [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## B. Ang Inyong Tagapamahala ng Pangangalaga

Ang programa ng HPSM sa Pamamahala ng Pangangalaga ay aktibong nag-uugnay ng kumplikadong pangangalaga para matulongang pangasiwaan ang mga pinakamahasay na kalalabasang klinikal at functional para sa aming mga miyembro. Ang mga kawani ng programa ay maalam sa mga benepisyo ng bawat miyembro at nagtatrabaho sila para pangasiwaan ang pinakamainam na paggamit ng mga benepisyong iyon. Ang Tagapamahala ng Pangangalaga ay isang clinician o taong may kasanayan na nagtatrabaho sa aming plano para magbigay sa inyo ng mga serbisyo sa koordinasyon ng pangangalaga

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

Kontakin ang inyong tagapag-ugnay ng pangangalaga para magpatulong sa:

- mga tanong tungkol sa pangangalaga sa kalusugan ninyo
- mga tanong tungkol sa pagtanggap ng mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at disorder sa paggamit ng droga)
- mga tanong tungkol sa mga benepisyo sa pangangalaga sa ngipin

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- mga tanong tungkol sa transportasyon papunta sa mga medikal na appointment
- mga tanong tungkol sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS), kabilang ang Mga Serbisyong Nakabase sa Komunidad para sa Nasa Sapat na Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS) at Mga Pasilidad ng Pangangalaga (Nursing Facilities, NF)

Maaari kayong makakuha ng mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyong Nakabase sa Komunidad para sa Nasa Sapat na Gulang (Community-Bases Adult Services o CBAS)
- bihasa na pag-aalaga ng nars
- terapiyang pisikal (physical therapy)
- terapiya ukol sa katungkulan (occupational therapy)
- terapiya sa pananalita (speech therapy)
- mga panlipunang serbisyo na medikal
- pantahanang pangangalaga ng kalusugan
- Mga Serbisyo na Nagbibigay ng Suporta sa Loob ng Tahanan (In-Home Supportive Services; IHSS), sa pamamagitan ng ahensya sa panlipunang serbisyo ng inyong county
- paminsan-minsan, maaari kayong makakuha ng tulong sa inyong pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan at pamumuhay. Kayo dapat ay 18 taong gulang o mas matanda, at naka-enroll dapat kayo sa isang Plano para sa Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal tulad ng Health Plan of San Mateo (HPSM).

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## C. Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

Ang Programa ng Estado sa Pagtulong sa Segurong Pangkalusugan (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) ay nagbibigay ng libreng pagpapayo tungkol sa seguro sa kalusugan sa mga taong may Medicare. Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa para sa Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Ang mga tagapayo ng HICAP ay makakasagot sa inyong mga katanungan at makakatulong sa inyong maintindihan kung ano ang inyong gagawin upang matugunan ang inyong problema. Ang HICAP ay may mga tinuruan na tagapayo sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre.

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

<b>TUMAWAG SA</b>	1-800-434-0222 Lunes hanggang Biyernes, 8:30 a.m. hanggang 4:30 p.m.
<b>SUMULAT</b>	HICAP San Mateo County 1710 S. Amphlett Blvd., Suite 100 San Mateo, CA 94402
<b>WEBSITE</b>	<a href="http://www.hicapsanmateocounty.org">www.hicapsanmateocounty.org</a> o <a href="http://www.cahealthadvocates.org/hicap/san-mateo/">www.cahealthadvocates.org/hicap/san-mateo/</a>

Kontakin ang HICAP para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa Medicare
- Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong tungkol sa pagpapalit sa isang plano at matutulungan nila kayong:
  - maunawaan ang inyong mga karapatan,
  - maunawaan ang inyong mga pagpipiliang plano,
  - magreklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan o paggamot, **at**
  - ayusin ang mga problema sa mga singil sa inyo.

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## D. Linya ng Pagtawag para sa Pagpapayo ng Nars

Ang Linya ng Pagpapayo ng Nurse ay sakop na serbisyo para sa lahat ng miyembro ng HPSM nang wala kayong babayaran. Puwede ninyong tawagan ang linyang ito kung may mga tanong kayo tungkol sa inyong kalusugan o pangangalaga sa kalusugan.

Kung tatawag kayo sa linya ng pagpapayo ng nurse isang [lisensiyadong Rehistradong Nars \(RN\)](#) ang magbibigay sa inyo ng payo kapag sa tingin ninyo ay kailangan ninyo ng medikal na pansin, ngunit hindi kayo sigurado. Tatanungin kayo ng nars tungkol sa inyong mga sintomas at sasabihin sa inyo:

- Kung kailangan ninyong pumunta sa Agarang Pangangalaga
- Kung maaari kayong maghintay upang magpatingin sa inyong doktor (sa loob ng 24 na oras, 3 araw, o mas matagal pa)
- Kung paano aalagaan ang inyong mga sintomas sa bahay

Para sa mga tanong tungkol sa mga benepisyo sa HPSM, tumawag sa Yunit ng CareAdvantage.

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

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

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

Para sa tulog sa paghahanap ng mga serbisyo sa kalusugan ng isip at/o paggamit ng droga para sa isang taong posibleng nakakaranas ng sakit sa isip at/o kondisyon sa paggamit ng droga, o para sa isang taong pinagmamalasakitan ninyo, tawagan ang Access Call Center ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS) ng San Mateo County para sa impormasyon, isang pagtatasa, at isang referral batay sa mga indibidwal na pangangailangan.

<b>TUMAWAG SA</b>	1-800-686-0101. Libre ang tawag na ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasalin para sa mga hindi nakakapagsalita ng Ingles.
<b>TTY</b>	TTY 7-1-1 TDD: 1-800-943-2833. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo

Kontakin ang 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 droga, alak at iba pang sangkap
- mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa problema sa paggamit ng droga
- Ang paghiling ng o pagpapa-eksamen para sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip ay may kasamang ilang serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan ng isip ng outpatient at disorder sa paggamit ng droga ng outpatient.

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

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## F. Quality Improvement Organization (QIO)

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

<b>TUMAWAG SA</b>	1-877-588-1123
<b>TTY</b>	1-855-887-6668 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
<b>SUMULAT</b>	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
<b>WEBSITE</b>	<a href="http://www.livantaqio.com/">http://www.livantaqio.com/</a>

Kontakin ang Livanta para sa tulong sa:

- mga tanong tungkol sa inyong mga karapatan sa pangangalaga sa kalusugan
- pagrereklamo tungkol sa pangangalagang natanggap ninyo kung:
  - may problema kayo sa kalidad ng pangangalaga,
  - palagay ninyo ay masyadong mabilis matapos ang inyong pananatili sa ospital, o
  - palagay ninyo ay masyadong mabilis matapos ang inyong mga serbisyo sa pantahanang pangangalagang pangkalusugan, pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o malawakang rehabilitasyon para sa outpatient na pasyente (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility; CORF).

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## G. Medicare

Ang Medicare ay isang federal na programa sa seguro sa kalusugan para sa mga taong 65 taong gulang pataas, para sa ilang taong wala pang 65 taong gulang na may kapansanan, at para sa mga taong may end-stage renal disease (ESRD) (permanenteng problema sa bato na nangangailangan ng dialysis o transplant sa bato).

Ang ahensiya ng Pederal na nangangasiwa sa Medicare ay ang Center for Medicare and Medicaid Services, o CMS.

<b>TUMAWAG SA</b>	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
<b>WEBSITE</b>	<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a></p> <p>Ito ang opisyal na website para sa Medicare. Nagbibigay ito sa inyo ng napapanahong impormasyon tungkol sa Medicare. Mayroon din itong impormasyon tungkol sa mga ospital, pasilidad ng pangangalaga (nursing facilities), doktor, ahensya ng kalusugang pantahanan, pasilidad sa dialysis, pasilidad para sa inpatient na rehabilitasyon, at hospisyo.</p> <p>Naglalaman ito ng mga kapaki-pakinabang na website at numero ng telepono. Mayroon din itong mga dokumentong puwede ninyong i-print mula mismo sa inyong computer.</p> <p>Kung wala kayong computer, ang inyong lokal na aklatan o ang senior center ay maaaring makatulong sa inyo na bisitahin ang website gamit ang computer. O, maaari ninyong tawagan ang Medicare sa numero na nasa itaas at sabihin sa kanila ang hinahanap ninyo. Mahahanap nila ang impormasyon sa website at rerepasuhin nila ang impormasyon kasama kayo.</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## H. Medi-Cal

Medi-Cal ang programa ng Medicaid sa California. Isa itong programa sa pampublikong seguro sa kalusugan na nagbibigay ng kinakailangang mga serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan para sa mga indibidwal na mababa ang kita, kabilang ang mga pamilyang may mga bata, mga senior, mga taong may kapansanan, mga bata at kabataang nasa foster care (nasa pangangalaga ng gobyerno), at mga buntis. Ang Medi-Cal ay pinopondohan ng pang-estado at federal na gobyerno.

Kabilang sa mga benepisyo ng Medi-Cal ang mga serbisyo sa kalusugan ng ngipin, kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta (long-term services and supports, LTSS).

Naka-enroll kayo sa Medicare at sa Medi-Cal. Kung mayroon kayong tanong tungkol sa mga benepisyo sa Medi-Cal, tawagan ang inyong tagapag-ugnay ng pangangalaga. Kung may mga tanong kayo tungkol sa pagpapa-enroll sa Medi-Cal na plano, tawagan ang Health Care Options.

<b>TUMAWAG SA</b>	1-800-223-8383 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 6 p.m.
<b>TTY</b>	7-1-1 Ang numerong ito ay para sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
<b>SUMULAT</b>	San Mateo County Human Services Agency 400 Harbor Boulevard, Building 'B' Belmont, CA 94002
<b>WEBSITE</b>	<a href="https://www.smcgov.org/hsa/contact-us">https://www.smcgov.org/hsa/contact-us</a>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## I. Opisina ng Ombudsman para sa Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal at Kalusugan ng Isip

Ang Opisina ng Ombudsman ay nagsisilbing tagapagtaguyod para sa inyo. Masasagot nila ang mga katanungan kung mayroon kayong problema o reklamo at matutulungan kayong maintindihan kung ano ang gagawin. Tutulungan din kayo ng Opisina ng Ombudsman sa mga problema sa serbisyo o pagsingil. Hindi sila konektado sa aming plano o sa anumang kompanya sa seguro o plano sa kalusugan. Ang mga programang ito ay walang bayad.

<b>TUMAWAG SA</b>	1-888-452-8609 Libre ang tawag na ito. Lunes hanggang Biyernes, mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
<b>TTY</b>	7-1-1 Libre ang tawag na ito.
<b>SUMULAT</b>	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
<b>EMAIL</b>	<a href="mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov">MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov</a>
<b>WEBSITE</b>	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx</a>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County

Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong mga benepisyo sa Mga Serbisyo na Nagbibigay ng Suporta sa Loob ng Tahanan (IHSS) , kontakin ang lokal na ahensya ng Mga Panlipunang Serbisyo ng inyong County.

Makipag-ugnayan sa ahensya ng mga serbisyong panlipunan ng inyong county para mag-apply para sa Mga Serbisyo na Nagbibigay ng Suporta sa Loob ng Tahanan, na makakatulong sa inyong bayaran ang mga serbisyong ibinibigay sa inyo para ligtas kayong makapanatili sa sarili ninyong tahanan. Posibleng kasama sa mga uri ng serbisyo ang tulong sa paghahanda ng pagkain, pagpapaligo, pagsuot ng damit, pagpapalaba, pamimili, o transportasyon.

Makipag-ugnayan sa ahensiya ng serbisyong panlipunan ng inyong county para sa anumang tanong tungkol sa pagiging kuwalipikado ninyo sa Medi-Cal.

Ibinibigay ang Mga Serbisyo na Nagbibigay ng Suporta sa Loob ng Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS) sa pamamagitan ng Mga Serbisyo para sa Pagtanda at mga Nasa Sapat na Gulang na May Kapansanan (Aging and Adult Services) ng San Mateo County. Kung mayroon kayong mga katanungan tungkol sa mga serbisyo na may kaugnayan sa IHSS, tawagan ang Linya ng TIES ng Serbisyo para sa Matatanda at Nasa Hustong Gulang sa 1-800-675-8437. Ito ang 24-oras na linya ng pagtugon para sa impormasyon at emerhensiya ng County ng San Mateo. I-dial ang 7-1-1 para sa California Relay Service TTY.

<b>TUMAWAG SA</b>	1-800-675-8437 Libre ang tawag na ito. 24 na oras, 7 araw kada linggo.
<b>TTY</b>	7-1-1 Ang numerong ito ay para sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
<b>SUMULAT</b>	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
<b>WEBSITE</b>	<a href="http://www.smchealth.org/">www.smchealth.org/</a>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## K. Ahensiya para sa Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County (Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling ng San Mateo County)

Ang espesyalistang mga serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng isip at problema sa pag-abuso sa substance ay available sa inyo sa pamamagitan ng county kung matutugunan ninyo ang mga pamantayan sa pag-access.

<b>TUMAWAG SA</b>	1-800-686-0101 Libre ang tawag na ito. 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo Mayroon kaming mga libheng serbisyo ng tagasalin para sa mga hindi nakakapagsalita ng Ingles.
<b>TTY</b>	7-1-1 TDD: 1-800-943-2833 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito. Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.
<b>WEBSITE</b>	<a href="https://www.smchealth.org/bhrs">https://www.smchealth.org/bhrs</a>

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

- mga tanong tungkol sa espesyalistang mga serbisyo sa kalusugan ng isip na ipinagkakaloob ng county
- mga tanong tungkol sa mga serbisyo sa problema sa paggamit ng substance na ibibinigay ng county

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## L. Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Ang Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California ay responsable sa pangangasiwa ng mga planong pangkalusugan. Matutulungan kayo ng Help Center ng DMHC sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal.

<b>TUMAWAG SA</b>	1-888-466-2219 Ang mga kinatawan ng DMHC ay maaaring maglingkod sa pagitan ng 8:00 a.m. at 6:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes.
<b>TDD</b>	1-877-688-9891 Ang numerong ito ay para sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
<b>SUMULAT</b>	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
<b>FAX</b>	1-916-255-5241
<b>WEBSITE</b>	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## M. Mga Programang Tumutulong sa Mga Tao na Bayaran ang Kanilang Mga Inireresetang Gamot

Nagbibigay ang website ng Medicare.gov ([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](http://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 babawasan ang mga gastos ninyo sa mga inireresetang gamot. Para sa mga taong limitado ang kita, mayroon ding iba pang programa para makatulong, ayon sa nakalarawan sa ibaba.

### M1. Karagdagang Tulong

Dahil kayo ay karapat-dapat para sa Medi-Cal, kayo ay kuwalipikado sa at makakakuha ng "Karagdagang Tulong" mula sa Medicare upang bayaran ang mga halaga ng inyong plano sa inireresetang gamot. Wala kayong kailangang gawin pa upang makuha ang "Karagdagang Tulong" na ito.

<b>TUMAWAG SA</b>	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga tawag sa numerong ito, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
<b>TTY</b>	1-877-486-2048 Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
<b>WEBSITE</b>	<a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>

Kung sa tingin ninyo ay mali ang cost sharing (pagtutulongan sa kabayaran) na binabayaran ninyo kapag kinukuha ninyo ang inyong mga reseta sa parmasya, may proseso ang aming plano para tulungan kayong humingi ng tulong sa pagkuha ng ebidensiya ng tama ninyong antas ng copayment, o kung may ebidensiya na kayo, ibigay ang ebidensiyang ito sa amin.

- Puwede kayong makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage kung gusto ninyong humingi ng tulong sa pagkuha ng ebidensiya ng tama ninyong antas ng copayment, o kung may ebidensya na kayo at gusto ninyong ibigay ang ebidensiyang ito sa amin. Kapag natanggap namin ang ebidensiya na nagpapakita sa antas ng iyong copayment, ia-update namin ang aming system para masingil kayo ng tamang copayment sa susunod ninyong pagkuha ng reseta. Kung sobra ang ibinayad ninyong copayment, ibabalik namin ito sa inyo sa pamamagitan ng pagpapadala sa inyo ng tseke. Kung wala pang nakukuhang

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

copayment ang parmasya mula sa inyo at may nakabinbin kayong copayment sa parmasya bilang utang ninyo, direkta naming babayaran ang parmasya. Kung ang estado ang nagbayad sa ngalan ninyo, direkta naming babayaran ang estado. Mangyaring makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage kung mayroon kayong mga tanong.

## **M2. Programa ng Pagtulong para sa Gamot sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)**

Tumutulong ang ADAP sa mga indibidwal na kuwalipikado sa ADAP na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakasagip ng buhay. Ang mga inireresetang gamot ng Medicare Part D na nasa pormularyo rin ng ADAP ay kuwalipikado para sa tulong sa cost sharing (pagtutulongan sa kabayaran) sa reseta. Tandaan: Para maging kuwalipikado sa ADAP na nasa inyong estado, dapat matugunan ng mga indibidwal ang ilang partikular na pamantayan, kabilang ang patunay ng pagiging residente ng estado at HIV status, mababa ang kita ayon sa depinasyon ng estado, at walang seguro/kulang ang seguro. Kung magpapalit kayo ng plano, pakiabisuhan ang kawani sa pagpapa-enroll ng ADAP sa inyong lugar para patuloy kayong makatanggap ng tulong. Para sa impormasyon tungkol sa mga pamantayan ng pagiging kuwalipikado, mga sakop na gamot, o kung paano mag-enroll sa programa, pakitawagan ang call center ng ADAP sa 1-844-421-7050, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. (hindi kasama ang mga holiday).

## **M3. Ang Plano sa Pagbabayad sa Inireresetang Gamot ng Medicare**

Ang Plano sa Pagbabayad ng Mga Reseta ng Medicare ay isang bagong opsyon sa pagbabayad na puwedeng gamitin kasabay ng kasalukuyan ninyong pagkakasakop sa gamot, at puwede itong makatulong sa pamamahala ng inyong mga gastos sa gamot sa pamamagitan ng paghahati-hati sa mga ito sa mga buwanang bayad na nagbabago-bago sa kabuuan ng taon (Enero- Disyembre). Puwedeng makatulong sa inyo ang opsiyong ito sa pagbabayad para mapamahalaan ang inyong mga gastos, pero hindi kayo makakatipid dito o hindi nito mapapababa ang mga gastos ninyo sa gamot. Mas sulit ang “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare at tulong mula sa inyong SPAP at ADAP, para sa mga kuwalipikado, kaysa sa pagsali sa opsiyong ito ng pagbabayad, anuman ang antas ng kita, at dapat ialok ng mga planong may pagkakasakop sa gamot ang opsiyong ito sa pagbabayad. Pakikontak kami sa numero sa ibaba ng pahinang ito o bisitahin ang [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para malaman kung tama para sa inyo ang opsiyong ito sa pagbabayad.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](https://www.hpsm.org/careadvantage).

## N. Social Security

Social Security ang tumutukoy sa pagiging kuwalipikado at ang nangangasiwa sa pagpapa-enroll sa Medicare. U.S. Kuwalipikado para sa Medicare ang mga mamamayan ng U.S. na may edad 65 pataas, o mayroong kapansanan o may End-Stage Renal Disease (ESRD) at natutugunan ang ilang partikular na kondisyon. Kung nakatanggap kayo na ng tseke ng Social Security, ang pagpapa-enroll sa Medicare ay awtomatiko na. Kung hindi kayo pa nakatanggap ng mga tseke mula sa Social Security, kailangan ninyong magpa-enroll sa Medicare. Upang sumali sa Medicare, maaari ninyong tawagan ang Social Security o bumisita sa inyong lokal na opisina sa Social Security.

Kung kayo ay lilipat o magbabago ng inyong address ng pagpapadalhan, mahalagang kumontak sa Social Security para ipaalam ito.

<b>TUMAWAG SA</b>	<p>1-800-772-1213</p> <p>Libre ang mga tawag sa numerong ito.</p> <p>Available 8:00 am hanggang 7:00 pm, Lunes hanggang Biyernes.</p> <p>Maaari ninyong gamitin ang kanilang automated na serbisyo ng telepono para makakuha ng nakarekord na impormasyon at makipag-interaksyon 24 oras kada araw.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-800-325-0778</p> <p>Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.</p>
<b>WEBSITE</b>	<p><a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a></p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## O. Railroad Retirement Board (RRB)

Ang RRB ay isang malayang ahensiya ng Pederal na namamahala sa kumprehensibong mga programa para sa mga manggagawa ng riles ng bansa at kanilang mga pamilya. Kung natanggap ninyo ang inyong Medicare sa pamamagitan ng RRB, mahalaga na ipaalam sa kanila kung kayo ay lilipat o nagpalit ng address ng pagpapadalhan ng sulat. Kung mayroon kayong mga katanungan tungkol sa inyong mga benepisyo mula sa RRB, makipag-ugnayan sa ahensiya.

<b>TUMAWAG SA</b>	<p>1-877-772-5772</p> <p>Libre ang mga tawag sa numerong ito.</p> <p>Kung pipindutin ninyo ang “0”, maaaring may makausap kayong 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.</p> <p>Kung pipindutin ninyo ang “1”, maa-access ninyo ang automated na RRB Help Line at nakarekord na impormasyon 24 na oras kada araw, kabilang ang mga Sabado, Linggo, at holiday.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-312-751-4701</p> <p>Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.</p> <p><i>Hindi</i> libre ang mga tawag sa numerong ito.</p>
<b>WEBSITE</b>	<p><a href="http://www.rrb.gov">www.rrb.gov</a></p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

---

## P. Panggrupong insurance o iba pang insurance mula sa isang employer

Kung nakakakuha ka (o ang inyong asawa o kinakasama) ng benepisyo mula sa pinagtatrabahuhan mo o sa grupo ng mga retiradong kinabibilangan (o ng iyong asawa o kinakasama), tumawag sa tagapangasiwa ng mga benepisyo ng taga-empleyo/administrador ng benepisyo ng unyon o sa Yunit ng CareAdvantage kung mayroon kang anumang tanong. Maaari kayong magtanong tungkol sa inyong (o inyong asawa o kinakasama) pinagtatrabahuhan o mga benepisyong pangkalusugan ng mga retirado, premium (hulog sa seguro), o panahon ng pagpapa-enroll. Puwede rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para sa mga tanong kaugnay ng inyong pagkakasakop sa Medicare sa ilalim ng planong ito.

Kung mayroon kang iba pang pagkakasakop sa mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng pinagtatrabahuhan mo, o sa grupo ng retiradong kabilang kayo (o ang iyong asawa o kinakasama), mangyaring kumontak **sa tagapangasiwa ng mga benepisyo ng grupo**. Ang tagapangasiwa ng mga benepisyo ay makatutulong sa iyo na malaman kung paano ang iyong kasalukuyang pagkakasakop ng mga inireresetang gamot ay gagana sa iyong plano.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

---

## Q. Ibang Mapagkukunan ng Impormasyon o Tulong

Ang Medicare Medi-Cal Ombuds Program ay nag-aalok ng LIBRENG tulong sa mga taong nahihirapang makakuha o makapanatili ng pagkakasakop sa kalusugan at lumutas ng mga problema gamit ang kanilang mga planong pangkalusugan.

Kung mayroon kayong mga problema sa:

- Medi-Cal
- Medicare
- inyong planong pangkalusugan
- pag-access sa mga serbisyong medikal
- pag-aapela sa mga tinanggihang serbisyo, gamot, matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME), mga serbisyo sa kalusugan ng isip, atbp.
- medikal na pagsingil
- Mga Serbisyo na Nagbibigay ng Suporta sa Loob ng Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS)

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

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## R. Programang HPSM Dental

Ang mga serbisyo para sa ngipin para sa mga miyembro ng Health Plan of San Mateo (HPSM) ay pamamahalaan ng HPSM Dental. Kasama sa mga serbisyo ang mga sumusunod, pero hindi limitado sa mga ito:

- mga inisyal na eksaminasyon, X-ray, pagpapalinis at fluoride treatment
- mga restoration at crown (panakip sa ngipin)
- root canal therapy
- mga partial at buong pustiso, pag-adjust, pag-aayos, at mga paglalapat ng pustiso

Available ang mga benepisyo sa pangangalaga sa ngipin sa pamamagitan ng Bayad Kapital ng Serbisyo (Fee-for-Service o FFS) ng Medi-Cal Dental, Mga Programa ng Pinamamahalaang Pangangalaga sa Ngipin (Dental Managed Care o DMC), at Health Plan of San Mateo.

<b>TUMAWAG SA</b>	1-866-880-0606 Libre ang pagtawag. Available ang Yunit ng CareAdvantage na tulungan kayo mula 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., Lunes hanggang Linggo.
<b>TTY</b>	1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pananalita. Kailangan mayroon kayong espesyal na kagamitang telepono para matawagan ito.
<b>WEBSITE</b>	<a href="http://www.hpsm.org/dental">www.hpsm.org/dental</a>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

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

---

### Introduksiyon

Ang kabanatang ito ay may mga partikular na tuntunin at panuntunang kailangan ninyong malaman para makuha ang pangangalagang pangkalusugan at iba pang sakop na serbisyo sa aming plano. Ipinapaalam din nito sa inyo ang tungkol sa inyong tagapamahala ng pangangalaga, kung paano makatanggap ng pangangalaga mula sa iba't ibang uri ng tagabigay ng serbisyo at sa mga partikular na sitwasyon (kasama ang mga mula sa tagabigay ng serbisyo o parmasya na nasa labas ng samahan), kung ano ang gagawin kung direkta kayong singilin para sa mga serbisyong sakop namin, at ang mga tuntunin sa pagmamay-ari ng Matibay na Kagamitang Medikal (Durable Medical Equipment, DME). Makikita ang mahahalagang salita at mga depinisyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

### Talaan ng mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at mga tagabigay ng serbisyo.....	4
B. Mga tuntunin sa pagtanggap ng mga serbisyong sakop ng aming plano .....	4
C. Ang Inyong Tagapamahala ng Pangangalaga .....	7
C1. Ano ang Tagapamahala ng Pangangalaga .....	7
C2. Paano ninyo kokontakin ang inyong Tagapamahala ng Pangangalaga.....	7
C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong Tagapamahala ng Pangangalaga .....	8
D. Pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo.....	8
D1. Pangangalaga mula sa tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP).....	8
D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan .....	11
D3. Kapag umalis ang isang tagabigay ng serbisyo sa aming samahan .....	13

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



D4. Mga tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan.....	14
E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term services and supports, LTSS) .....	15
F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at disorder sa paggamit ng droga).....	16
F1. Mga serbisyo ng Medi-Cal para sa kalusugan ng pag-uugali na wala sa aming plano .....	16
G. Mga serbisyo sa transportasyon .....	19
G1. Medikal na transportasyon sa mga hindi emergency na sitwasyon .....	19
G2. Hindi medikal na transportasyon .....	20
H. Mga sakop na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag agarang kinakailangan, o tuwing may sakuna.....	22
H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency .....	22
H2. Agarang kinakailangang pangangalaga .....	24
H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna .....	26
I. Ano ang dapat gawin kung direkta kayong singilin para sa mga serbisyong sakop ng aming plano.....	27
I1. Ano ang dapat gawin kung hindi sakop ng aming plano ang mga serbisyo.....	27
J. Pagkakasakop ng mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....	28
J1. Depinasyon ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral .....	28
J2. Pagbabayad para sa mga serbisyo kapag sumali kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.....	29
J3. Higit pa tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral .....	29
K. Paano nasasakop ang inyong mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan.....	30
K1. Depinasyon ng isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan.....	30

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

K2. Pangangalaga mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan.....	30
L. Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME).....	31
L1. DME bilang miyembro ng aming plano .....	31
L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat kayo sa Orihinal na Medicare .....	31
L3. Mga benepisyo ng oxygen equipment bilang miyembro ng aming plano.....	32
L4. Oxygen equipment kapag lumipat kayo sa Orihinal na Medicare o ibang Medicare Advantage (MA) na plano .....	33

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

---

## A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at mga tagabigay ng serbisyo

Kasama sa **mga serbisyo** ang mga pangangalaga sa kalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta (LTSS), mga supply, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, mga inireresetang gamot at mga gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter), kagamitan at iba pang mga serbisyo. Ang **mga nasasakupang serbisyo** ay anumang mga serbisyong ito na binabayaran ng aming plano. Ang sakop na pangangalaga sa kalusugan, kalusugan ng pag-uugali, at LTSS ay nasa **Kabanata 4** ng inyong Aklat-Gabay ng Miyembro. Ang mga sakop ninyong serbisyo para sa mga inireresetang gamot at mga gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter) ay nasa **Kabanata 5** ng inyong Aklat-Gabay ng Miyembro.

Ang **mga tagabigay ng serbisyo** ay ang mga doktor, nars, at iba pang mga tao na nagpapakaloob sa inyo ng pangangalaga at mga serbisyo. Kasama rin sa mga tagabigay ng serbisyo ang mga ospital, ahensya ng pantahanang kalusugan, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, kagamitang medikal, at ilang partikular na LTSS.

Ang **mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan** ay mga tagabigay ng serbisyo na nakikipagtulungan sa aming plano. Ang mga tagabigay ng serbisyo na ito ay sumasang-ayon na tumanggap ng aming bayad nang buo. Direkta kaming sinisingil ng mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan para sa pangangalagang ibinibigay nila sa inyo. Kapag nagpakonsulta kayo sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan, madalas, wala kayong babayaran para sa mga sakop na serbisyo.

---

## B. Mga tuntunin sa pagtanggap ng mga serbisyong sakop ng aming plano

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

Sa pangkalahatan ay babayaran ng aming plano ang mga serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at maraming LTSS kapag sinunod ninyo ang mga tuntunin namin. Masasakop ng aming plano:

- Ang pangangalaga na kinuha ninyo ay kailangan benepisyo ng plano. Nangangahulugan ito na isinasama namin ito sa aming Talaan ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4 ng inyong Aklat-Gabay ng Miyembro.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





- Medikal na kinakailangan dapat ang pangangalaga. Ang ibig naming sabihin sa medikal na kinakailangan ay mahahalagang serbisyo na makatuwiran at nagpoprotekta sa buhay. Ang medikal na kinakailangang pangangalaga ay kinakailangan para ilayo ang mga indibidwal sa malubhang sakit o kapansanan, at binabawasan nito ang matinding pananakit sa pamamagitan ng paggamot ng sakit, karamdaman, o pinsala.
- Para sa mga serbisyong medikal, kailangang mayroon kayong tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) sa samahan na nag-utos ng pangangalaga o na nagsasabi sa inyong magpakonsulta sa ibang doktor. Bilang miyembro ng plano, kailangan ninyong pumili ng tagabigay ng serbisyo ng samahan para maging inyong PCP.
  - Madalas, kailangan kayong maaprubahan ng inyong PCP sa samahan bago kayo makapagpakonsulta sa ibang tagabigay ng serbisyo bukod sa inyong PCP o bago kayo makapagpakonsulta sa iba pang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ng aming plano. Ito ay tinatawag na isang **referral**. Kung hindi kayo makakakuha ng aprobasyon, hindi namin masasakop ang mga serbisyo.
  - Ang ilan sa mga PCP ng aming plano ay nauugnay sa mga medikal na pangkat. Kapag pumili kayo ng inyong PCP, pumipili rin kayo ng nauugnay na medikal na pangkat. Nangangahulugan ito na ang inyong PCP ay nagrekomenda sa inyo ng mga espesyalista at serbisyong nauugnay rin sa kanyang medikal na pangkat. Ang isang medikal na pangkat ay isang organisasyon ng mga doktor, espesyalista at pasilidad na nakikipagkontrata sa mga planong pangkalusugan para magbigay at mangasiwa ng mga serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan para sa inyo.
  - Hindi ninyo kailangan ng referral mula sa inyong PCP para sa pang-emergency na pangangalaga o agarang kinakailangang pangangalaga o upang magpakonsulta sa isang tagabigay ng serbisyo sa kalusugan ng kababaihan, o para sa alinman sa iba pang serbisyong nakalista sa seksiyon D1 ng kabanatang ito.
- Dapat kumuha kayo ng pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan. Kadalasan, hindi namin sakop ang pangangalaga mula sa tagabigay ng serbisyo na hindi nakikipagtulungan sa aming planong pangkalusugan. Nangangahulugan ito na kakailanganin ninyong bayaran nang buo ang tagabigay ng serbisyo para sa mga serbisyong ipinagkaloob. Narito ang ilang mga kaso kung kailan hindi nalalapat ang panuntunan na ito:

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Sakop namin ang mga pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga mula sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan (para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Seksiyon H** sa kabanatang ito).
- Kung kailangan ninyo ng pangangalagang sakop ng aming plano at hindi ito maibigay sa inyo ng mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan namin, puwede kayong tumanggap ng pangangalaga mula sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan. Kailangan ninyong makakuha ng awtorisasyon mula sa aming plano bago ang pagbisita sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan (para sa higit pang impormasyon tungkol dito, sumangguni sa Seksiyon D4 sa kabanatang ito). Sa ganitong sitwasyon, sinasakop namin ang pangangalaga na para bang natanggap ninyo ito mula sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan o nang libre sa inyo.
- Sakop namin ang mga serbisyo sa dialysis ng bato kapag wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano sa maikling panahon o kapag pansamantalang hindi available o hindi ma-access ang inyong tagabigay ng serbisyo. Maaari ninyong kunin ang mga serbisyong ito mula sa pasilidad ng dialysis na sertipikado ng Medicare. Ang cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) na inyong babayaran para sa dialysis ay hindi dapat kailanman lalampas sa cost-sharing sa Orihinal na Medicare. Kung wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng plano at nakakuha kayo ng dialysis mula sa isang tagabigay ng serbisyo na wala sa samahan ng plano, hindi puwedeng lumampas ang inyong cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) sa cost-sharing na binabayaran ninyo sa samahan. Gayunpaman, kung ang madalas ninyong tagabigay ng serbisyo na nasa samahan para sa dialysis ay pansamantalang hindi available at pipiliin ninyong tumanggap ng mga serbisyo sa pinaglilingkurang lugar mula sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan, posibleng maging mas mahal ang cost sharing (pagtutulungan sa kabayaran) para sa dialysis.
- Sa una ninyong pagsali sa aming plano, puwede ninyong hilinging patuloy na kumonsulta sa mga kasalukuyan ninyong tagabigay ng serbisyo. Nang may ilang eksepsiyon, kailangan naming aprubahan ang kahilingang ito kung mapapatunayan naming mayroon kayong kasalukuyang ugnayan sa mga tagabigay ng serbisyo. Sumangguni sa **Kabanata 1** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*. Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan, maaari kayong patuloy na magpakonsulta sa inyong mga tagabigay ng serbisyo sa kasalukuyan sa loob ng hanggang 12 buwan para sa mga serbisyo. Sa panahong ito, kokontakin kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

para tulungan kayong maghanap ng mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan namin. Pagkalipas ng 12 buwan, hindi na namin sasakupin ang inyong pangangalaga kung patuloy kayong magpapakonsulta sa mga tagabigay ng serbisyo na wala sa aming samahan.

**Mga bagong miyembro sa CareAdvantage:** Kadalasan, ie-enroll kayo sa CareAdvantage para sa inyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging ma-enroll sa CareAdvantage. Puwede pa rin ninyong tanggapin ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal mula sa dati ninyong planong pangkalusugan sa Medi-Cal sa loob ng karagdagang isang buwan. Pagkatapos noon, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng CareAdvantage. Walang magiging pansamantalang limitasyon (gap) sa inyong pagkakasakop sa Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 kung mayroon kayong anumang tanong.

---

## C. Ang Inyong Tagapamahala ng Pangangalaga

Nakakatulong sa inyo ang benepisyo ng HPSM sa Koordinasyon sa Pangangalaga na pangasiwaan at gamitin ang inyong pangangalaga sa kalusugan para maabot ninyo ang inyong mga layunin sa pangangalaga sa kalusugan. Ang mga kawani ng Pamamahala sa Pangangalaga ay maalam tungkol sa mga benepisyo ninyo at nagsisikap silang pangasiwaan ang pinakamainam na paggamit ng mga benepisyong iyon. Makipag-ugnayan sa HPSM Integrated Care Management para alamin ang higit pa.

### C1. Ano ang Tagapamahala ng Pangangalaga

Ang Tagapamahala ng Pangangalaga ay isang taong may kasanayan na nagtatrabaho sa aming plano para magbigay sa inyo ng mga serbisyo sa koordinasyon ng pangangalaga at/o pamamahala ng pangangalaga.

### C2. Paano ninyo kokontakin ang inyong Tagapamahala ng Pangangalaga

- Maaari kayong tumawag sa 650-616-2060. Ang oras ng aming opisina ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Libre ang tawag na ito.
- Maaaring tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-735-2929 o maaari nilang i-dial ang 7-1-1. Libre ang tawag na ito.

Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng tagasalin para sa mga hindi nakakapagsalita ng Ingles.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



### C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong Tagapamahala ng Pangangalaga

- Puwede kayong tumawag sa 1-866-880-0606 para humiling na palitan ang inyong Tagapamahala ng Pangangalaga.

---

## D. Pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo

### D1. Pangangalaga mula sa tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP)

Kailangan ninyong pumili ng PCP na magkakaloob at mamahala sa inyong pangangalaga. Ang mga PCP ng aming plano ay nauugnay sa mga medikal na pangkat. Kapag pumili kayo ng inyong PCP, pumipili rin kayo ng nauugnay na medikal na pangkat.

#### Depinisyon ng PCP at kung ano ang ginagawa ng PCP para sa inyo

Kapag naging miyembro kayo ng CareAdvantage, inaasahan na pipili kayo ng tagapagbigay-serbisyo ng plano na kinontrata para maging PCP ninyo. Ang inyong PCP ay isang manggagamot ng mga bata, pangkalahatang nanunungkulan (general practitioner), pampamilyang nanunungkulan (family practitioner), isang internist, o sa ibang pagkakataon ay doktor ng OB/GYN, nanunungkulang nars (nurse practitioner), katulong ng manggagamot, na nakatutugon sa mga kinakailangan ng estado at sinanay para makapagbigay sa inyo ng pangunahing pangangalagang medikal. Sa aming pagpapaliwanag sa ibaba, makukuha ninyo ang inyong karaniwan o pangunahing pangangalaga mula sa inyong PCP. Patuloy na makikipag-ugnay ang iyong PCP para a iba pang sakop na serbisyo na makukuha mo bilang miyembro ng CareAdvantage. Ang inyong PCP ay magkakaloob sa inyo ng halos lahat ng inyong pangangalaga at tutulong sa inyo na ayusin ang iba pang mga sakop na serbisyo na inyong makukuha bilang miyembro ng CareAdvantage. Kabilang dito ang:

- Mga x-ray
- Mga pagsusuri sa laboratoryo
- Mga therapy
- Pangangalaga mula sa mga doktor na espesyalista
- Mga pagdala sa ospital, at
- Pagsubaybay na Pangangalaga

Kasama sa “koordinasyon” ng inyong mga serbisyo ang pagtitiyak o pagkonsulta sa ibang tagabigay ng serbisyo ng CareAdvantage tungkol sa inyong pangangalaga at kung ano na ang nangyayari. Dagdag pa rito, may mga espesyal na programa at serbisyo sa CareAdvantage na

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



maaaring angkop para sa inyo. Alam ng inyong PCP kung kailan pinakamainam na irekomenda ang mga programang ito sa inyo. Ang pag-aayos ng inyong pangangalaga, at pangangalaga sa inyo kapag kayo ay may sakit o mahusay ang pakiramdam ay bahagi ng pagkakaloob sa pasyente ng nakatuon na pag-aalaga sa “medikal na tirahan.” Ito ang nais naming ipagkaloob para sa bawat miyembro ng CareAdvantage. Sa ibang mga kaso, ang inyong PCP ay maaaring kailangang makakuha ng paunang awtorisasyon (paunang pag-aproba) mula sa amin para sa ilang mga serbisyo. Dahil ang inyong PCP ang magkakaloob at makikipag-ugnay para sa iyong pangangalagang medikal, kailangan mong ipadala ang lahat ng nakaraan mong medikal na rekord sa opisina ng inyong PCP. Ipinapaalam sa inyo ng Kabanata 8 kung paano namin poprotektahan ang pagkapribado ng inyong mga medikal na rekord at personal na impormasyong pangkalusugan.

### **PCP na inyong pipiliin**

Puwede ninyong piliin ang kasalukuyan ninyong PCP kung makita ninyo ang kanyang pangalan sa Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo. Maaari kayo ring pumili ng bagong tagabigay ng serbisyo mula sa Direktoryo ng Tagabigay ng serbisyo. Ang Direktoryo ng Tagabigay ng serbisyo ay may nakatutulong na impormasyon tungkol sa bawat tagabigay ng serbisyo at mga opisina at mga klinika kung saan sila nagtatrabaho. Upang makatanggap ng iba pang impormasyon para makatulong sa inyo na makapili ng PCP, maaari ninyong tawagan ang opisina ng tagabigay ng serbisyo. Kung may partikular na ospital na gusto ninyong gamitin, tiyakin munang ginagamit ng inyong PCP ang ospital na iyon. Mabibigyan din kayo ng isang Navigator ng CareAdvantage, isang kinatawan ng Yunit ng CareAdvantage, ng impormasyon para tulungan kayong pumili ng PCP. Maaari ninyo ring palitan ang inyong PCP ayon sa ipapaliwanag mamaya sa seksiyon na ito.

### **Opsyong palitan ang inyong PCP**

Maaari ninyong palitan ang inyong PCP sa anumang oras at sa anumang dahilan. Posible ring umalis ang inyong PCP sa samahan ng aming plano. Kung aalis ang inyong PCP sa aming samahan, matutulungan namin kayong maghanap ng bagong PCP na wala sa aming samahan.

Puwede rin ninyong palitan ang inyong PCP gamit ang Portal ng Miyembro ng HPSM na available sa aming website sa [www.hpsm.org/member-portal-login](http://www.hpsm.org/member-portal-login). Piliin ang “Palitan ang PCP” mula sa menu. Puwede kayong maghanap ng bagong PCP ayon sa pangalan, lokasyon, kasarian, at wika. Lagyan ng check ang kahong “Mga Bagong Pasyente” para sa mga PCP na tumatanggap ng mga bagong pasyente. Para magsimulang maghanap, i-click ang button na “Maghanap” para makakita ng listahan ng mga PCP na tumutugon sa inyong mga pangangailangan.

Puwede rin ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para sa tulong sa pagpapalit ng inyong PCP o sa paghahanap ng bagong PCP na tumutugon sa inyong mga pangangailangan.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Titiyakin ng isang Navigator ng CareAdvantage na ang PCP na gusto ninyo ay tumatanggap ng mga bagong pasyente. Kung hindi, puwede ninyong tawagan ang PCP para tanungin kung tatatanggapin niya kayo.

Kung kayo ay magpapakonsulta sa mga espesyalista o tatanggap ng ibang sakop na serbisyo na nangangailangan ng aprobasyon ng inyong PCP (tulad ng mga serbisyong pangkalusugan sa bahay o matibay na kagamitang medikal), sabihan ang Navigator ng CareAdvantage. Tutulong ang Navigator ng CareAdvantage na tiyaking makakapagpatuloy kayo sa espesyalistang pangangalaga at iba pang serbisyo.

Babaguhin ng Yunit ng CareAdvantage ang inyong rekord ng pagiging miyembro para ipakita ang pangalan ng bago ninyong PCP at sasabihan nila kayo kung kailan magkakaroon ng bisa ang pagpapalit sa bago ninyong PCP. Makakatanggap kayo ng liham ng kumpirmasyon na nagpapaalam sa inyo tungkol sa pangalan at impormasyon sa pagkontak ng bago ninyong PCP.

Ang pagpapalit ng PCP ay magkakaroon ng bisa sa unang araw ng susunod na buwan. Ang ilan sa mga PCP ng aming plano ay nauugnay sa mga medikal na pangkat. Kung magpapalit kayo ng PCP, puwedeng magpalit din kayo ng medikal na pangkat. Kapag humiling kayo ng pagbabago, sabihan ang Yunit ng CareAdvantage kung nagpatingin kayo sa isang espesyalista o kumukuha kayo ng iba pang sakop na serbisyong may pag-aproba dapat ng PCP. Tutulungan kayo ng Yunit ng CareAdvantage na maipagpatuloy ang inyong espesyal na pangangalaga at iba pang serbisyo kapag nagpalit kayo ng inyong PCP.

### **Mga serbisyong matatanggap ninyo nang walang aprobasyon mula sa inyong PCP**

Madalas, kailangan ninyo ng aprobasyon ng inyong PCP bago kumonsulta sa ibang tagabigay ng serbisyo. Ang pahintulot na ito ay tinatawag na **referral**. Makakatanggap kayo ng mga serbisyo tulad ng mga nakalista sa ibaba nang walang aprobasyon mula sa inyong PCP:

- mga pang-emergency na serbisyo mula sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan o tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan
- agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan
- agarang kinakailangang pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan kapag hindi kayo makapunta sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan (halimbawa, kung wala kayo sa pinaglilingkurang lugar)

**Tandaan:** Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay dapat agad na kinakailangan at medikal na kinakailangan.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Ang mga serbisyo sa dialysis ng bato na matatanggap ninyo sa isang pasilidad sa dialysis na sertipikado ng Medicare kapag wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano. Kung tatawagan ninyo ang Yunit ng CareAdvantage bago kayo umalis sa pinaglilingkurang lugar, matutulungan namin kayong makapag-dialysis habang wala kayo.

- Mga bakuna laban sa trangkaso at sa COVID-19 pati na rin mga bakuna laban sa hepatitis B at sa pneumonia kung tatanggapin ninyo ang mga ito mula sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan.
- Mga serbisyo para sa karaniwang pangangalaga ng kalusugan ng kababaihan at pagpapalano ng pamilya. Kabilang dito ang eksaminasyon sa dibdib, mga mammogram na eksaminasyon (mga x-ray sa dibdib), Mga pap test, at eksaminasyon sa pelvic, hangga't nakukuha ninyo ito mula sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan

Bukod pa rito, kung isa kayong American Indian na Miyembro, puwede kayong makakuha ng Mga Sakop na Serbisyo mula sa gusto ninyong Indian na Tagabigay ng Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan, nang hindi na kailangan ng referral mula sa isang PCP na nasa Samahan o Paunang Awtorisasyon.

- Mga serbisyo sa podiatry na ibinibigay ng isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan
- Acupuncture na ibinigay ng tagabigay ng serbisyo na nasa samahan
- Mga eksaminasyon sa paningin na ibinibigay ng tagabigay ng serbisyo na nasa samahan
- Mga eksaminasyon sa pandinig na ibinibigay ng tagabigay ng serbisyo na nasa samahan
- Mga chiropractic na serbisyo para sa mga pag-aayos ng gulugod para iwasto ang pagkakanay nito, na ibinibigay ng tagabigay ng serbisyo na nasa samahan.

## **D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan**

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

- Mga oncologist o doktor sa kanser, na nangangalaga sa pasyenteng may kanser.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





- Ang mga Cardiologist ay nangangalaga sa mga pasyenteng may problema sa puso.
- Ang mga Orthopedist ay nangangalaga sa mga pasyenteng may problema sa buto, kasukasan, o kalamnan.

Para sa iba pang uri ng referral, posibleng kailangan munang kumuha ng inyong PCP ng paunang pag-aproba mula sa Medikal na Direktor ng CareAdvantage (tinatawag itong pagkuha ng “paunang awtorisasyon”). Mangyaring sumangguni sa Kabanata 4 para sa impormasyon tungkol sa aling mga serbisyo ang nangangailangan ng PA.

Dahil ang PCP ay naroon upang pangalagaan ang inyong pangkalahatang kalusugan nararapat na dapat ay alam niya ang lahat ng inyong mga alalahanin sa sakit. Kaya iminumungkahi namin ang pagkikipag-usap ninyo sa inyong PCP bago kayo pumunta sa isang espesyalista. Mayroong ibang mga serbisyo na maaari ninyong makuha palagi kahit wala ang nakasulat na rekomendasyon.

Naipaliwanag namin ang mga ito sa Seksiyon D. Kung gusto ng espesyalista na bumalik kayo para sa karagdagang pangangalaga, makipag-ugnayan muna sa inyong PCP para tiyaking gusto ng inyong PCP na magkaroon kayo ng mga susunod pang pagbisita sa espesyalista.

Kung nais ninyong gumamit ng ispisipikong mga espesyalista, alamin kung nagpapadala ang inyong PCP ng mga pasyente sa mga espesyalistang iyon. Ang bawat plano ng PCP ay may mga partikular na espesyalista na kanilang ginagamit para sa mga referral. Ibig sabihin, ang PCP na inyong pinili ang maaaring tumukoy ng mga espesyalistang pupuntahan ninyo. Sa pangkalahatan maaari ninyong baguhin ang inyong PCP anumang oras kung gusto ninyong magpakonsulta sa isang espesyalista sa Plano na kung saan hindi kayo ini-refer ng inyong kasalukuyang PCP. Sa ilalim ng “Opsyong palitan ang inyong PCP,” ipinapaalam namin sa inyo kung paano palitan ang inyong PCP. Kung mayroon kayong ispisipikong ospital na gusto ninyong gamitin, kailangan ninyo munang malaman kung ang inyong PCP ay ginagamit ang ospital na ito.

Ang nakasulat na referral ay puwedeng para sa isang pagbisita o puwede itong magamit bilang isang umiiral na referral (standing referral) para sa mahigit isang pagbisita kung kailangan ninyo ng tuloy-tuloy na serbisyo. Dapat namin kayong bigyan ng umiiral na referral sa isang kuwalipikadong espesyalista para sa alinman sa mga kondisyong ito:

- chronic (di gumagaling) na kondisyon;
- nakamamatay na sakit sa isip o katawan;
- degenerative na sakit o kapansanan;

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





- anupamang kondisyon o sakit na malubha o kumplikado kaya nangangailangan ng paggamot ng espesyalista.

Kung hindi ka makakakuha ng nakasulat na referral kapag kailangan, posibleng hindi bayaran ang singil. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numerong nasa ibaba ng pahinang ito.

Kung hindi namin kayo mahahanap ng isang kuwalipikadong tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ng plano, dapat namin kayong bigyan ng standing na awtorisasyon sa serbisyo para sa isang kuwalipikadong espesyalista para sa alinman sa mga kondisyong ito:

- chronic (di gumagaling) na kondisyon;
- nakamamatay na sakit sa isip o katawan;
- degenerative na sakit o kapansanan;
- anupamang kondisyon o sakit na malubha o kumplikado kaya nangangailangan ng paggamot ng espesyalista.

Kung hindi kayo makakakuha ng awtorisasyon sa serbisyo mula sa amin kapag kailangan, posibleng hindi bayaran ang singil. Para sa higit pang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa numero ng teleponong nakasaad sa ibaba ng pahinang ito.

### **D3. Kapag umalis ang isang tagabigay ng serbisyo sa aming samahan**

Posibleng umalis sa aming plano ang kinokonsultahan ninyong tagabigay ng serbisyo na nasa samahan. Kung umalis sa aming plano ang isa sa inyong mga tagabigay ng serbisyo, mayroon kayong ilang partikular na karapatan at proteksyong nakabuod sa ibaba:

- Kahit na magbago sa loob ng taon ang aming samahan ng mga tagabigay ng serbisyo, dapat namin kayong bigyan ng tuloy-tuloy na access sa mga kuwalipikadong tagabigay ng serbisyo.
- Aabisuhan namin kayo na aalis na sa aming plano ang inyong tagabigay ng serbisyo, para magkaroon kayo ng panahong pumili ng bagong tagabigay ng serbisyo.
  - Kung aalis sa aming plano ang tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga o sa kalusugan ng pag-uugali, aabisuhan namin kayo kung nagpapatingin na kayo sa naturang tagabigay ng serbisyo sa loob ng nakalipas na tatlong taon.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Kung may sinumang tagabigay ng serbisyo na aalis sa aming plano, aabisuhan namin kayo kapag nakatalaga kayo sa tagabigay ng serbisyo, kung kasalukuyan kayong nakatanggap ng pangangalaga mula sa kanya, o kung nagpatingin kayo sa kanya sa nakalipas na tatlong buwan.
- Tutulungan namin kayong pumili ng bagong kuwalipikadong tagabigay ng serbisyo na nasa samahan na magpapatuloy sa pangangasiwa ng inyong mga pangangailangan sa pangangalaga sa kalusugan.
- Kung kasalukuyan kayong sumasailalim sa medikal na paggamot o mga therapy sa kasalukuyan ninyong tagabigay ng serbisyo, may karapatan kayong hilingin, at nagsisikap kami para tiyakin, na ang natatanggap ninyong medikal na kinakailangang paggamot o mga therapy ay magpapatuloy.
- Bibigyan namin kayo ng impormasyon tungkol sa iba't ibang panahon ng pagpapa-enroll na available sa inyo at mga opsyong mayroon kayo sa pagpapalit ng plano.
- Kung wala kaming mahanap na kuwalipikadong espesyalista sa samahan na madaling i-access para sa inyo, kailangan naming maghanda ng espesyalistang wala sa network para magbigay ng inyong pangangalaga kapag hindi available o hindi sapat ang isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan o benepisyong kasama sa samahan para tugunan ang inyong mga medikal na pangangailangan. Kailangan ang paunang awtorisasyon mula sa plano bago kayo makakuha ng pangangalaga mula sa isang espesyalistang hindi kasama sa samahan, kung hindi ay hindi masasakop ang mga serbisyo.
- Kung sa palagay ninyo ay hindi namin pinalitan ang dati ninyong tagabigay ng serbisyo ng isang kuwalipikadong tagabigay ng serbisyo, o na hindi namin pinapangasiwaan nang maayos ang inyong pangangalaga, may karapatan kayong maghain sa QIO ng reklamo sa kalidad ng pangangalaga, karaingan sa kalidad ng pangangalaga, o pareho. (Sumangguni sa **Kabanata 9** para sa higit pang impormasyon.)

Kung nalaman ninyong aalis sa aming samahan ang isa sa inyong mga tagabigay ng serbisyo, kontakin kami. Matutulungan namin kayo sa paghahanap ng bagong tagabigay ng serbisyo at sa pangangasiwa ng inyong pangangalaga. Puwede ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para sa tulong sa 1-866- 880-0606

#### **D4. Mga tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan**

Kayo ay maaaring irekumenda ng inyong PCP sa isang labas-sa-samahan na tagabigay ng serbisyo kapag ang inyong mga pangangailangang medikal ay hindi matugunan sa

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



pamamagitan ng samahan ng tagabigay ng serbisyo ng CareAdvantage. Sa ibang mga kaso, kakailanganin ng inyong PCP ang awtorisasyon mula sa CareAdvantage. Ang inyong PCP ay maaaring humiling ng pahintulot mula sa HPSM sa pamamagitan ng pagkumpleto ng Form ng Kahilingan ng Awtorisasyon para sa Pagpapagamot at i-fax ito sa HPSM.

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

Kung pupunta kayo sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan, ang tagabigay ng serbisyo ay kailangang kuwalipikadong sumali sa Medicare at/o Medi-Cal.

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

---

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

Makakatulong ang LTSS na makapanatili kayo sa tahanan at maiwasan ang pamamalagi sa ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (skilled nursing facility). May access kayo sa ilang partikular na LTSS sa pamamagitan ng aming plan, kabilang ang pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (skilled nursing facility care), Mga Serbisyong Nakabase sa Komunidad para sa Nasa Sapat na Gulang (Community-Bases Adult Services o CBAS), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang isa pang uri ng LTSS, ang In Home Supportive Services program, ay available sa pamamagitan ng ahensya ng panlipunang serbisyo ng inyong county. Para maging kuwalipikado sa LTSS, sa pangkalahatan, kayo dapat ay 18 taong gulang o mas matanda, at naka-enroll dapat kayo sa isang Plano para sa Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal tulad ng Health Plan of San Mateo (HPSM). Kasama sa iba pang itinatakda sa pagiging kuwalipikado ang pagkakaroon ng mga limitasyong functional, pisikal, at limitasyon sa pag-uugali, na kung walang mga pangmatagalang serbisyo at suporta, ay hindi ninyo kayang manatiling ligtas sa sarili ninyong bahay. Paminsan-minsan, maaari kayong makakuha ng tulong sa inyong pang-araw-araw na pangangailangan sa pangangalaga ng kalusugan at pamumuhay. Dapat matugunan ng mga miyembro ang ilang partikular na kinakailangan para sa pagiging kuwalipikado para maging kuwalipikado para sa bawat isa sa mga programang ito. Tawagan ang inyong HPSM Integrated Care Management sa

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



650-616-2060, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. para sa impormasyon tungkol sa kinakailangan sa pagiging kuwalipikado.

---

## **F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (kalusugan ng isip at disorder sa paggamit ng droga)**

Mayroon kayong access sa mga medikal na kinakailangang serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sakop ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sakop ng pinamamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Ang aming plano ay hindi nagbibigay ng mga espesyalistang serbisyo sa kalusugan ng isip o serbisyo ng county sa problema sa paggamit ng substance na sakop ng Medi-Cal, pero available sa inyo ang mga serbisyonang ito sa pamamagitan ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali at Pagpapagaling ng San Mateo County (Behavioral Health and Recovery Services, BHRS).

### **F1. Mga serbisyo ng Medi-Cal para sa kalusugan ng pag-uugali na wala sa aming plano**

Available sa inyo ang mga espesyalistang serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng isip sa pamamagitan ng plano ng county para sa kalusugan ng isip (mental health plan, MHP) kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan para i-access ang mga espesyalistang serbisyo sa kalusugan ng isip. Kabilang sa mga espesyalistang serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng BHRS ng San Mateo County ang:

- mga serbisyo sa kalusugan ng isip
- mga serbisyo sa pagsuporta sa paggamot
- pang-araw na paggamot na intensive
- pang-araw na rehabilitasyon
- pamamagitan kapag may krisis
- istabilisasyon ng krisis
- mga serbisyo ng pantahanang paggamot para sa nasa hustong gulang
- mga serbisyo ng pantahanang paggamot sa panahon ng krisis
- mga psychiatric na serbisyo sa pasilidad ng kalusugan
- mga psychiatric na serbisyo sa ospital para sa inpatient

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- targeted na pamamahala ng kaso
- mga serbisyo sa suporta ng kasamahan
- mga mobile na serbisyo ng interbensyon sa krisis na nakabase sa komunidad
- mga therapeutic na serbisyo sa kalusugan sa pag-uugali (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- mga therapeutic na foster care (nasa pangangalaga ng gobyerno) (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- koordinasyon ng intensive na pangangalaga (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- mga intensive na serbisyong pantahanan (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)

Available sa inyo ang mga serbisyo ng Drug Medi-Cal Organized Delivery System sa pamamagitan ng BHRS ng San Mateo County kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan para tanggapin ang mga serbisyong ito. Kabilang sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na ibinibigay ng BHRS ng San Mateo County ang:

- mga serbisyo para sa intensive na paggamot sa mga pasyenteng hindi namamalagi sa ospital
- perinatal residential na paggamot sa problema sa paggamit ng substance
- mga serbisyo sa outpatient na paggamot
- programa sa narcotic na paggamot
- mga gamot para sa paggamot ng adiksiyon (tinatawag ding Medication Assisted Treatment)
- mga serbisyo sa suporta ng kasamahan
- mga mobile na serbisyo ng interbensyon sa krisis na nakabase sa komunidad
- Kasama sa Mga Serbisyo ng Drug Medi-Cal Organized Delivery System ang:
- mga serbisyo sa outpatient na paggamot
- mga serbisyo para sa intensive na paggamot sa mga pasyenteng hindi namamalagi sa ospital

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- mga gamot para sa paggamot ng adiksiyon (tinatawag ding Medication Assisted Treatment)
- mga serbisyo ng pantahanang paggamot
- mga serbisyo sa pamamahala sa withdrawal
- programa sa narcotic na paggamot
- mga serbisyo sa pagpapagaling
- koordinasyon ng pangangalaga
- mga serbisyo sa suporta ng kasamahan
- mga mobile na serbisyo ng interbensyon sa krisis na nakabase sa komunidad
- mga serbisyo sa contingency management

Bukod sa mga serbisyong nakalista sa itaas, posibleng magkaroon kayo ng access sa mga boluntaryong serbisyo sa detoxification ng inpatient kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan.

Puwede ninyong tawagan ang San Mateo County BHRS ACCESS Call Center ng San Mateo County sa 1-800-686-0101 (TTY: 7-1- 1) para sa higit pang impormasyon. Ang oras ng aming opisina ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

Dapat ninyong kontakin ang BHRS ACCESS Call Center ng San Mateo County kung kailangan ninyo ng tulong sa pagtanggap ng mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali. Ang BHRS ang namamahala sa inisyal na screening sa kalusugan ng pag-uugali para matiyak ang naaangkop na antas ng pangangalaga at naaangkop na samahan ng mga tagabigay ng serbisyo. Magkatuwang ang HPSM at BHRS para sa transisyon ng mga referral sa pagitan ng mga sistema ng pangangalaga.

Responsable ang BHRS sa mga espesyalistang serbisyo sa kalusugan ng isip na nakalista sa itaas at responsibilidad nito ang availability ng mga serbisyong ito at anumang iba pang pagpapasya tungkol sa medikal na pangangailangan. Ang anumang hindi pagkakaunawaan ay pamamahalaan ng mga plano alinsunod sa kanilang Memorandum of Understanding agreement.

Kung may problema kayo sa tagabigay ng serbisyo sa BHRS ng San Mateo County, puwede ninyong kontakin ang BHRS ACCESS Call Center ng San Mateo County sa numerong nakalista sa itaas, O puwede ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



1-800-735-2929, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. para maghain ng karaingan.

---

## G. Mga serbisyo sa transportasyon

### G1. Medikal na transportasyon sa mga hindi emergency na sitwasyon

Kuwalipikado kayo para sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon kung mayroon kayong mga medikal na pangangailangan na pumipigil sa inyong magkotse, sumakay sa bus, o taxi papunta sa inyong mga appointment. Maibibigay ang hindi pang-emergency na medikal na transportasyon para sa mga sakop na serbisyo tulad ng mga appointment na medikal, sa ngipin, sa kalusugan ng isip, sa paggamit ng droga, at sa parmasya. Kung kailangan ninyo ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon, puwede ninyong kausapin ang inyong PCP o Espesyalista at hilingin ito. Ang inyong PCP o Espesyalista ang magpapasya sa pinakamainam na uri ng transportasyon na tutugon sa inyong mga pangangailangan. Kung kailangan ninyo ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon, iutos nila ito sa pamamagitan ng pagkumpleto ng isang form at pagsusumite nito sa CareAdvantage para sa aprobasyon. Depende sa inyong medikal na pangangailangan, may bisa nang isang taon ang aprobasyon. Itatasa ulit ng inyong PCP o espesyalista ang inyong pangangailangan para sa isang hindi pang-emergency na medikal na transportasyon para sa muling aprobasyon kada 12 buwan.

Ang hindi pang-emergency na medikal na transportasyon ay isang ambulansiya, litter van, wheelchair van, o transportasyon sa himpapawid. Pinahihintulutan ng CareAdvantage ang pinakamurang sakop na paraan ng transportasyon at ang pinakanaaangkop na hindi pang-emergency na medikal na transportasyon para sa inyong mga medikal na pangangailangan kapag kailangan ninyo ng sasakyan papunta sa inyong appointment. Halimbawa, kung pisikal o medikal kayong maibibiyaha sa isang wheelchair van, hindi magbabayad ang CareAdvantage para sa isang ambulansiya. Kuwalipikado lamang kayo sa biyaheng himpapawid kung imposible ang biyaheng panlupa dahil sa inyong kondisyong medikal.

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

- Pisikal o medikal ninyo itong kinakailangan alinsunod sa nakasulat na awtorisasyon mula sa inyong PCP o Espesyalista dahil hindi kayo makagamit ng bus, taxi, kotse, o van para makapunta sa inyong appointment.
- Kailangan ninyo ng tulong mula sa drayber papunta at mula sa inyong tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang kapansanang pisikal o sa isip.

Para humiling ng medikal na transportasyon na ipinayo ng inyong doktor para sa mga hindi agarang **regular na appointment**, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606,

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang **7-1-1** nang limang (5) araw ng negosyo o mas maaga (Lunes-Biyernes) bago ang inyong appointment. Para sa mga **agarang appointment**, tumawag kaagad. Pakihanda ang inyong ID Card ng miyembro kapag tumawag kayo. Puwede rin kayong tumawag kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon.

### **Mga limitasyon sa medikal na transportasyon**

Sakop ng CareAdvantage ang pinakamurang medikal na transportasyong nakakatugon sa inyong mga medikal na pangangailangan mula sa inyong bahay papunta sa pinakamalapit na tagabigay ng serbisyo kung saan available ang appointment. Hindi ibibigay ang medikal na transportasyon kung hindi sakop ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo. Kung ang uri ng appointment ay sakop ng Medi-Cal pero hindi sa planong pangkalusugan, tutulungan kayo ng CareAdvantage na iiskedyul ang inyong transportasyon. May listahan ng mga sakop na serbisyo sa Kabanata 4 ng aklat-gabay na ito. Hindi sakop ang transportasyong wala sa samahan o pinaglilingkurang lugar ng CareAdvantage maliban kung ito ay nauna nang pinahintulutan.

### **G2. Hindi medikal na transportasyon**

Kasama sa mga benepisyo ng hindi medikal na transportasyon ang pagbiyahe papunta at pauwi mula sa inyong mga appointment para sa isang serbisyong awtorisado ng inyong tagabigay ng serbisyo. Puwede kayong makasakay nang wala kayong gagastusin kung kayo ay:

- Bumibiyahe papunta at pauwi mula sa isang appointment para sa isang - serbisyong awtorisado ng inyong tagabigay ng serbisyo, o
- Ang pagkuha ng mga reseta at medikal na supply.

Pinahihintulutan kayo ng CareAdvantage na gumamit ng kotse, taxi, bus, o iba pang pampubliko/pribadong paraan ng pagpunta sa inyong hindi medikal na appointment para sa mga serbisyong awtorisado ng inyong tagabigay ng serbisyo. Ang CareAdvantage ay gumagamit ng American Logistics (AL) para maghanda ng hindi medikal na transportasyon. Sakop namin ang pinakamurang uri ng hindi medikal na transportasyon na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan.

Minsan, puwede kayong mabigyan ng reimbursement para sa mga pagsakay sa isang pribadong sasakyan na kayo ang naghanda. Kailangan itong aprubahan ng CareAdvantage **bago** kayo makasakay, at kung makukumpirma lang namin na sinubukan ninyo pero hindi kayo makahanap ng masasakyan sa pamamagitan ng AL. Masasabi ninyo ito sa amin sa pamamagitan ng pagtawag o pagpapadala ng email, o nang personal. **Hindi kayo mabibigyan ng reimbursement para sa sarili ninyong pagmamaneho.**

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





Para sa pagsasauli sa nagastos ayon sa mileage, kinakailangan ang lahat ng sumusunod:

- Driver's license ng nagmamaneho.
- Rehistro ng sasakyan ng nagmamaneho.
- Pruweba ng insurance ng sasakyan ng nagmamaneho.

Para humiling ng masasakyan para sa mga awtorisadong serbisyo, tawagan ang American Logistics (AL) sa 1-877-356-1080 nang dalawang (2) araw ng negosyo o mas maaga (Lunes-Biyernes) bago ang inyong appointment. Para sa mga **agarang appointment**, tumawag kaagad. Pakihanda ang inyong ID Card ng miyembro kapag tumawag kayo. Puwede rin kayong tumawag kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon.

**Tandaan:** Maaaring kontakin ng mga American Indian na Miyembro ang kanilang lokal na Klinikang Pangkalusugan para sa mga Indian para humiling ng hindi medikal na transportasyon.

### **Mga limitasyon sa hindi medikal na transportasyon**

Ibinibigay ng CareAdvantage ang pinakamurang medikal na transportasyong nakakatugon sa inyong mga pangangailangan mula sa inyong bahay papunta sa pinakamalapit na tagabigay ng serbisyo kung saan available ang appointment. **Hindi ninyo puwedeng ipagmaneho ang inyong sarili at hindi kayo puwedeng direktang mabibigyan ng reimbursement.**

**Hindi** nalalapat ang hindi medikal na transportasyon kung:

- Kinakailangan ang isang ambulansiya, litter van, wheelchair van, o iba pang anyo ng hindi emergency na medikal na transportasyon para makapunta sa isang serbisyo.
- Kailangan ninyo ang tulong ng drayber papunta at mula sa tirahan, sasakyan, o lugar ng paggamot dahil sa isang kondisyong pisikal o medikal.
- Kung nasa wheelchair kayo at hindi makapasok at makalabas ng sasakyan nang walang tulong ng driver.
- Hindi sakop ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



---

## H. Mga sakop na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag agarang kinakailangan, o tuwing may sakuna

### H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency

Ang medikal na emergency ay kondisyong medikal na may sintomas tulad ng matinding pananakit o malubhang sugat. Napakalubha na ng kondisyon na, kung hindi ito kaagad mabibigyan ng medikal na atensyon, maaasahan ninyo o ninumang may pangkaraniwang kaalaman ng kalusugan at medisina na hahantong ito sa:

- matinding panganib sa inyong kalusugan o sa kalusugan ng inyong hindi pa naisisilang na anak; ○
- malubhang pinsala sa mga kakayahan ng katawan; ○
- matinding diperensya ng anumang organo o bahagi ng katawan; ○
- Sa kaso ng isang babaeng nagbubuntis na nasa aktibong yugto ng panganganak, kapag:
  - Walang sapat na oras para ligtas kayong mailipat sa ibang ospital bago lumabas ang sanggol.
  - Posibleng magbanta sa kalusugan o kaligtasan ninyo o ng inyong hindi pa naisisilang na anak ang paglipat sa ibang ospital.

Kung mayroon kayong medikal na emergency:

- **Humingi ng tulong sa lalong madaling panahon.** Tawagan ang 911 o pumunta sa pinakamalapit na emergency room o ospital. Tumawag ng ambulansiya kung kailangan ninyo ito. **Hindi** ninyo kailangan ng aprobasyon o referral mula sa inyong PCP. Hindi ninyo kailangang kumonsulta sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan. Posible kayong makatanggap ng pang-emergency na pangangalagang medikal kapag kailangan ninyo ito, saanman sa U.S. o sa mga teritoryo nito, mula sa anumang tagabigay ng serbisyo na may naaangkop na lisensya ng estado.
- **Sa lalong madaling panahon, sabihan ang aming plano tungkol sa inyong emergency.** Magfa-follow up kami sa inyong pang-emergency na pangangalaga. Dapat kayong tumawag o ang iba para ipaalam sa amin ang inyong pang-emergency na pangangalaga, kadalasan ay sa loob ng 48 oras. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Gayunpaman, hindi kayo

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon,** bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



magbabayad para sa mga pang-emergency na serbisyo kung hindi ninyo kami masasabihan kaagad. Mahahanap ninyo ang numero ng telepono sa pagkontak sa amin sa likod ng inyong ID card ng Miyembro ng CareAdvantage Member.

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

Maaari kayong makakuha ng sakop na pang-emergency na pangangalaga kailan ninyo man ito kailanganin, kahit saan sa Estados Unidos o mga teritoryo nito.

Sakop ng Medicare ang mga serbisyong medikal at gamot na kukunin ninyo sa Estados Unidos at sa mga teritoryo nito (halimbawa, Puerto Rico, Guam, atbp.). Hindi sakop ng Medicare ang mga serbisyong medikal at gamot na kukunin ninyo sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito (halimbawa, Puerto Rico, Guam, atbp.) maliban sa mga pang-emergency na serbisyong inilalarawan sa ibaba.

Kung bibiyahe kayo sa Canada o Mexico at mangangailangan kayo ng mga pang-emergency na serbisyo at na-admit kayo sa ospital, sasakupin kayo sa pamamagitan ng aming pagkakasakop sa emergency sa buong mundo. Kung magbabayad kayo para sa mga pang-emergency na serbisyo na nangangailangan ng pagpapaospital saanman sa mundo, maaari ninyong hilingin sa HPSM na ibalik ang ibinayad ninyo. Susuriin ng HPSM ang inyong kahilingan. Kung sasang-ayon ang HPSM na bayaran kayo, babayaran kayo ng halagang hiniling ninyo hanggang \$25,000. Kung kailangan ninyo ng ambulansiya para makapunta sa emergency room, sakop iyon ng aming plano. Sakop din namin ang mga medikal na serbisyo kapag may emergency. Para matuto pa, sumangguni sa Talaan ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng inyong Aklat-Gabay ng Miyembro.

Ang mga tagabigay ng serbisyo na magbibigay sa inyo ng pang-emergency na pangangalaga ang magpapasya kung kailan maayos ang inyong kondisyon at kung kailan matatapos ang medikal na emergency. Patuloy nila kayong gagamutin at kokontakin nila kami para gumawa ng mga plano kung kailangan ninyo ng pagsubaybay na pangangalaga para gumaling.

Sakop ng aming plano ang inyong pagsubaybay na pangangalaga. Kung kumuha kayo ng pang-emergency na pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan, susubukan naming makakuha ng mga tagabigay ng serbisyo ng samahan na magpapatuloy sa inyong pangangalaga sa lalong madaling panahon.

Sa sandaling nagamot na sa ospital ang inyong emergency na medikal na kondisyon at wala nang maituturing na emergency dahil napatatag na ang inyong kondisyon, posibleng hilingin sa inyo ng doktor na gumagamot sa inyo na sandaling manatili sa ospital bago kayo puwedeng makaalis nang ligtas mula sa ospital. Ang mga serbisyo na iyong natatanggap matapos na ma-stabilize ang iyong kondisyong pang-emergency ay tinatawag na “mga serbisyo pagkatapos magawang ligtas ang kalagayan (post-stabilization services).”

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Kung ang ospital kung saan kayo nakatanggap ng mga pang-emergency na serbisyo ay hindi bahagi ng samahan ng CareAdvantage, ang hindi kinontratang ospital ay makikipag-ugnayan sa amin upang makakuha ng pahintulot para sa inyong pangangalaga pagkatapos ma-stabilize ang kalagayan sa hindi kinontratang ospital. Mahalagang dala ninyo palagi ang inyong ID Card ng Miyembro ng CareAdvantage para magawa ng hindi nakakontratang ospital na kontakin kami. Kung hindi alam ng hindi nakakontratang ospital na kayo ay isang miyembro ng CareAdvantage, maaari kayong makatanggap ng nakasulat na pabatid hinggil sa bayad.

Kung puwede na kayong mailipat nang ligtas sa isang ospital na nasa samahan, kokonsulta kami sa inyong doktor para ayusin at bayaran ang paglilipat sa inyo mula sa hindi nakakontratang ospital papunta sa ospital o pasilidad ng pangangalaga na nasa samahan ng CareAdvantage.

Kung kami ay magpasya na ang isang ospital na nasa samahan o pasilidad ng pangangalaga ay makapagkaloob ng pag-aalaga na inyong kinakailangan at kayo ay hindi sumasang-ayon sa paglipat, ang hindi nakakontratang ospital ay maaaring magbigay sa inyo ng nakasulat na pabatid na naglalahad na kailangan ninyong bayaran ang lahat ng mga serbisyo pagkatapos mapatatag ang kalagayan na ipinagkaloob sa inyo sa hindi nakakontratang ospital makalipas na ang emergency na kundisyon ay napatatag. Posibleng hindi bayaran ng CareAdvantage ang mga hindi awtorisadong pangangalaga na post-stabilization o kaugnay na transportasyon na ipinagkaloob ng hindi nakakontratang ospital at mga tagabigay ng serbisyo.

### **Pagtanggap ng pang-emergency na pangangalaga kahit na hindi ito emergency**

Kung minsan, mahirap alamin kung mayroon kayong medikal na emergency o emergency sa kalusugan ng pag-uugali. Posibleng pumasok kayo para sa pang-emergency na pangangalaga at sasabihin ng doktor na hindi talaga ito isang emergency. Hangga't makatuwiran ninyong naisip na ang inyong kalusugan ay nasa matinding panganib, sakop namin ang inyong pangangalaga.

Kapag nasabi ng doktor na hindi ito isang emergency, sakop lang namin ang karagdagan ninyong pangangalaga kung:

- Isa kayong tagabigay ng serbisyo na nasa samahan o
- Ang karagdagang pangangalagang matatanggap ninyo ay itinuturing na “agarang kinakailangang pangangalaga” at susundin ninyo ang mga tuntunin para tanggapin ito. Sumangguni sa susunod na seksiyon.

## **H2. Agarang kinakailangang pangangalaga**

Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay pangangalagang matatanggap ninyo para sa isang sitwasyong hindi emergency pero nangangailangan kaagad ng pangangalaga.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Halimbawa, posibleng inatake kayo ng isang dati nang kondisyon o hindi inaasahang karamdaman o injury.

### **Agarang kinakailangang pangangalaga sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano**

Kadalasan, sakop lang namin ang agarang kinakailangang pangangalaga kung:

- Matanggap ninyo ang pangangalagang ito mula sa tagabigay ng serbisyo na nasa samahan, **at**
- Sumusunod kayo sa mga tuntuning nakasaad sa kabanatang ito.

Kung hindi posible o makatwiran para sa inyong makapunta sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan, dahil sa oras, lugar, o sitwasyon ninyo, sasakupin namin ang agarang kinakailangang pangangalaga na matatanggap ninyo mula sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan.

Para sa hindi emergency, hindi inaasahang sakit, pinsala o kondisyon na nangangailangan ng madaliang pangangalagang medikal, dapat kayong makipag-ugnayan sa inyong tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga. Bibigyan kayo ng inyong PCP ng tagubilin kung paano ninyo mainam na ma-access ang pangangalaga. Maaari ninyo ring ma-access ang mga serbisyo ng agarang pangangailangan sa pamamagitan ng pagpunta sa tanggapan ng agarang pangangalaga. Kung hindi ma-access ang isang sentro ng agarang pangangalaga na kasama sa samahan, maari kayong pumunta sa isang sentro ng agarang pangangalaga sa labas ng aming samahan.

### **Agarang kinakailangang pangangalaga na wala sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano**

Kapag wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano, posibleng hindi kayo makatanggap ng pangangalaga mula sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan. Kapag ganito, sakop ng aming plano ang agarang kinakailangang pangangalaga na matatanggap ninyo mula sa anumang tagabigay ng serbisyo.

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

Sa ilalim ng inyong benepisyo sa Medi-Cal, kayo ay masasakop lamang kung kailangan ninyo ng emergency na serbisyo at kailangang mapasok sa ospital sa Canada o Mexico.

Sakop ng aming plano ang pang-emergency na pangangalaga at pang-emergency na transportasyon sa buong mundo. Mga serbisyo sa labas ng Estados Unidos sa mga sumusunod na sitwasyon:

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Sakop kayo hanggang \$25,000 kada taon kapag bumibiyahe sa labas ng Estados Unidos sa loob ng 6 na buwan pababa sa ilalim ng Pang-emergency na Benepisyo sa Biyahe ng CareAdvantage. Hindi sasakupin ang mga gastos na lampas sa halagang ito.
- Ang inyong buhay o pisikal na pagkilos ay malalagay sa panganib kung walang agarang pangangalaga.
- Isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan ang magbibigay ng paggamot sa isang pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan.
- Pagkatapos makakuha ng pangangalaga, magsumite ng katibayan ng pagbabayad at medikal na rekord gamit ang Form ng Direktang Pagsasauli sa Nagastos ng Miyembro (Direct Member Reimbursement, DMR) para sa pagsusuri ng claim (paghahabol ng kabayaran).
- Hindi sakop ang transportasyon pabalik ng Estados Unidos mula sa ibang bansa at gamot na binili habang nasa labas ng Estados Unidos.

### H3. Pangangalaga sa panahon ng sakuna

Kung nagdeklara ang gobernador ng California, ang Kalihim ng Mga Serbisyon Pangkalusugan at Pantao ng Estados Unidos (U.S. Secretary of Health and Human Services), o ang Pangulo ng Estados Unidos ng isang state of disaster o emergency sa inyong heograpikong lugar, may karapatan pa rin kayong tumanggap ng pangangalaga mula sa aming plano.

Bisitahin ang aming website para sa impormasyon tungkol sa kung paano matanggap ang pangangalagang kailangan ninyo sa panahon ng idineklarang sakuna:

[www.hpsm.org/member/my-health-plan/careadvantage-2024/where-can-i-get-care/emergency-coverage](http://www.hpsm.org/member/my-health-plan/careadvantage-2024/where-can-i-get-care/emergency-coverage).

Sa panahon ng idineklarang sakuna, kung hindi kayo makakapagpakonsulta sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan, makatanggap kayo ng pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan nang libre. Kung hindi kayo makakagamit ng isang parmasya ng samahan sa panahon ng idineklarang sakuna, mapupunan ninyo ang mga inirereseta sa inyo na gamot sa isang parmasyang wala sa samahan. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



---

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

Kung magpadala sa inyo ng singil ang isang tagabigay ng serbisyo sa halip na ipadala ito sa aming plano, dapat ninyong hilingin sa amin na bayaran ang singil.

Hindi responsibilidad ng CareAdvantage na bayaran kayo para sa isang gamot na puwede lang sakupin sa ilalim ng Medi-Cal Rx. Kung magbabayad kayo para sa buong halaga ng reseta na sakop ng Medi-Cal Rx at hindi ng CareAdvantage, posibleng ma-reimburse kayo ng parmasya kapag nabayaran na ng Medi-Cal Rx ang reseta. Kung hindi, puwede rin ninyong hilingin sa Medi-Cal Rx na bayaran kayo sa pamamagitan ng pagsusumite ng paghahabol na “Pagsasauli ng Medi-Cal sa Mula sa Bulsang Gastos (Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan))”. May higit pang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx sa: [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

**Hindi dapat kayo ang magbabayad ng singil. Kung kayo ang magbabayad, posibleng hindi na namin kayo mabayaran.**

Kung nagbayad kayo para sa mga sakop na serbisyo ninyo o kung siningil kayo para sa mga sakop na medikal na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong Aklat-Gabay ng Miyembro para alamin kung ano ang dapat gawin.

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

Sakop ng aming plano ang lahat ng serbisyo:

- na mapagpapasyahang medikal na kinakailangan, **at**
- na nakalista sa Talaan ng Mga Benepisyo ng plano namin (sumangguni sa **Kabanata 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*) **at**
- na natanggap ninyo alinsunod sa mga tuntunin ng plano.

Kung tumatanggap kayo ng mga serbisyong hindi sakop ng aming plano, **babayaran ninyo ang buong halaga**, maliban kung sakop ito ng ibang programa ng Medi-Cal sa labas ng aming plano.

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

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng inyong Aklat-Gabay ng Miyembro kung ano ang dapat gawin kung gusto ninyo masakop namin ang isang medikal na serbisyo o item. Ipinababatid din nito sa inyo kung paano maghain ng apela sa aming desisyon sa pagkakasakop. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage upang higit na malaman ang tungkol sa inyong mga karapatan sa paghain ng apela.

Babayaran namin ang ilang serbisyo hanggang sa isang partikular na limitasyon. Kung lumagpas kayo sa limitasyon, babayaran ninyo ang buong halaga para makatanggap pa ng ganoong uri ng serbisyo. Sumangguni sa **Kabanata 4** para mga partikular na limitasyon ng benepisyong. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para alamin kung ano ang mga limitasyon sa benepisyong at kung gaano kalaking bahagi ng inyong mga benepisyong ang nagamit na ninyo.

---

## J. Pagkakasakop ng mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

### J1. Depinisyon ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral

Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (na tinatawag ding isang klinikal na pagsubok) ay isang paraan para subukan ng mga doktor ang mga bagong uri ng pangangalagang pangkalusugan o gamot. Ang isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na naaprubahan ng Medicare ay karaniwang humihiling ng mga boluntaryong na lumahok sa pag-aaral.

Kapag naaprubahan ng Medicare ang isang pag-aaral na gusto ninyong lahuman, at nagpahayag kayo ng interes, may isang taong nagtatrabaho sa pag-aaral na kokontak sa inyo. Sasabihan kayo ng taong iyon tungkol sa pag-aaral at aalamin niyo kung kuwalipikado kayong lumahok dito. Maaari kayong sumali sa pag-aaral hangga't natutugunan ninyo ang mga kinakailangang na kondisyon. Dapat ninyong maunawaan at tanggapin kung ano ang kailangan ninyong gawin sa pag-aaral.

Habang nasa pag-aaral kayo, puwede kayong manatiling naka-enroll sa aming plano. Sa ganoong paraan, patuloy kayong masasakop ng aming plano para sa mga serbisyo at pangangalaga na hindi nauugnay sa pag-aaral.

Kung gusto ninyong lumahok sa anumang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na naaprubahan ng Medicare, **hindi** ninyo kailangang sabihin sa amin o hindi ninyo kailangan ng aprobasyon mula sa amin o sa inyong tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga. Ang mga tagabigay ng serbisyo na nagbibigay sa inyo ng pangangalaga bilang bahagi ng pag-aaral ay **hindi** kailangang maging tagabigay ng serbisyo na nasa samahan. Pakitandaan na hindi kasama rito ang mga benepisyong responsibilidad ng aming plano na kinabibilangan, bilang bahagi, ng klinikal na trial o registry para matasa ang benepisyong. Kabilang dito ang ilang partikular na benepisyong na nakatakda sa ilalim ng mga pambansang pagpapasya sa

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





pagkakasakop na nangangailangan ng pagkakasakop habang nangongolekta ng mga ebidensya (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCDs-CED) at mga eksempsiyon sa sinisiyasat na device (investigational device exemption, IDE) at puwedeng napapailalim sa paunang awtorisasyon at iba pang patakaran ng plano.

### **Hinihikayat namin kayong sabihan kami bago kayo lumahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral.**

Kung plano ninyong lumahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, na sakop para sa mga naka-enroll sa Orihinal na Medicare, hinihikayat namin kayo na kontakin ang Yunit ng CareAdvantage para ipaalam sa aming lalahok kayo sa isang klinikal na pagsubok.

### **J2. Pagbabayad para sa mga serbisyo kapag sumali kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral**

Kung nagboluntaryo kayo para sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na naaprubahan ng Medicare, wala kayong babayaran para sa mga serbisyong sakop sa ilalim ng pag-aaral. Nagbabayad ang Medicare para sa mga serbisyong sakop sa ilalim ng pag-aaral at para sa mga regular na gastos na nauugnay sa inyong pangangalaga. Kapag lumahok kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na naaprubahan ng Medicare, sakop ang karamihan ng serbisyo at item na matatanggap ninyo bilang bahagi ng serbisyo. Kabilang dito ang:

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

Kung bahagi kayo ng isang pag-aaral na **hindi** naaprubahan ng Medicare, babayaran ninyo ang anumang gastos para sa pagiging bahagi ng pag-aaral.

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

Mas marami pa kayong matututunan tungkol sa paglahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral sa pamamagitan ng pagbabasa ng “Medicare at Mga Klinikal na Pananaliksik na Pag-aaral” sa website ng Medicare sa ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). Maaari kayo ring tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



---

## **K. Paano nasasakop ang inyong mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan**

### **K1. Depinisyon ng isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan**

Ang isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalagang karaniwan ninyong matatanggap sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. Kung labag sa inyong mga panrelihiyong paniniwala ang pagtanggap ng pangangalaga sa isang ospital o sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, sakop namin ang pangangalaga sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan.

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

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

Para makakuha ng pangangalaga mula sa pang-relihiyon at hindi-medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan, kailangan ninyo munang lumagda ng legal na dokumento na nagsasabing sinasadya ninyong tumanggi sa pagtanggap ng medikal na paggamot na “hindi isinasama”.

- Ang “hindi inaasahan” na medikal na paggamot ay anumang pangangalagang **boluntaryo at hindi kinakailangan** ng anumang pederal, pang-estado, o lokal na batas.
- Ang “inaasahan” na medikal na paggamot ay anumang pangangalagang **hindi boluntaryo at kinakailangan** sa ilalim ng pederal, pang-estado, o lokal na batas.

Para masakop ng aming plano, ang pangangalagang inyong nakukuha mula sa pang-relihiyon at hindi-medikal na institusyon para sa pangangalaga sa kalusugan ay kailangang makatugon sa mga sumusunod na mga kondisyon:

- Ang pasilidad na nagkakaloob ng pangangalaga ay dapat na sertipikado ng Medicare.
- Ang pagkakasakop ng mga serbisyo ng aming plano ay limitado sa mga hindi panrelihiyong aspeto ng pangangalaga.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Kung tatanggap kayo ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ibinibigay sa inyo sa isang pasilidad:
  - Dapat na kayo ay mayroong kondisyong medikal na magbibigay-daan sa inyo na makatanggap ng sakop na mga serbisyo para sa pangangalaga ng inpatient sa ospital o pasilidad sa dalubhasang pangangalaga.
  - Kailangan ninyong makuha ang aprobasyon namin bago kayo ipadala sa pasilidad, o **hindi** masasakop ang inyong pananatili.

Lalapat ang mga limitasyon sa pagkakasakop ng Medicare Inpatient Hospital (sumangguni sa Talaan ng Mga Benepisyo sa Kabanata 4, Seksiyon D.

---

## 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 item na na-order ng isang tagabigay ng serbisyo tulad ng mga wheelchair, saklay, powered mattress system, supply sa diabetes, mga hospital bed na na-order ng isang tagabigay ng serbisyo para gamitin sa bahay, mga intravenous (IV) infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at mga supply, nebulizer, at walker.

Pagmamay-ari ninyo ang mga partikular na item, tulad ng prostetiko (prosthetics), palagi.

Sa seksiyong ito, tatalakayin natin ang DME na rerentahan ninyo. Bilang miyembro ng aming plano, kadalasan ay **hindi** kayo magmamay-ari ng DME.

Sa ilang partikular na limitadong sitwasyon, inililipat namin ang pag-aari ng DME item sa inyo pagkalipas ng 13 buwan ng tuloy-tuloy na paggamit. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para malaman ang tungkol sa mga kinakailangang dapat ninyong matugunan at iba pang dokumentong kailangan ninyong ibigay.

### L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat kayo sa Orihinal na Medicare

Sa programa sa Orihinal na Medicare, ang mga taong nagrerenta ng ilang partikular na uri ng DME ay magmamay-ari ng kagamitan pagkalipas ng 13 buwan. Sa isang Medicare Advantage (MA) na plano, puwedeng itakda ng plano ang dami ng buwan kung kailan dapat rentahan ng mga tao ang ilang partikular na DME bago ito maging sa kanila.

**Tandaan:** Mahahanap ninyo ang mga depinasyon ng Orihinal na Medicare at mga MA na Plano sa Kabanata 12. Malalaman din ninyo ang higit pang impormasyon tungkol sa mga ito sa handbook na *Medicare & You (Ikaw at ang Medicare)* 2025. Kung wala kayong kopya ng

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



booklet na ito, puwede ninyo itong makuha sa website ng Medicare ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) o sa pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

Kung hindi pipiliin ang Medi-Cal, kakailanganin ninyong magsagawa ng 13 sunod-sunod na pagbabayad sa ilalim ng Orihinal na Medicare, o kakailanganin ninyong isagawa ang dami ng sunod-sunod na pagbabayad na itinakda ng MA na plano, para maging pag-aari ang DME na item kung:

- hindi kayo ang naging may-ari ng DME na item habang kayo ay nasa aming plano, **at**
- umalis kayo sa aming plano at kumuha ng inyong mga benepisyo sa Medicare sa labas ng anumang planong pangkalusugan sa programa ng Orihinal na Medicare o MA na plano.

Kung kayo ay nagbayad para sa DME na item sa ilalim ng Orihinal na Medicare o MA na plano bago kayo sumali sa aming plano, **ang mga pagbabayad sa Orihinal na Medicare o sa MA na plano na iyon ay hindi maibabawas sa mga pagbabayad na kailangan ninyong gawin pagkatapos umalis sa aming plano.**

- Kakailanganin ninyong magsagawa ng 13 bagong sunod-sunod na pagbabayad sa ilalim ng Orihinal na Medicare, o ang dami ng sunod-sunod na bagong pagbabayad na itinakda ng MA na plano para maging pag-aari ang DME na item.
- Walang eksepsiyon dito kapag bumalik kayo sa Orihinal na Medicare o MA na plano

### **L3. Mga benepisyo ng oxygen equipment bilang miyembro ng aming plano**

Kung kuwalipikado kayo para sa oxygen equipment na sakop ng Medicare at miyembro kayo ng aming plano, sakop namin ang:

- renta ng oxygen equipment
- paghahatid ng oxygen at mga nilalaman na oxygen
- paggamit ng tubo (tubing) at mga nauugnay na accessory para sa paghahatid ng oxygen at mga nilalaman ng oxygen
- pagmamantini at pagkukumpuni sa oxygen equipment

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Dapat ibalik ang oxygen equipment kapag hindi na ninyo ito medikal na kinakailangan o kapag umalis kayo sa aming plano.

#### **L4. Oxygen equipment kapag lumipat kayo sa Orihinal na Medicare o ibang Medicare Advantage (MA) na plano**

Kapag medikal na kinakailangan ang oxygen equipment at **umalis kayo sa aming plano at lumipat sa Orihinal na Medicare**, aarkilahin ninyo ito sa isang supplier sa loob ng 36 na buwan. Sakop ng mga buwanan ninyong pagbabayad ng renta ang oxygen equipment at ang mga supply at serbisyong nakalista sa itaas.

Kung medikal na kinakailangan ang oxygen equipment **pagkatapos ninyo itong arkilahin sa loob ng 36 na buwan**, dapat magbigay ang inyong supplier ng:

- oxygen equipment, mga supply, at serbisyo sa loob ng 24 pang buwan
- oxygen equipment at mga supply nang hanggang 5 taon kung medikal na kinakailangan

Kung medikal pa ring kinakailangan ang oxygen equipment **pagkalipas ng 5 taon**:

- Hindi na ito kailangang ibigay ng inyong supplier, at puwede kayong pumiling tumaggap ng pamalit na kagamitan mula sa anumang supplier.
- Magsisimula ang panibagong 5 taong yugto.
- Aarkila kayo sa isang supplier sa loob ng 36 buwan.
- Dapat ibigay ng inyong supplier ang oxygen equipment, mga supply, at mga serbisyo sa loob ng 24 pang buwan.
- May magsisimulang bagong cycle kada 5 taon hangga't medikal na kinakailangan ang oxygen equipment.

Kapag medikal na kinakailangan ang oxygen equipment at **umalis kayo sa aming plano at lumipat sa ibang MA na plano**, sa pinakamababa ay sasakupin ng plano ang sakop ng Orihinal na Medicare. Maaari ninyong itanong sa inyong MA na plano kung anong oxygen equipment at mga supply ang sakop nito at magkano ang gagastusin ninyo.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## Kabanata 4: Talaan ng mga benepisyo

---

### Introduksiyon

Ipinapaalam sa inyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sakop ng aming plano at anumang paghihigpit o limitasyon sa mga serbisyong iyon. Ipinapaalam din nito sa inyo ang tungkol sa mga benepisyong hindi sakop sa ilalim ng aming plano. Makikita ang mahahalagang salita at mga depinisyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

**Mga bagong miyembro sa CareAdvantage:** Kadalasan, ie-enroll kayo sa CareAdvantage para sa inyong mga benepisyo sa Medicare sa ika-1 araw ng buwan pagkatapos ninyong hilinging ma-enroll sa CareAdvantage. Puwede pa rin ninyong tanggapin ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal mula sa dati ninyong planong pangkalusugan sa Medi-Cal sa loob ng karagdagang isang buwan. Pagkatapos noon, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng CareAdvantage. Walang magiging pansamantalang limitasyon (gap) sa inyong pagkakasakop sa Medi-Cal. Pakitawagan kami sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1 kung mayroon kayong anumang tanong.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang inyong mga sakop na serbisyo at mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost).....	3
A1. Sa panahon ng mga emergency sa pampublikong kalusugan .....	3
B. Mga tuntunin laban sa pagsingil sa inyo ng mga tagabigay ng serbisyo para sa mga serbisyo .....	4
C. Tungkol sa Talaan ng Mga Benepisyo ng aming plano .....	4
D. Ang Talaan ng Mga Benepisyo ng aming plano.....	7
E. Ang mga benepisyo ng aming plano para sa bisita o biyahero.....	71
F. HPSM Dental .....	72
G. Mga Suporta sa Komunidad.....	75
H. Mga benepisyong sakop sa labas ng aming plano .....	76
H1. Mga Transisyon sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT).....	76
H2. Pangangalaga sa hospisyo.....	77
H3. Mga Serbisyo na Nagbibigay ng Suporta sa Loob ng Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS).....	78
H4. Mga Waiver Program sa 1915(c) Mga Serbisyo sa Bahay at Komunidad (HCBS) .....	79
H5. Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Disorder sa Paggamit ng Substance) .....	82
I. Mga benepisyong hindi sakop ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal .....	85

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

---

## A. Ang inyong mga sakop na serbisyo at mga gastos mula sa sariling balsa (out-of-pocket cost)

Ipinapaalam sa inyo ng kabanatang ito ang tungkol sa mga serbisyong sakop ng aming plano. Malalaman din ninyo ang mga serbisyo na hindi sakop. Nasa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa gamot. Ipinapaliwanag din ng kabanata na ito ang mga limitasyon sa ilang mga serbisyo.

Dahil tumatanggap kayo ng tulong mula sa Medi-Cal, wala kayong babayaran para sa inyong mga sakop na serbisyo hangga't sumusunod kayo sa mga tuntunin ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng inyong Aklat-Gabay ng Miyembro para sa mga detalye tungkol sa mga tuntunin ng plano.

Kung kailangan ninyo ng tulong upang maunawaan kung ano-ano ang mga nasasakupang serbisyo, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606

### A1. Sa panahon ng mga emergency sa pampublikong kalusugan

Kung magkakaroon ng deklarasyon ng emergency sa pampublikong kalusugan, magsasagawa ng ilang hakbang ang HPSM para matiyak na maa-access ng mga miyembro ang mga pangangalagang medikal na kinakailangan. Kabilang sa mga hakbang na ito ang, ngunit hindi limitado sa:

- pag-waive sa mga kinakailangan sa referral
- pagpapaikli sa mga limitasyon ng oras para sa paunang awtorisasyon o pagpapalawig sa panahon ng pagiging valid ng mga paunang awtorisasyon,
- pagpayag sa pagpapalit ng mga medikal na kagamitan o supply
- pagpayag sa pag-access sa pangangalaga sa labas ng samahan kung walang available na tagabigay ng serbisyo na nasa samahan dahil sa emergency.

Ang mga hakbang na ito, na tinatawag na mga flexibility, ay available sa lahat ng miyembro ng CareAdvantage sa pamamagitan ng deklarasyon ng emergency sa pampublikong kalusugan. Kapag nag-expire na ang deklarasyon ng emergency sa pampublikong kalusugan, hindi na puwedeng ialok ang mga flexibility sa kabuuan ng taon. Puwedeng ialok ng HPSM ang mga flexibility na ito pagkatapos magwakas ang deklarasyon ng emergency sa pampublikong kalusugan. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa inyong pagkakasakop sa ilalim ng isang deklarasyon ng emergency sa pampublikong kalusugan, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 para sa higit pang impormasyon.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



---

## B. Mga tuntunin laban sa pagsingil sa inyo ng mga tagabigay ng serbisyo para sa mga serbisyo

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

Hindi dapat kayo kailanman makatanggap ng singil mula sa isang tagabigay ng serbisyo para sa mga sakop na serbisyo. Kung mangyari ito, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* o tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

---

## C. Tungkol sa Talaan ng Mga Benepisyo ng aming plano

Ipinapaalam sa inyo ng Talaan ng Mga Benepisyo ang mga serbisyong binabayaran ng aming plano. Inililista nito nang alpabetiko ang mga sakop na serbisyo at ipinapaliwanag ang mga ito.

**Babayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Talaan ng Mga Benepisyo kapag natugunan ang mga sumusunod na tuntunin. Hindi** kayo magbabayad ng maski ano para sa mga serbisyong nakalista sa Talaan ng Mga Benepisyo, hangga't natutugunan ninyo ang mga kahingiang inilalarawan sa ibaba.

- Nagbibigay kami ng mga sakop na serbisyo sa Medicare at Medi-Cal alinsunod sa mga tuntuning itinakda ng Medicare at Medi-Cal.
- “Medikal na kinakailangan” dapat ang mga serbisyo kabilang ang pangangalagang medikal, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali at paggamit ng droga, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, kagamitan, at gamot. Ang medikal na kinakailangan ay naglalarawan sa mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan ninyo para iwasan, ma-diagnose, o gamutin ang isang kondisyong medikal o para panatilihin ang kasalukuyang katayuan ng inyong kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na nakakapagpigil sa inyong pananatili sa ospital o pasilidad ng pangangalaga. Pumapatungkol din ito sa mga serbisyo, supply, o gamot na nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan sa medikal na kasanayan.
- Para sa mga bagoing naka-enroll, dapat magbigay ang plano ng minimum na 90 araw na yugto ng transisyon, kung saan puwedeng hindi mangailangan ang bagong MA na plano ng paunang awtorisasyon para sa anumang aktibong kurso

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

ng paggamot, kahit ang kurso ng paggamot ay para sa isang serbisyong sinimulan sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan.

- Natatanggap ninyo ang pangangalaga mula sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan. Ang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ay isang tagabigay ng serbisyong nakikipagtulungan sa amin. Sa karamihan ng mga sitwasyon, hindi sasakupin ang pangangalagang matatanggap ninyo mula sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan maliban kung isa itong pang-emergency o agarang kinakailangang pangangalaga o maliban kung binigyan kayo ng referral ng inyong plano o tagabigay ng serbisyo na nasa samahan. Ang **Kabanata 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ay may higit pang impormasyon tungkol sa pagkonsulta sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa at wala sa samahan.
- Mayroon kayong tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP) o isang pangkat ng pangangalaga na nagbibigay at namamahala sa inyong pangangalaga. Kadalasan, kailangan kayong mabigyan ng aprobasyon ng inyong PCP bago kayo kumonsulta sa isang tagabigay ng serbisyo na hindi ang inyong PCP, o bago kayo kumonsulta sa ibang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ng plano. Ito ay tinatawag na isang referral. Ang Kabanata 3 ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ay may higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng referral at kung kailan ninyo **hindi** kailangan nito.
- Sakop lang namin ang ilang serbisyong nakalista sa Talaan ng Mga Benepisyo kung makuha muna ng inyong doktor o ng ibang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ang aming aprobasyon. Ang tawag dito ay paunang awtorisasyon (PA). Minamarkahan namin ng asterisk (\*) ang mga sakop na serbisyo sa Talaan ng Mga Benepisyo na nangangailangan ng PA.
- Kung magbibigay ang inyong plano ng pag-aproba sa isang kahilingan sa PA para sa isang kurso ng paggamot, valid ang pag-aproba hangga't medikal na makatwiran at kinakailangan para maiwasan ang mga pagkaantala sa pangangalaga batay sa mga pamantayan sa pagkakasakop, inyong kasaysayang medikal, at mga rekomendasyon ng gumagamot na tagabigay ng serbisyo. Kung mawala ninyo ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal, sa loob ng 4 na buwang napagdesisyunang tuloy-tuloy na pagiging kuwalipikado, magpapatuloy ang inyong mga benepisyo sa Medicare sa planong ito. Gayunpaman, posibleng hindi sakop ang inyong serbisyo sa Medi-Cal. Makipag-ugnayan sa tanggapan ng inyong county para sa pagiging kuwalipikado o Health Care Options tungkol sa pagiging kuwalipikado ninyo sa Medi-Cal. Magpapatuloy

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

pa rin ang inyong mga benepisyo sa Medicare, pero hindi ang mga benepisyo ninyo sa Medi-Cal.

- Ang lahat ng mga serbisyo para sa pag-iwas ng sakit ay libre. Makikita ninyo ang mansanas 🍏 na ito sa tabi ng mga serbisyo para sa pag-iwas sa sakit sa Talaan ng Mga Benepisyo.


---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).


## D. Ang Talaan ng Mga Benepisyo ng aming plano

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 <p><b>Pag-eksamen para sa Abdominal Aortic Aneurysm</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa isang beses na pag-eksamen ng ultrasound para sa mga taong nasa panganib. Sakop lang sa plano ang pag-eksamen na ito kung kayo ay partikular na nanganganib at kung makakakuha kayo ng referral para dito mula sa inyong doktor, katulong ng doktor, nurse practitioner, o nars sa klinika na espesyalista.</p> <p>Ang Medi-Cal ay maaaring bayaran ang karagdagang mga serbisyo kung medikal na kinakailangan. Para makakuha ng higit pang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.</p>	\$0
<p><b>Acupuncture</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa hanggang dalawang serbisyo ng acupuncture sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital sa alinmang buwan sa kalendaryo, o mas madalas kung medikal na kinakailangan ang mga ito.</p> <p>Nagbabayad din kami para sa hanggang 12 na pagbisita para sa acupuncture sa loob ng 90 araw kung mayroon kayong hindi gumagaling na panakit sa ibabang bahagi ng likod, na tinutukoy bilang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tumatagal nang 12 linggo pataas;</li> <li>• hindi partikular (walang matukoy na sistemikong dahilan, gaya ng kawalan ng kaugnayan sa mga metastatic, inflammatory, o nakakahawang sakit);</li> <li>• hindi nauugnay sa operasyon; <b>at</b></li> <li>• hindi nauugnay sa pagbubuntis.</li> </ul> <p>Bukod pa rito, nagbabayad kami para sa walong karagdagang sesyon ng acupuncture para sa hindi gumagaling na panakit sa ibabang bahagi ng likod kung gumagaling kayo. Hindi kayo makakakuha ng lampas 20 acupuncture na</p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.





**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p>paggamot para sa hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likod bawat taon.</p> <p>Dapat ihinto ang mga acupuncture na paggamot kung hindi gaganda o kung lalala ang kalagayan ninyo.</p>	
<p> <b>Pag-eksamen at pagpapayo sa sobrang pag-inom ng alak</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa isang pag-eksamen para sa labis na pag-inom ng alak (alcohol-misuse screening, SABIRT) para sa mga nasa hustong gulang na labis uminom ng alak pero hindi lulong sa alak. Kabilang dito an mga buntis na babae.</p> <p>Kung positibo ang inyong pagsusuri para sa sobrang pag-inom ng alak, maaari kayong makakuha ng apat na maikling personal na sesyon ng pagpapayo kada taon (kung may kakayahan at ulirat kayo habang pinapayuhan) sa isang kuwalipikadong tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga (PCP) o practitioner sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga.</p>	\$0
<p><b>Mga serbisyo ng ambulansiya</b></p> <p>Kasama sa sakop na mga serbisyo ng ambulansiya, emergency man o hindi ang sitwasyon, ang mga nasa lupa at himpapawid (eroplano at helicopter). Dadalhin kayo ng ambulansiya sa pinakamalapit na lugar na maaaring magbigay ng pangangalaga sa inyo.</p> <p>Malubha dapat ang inyong kondisyon sa antas na ang ibang paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga ay posibleng makapanganib sa inyong kalusugan o buhay.</p> <p>Kinakailangan ang aming pag-aproba para sa mga serbisyo ng ambulansiya para sa ibang mga kaso (hindi emergency). Sa mga sitwasyong hindi emergency, posibleng magbayad kami para sa isang ambulansiya. Ang inyong kalagayan ay</p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.





Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p>dapat sapat na malubha upang ang ibang paraan ng pagpunta sa lugar ng pangangalaga ay maaaring malagay sa panganib ang inyong buhay o kalusugan.</p>	
<p> <b>Taunang wellness na pagbisita</b></p> <p>Maaari kayong makakuha ng taunang pagsusuri ng kalusugan. Ito ay upang makagawa o mabago ang plano ng pag-iwas ng sakit batay sa inyong kasalukuyang mga mapanganib na salik. Binabayaran namin ito nang isang beses kada 12 buwan.</p> <p><b>Tandaan:</b> Ang iyong unang taunang wellness na pagbisita ay hindi puwedeng maganap sa loob ng 12 buwan matapos ang iyong pagbisita na <b>Welcome to Medicare</b>. Gayunpaman, hindi ninyo kailangang sumailalim sa pagbisita na <b>Welcome to Medicare</b> para sa mga taunang wellness na pagbisita pagkatapos ninyong magkaroon ng Part B sa loob ng 12 buwan.</p>	\$0
<p><b>Mga Serbisyo para sa Pag-iwas sa Hika</b></p> <p>Makakatanggap kayo ng edukasyon tungkol sa hika at isang pagtatasa ng lugar ng tahanan para sa mga nagdudulot ng hika na karaniwang natatagpuan sa tahanan para sa mga taong may hikang hindi nakokontrol nang maayos.</p>	\$0
<p> <b>Pagsukat sa tibay ng buto</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa ilang partikular na procedure para sa mga miyembrong kuwalipikado (kadalasan, isang taong nanganganib na mawalan ng bone mass o nasa panganib ng osteoporosis). Ang mga medikal na pamamaraan na nalalaman sa masa ng buto, nakakatuklas ng pagkawala ng buto, o nalalaman ang kalidad ng buto.</p> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.





Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pagsukat sa tibay ng buto (ipinagpatuloy)</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga serbisyo nang isang beses kada 24 na buwan, o mas madalas kung medikal na kinakailangan. Babayaran din namin ang isang doktor para tingnan at bigyan ng komento ang mga resulta.</p> <p>Ang Medi-Cal ay maaaring bayaran ang karagdagang mga serbisyo kung medikal na kinakailangan. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.</p>	
<p> <b>Eksaminasyon sa kanser sa Suso (mga mammogram)</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• isang baseline na mammogram sa mga edad na nasa pagitan ng 35 at 39</li> <li>• isang screening mammogram kada 12 buwan</li> <li>• mga eksaminasyon sa suso sa klinika tuwing 24 buwan</li> </ul>	\$0
<p><b>Mga serbisyo sa rehabilitasyon ng puso</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga serbisyo ng rehabilitasyon sa puso tulad ng ehersisyo, edukasyon, at pagpapayo. Dapat matugunan ng mga miyembro ang ilang kondisyon at may kautusan dapat ng doktor.</p> <p>Sakop din namin ang mga masinsinang programa sa rehabilitasyon ng puso, na mas masinsinan sa mga programa sa rehabilitasyon ng puso.</p>	\$0
<p> <b>Pagbisita para sa pagbawas ng panganib sa sakit sa puso (therapy para sa sakit sa puso)</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa isang pagbisita bawat taon, o higit pa kung medikal na kinakailangan, sa inyong tagabigay ng</p> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).


Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pagbisita para sa pagbawas ng panganib sa sakit sa puso (therapy para sa sakit sa puso)(ipinagpatuloy)</b></p> <p>serbisyo sa pangunahing pangangalaga (PCP) para tumulong na paliitin ang inyong panganib sa sakit sa puso. Sa <a href="#">pagbisita</a>, posibleng gawin ng inyong doktor na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kausapin kayo hinggil sa paggamit ng aspirin,</li> <li>• suriin ang presyon ng inyong dugo, <b>at/o</b></li> <li>• bigyan kayo ng mga payo upang tiyakin na kumakain kayo nang maayos.</li> </ul>	
<p> <b>Pagsusuri ng sakit sa puso</b></p> <p>Babayaran namin ang mga pagsusuri ng dugo para sa sakit sa puso isang beses kada limang taon (60 na buwan). Ang mga pagsusuri ng dugo ay nagsusuri din ng mga diperensiya na nagiging sanhi ng mataas na panganib magkaroon ng sakit sa puso.</p>	\$0
<p> <b>Pagsusuri sa Kanser sa Cervix at Ari ng babae</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• para sa lahat ng mga kababaihan: Ang mga pap test at pagsusuri sa pelvis isang beses tuwing 24 buwan</li> <li>• para sa mga kababaihang may malaking panganib ng cervical o vaginal cancer: isang Pap test kada 12 buwan</li> <li>• para sa mga kababaihang may abnormal na Pap test sa loob ng huling tatlong taon o higit pa at nasa edad ng panganganak: isang Pap test kada 12 buwan</li> <li>• para sa mga kababaihang nasa edad na 30-65: pagsusuri para sa human papillomavirus (HPV) Pap na may kasamang pagsusuri para sa HPV nang isang beses kada 5 taon</li> </ul>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyong chiropractic</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pag-aayos ng gulugod para itama ang pagkakahanay ng buto</li> </ul> <p>Ang Medi-Cal ay sinasakop ang mga serbisyo ng kiropraktiko para sa mga bata at kabataan hanggang sa kanilang ika-21 kaarawan. 24 na pagbisita ang nasasakop.</p> <p>Ang mga serbisyo ay nasasakop din para sa mga adulto na tumatanggap ng matagalang pangangalaga sa isang pasilidad ng pangangalaga o namamagitang pasilidad ng pangangalaga, para sa mga may hustong gulang na tumatanggap nitong mga serbisyo sa klinika para sa outpatient at para sa mga buntis kung ang kondisyon ay maaaring magdulot ng komplikasyon sa pagbubuntis.</p> <p>Ipinagkakaloob ang mga serbisyo bilang benepisyong referral sa sarili at hindi kinakailangan ang rekomendasyon mula sa PCP, ibang doktor, o propesyonal sa kalusugan. Kailangang ibigay ang mga ito ng isang tagabigay ng serbisyo sa CareAdvantage.</p> <p>Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866- 880-0606.</p>	\$0
<p> <b>Pag-eksamen para sa colorectal na kanser</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Walang minimum o maximum na limitasyon sa edad ang colonoscopy at sakop ito nang isang beses kada 120 buwan (10 taon) para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, o 48 buwan pagkatapos ng isang naunang flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib sa colorectal na kanser, at isang beses kada 24 buwan para sa mga pasyenteng may mataas na panganib pagkatapos ng naunang screening colonoscopy o barium enema.</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.




Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pag-eksamen para sa colorectal na kanser (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyente edad 45 pataas. Isang beses kada 120 buwan para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib pagkatapos sumailalim sa pag-eksamen na colonoscopy. Isang beses kada 48 buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib mula sa huling flexible sigmoidoscopy o barium enema.</li> <li>• Screening fecal-occult blood tests para sa mga pasyente edad 45 pataas. Isang beses bawat 12 buwan.</li> <li>• Multitarget stool DNA para sa mga pasyente edad 45 hanggang 85 at hindi pasok sa mga pamantayan ng mataas na panganib. Isang beses bawat 3 taon.</li> <li>• Mga Blood-based Biomarker Test para sa mga pasyente edad 45 hanggang 85 at hindi pasok sa mga pamantayan ng mataas na panganib. Isang beses bawat 3 taon.</li> <li>• Barium Enema bilang alternatibo sa colonoscopy para sa mga pasyenteng mataas ang panganib at 24 na buwan simula noong huling screening barium enema o huling pag-eksamen na colonoscopy.</li> <li>• Barium Enema bilang alternatibo sa flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib at edad 45 pataas. Isang beses kada hindi bababa sa 48 buwan pagkalipas ng huling screening barium enema o screening flexible sigmoidoscopy.</li> </ul> <p>Kasama na sa mga colorectal cancer screening test ang isang follow-on na pag-eksamen na colonoscopy kapag positibo ang naging resulta ng isang non-invasive stool-based colorectal cancer screening test na sakop ng Medicare.</p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.





**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyo para sa ngipin</b></p> <p>Ang ilang partikular na serbisyo para sa ngipin ay pamamahalaan ng Health Plan of San Mateo na tinatawag na HPSM Dental. Sumangguni sa seksiyon F para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyong ito.</p> <p>Nagbabayad kami para sa ilang serbisyo sa pangangalaga sa ngipin kapag ang serbisyo ay mahalagang bahagi ng partikular na paggamot sa pangunahing kondisyong medikal ng isang benepisyaryo. Kabilang sa ilang halimbawa ang rekonstruksiyon ng panga pagkatapos ng fracture o pinsala, mga pagbunot ng ngipin bilang paghahanda para sa radiation treatment para sa kanser na may kinalaman sa panga, o mga pagsusuri sa bibig pagkatapos ng transplantation ng bato.</p> <p>Para sa tulong sa paghahanap ng dentista, o para sa tulong sa pagkuha ng mga serbisyo sa ngipin, puwede ninyong tawagan ang 1-866-880-0606 (toll-free) (TTY 1-800-735-2929 o 7-1-1). Puwede rin ninyong bisitahin ang website ng HPSM sa <a href="http://www.hpsm.org/dental">www.hpsm.org/dental</a> para sa higit pang impormasyon.</p>	\$0
<p> <b>Pag-eksamen ng depresyon</b></p> <p>Magbabayad kami para sa isang pag-eksamen para sa depresyon kada taon. Ang pag-eksamen ay kailangang gawin sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga referral.</p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 <p><b>Pag-eksamen para sa diyabetes</b></p> <p>Magbabayad kami para sa pag-eksamen na ito (kabilang ang mga fasting glucose test) kung mayroon kayo ng alinman sa mga sumusunod na salik ng panganib:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mataas na presyon ng dugo (hypertension)</li> <li>• kasaysayan ng hindi normal na antas ng kolesterol at triglyceride (dyslipidemia)</li> <li>• labis na katabaan</li> <li>• kasaysayan ng mataas na blood sugar (glucose)</li> </ul> <p>Ang mga pagsusuri ay maaring sakupin sa ilang kaso, tulad ng kung kayo ay sobrang mataba at may kasaysayan ng diabetes sa pamilya.</p> <p>Maaari kayong maging karapat-dapat hanggang sa dalawang pag-eksamen para sa diabetes kada 12 buwan kasunod ng petsa ng pinakamakailan ninyong pag-eksamen para sa diabetes.</p>	\$0
 <p><b>Mga pagsasanay para sa sariling pamamahala ng diyabetes, at mga serbisyo at panustos para sa diyabetes</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyopara sa lahat ng taong may diabetes (gumagamit man sila ng insulin o hindi):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga supply para subaybayan ang inyong glucose sa dugo, kasama ang: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ blood glucose monitor (isang kagamitan para sa pagsusuri ng glucose sa dugo)</li> <li>○ blood glucose test strip (papel na ginagamit sa pagsusuri ng glucose sa dugo)</li> <li>○ aparatong lancet at lancet (mga kagamitan para sa pagkuha ng dugo)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga pagsasanay para sa sariling pamamahala ng diabetes, at mga serbisyo at supply para sa diabetes (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ang gamot na glucose-control ay para sa pagsusuri kung ang mga test strip at monitor ay wastong-wasto</li> <li>● Para sa mga taong may diyabetes na mayroong malalang sakit sa paa dahil sa diyabetes, nagbabayad kami para sa mga sumusunod: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ isang pares ng pan-therapy na pasadyang sapatos (kasama ang mga paningit o insert), at dalawang dagdag na pares ng mga insert kada taon sa kalendaryo, ○</li> <li>○ isang pares ng malalim na sapatos (depth shoe), kasama ang pagsukat, at tatlong pares ng paningit o insert kada taon (hindi kasama ang hindi pasadya na natatanggal na paningit na kasama sa mga ganitong sapatos)</li> </ul> </li> </ul> <p>Sa ilang sitwasyon, nagbabayad kami para sa pagsasanay para matulungan kayong kontrolin ang inyong diabetes. Para alamin ang higit pa, makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage. Puwedeng bayaran ng Medi-Cal ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.</p> <p>Kinakailangan ang paunang awtorisasyon para sa mga hindi pormularyong supply para sa diabetes.</p>	
<p><b>Mga Serbisyo ng Doula</b></p> <p>Para sa mga indibidwal na nagbubuntis, nagbabayad kami para sa siyam na pagbisita na may doula habang nagbubuntis at pagkatapos manganak, at para sa suporta sa panahon ng panganganak at pagsilang.</p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME) at mga nauugnay na supply*</b></p> <p>Sumangguni sa <b>Kabanata 12</b> ng inyong <i>Aklat-Gabay ng Miyembro</i> para sa isang depinisyon ng “Matibay na Kagamitang Medikal (Durable medical equipment, DME).”</p> <p>Sakop namin ang mga sumusunod na item:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga wheelchair, kabilang ang mga electric wheelchair</li> <li>• mga saklay</li> <li>• mga powered mattress system</li> <li>• dry pressure pad para sa mattress</li> <li>• mga supply para sa diabetes</li> <li>• mga hospital bed na na-order ng isang tagabigay ng serbisyo para gamitin sa bahay</li> <li>• mga intravenous (IV) infusion pump at pole</li> <li>• mga speech generating device</li> <li>• kagamitan para sa oxygen at mga supply</li> <li>• mga nebulizer</li> <li>• mga walker</li> <li>• mga standard curved handle o quad cane at mga pamalit na supply</li> <li>• cervical traction (sa may pinto)</li> <li>• bone stimulator</li> <li>• kagamitan sa pangangalaga para sa dialysis</li> </ul> <p>Iba pang item na posibleng masakop.</p> <p>Magbabayad kami para sa lahat ng medikal na kinakailangang DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung wala ng partikular na tatak o tagagawa ang supplier sa inyong lugar, puwede ninyong itanong sa kanila kung puwede silang gumawa ng espesyal na order para sa inyo.</p>	<p>\$0</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pang-emergency na pangangalaga</b></p> <p>Ang pang-emergency na pangangalaga ay nangangahulugang mga serbisyo na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ibinigay ng tagabigay ng serbisyo na sinanay para magbigay ng mga pang-emergency na serbisyo, <b>at</b></li> <li>• kinakailangan para gamutin ang isang medikal na emergency.</li> </ul> <p>Ang paggamot na emergency ay karamdamang may matinding pananakit o malubhang pinsala. Napakalubha na ng kondisyon, kung kaya't kung hindi ito magagamot agad, alam ng sinumang may pangkaraniwang kaalaman sa kalusugan at medisina na magreresulta ito sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• matinding panganib sa inyong kalusugan o sa kalusugan ng inyong hindi pa naisisilang na anak; ○</li> <li>• malubhang pinsala sa mga kakayahan ng katawan; ○</li> <li>• matinding pagkagambala sa pagganap ng anumang organ o bahagi ng katawan.</li> <li>• Sa kaso ng isang babaeng nagbubuntis na nasa aktibong yugto ng panganganak, kapag: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Walang sapat na oras para ligtas kayong mailipat sa ibang ospital bago lumabas ang sanggol.</li> <li>○ Posibleng magbanta sa kalusugan o kaligtasan ninyo o ng inyong hindi pa naisisilang na anak ang paglipat sa ibang ospital.</li> </ul> </li> </ul> <p>Sakop ng Medicare ang mga serbisyong medikal at gamot na kukunin ninyo sa Estados Unidos at sa mga teritoryo nito (halimbawa, Puerto Rico, Guam, atbp.). Hindi sakop ng Medicare ang mga serbisyong medikal at gamot na kukunin ninyo sa labas ng Estados Unidos at mga teritoryo nito (halimbawa, Puerto Rico, Guam, atbp.) maliban sa mga pang-emergency na serbisyong inilalarawan sa ibaba.</p> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	<p>\$0</p> <p>Kung tumanggap kayo ng pang-emergency na pangangalaga sa isang ospital na wala sa samahan at kailangan ninyo ng pangangalaga sa inpatient matapos tumatag ng inyong kondisyon, (hal., kailangan ninyong bumalik sa isang ospital na nasa samahan para patuloy na mabayaran ang inyong pangangalaga. Puwede lang kayong manatili sa ospital na wala sa samahan para sa inyong pangangalaga sa inpatient kung aaprubahan ng aming plano ang inyong pananatili.).</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pang-emergency na pangangalaga (ipinagpatuloy)</b></p> <p>Kung bibiyahe kayo sa Canada o Mexico at mangangailangan kayo ng mga pang-emergency na serbisyo at na-admit kayo sa ospital, sasakupin ng inyong HPSM Medi-Cal ang pangangalaga sa inyo. Kung magbabayad kayo para sa mga pang-emergency na serbisyo na nangangailangan ng pagpapaospital sa Canada o Mexico, maaari ninyong hilingin sa HPSM na ibalik ang ibinayad ninyo. Susuriin ng HPSM ang inyong kahilingan. Kapag pumayag ang HPSM na mabayaran kayo, babayaran kayo ng halaga na dapat na ibinayad ng HPSM sa inyong tagabigay ng serbisyo (pinapahintulutang halaga ng Medi-Cal). Posibleng mas mababa ang halagang ito kaysa sa halagang ibinayad ninyo sa tagabigay ng serbisyo.</p>	
<p><b>Mga serbisyo ng Pagpaplano ng Pamilya</b></p> <p>Pinapayagan kayo ng batas na pumili ng anumang tagabigay ng serbisyo – ito man ay tagabigay ng serbisyo na nasa samahan o tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan – para sa ilang partikular na serbisyo para sa pagpaplano ng pamilya. Ito ay nangangahulugang anumang doktor, klinika, ospital, parmasya o tanggapan ng pagpaplano ng pamilya.</p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pagsusuri sa pagpaplano ng pamilya at medikal na paggamot</li> <li>• laboratoryo ng pagpaplano ng pamilya at mga pagsusuri para sa pagkilala ng sakit</li> <li>• mga paraan ng pagpaplano ng pamilya (mga IUC/IUD, implant, injection, tableta para hindi mabuntis, patch, o ring)</li> <li>• may reseta na supply para sa pagpaplano ng pamilya (condom, sponge, foam, film, diaphragm, cap)</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyo para sa pagpapalano ng pamilya (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga limitadong serbisyo sa fertility gaya ng pagpapayo at edukasyon tungkol sa mga technique ng awareness sa fertility, at/o pagpapayo sa kalusugan bago ang pagbubuntis, pagsusuri, at paggamot para sa mga impeksiyon na nakakahawa sa pamamagitan ng pakikipagtalik (sexually transmitted infections, STIs)</li> <li>• pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang kondisyong nauugnay sa HIV</li> <li>• permanenteng kontrasepsiyon (Dapat kayo ay nasa edad na 21 pataas para mapili ang paraang ito ng pagpapalano ng pamilya. Kailangan ninyong lumagda sa isang form ng pederal na pahintulot sa pagpapabaog nang 30 araw hanggang 180 araw bago ang petsa ng operasyon.)</li> <li>• pagpapayo tungkol sa genetics</li> </ul> <p>Magbabayad din kami para sa ilang iba pang serbisyo para sa pagpapalano ng pamilya. Gayunpaman, kailangan ninyong kumonsulta sa isang tagabigay ng serbisyo sa aming samahan ng mga tagabigay ng serbisyo para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• paggamot ng mga kondisyong medikal ng pagkabaog (Hindi kasama sa serbisyong ito sa mga artipisyal na paraan upang mabuntis.)</li> <li>• paggamot ng AIDS at iba pang kondisyong nauugnay sa HIV</li> <li>• genetic na pagsusuri</li> </ul>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.




**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Fitness Membership Program</b></p> <p>Sakop ng CareAdvantage ang YMCA membership. Kasama sa membership ang access sa mga lokasyon ng YMCA sa buong San Mateo/Santa Clara County at San Francisco. Maaaring kabilang sa mga lokasyon ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipment sa pag-eehersisyo, basketball court, indoor o outdoor fitness studio, at indoor o outdoor swimming pool.</li> <li>• Mahigit 600 personal at online group exercise class na pinangungunahan ng mga sertipikadong instructor ng yoga, Pilates, Zumba, cycling, aqua fitness, at marami pa.</li> <li>• <b>Personal at online wellness coaching para tulungan kayong maabot ang inyong mga layunin sa kalusugan.</b></li> </ul> <p>Para makuha ang inyong YMCA Membership, puwede ninyong gawin ang mga sumusunod:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pumunta sa isang lokasyon ng YMCA malapit sa inyo at ipakita ang inyong ID card ng miyembro ng HPSM CareAdvantage.</li> <li>• Mag-sign up online sa pamamagitan ng pagbisita sa <a href="http://www.hpsm.org/fitness">www.hpsm.org/fitness</a>. Maghanap ng lokasyon ng YMCA na malapit sa inyo at i-click ang “enroll today” (mag-enroll ngayon).</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga Pagsakay sa Fitness Membership Program</b></p> <p>Sakop ng benepisyong ito ang 12 one-way na pagsakay kada buwan para sa Fitness Membership Program. Ang bawat Pagsakay ay para lang sa mga biyahe sa piling lokasyon ng YMCA at pauwi. Dapat sundin ng mga user ang lahat ng patakaran sa Benepisyong sa Pagsakay ng HPSM. Tingnan ang seksiyong <b>Transportasyon: Hindi Medikal na Transportasyon</b> para sa mga patakaran sa benepisyong.</p>	\$0
<p> <b>Mga programang pang-edukasyon para sa kalusugan at wellness</b></p> <p>Nag-aalok kami ng maraming programa na nakatuon sa ilang mga kondisyon sa kalusugan. Kabilang sa mga ito ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga Klase ng Edukasyon para sa Kalusugan;</li> <li>• Mga Klase ng Edukasyon para sa Nutrisyon;</li> <li>• Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako; <b>at</b></li> <li>• Hotline ng Dalubhasang Pangangalaga</li> </ul>	\$0
<p><b>Masusustansiyang Pagkain/Grocery</b></p> <p>Sinasakop namin ang ilang produktong pagkain sa pamamagitan ng aming programang Masusustansiyang Pagkain nang wala kayong babayaran. Makakatanggap kayo ng limitasyon sa allowance o paggastos kada quarter (bawat 3 buwan), upang bumili ng mga produktong pagkain sa mga retail na tindahan, sa pamamagitan ng website ng aming vendor. Ang benepisyong ito ay magiging available sa unang araw ng bawat quarter; Enero 1, Abril 1, Hulyo 1, at Oktubre 1. Madadala sa susunod na tatlong buwan ang anumang hindi nagamit na card allowance.</p> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga Masustansiyang Pagkain/Mga Grocery (ipinagpatuloy)</b></p> <p>Maaari ninyong gamitin ang benepisyong ito upang makakuha ng mga item gaya ng mga prutas, gulay, karne, de-lata, at iba pang kuwalipikadong produkto na kasama sa website ng vendor, at/o mga retail na tindahan (batay sa inaprubahang listahan).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$70 na allowance kada quarter</li> </ul> <p>Upang maging kuwalipikado para sa benepisyong ito, dapat ay mayroon kayong mga hindi gumagaling na kondisyon.</p> <p>Ang mga miyembro lang na may partikular na Hindi gumagaling na kondisyon ang magiging kuwalipikado para sa mga benepisyo sa grocery – tingnan ang listahan ng mga Hindi gumagaling na kondisyon sa ibaba:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension</li> <li>• Labis na katabaan</li> <li>• Rayuma</li> <li>• Glaucoma</li> <li>• Mga Disorder/Kapansanan sa Paglaki</li> <li>• Chronic na pagkagumon sa alak at iba pang droga</li> <li>• Mga autoimmune disorder</li> <li>• Kanser</li> <li>• Mga cardiovascular disorder</li> <li>• Chronic heart failure</li> <li>• Dementia</li> <li>• Diabetes</li> <li>• End-stage liver disease</li> <li>• End-stage renal disease (ESRD)</li> <li>• Mga severe hematologic disorder</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.




**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga Masustansiyang Pagkain/Mga Grocery (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV/AIDS</li> <li>• Mga chronic lung disorder</li> <li>• Mga kalagayan ng kalusugan ng isip na chronic at nagdudulot ng kapansanan</li> <li>• Mga neurologic disorder</li> <li>• Atake</li> </ul> <p>Ang mga item ay dapat bahagi ng pinapahintulatang listahan ng mga inaprobahang produktong pagkain.</p>	
<p><b>Mga serbisyo sa pandinig*</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga pagsusuri sa pandinig at balanse na isasagawa ng inyong tagabigay ng serbisyo. Ang mga pagsusuri na ito ay magsasabi sa inyo kung kailangan ninyo ng medikal na paggamot. Ang mga ito ay sakop bilang outpatient na pangangalaga kung nakuha ninyo ang mga ito mula sa physician, audiologist, o iba pang kwalipikadong tagabigay ng serbisyo.</p> <p>Nagbabayad din kami ng mga hearing aid (kagamitang pantulong sa pandinig) kapag inireseta ng doktor o iba pang kuwalipikadong tagabigay ng serbisyo, kabilang ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga molde, supply, at insert</li> <li>• mga pagpapaayos</li> <li>• isang inisyal na set ng mga baterya</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyo ng ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyo sa pandinig* (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anim na pagbisita para sa pagsasanay, pag-adjust, at pagsusukat kasama ang parehong vendor matapos ninyong makuha ang hearing aid (kagamitang pantulong sa pandinig)</li> <li>• pag-arkila ng mga hearing aid (kagamitang pantulong sa pandinig) sa isang panahon ng pagsubok</li> <li>• mga device na pantulong sa pakikinig, mga surface-worn bone conduction hearing device</li> <li>• audiology na nauugnay sa hearing aid (kagamitang pantulong sa pandinig) at mga serbisyo pagkatapos ng ebalwasyon</li> </ul>	
<p> <b>Pag-eksamen para sa HIV</b></p> <p>Babayaran namin ang pag-eksamen para sa HIV kada 12 buwan para sa mga taong:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• humiling ng pag-eksamen para sa HIV, o</li> <li>• may mataas na panganib magkaroon ng impeksiyon ng HIV.</li> </ul> <p>Para sa mga babaeng buntis, babayaran namin hanggang tatlong pag-eksamen para sa HIV sa panahon ng pagbubuntis.</p> <p>Magbabayad din kami para sa (mga) karagdagang pag-eksamen para sa HIV kapag inirekomenda ng inyong tagabigay ng serbisyo.</p> <p>Ang Medi-Cal ay maaaring bayaran ang karagdagang mga serbisyo kung medikal na kinakailangan. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.</p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Ahensiya ng pantahanang pangangalaga ng kalusugan</b></p> <p>Bago kayo makakuha ng mga serbisyo sa kalusugang pantahanan, kailangan sabihin sa inyo ng doktor na kailangan ninyo ang mga ito, at kailangan ipinagkakaloob ng ahensiya ng kalusugang pantahanan ang mga ito. Dapat na nasa bahay lang kayo, ibig sabihin ay mahirap ang umalis ng bahay.</p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at posibleng para sa iba ring serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• part-time o paulit-ulit na dalubhasang pangangalaga at serbisyo ng katulong sa pantahanang pangangalaga sa kalusugan (Na masasakop sa ilalim ng benepisyo sa pantahanang pangangalaga ng kalusugan, hindi dapat aabot ng 8 oras kada araw at 35 oras kada linggo ang inyong pinagsamang mga serbisyo ng dalubhasang pangangalaga at katulong sa pantahanang pangangalaga sa kalusugan.)</li> <li>• physical therapy, occupational therapy, at speech therapy</li> <li>• mga medikal at panlipunan na serbisyo</li> <li>• kagamitang medikal at mga supply</li> </ul>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Home infusion therapy</b></p> <p>Nagbabayad ang plano namin para sa home infusion therapy, na inilalarawan bilang mga gamot o biological na substance na itinuturok sa isang ugat o sa ilalim ng balat at ibinibigay sa inyo sa bahay. Kinakailangan ang mga sumusunod para magsagawa ng infusion sa bahay:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ang gamot o biological na substance, tulad ng antiviral o immune globulin;</li> <li>• kagamitan, tulad ng pump; <b>at</b></li> <li>• mga supply, tulad ng tubing o catheter.</li> </ul> <p>Sakop ng aming plano ang mga serbisyo sa home infusion kung saan kabilang ang pero hindi ito limitado sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo sa pangangalaga, na ibinibigay alinsunod sa inyong plano sa pangangalaga;</li> <li>• pagsasanay at edukasyon sa miyembro na hindi pa kabilang sa benepisyo sa DME;</li> <li>• remote na pagsubaybay; <b>at</b></li> <li>• mga serbisyo ng pagsubaybay para sa pagbibigay ng home infusion therapy at mga gamot para sa infusion sa bahay na inilalaan ng isang kuwalipikadong supplier ng home infusion therapy.</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pangangalaga sa Hospisyo</b></p> <p>Kayo ay may karapatang pumili ng hospisyo kung natukoy ng inyong tagabigay ng serbisyo at ng medikal na direktor ng hospisyo na kayo ay mayroong tinatayang kamatayan. Ito ay nangangahulugang kayo ay may sakit na wala nang lunas at inaasahang may natitirang anim na buwan o mas kaunting panahon upang mabuhay. Maaari kayong kumuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare. Kailangan kayong tulungan ng plano na makahanap ng mga programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare sa pinaglilingkurang lugar ng plano. Ang inyong doktor sa hospisyo ay maaaring tagabigay ng serbisyo na nasa samahan o tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan.</p> <p>Kabilang sa mga sakop na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga gamot para sa paggagamot ng mga sintomas at panakit</li> <li>• mabilisang pangangalaga upang makapagpahinga ang tagapangalaga (respite care)</li> <li>• pangangalagang pantahanan</li> </ul> <p><b>Ang mga serbisyo sa hospisyo at mga serbisyong sakop ng Medicare Part A o Medicare Part B na nauugnay sa inyong prognosis ng karamdamang walang lunas ay sinisingil sa Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sumangguni sa <b>Seksiyon H</b> ng kabanatang ito para sa higit pang impormasyon.</li> </ul> <p><b>Para sa mga serbisyong sakop ng aming plano pero hindi sakop ng Medicare Part A o Medicare Part B:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sakop ng aming plano ang mga serbisyong hindi sakop sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B. Sakop namin ang mga serbisyo nauugnay man ang mga ito o hindi sa inyong prognosis ng karamdamang walang lunas. <i>Wala</i> kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.</li> </ul>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.




Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Para sa mga gamot na posibleng sakop ng benepisyo sa Medicare Part D ng aming plano:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ang mga gamot ay hindi kailanman sasakupin ng hospisyong at ng aming plano nang magkasabay. Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa <b>Kabanata 5</b> ng inyong <i>Aklat-Gabay ng Miyembro</i>.</li> </ul> <p><b>Tandaan:</b> Kung mayroon kayong malubhang karamdaman, posibleng kuwalipikado kayo para sa palliative na pangangalaga, na nagbibigay ng team-based na pangangalagang nakasentro sa pasyente at pamilya para mapaganda ang kalidad ng inyong buhay. Puwede kayong makatanggap ng palliative na pangangalaga kasabay ng paggamot/regular na pangangalaga. Pakibasa ang seksiyong Palliative na Pangangalaga sa ibaba para sa higit pang impormasyon.</p> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	
<p><b>Pangangalaga sa hospisyong (ipinagpapatuloy)</b></p> <p><b>Tandaan:</b> Kung kailangan ninyo ng hindi pang-hospisyong pangangalaga, tawagan ang inyong tagapamahala ng pangangalaga at/o Yunit ng CareAdvantage para ihanda ang mga serbisyo. Ang hindi pang-hospisyong pangangalaga ay pangangalaga na <b>hindi</b> nauugnay sa inyong prognosis ng karamdamang walang lunas.</p> <p>Sakop ng aming plano ang mga serbisyo sa pagpapayo sa hospisyong (isang beses lang) para sa isang miyembrong may sakit na walang lunas na hindi pinili ang benepisyo sa hospisyong.</p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 <p><b>Mga bakuna</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga bakuna sa pulmonya</li> <li>• mga bakuna laban sa trangkaso/influenza, isang beses kada panahon ng trangkaso/influenza sa taglagas at taglamig, na may karagdagang bakuna laban sa trangkaso/influenza kung medikal na kinakailangan</li> <li>• mga bakuna sa hepatitis B kung kayo ay mataas o may kataasan ang panganib na magkaroon ng hepatitis B</li> <li>• Mga bakuna laban sa COVID-19</li> <li>• bakuna laban sa human papillomavirus (HPV)</li> <li>• ibang mga bakuna kung kayo ay nanganganib at sila ay nakakatugon sa mga tuntunin sa pagkakasakop ng Medicare Part B</li> </ul> <p>Nagbabayad kami para sa iba pang bakuna na nakakatugon sa mga tuntunin sa pagkakasakop ng Medicare Part D. Sumangguni sa <b>Kabanata 6</b> ng inyong <i>Aklat-Gabay ng Miyembro</i> para matuto pa.</p>	<p>\$0</p>
<p><b>Pangangalaga sa ospital para sa inpatient</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo at iba pang medikal na kinakailangang serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medyo-pribadong silid (o pribadong silid kung medikal na kinakailangan)</li> <li>• mga pagkain, kabilang ang espesyal na diyeta</li> <li>• mga regular na serbisyong nars</li> <li>• ang gastos sa yunit ng espesyal na pangangalaga, tulad ng intensive care o coronary care unit</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	<p>\$0</p> <p>Kailangan ninyong makakuha ng aprobasyon mula sa aming plano para makatanggap ng pangangalaga sa inpatient sa isang ospital na wala sa samahan pagkatapos mapanatag ang inyong emergency.</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pangangalaga sa ospital para sa inpatient* (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga gamot at medikasyon</li> <li>• mga pagsusuri sa laboratoryo</li> <li>• Mga x-ray at ibang mga serbisyo ng radiology</li> <li>• mga kinakailangang medikal na supply at supply sa pag-opera</li> <li>• mga kagamitan, gaya ng mga wheelchair</li> <li>• mga serbisyo sa silid sa operasyon at sa silid sa pagpapagaling</li> <li>• physical, occupational, at speech therapy</li> <li>• mga inpatient na serbisyo sa pag-abuso sa droga, alak at iba pang sangkap</li> <li>• sa ilang sitwasyon, ang mga sumusunod na uri ng transplant: ng cornea, bato, bato/lapay, puso, atay, baga, puso/baga, utak ng buto, stem cell, at sa bituka/iba't ibang lamang-loob.</li> </ul> <p>Kung kailangan ninyo ng transplant, susuriin ng isang transplant center na naaprubahan ng Medicare ang inyong kaso at magpapasya ito kung kandidato kayo para sa isang transplant. Posibleng lokal o nasa labas ng pinaglilingkurang lugar ang mga tagabigay ng serbisyo ng transplant. Kung handang tanggapin ng mga lokal na tagabigay ng serbisyo ng transplant ang presyo ng Medicare, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng transplant nang lokal o sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa inyong komunidad. Kung ang aming plano ay magbibigay ng mga serbisyo ng transplant sa labas ng pattern ng pangangalaga para sa inyong komunidad at pipiliin ninyong tumanggap ng transplant doon, kami ay maghahanda ng o magbabayad para sa mga gastos sa tutuluyan at pagbiyahe ninyo at ng isa pang tao.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dugo, kabilang ang pag-iimbak at pamamahala</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pangangalaga sa ospital para sa inpatient* (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>mga serbisyo ng doktor</li> </ul> <p><b>Tandaan:</b> Para maging inpatient o pasyenteng namamalagi sa ospital, kailangang magsulat ng order ng iyong tagabigay ng serbisyo, at nang maipasok ka sa ospital bilang inpatient. Kahit na kayo ay mananatili sa ospital nang magdamagan, maaaring kailangan pa rin na maturing kayo na “outpatient”. Kung hindi kayo nakatitiyak kung kayo ay isang inpatient o outpatient, dapat ninyong tanungin sa kawani ng ospital.</p> <p>Maaari rin kayong makahanap ng karagdagang impormasyon sa fact sheet ng Medicare na tinatawag na “Kayo ba ay Inpatient o Outpatient sa Ospital? Kung Kayo ay May Medicare – Magtanong!”. Available ang fact sheet na ito sa <a href="https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a> o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay tumawag sa 1-877-486-2048. Puwede kayong tumawag sa mga numerong ito nang libre, 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo.</p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyo para sa inpatient sa isang psychiatric na ospital*</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga serbisyo para sa pangangalaga ng kalusugan ng isip na nangangailangan ng pananatili sa ospital.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kung kailangan ninyo ng mga serbisyo sa inpatient sa isang freestanding psychiatric na ospital, nagbabayad kami para sa unang 190 araw. Pagkatapos nito, ang lokal na ahensiya ng county sa kalusugan ng isip ang nagbabayad para sa mga medikal na kinakailangang psychiatric na serbisyo para sa inpatient. Ang awtorisasyon para sa pangangalaga pagkalipas ng 190 araw ay isinasaayos kasama ang lokal na ahensiya ng county sa kalusugan ng isip. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ang 190 araw na limitasyon ay <b>hindi</b> nalalapat sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip ng inpatient na ibinibigay sa isang psychiatric na yunit ng isang pangkalahatang ospital</li> </ul> </li> <li>• Kung kayo ay 65 taong gulang o mas matanda, nagbabayad kami para sa mga serbisyong matatanggap ninyo sa isang Institusyon para sa Mga Sakit sa Pag-iisip (Institute for Mental Diseases, IMD).</li> </ul>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pamamalagi ng inpatient: Mga sakop na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (skilled nursing facility, SNF) sa isang hindi sakop na pamamalagi ng inpatient*</b></p> <p>Hindi kami nagbabayad para sa inyong pamamalagi ng inpatient kung nagamit na ninyo ang lahat ng benepisyo ng inpatient o kung hindi ito makatuwiran at medikal na kinakailangan.</p> <p>Gayunpaman, sa ilang partikular na sitwasyon kung saan hindi sakop ang pangangalaga sa inpatient, posibleng magbayad kami para sa mga serbisyong matatanggap ninyo habang kayo ay nasa ospital o pasilidad ng pangangalaga. Para alamin ang higit pa, kontakin ang Yunit ng CareAdvantage. Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at posibleng para sa iba ring serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga serbisyo ng doktor</li> <li>• mga pagsusuri na kumikilala sa sakit o diagnostic, tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo</li> <li>• X-ray, radium, at isotope na paggagamot kabilang ang mga materyales at serbisiyo ng technician</li> <li>• mga paglilinis sa sugat mula sa operasyon</li> <li>• mga splint, molde at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa bali at dislokasyon</li> <li>• mga prostetiko (prosthetics) at mga aparatong orthotic, bukod sa ngipin, kabilang ang pagpapalit o pagsasaayos ng ganitong mga aparato. Mga device ito na pumapalit sa lahat ng o bahagi ng: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ isang organ sa loob ng katawan (kabilang ang contiguous tissue), o</li> <li>○ ginagawa ng isang hindi na gumagana o sirang organ sa loob ng katawan.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	<p>\$0</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pamamalagi ng inpatient: Mga sakop na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (skilled nursing facility, SNF) sa isang hindi sakop na pamamalagi ng inpatient* (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga brace para sa binti, braso, likod, at leeg, mga truss at artipisyal na mga binti, braso, at mata. Kabilang dito ang mga pag-adjust, pagpapaayos, at pagpapapalit na kinakailangan dahil sa pagkasira, paghina, pagkawala, o pagbabago sa inyong kondisyon</li> <li>• physical therapy, speech therapy, at occupational therapy</li> </ul> <p>Ang Medi-Cal ay maaaring bayaran ang karagdagang mga serbisyo kung medikal na kinakailangan. Kabilang dito ang mga serbisyong medikal at pag-opera. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.</p> <p>Kailangan ang paunang awtorisasyon para sa ilang serbisyong ibinibigay sa isang hindi sakop na pamamalagi ng inpatient.</p>	
<p><b>Mga serbisyo at supply para sa sakit sa bato*</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga serbisyo ng edukasyon sa sakit sa bato para magturo ng pangangalaga ng bato at tulungan kayong gumawa ng magagandang desisyon tungkol sa inyong pangangalaga. Kayo ay dapat nasa yugto IV ng talamak na sakit sa bato, at inirekomenda ng inyong doktor. Sakop namin ang hanggang anim na sesyon ng mga serbisyo ng edukasyon sa sakit sa bato.</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyo at supply para sa sakit sa bato* (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga paggamot na dialysis para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital, kabilang ang mga paggamot na dialysis kapag pansamantalang wala sa pinaglilingkurang lugar, gaya ng ipinapaliwanag sa <b>Kabanata 3</b> ng inyong <i>Aklat-Gabay ng Miyembro</i>, o kapag pansamantalang hindi available o hindi ma-access ang inyong tagabigay ng serbisyo.</li> <li>• Mga paggamot na dialysis para sa inpatient kung dinala kayo sa ospital bilang inpatient para sa espesyal na pangangalaga</li> <li>• Pagsasanay sa pagda-dialysis sa sarili, kabilang ang pagsasanay para sa inyo at sinumang tumutulong sa inyo para sa inyong mga dialysis treatment sa inyong tahanan</li> <li>• Mga kagamitan at mga supply para sa pag-dialysis sa inyong tahanan</li> <li>• Ilang tiyak na serbisyo sa suportang pantahanan, gaya ng kinakailangan na pagbisita ng mga manggagawang sinanay sa dialysis upang kumustahin ang inyong dialysis sa inyong tahanan, upang tumulong sa emergency, at suriin ang inyong kagamitan sa dialysis at supply ng tubig.</li> </ul> <p>Ang inyong benepisyo sa gamot sa Part B ng Medicare ang nagbabayad ng ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, sumangguni sa “Mga inireresetang gamot sa Medicare Part B” sa talaang ito.</p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.




**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 <p><b>Pag-eksamen para sa kanser sa baga</b></p> <p>Nagbabayad ang aming plano para sa pag-eksamen para sa kanser sa baga kada 12 buwan kung kayo ay:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nasa edad na 50-77, <b>at</b></li> <li>• may pagbisita sa inyong doktor o iba pang kuwalipikadong tagabigay ng serbisyo, para sa pagpapayo at magkasamang pagpapasya, <b>at</b></li> <li>• nanigarilyo ng kahit 1 pakete kada araw sa loob ng 20 taon nang walang senyales o sintomas ng kanser sa baga o naninigarilyo ngayon o tumigil sa loob ng nakaraang 15 taon</li> </ul> <p>Pagkatapos ng unang pag-eksamen, nagbabayad ang aming plano para sa isa pang pag-eksamen kada taon kapag may nakasulat na payo mula sa inyong doktor o iba pang kuwalipikadong tagabigay ng serbisyo.</p>	\$0
<p><b>Device para sa medikal na alerto</b></p> <p>Sasakupin ng benepisyong ito ang isang personal na device para sa medikal na alerto at buwanang monitoring.</p>	\$0
 <p><b>Therapy sa medikal na nutrisyon</b></p> <p>Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diabetes o sakit sa bato na hindi nagpapa-dialysis. Ginagamit din ito pagkatapos ng kidney transplant kapag iniutos ng inyong doktor.</p> <p>Nagbabayad kami para sa tatlong oras ng serbisyo sa personal na pagpapayo sa unang taon na makatanggap kayo ng mga medikal na serbisyo para sa therapy ng nutrisyon sa ilalim ng Medicare. Posibleng aprubahan namin ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan.</p> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Therapy sa medikal na nutrisyon (ipinagpatuloy)</b></p> <p>Babayaran namin ang dalawang oras ng personal na serbisyo ng pagpapayo kada taon pagkatapos niyan. Kung magbago ang inyong kondisyon, paggamot, o diagnosis, posibleng makatanggap kayo ng higit pang oras ng paggamot kapag may payo ng doktor. Kailangang iresetang isang doktor ang mga serbisyo ito at kailangan niyang i-renew ang payo kada taon kung kailangan ninyo ng paggamot sa susunod na taon sa kalendaryo. Posibleng aprubahan namin ang mga karagdagang serbisyo kung medikal na kinakailangan.</p>	
<p> <b>Programang Medicare sa Pag-iwas sa Diabetis (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p>Nagbabayad ang aming plano para sa mga serbisyo ng MDPP. Idinisenyo ang MDPP para maiwasan ang simula ng Type 2 diabetes sa mga taoang natukoy na may prediabetes. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pangmatagalang pagbabago sa diyeta, <b>at</b></li> <li>• mas matinding pisikal na aktibidad, <b>at</b></li> <li>• mga paraan sa pananatili ng pagbawas ng timbang at malusog na paraan ng pamumuhay.</li> </ul>	\$0
<p><b>Mga inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part B</b></p> <p>Ang mga gamot na ito ay sakop sa ilalim ng Part B ng Medicare. Nagbabayad ang aming plano para sa mga sumusunod na gamot:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga gamot na hindi ninyo karaniwang ginagamit at itinuturok habang tumatanggap kayo ng mga serbisyo ng doktor, serbisyo sa ospital para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital, o mga serbisyo sa ambulatory surgery center</li> </ul> <p><b>Ipinagpatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part B (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• insulin na ibinibigay gamit ang isang matibay na medikal na kagamitan (gaya ng medikal na kinakailangan na insulin pump)</li> <li>• iba pang gamot na ginagamit ninyo sa pamamagitan ng matibay na kagamitang medikal (tulad ng mga nebulizer) na awtorisado ng aming plano</li> <li>• ang gamot para sa Alzheimer's, Leqembi (generic lecanemab) na ibinibigay sa pamamagitan ng ugat (IV)</li> <li>• mga clotting factor o pampabuo ng dugo na ibinibigay ninyo sa inyong sarili kung mayroon kayong hemophilia</li> <li>• mga transplant/immunosuppressive na gamot: Sakop ng Medicare ang transplant drug therapy kung Medicare ang nagbayad para sa inyong organ transplant. Mayroon dapat kayong Part A noong sumailalim kayo sa sakop na transplant, at may Part B dapat kayo kapag umiinom kayo ng mga immunosuppressive na gamot. Sakop ng Medicare Part D ang mga immunosuppressive na gamot kung hindi ito sakop ng Part B</li> <li>• mga itinuturok na gamot para sa osteoporosis. Nagbabayad kami para sa mga gamot na ito kung kayo ay hindi makaalis ng bahay, may bali sa buto na sertipikado ng isang doktor bilang nauugnay sa osteoporosis pagkatapos ng menopause, at hindi ninyo maiturok ang gamot nang mag-isa</li> <li>• iba pang antigen: Sakop ng Medicare ang mga antigen kung inihanda ito ng isang doktor at ibinigay ito ng isang taong binigyan ng sapat na tagubilin (puwedeng kayo, ang pasyente) sa ilalim ng nararapat na gabay</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga inireresetang gamot sa Medicare Part B (pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga ilang partikular na gamot na iniinom laban sa cancer: Sakop ng Medicare ang ilang iniinom na gamot laban sa cancer kung available ang parehong gamot bilang injectable o ang gamot ay isang prodrug (isang oral form ng gamot na kapag ininom ay nabe-break down sa parehong aktibong sangkap na makikita sa injectable na gamot). Kapag may mga bagong iniinom na gamot laban sa cancer na naging available, puwedeng sakupin ng Part B ang mga ito. Kung hindi sasakupin ng Part B ang mga ito, Part D ang sasakop</li> <li>• gamot na iniinom sa pagduduwal: Sakop ng Medicare ang mga iniinom na gamot laban sa pagduruwal bilang bahagi ng chemotherapeutic regimen laban sa cancer kung ibinigay ang mga ito bago, habang, o sa loob ng 48 oras pagkatapos ng chemotherapy, o bilang ganap na therapeutic na kapalit ng intravenous na gamot laban sa pagduruwal</li> <li>• ilang partukular na iniinom na gamot para sa End-Stage Renal Disease (ESRD) kung available ang parehong gamot sa injectable form at sakop ito ng benepisyo ng ESRD sa Part B</li> <li>• mga calcimimetic na gamot sa ilalim ng system ng pagbabayad sa ESRD, kabilang ang intravenous na gamot na Parsabiv, at ang oral na gamot na Sensipar</li> <li>• ilang partikular na gamot para sa dialysis sa bahay, kabilang ang heparin, ang antidote para sa heparin (kapag medikal na kinakailangan), at mga ipinapahid na anesthetic</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga inireresetang gamot sa Medicare Part B (pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga erythropoiesis-stimulating agent: Sakop ng Medicare ang erythropoietin sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kayong ESRD o kung kailangan ninyo ang gamot na ito para gamutin ang anemia na nauugnay sa iba pang partikular na kondisyon (gaya ng Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, o Methoxy polyethylene glycol-epotin beta)</li> <li>• IV Immune Globulin para sa paggagamot sa tahanan ng sakit sa pangunahing kakulangan sa panlaban ng katawan sa sakit</li> <li>• parenteral at enteral nutrition (IV at tube feeding)</li> </ul> <p>Sakop din namin ang ilang bakuna sa ilalim ng aming Medicare Part B at karamihan sa mga pang-adult na bakuna sa ilalim ng aming benepisyo sa inireresetang gamot sa Medicare Part D.</p> <p>Ipinapaliwanag ng <b>Kabanata 5</b> ng inyong <i>Aklat-Gabay ng Miyembro</i> ang aming benepisyo sa inireresetang gamot sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital. Ipinapaliwanag nito sa inyo ang mga panuntunan na dapat ninyong sundin para sakupin ang mga reseta.</p> <p>Ipinapaliwanag ng <b>Kabanata 6</b> ng inyong Aklat-Gabay ng Miyembro kung magkano ang ibabayad ninyo para sa inyong mga inireresetang gamot sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital sa pamamagitan ng aming plano.</p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga</b></p> <p>Ang pasilidad ng pangangalaga (NF) ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga sa mga taong hindi makakakuha ng pangangalaga sa bahay ngunit hindi kailangang manatili sa ospital.</p> <p>Kasama, pero hindi limitado sa, mga sumusunod ang mga serbisyonang binabayaran namin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medyo-pribadong silid (o pribadong silid kung medikal na kinakailangan)</li> <li>• mga pagkain, kabilang ang espesyal na diyeta</li> <li>• mga serbisyo ng pangangalaga ng nars</li> <li>• physical therapy, occupational therapy, at speech therapy</li> <li>• respiratory therapy</li> <li>• mga gamot na ibinibigay sa inyo bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga. (Kabilang dito ang mga gamot na likas na nasa katawan ng tao, tulad ng mga salik sa pamumuo ng dugo.)</li> <li>• dugo, kabilang ang pag-iimbak at pamamahala</li> <li>• mga pangmedikal at pang-opera na supply na karaniwang ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga</li> <li>• mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ipinagkakaloob sa mga pasilidad ng pangangalaga</li> <li>• Mga x-ray at ibang mga serbisyo ng radyolohiya na karaniwang ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga</li> <li>• paggamit ng mga kagamitan, gaya ng mga wheelchair na karaniwang ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	<p>\$0</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).


Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga (pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga serbisyo ng doktor/practitioner</li> <li>• matibay na kagamitang medikal</li> <li>• mga serbisyo para sa ngipin, kasama ang mga pustiso</li> <li>• mga benepisyo sa paningin</li> <li>• mga pagsusuri sa pandinig</li> <li>• pangangalagang chiropractic</li> <li>• mga serbisyo tungkol sa podiatriya (pangangalaga at paggamot ng paa)</li> </ul> <p>Kadalasan ninyong natatanggap ang inyong pangangalaga mula sa mga pasilidad ng samahan. Gayunpaman, maaari kayong makakuha ng inyong pangangalaga mula sa pasilidad na hindi kasali sa aming samahan. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga sa pagbabayad ng aming plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• isang pasilidad ng pangangalaga (nursing facility) o komunidad sa patuloy na pangangalaga sa mga retirado kung saan kayo nakatira bago kayo pumunta sa ospital (hangga't nagkakaloob ang mga ito ng pasilidad ng pangangalaga).</li> <li>• isang pasilidad ng pangangalaga kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa panahon na kayo ay umalis sa ospital.</li> </ul>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 <p><b>Pag-eksamen para sa sobrang katabaan at therapy upang bumaba ang timbang</b></p> <p>Kung may body mass index kayo na 30 o mas mataas, nagbabayad kami para sa pagpapayo para matulungan kayong magbawas ng timbang. Dapat kayong kumuha ng pagpapayo sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga. Sa ganoong paraan, maaari itong mapamahalaan gamit ang inyong buong plano sa pag-iwas sa sakit. Makipag-usap sa inyong pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga upang mas marami pa ang malaman.</p>	\$0
<p><b>Mga serbisyo sa opioid treatment program (OTP)</b></p> <p>Nagbabayad ang aming plano para sa mga sumusunod na serbisyo para gamutin ang sakit sa paggamit ng opioid (opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga aktibidad ng paggamit</li> <li>• mga pana-panahong assessment</li> <li>• mga gamot na naaprubahan ng FDA at, kung naaangkop, pangangasiwa at pagbibigay sa inyo ng mga gamot na ito</li> <li>• pagpapayo sa disorder sa paggamit ng substance</li> <li>• indibidwal at panggrupong therapy</li> <li>• pagsusuri para sa mga gamot o kemikal sa inyong katawan (toxicology testing)</li> </ul>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga diyagnostikong pagsusuri sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital at mga terapiyutikong serbisyo at mga supply</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo at iba pang medikal na kinakailangang serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga x-ray</li> <li>• radiation (radium at isotope) therapy kabilang ang mga technician, mga materyales at mga supply</li> <li>• mga supply sa pag-opera, tulad ng mga dressing</li> <li>• mga splint, molde at ibang mga kagamitan na ginagamit para sa bali at dislokasyon</li> <li>• mga pagsusuri sa laboratoryo</li> <li>• dugo, kabilang ang pag-iimbak at pamamahala</li> <li>• iba pang mga pagsusuri sa pagkilala ng sakit sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital</li> </ul>	\$0
<p><b>Mga serbisyo sa ospital para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital*</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga medikal na kinakailangang serbisyo na matatanggap ninyo sa departamento ng outpatient ng isang ospital para sa pagtukoy (diagnosis) o paggamot ng isang sakit o pinsala, tulad ng:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga serbisyo sa isang departamento ng emergency o klinika para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital, tulad ng operasyon sa outpatient o mga serbisyo sa pag-oberba</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyo sa ospital para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital* (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Ang mga serbisyo sa pag-obserba ay tumutulong sa inyong doktor na alamin kung kailangan kayong dalhin sa isang ospital bilang “inpatient.”</li> <li>» Kung minsan, posibleng nagpagabi kayo sa ospital pero itinuturing pa rin kayong “pasyenteng hindi namamalagi sa ospital.”</li> <li>» Makakakuha kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa pagiging pasyenteng namamalagi o hindi namamalagi sa ospital sa fact sheet na ito: <a href="https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a>.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mga pagsusuri sa laboratoryo at mga diagnostic test na sinisingil ng ospital</li> <li>• Pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan, kasama na ang pangangalaga sa programa para sa bahaging pagpapaospital, kung natiyak ng doktor na ang paggagamot sa inpatient ay kakailanganin kung wala ito</li> <li>• Ang mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology ay sinisingil ng ospital</li> <li>• Mga medikal na supply, tulad ng mga splint at cast</li> <li>• Mga pag-eksamen at serbisyo para sa pag-iwas sa sakit na nakalista sa buong Talaan ng Mga Benepisyo</li> <li>• Ilang gamot na hindi ninyo magagawang ibigay sa inyong sarili</li> </ul> <p>Kailangan ng paunang awtorisasyon para sa ilang serbisyo sa ospital para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital.</p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pangangalaga sa kalusugan ng isip ng pasyenteng hindi namamalagi sa ospital*</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip na ibinigay ng:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• psychiatrist o doktor na lisensiyado ng estado</li> <li>• klinikal na psychologist</li> <li>• klinikal na social worker</li> <li>• klinikal na espesyalistang nars</li> <li>• lisensiyadong propesyonal na tagapayo (licensed professional counselor, LPC)</li> <li>• lisensiyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (licensed marriage and family therapist, LMFT)</li> <li>• isang nurse practitioner (NP)</li> <li>• katulong ng doktor (physician assistant, PA)</li> <li>• iba pang mga kuwalipikadong propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan ng isip sa Medicare na pinapahintulutan sa ilalim ng nalalapat na mga batas ng estado</li> </ul> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at posibleng para sa iba ring serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga serbisyo sa klinika</li> <li>• pang-araw na paggamot kapag medikal na kinakailangan</li> <li>• mga serbisyo sa psychosocial rehab kapag medikal na kinakailangan</li> <li>• partial na pagpapaospital o mga intensive na outpatient na programa</li> <li>• ebalwasyon at paggamot ng kalusugan ng isip sa indibidwal at grupo</li> <li>• sikolohikal na pagsusuri kapag kinakailangan sa pagpapagamot upang suriin ang kinalabasan ng kalusugan ng isip</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mga serbisyo sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital para masubaybayan ang paggamit ng gamot sa terapiya</li> <li>• laboratoryo, mga gamot, mga supply, at mga supplement para sa outpatient</li> <li>• saykayatrikong konsultasyon</li> </ul>	
<p><b>Mga serbisyong panrehabilitasyon para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital*</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa physical therapy, occupational therapy, at speech therapy.</p> <p>Makakakuha kayo ng mga serbisyo para sa rehabilitasyon ng outpatient mula sa departamento ng ospital para sa outpatient, mga independiyenteng tanggapan ng therapist, malawakang rehabilitasyon para sa outpatient na pasyente (CORF) at ibang mga pasilidad.</p>	\$0
<p><b>Mga serbisyo sa outpatient para sa problema sa pag-abuso ng substance*</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at posibleng para sa iba ring serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pag-eksamen at pagpapayo sa sobrang pag-inom ng alak</li> <li>• paggamot sa pagkalulong sa droga</li> <li>• grupo o indibidwal na pagpapayo ng isang kuwalipikadong clinician</li> <li>• subacute detoxification sa isang pantahanang programa para sa pagkalulong</li> <li>• mga serbisyo para sa alak at/o gamot sa isang intensive na outpatient treatment center</li> <li>• paggamot ng pinatagal na pagbibigay ng Naltrexone (vivitrol)</li> </ul>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Operasyon ng pasyenteng hindi namamalagi sa ospital*</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa operasyon ng at serbisyo para sa outpatient sa mga pasilidad ng ospital para sa outpatient at mga ambulatory surgical center.</p>	\$0
<p><b>Mga Item na Mabibili nang Walang Reseta (Over-the-Counter, OTC)</b></p> <p>Sinasakop ng CareAdvantage ang ilang gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter, OTC) kapag isinusulat ang mga ito bilang reseta ng inyong tagabigay ng serbisyo. Sinasakop din namin ang ilang produktong Mabibili nang Walang Reseta (Over the Counter, OTC) sa pamamagitan ng aming benepisyong CareAdvantage OTC nang wala kayong babayaran. Para sa mga produktong sakop ng benepisyong CareAdvantage OTC, walang resetang kailangan.</p> <p>Makakatanggap kayo ng limitasyon sa allowance o paggastos kada tatlong buwan (kada quarter), upang bumili ng mga OTC na item at supply sa mga retail na tindahan, sa pamamagitan ng catalog ng OTC na mail-order, o sa website ng aming vendor. Ang benepisyong ito ay magiging available sa unang araw ng bawat quarter; Enero 1, Abril 1, Hulyo 1, at Oktubre 1. Madadala sa susunod na tatlong buwan ang anumang hindi nagamit na card allowance. Maaari ninyong gamitin ang benepisyong ito upang makakuha ng mga item gaya ng acetaminophen, mga gasa, mga gamot para sa ubo at sipon, at iba pang kuwalipikadong produkto na kasama sa catalog ng mail-order, website ng vendor, at/o mga retail na tindahan (batay sa inaprobahang listahan ng CMS).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$95 na allowance kada quarter</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga Item na Mabibili nang Walang Reseta (Over-the-Counter, OTC) (ipinagpatuloy)</b></p> <p>Ang mga item ay dapat bahagi ng listahan ng mga inaprobahang OTC na produkto na pinapahintulutan ng CMS. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga OTC na produktong sakop namin sa pamamagitan ng benepisyo ng inireresetang gamot o sa pamamagitan ng aming benepisyong CareAdvantage OTC, pakibisita ang aming website sa <a href="http://www.hpsm.org/careadvantage">www.hpsm.org/careadvantage</a> o tumawag sa Yunit ng CareAdvantage.</p> <p>Sakop din ng Medi-Cal Rx ang ilang OTC na gamot. Kung may OTC na hindi namin sakop, puwedeng sakop ito ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx (<a href="http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov">www.medi-calrx.dhcs.ca.gov</a>) para sa higit pang impormasyon. Puwede rin ninyong tawagan ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 1-800-977-2273. Pakidala ang inyong Identification Card ng Benepisyaryo (Beneficiary Identification Card, BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.</p>	
<p><b>Pangangalaga Para Mabawasan ang Pananakit (Palliative Care)</b></p> <p>Sakop ng aming plano ang palliative na pangangalaga. Ang palliative na pangangalaga ay para sa mga taong may malubhang karamdaman. Nagbibigay ito ng pangangalagang nakatuon sa pasyente at pamilya na nagpapaganda ng kalidad ng buhay sa pamamagitan ng antisipasyon, pag-agap, at paggamot sa pagdurusa. <b>Hindi</b> hospisyo ang Palliative na Pangangalaga, ibig sabihin, hindi ninyo kailangang magkaroon ng life expectancy na anim na buwan pababa para maging kuwalipikado sa palliative na pangangalaga. Ibinibigay ang palliative na pangangalaga kasabay ng paggamot/regular na pangangalaga.</p> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pangangalaga Para Mabawasan ang Pananakit (Palliative Care) (ipinagpatuloy)</b></p> <p>Kabilang sa palliative na pangangalaga ang mga sumusunod:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• maagang pagpapalano sa pangangalaga</li> <li>• pagtatasa at konsultasyon tungkol sa palliative care</li> <li>• plano ng pangangalaga kabilang ang lahat ng awtorisadong palliative na pangangalaga at paggamot, kabilang ang mga serbisyo para sa kalusugan ng isip at mga medikal na panlipunang serbisyo</li> <li>• mga serbisyo mula sa itinalaga sa inyo na pangkat sa pag-aalaga</li> <li>• koordinasyon ng pangangalaga</li> <li>• pagkontrol sa kirot at sintomas</li> </ul> <p>Kung lampas 21 taong gulang na kayo, hindi kayo puwedeng sabay na makatanggap ng pangangalaga sa hospisyong pangangalaga. Kung tumatanggap kayo ng pangangalaga para mabawasan ang pananakit at matutugunan ninyo ang pagiging kuwalipikado para sa hospisyong pangangalaga, puwede kayong magpalipat sa ospisyong pangangalaga anumang oras.</p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyo sa bahagyang pagpapaospital at mga intensive na outpatient na serbisyo*</b></p> <p>Ang hindi ganap na pagpapaospital ay isang may estrukturang programa ng aktibong psychiatric na paggamot. Ibinibigay ito bilang isang serbisyo sa ospital para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital o ng isang sentro ng komunidad para sa kalusugan ng isip. Mas matindi ito kaysa sa pangangalagang natatanggap ninyo sa tanggapan ng inyong doktor, therapist, lisensyadong marriage at family therapist (LMFT), o lisensyadong propesyonal na tagapayo. Ito ay makakatulong sa inyo upang hindi kayo mamalagi sa ospital.</p> <p>Ang intensive na outpatient na serbisyo ay isang nakabalangkas na programa ng aktibong therapy na paggamot para sa kalusugan sa pag-uuugali (pag-iisip) na ipinagkakaloob bilang isang outpatient na serbisyo sa ospital, isang sentrong pangkomunidad para sa kalusugan ng isip, isang sentrong pangkalusugan na kuwalipikado ng pederal na gobyerno, o klinikang pangkalusugan na malayo sa kalunsuran (rural health clinic), na mas intense kumpara sa pangangalagang natatanggap sa opisina ng inyong doktor, therapist, LMFT, o lisensyadong propesyonal na tagapayo pero hindi ganoong ka-intense kaysa sa bahagyang pagpapaospital.</p>	\$0
<p><b>Mga serbisyo ng doktor/tagabigay ng serbisyo, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor*</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga medikal na kinakailangang serbisyo sa pangangalaga sa kalusugan o operasyon na isinasagawa sa mga lugar na tulad ng:</li> <li>• klinika ng doktor</li> <li>• sertipikadong ambulatory surgical center</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyo ng doktor/tagabigay ng serbisyo, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• outpatient na departamento ng ospital</li> <li>• konsultasyon, diagnosis, at paggamot ng isang espesyalista</li> <li>• mga batayang eksaminasyon sa pandinig at balanse na ibinigay ng inyong tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga, kung papayuhan sila ng inyong doktor na alamin kung kailangan ninyo ng paggamot</li> <li>• mga telehealth na serbisyo para sa mga buwanang pagbisitang nauugnay sa end-stage renal disease (ESRD) ng mga miyembrong nagda-dialysis sa bahay sa isang renal dialysis center na hospital-based o critical access hospital-based, pasilidad ng renal dialysis, o sa bahay</li> <li>• mga telehealth na serbisyo para ma-diagnose, masuri, o magamot ang mga sintomas ng isang stroke</li> <li>• mga telehealth na serbisyo para sa mga miyembrong may problema sa paggamit ng substance o may kasabay na problema sa kalusugan ng isip</li> <li>• mga telehealth na serbisyo para sa pagtukoy (diagnosis) sa sakit, ebalwasyon, at paggamot ng mga disorder sa kalusugan ng isip kung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• mayroon kayong personal na pagbisita sa loob ng 6 na buwan bago ang una ninyong telehealth na pagbisita</li> <li>• mayroon kayong personal na pagbisita kada 12 buwan habang tinatanggap ang mga telehealth na serbisyong ito</li> <li>• posibleng magkaroon ng mga eksepsiyon sa mga nabanggit sa ilang partikular na sitwasyon</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyo ng doktor/tagabigay ng serbisyo, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga telehealth na serbisyo para sa mga pagbisita para sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng Mga Klinikang Pangkalusugan na Malayo sa Kalunsuran (Rural Health Clinic, RHC) at Mga Sentrong Pangkalusugan na Kuwalipikado ng Pederal na Gobyerno (Federally Qualified Health Center, FQHC).</li> <li>• mga virtual na pag-check in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) kasama ang inyong doktor nang 5-10 minuto <b>kung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ hindi kayo bagong pasyente <b>at</b></li> <li>○ ang pag-check in ay hindi nauugnay sa isang pagbisita sa opisina sa loob ng nakaraang 7 araw <b>at</b></li> <li>○ ang pag-check in ay hindi humahantong sa isang pagbisita sa opisina sa loob ng 24 oras o sa pinakamaagang available na appointment</li> </ul> </li> <li>• Ebalwasyon ng video at/o mga larawang ipapadala ninyo sa inyong doktor at ang interpretasyon at follow-up ng inyong doktor sa loob ng 24 oras <b>kung</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ hindi kayo bagong pasyente at</li> <li>○ ang ebalwasyon ay hindi nauugnay sa isang pagbisita sa opisina sa loob ng nakaraang 7 araw at</li> <li>○ ang ebalwasyon ay hindi humahantong sa isang pagbisita sa opisina sa loob ng 24 oras o sa pinakamaagang available na appointment</li> </ul> </li> <li>• Konsultasyong isinagawa ng inyong doktor sa iba pang doktor sa pamamagitan ng telepono, Internet, o electronic na tala sa kalusugan kung hindi kayo bagong pasyente</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.




**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyo ng doktor/tagabigay ng serbisyo, kabilang ang mga pagbisita sa opisina ng doktor (pagpapatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pangalawang opinyon bago ang surgery</li> <li>• Hindi regular na pangangalaga ng ngipin. Ang mga sakop na serbisyo ay limitado sa mga sumusunod: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ operasyon sa panga o mga nauugnay na bahagi</li> <li>○ pagsasaayos ng mga bali sa panga o mga buto sa mukha</li> <li>○ pagbunot ng ngipin bago ang mga paggamot gamit ang radiation para sa neoplastic cancer</li> <li>○ mga sasakuping serbisyo kapag isinagawa ng doktor</li> </ul> </li> </ul> <p>Kailangan ng paunang awtorisasyon para sa mga serbisyo sa ambulatory surgical center at mga serbisyo sa outpatient na departamento ng ospital.</p> <p>Kung medikal na kinakailangan, puwedeng bayaran ng Medical ang mga karagdagang outpatient na serbisyo ng doktor at mid-level practitioner. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.</p>	
<p><b>Mga serbisyo sa podiatriya (pangangalaga at paggamot ng paa)</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pagtukoy (diagnosis) sa sakit at medikal na paggamot o paggamot sa pamamagitan ng operasyon sa mga pinsala at sakit sa paa (gaya ng mga balikong daliri sa paa o buto sa sakong)</li> <li>• karaniwang pangangalaga sa paa para sa mga miyembrong may mga tiyak na medikal na kondisyon na nakakaapekto sa kanilang ibabang biyas, tulad ng diabetes</li> </ul>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 <p><b>Mga pag-eksamen para sa kanser sa prostate</b></p> <p>Para sa mga kalalaking nasa edad na 50 pataas, nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo nang isang beses kada 12 buwan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• isang digital rectal na eksaminasyon</li> <li>• isang prostate specific antigen (PSA) test</li> </ul>	\$0
<p><b>Mga prosthetic at orthotic device at mga nauugnay na supply*</b></p> <p>Ang mga aparatong prostetiko ay pumapalit sa buong o bahagi ng parte o ginagawa ng katawan. Kabilang dito, ngunit hindi limitado sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pag-test, pagsusukat, o pagsasanay ng paggamit sa mga prosthetic at orthotic device</li> <li>• mga bag para sa colostomy at mga supply na may kaugnayan sa pangangalaga sa colostomy</li> <li>• enteral at parenteral na nutrisyon, kabilang ang mga feeding supply kit, infusion pump, tubing at adaptor, mga tinitimpla, at supply para sa mga iniksyong itinuturok sa sarili</li> <li>• mga pacemaker</li> <li>• mga brace</li> <li>• mga prostetikong sapatos</li> <li>• mga artipisyal na braso at binti</li> <li>• mga prosthesis sa suso (kabilang ang surgical brassiere matapos ang mastectomy)</li> </ul> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyonang ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.




Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga prosthetic at orthotic device at mga nauugnay na supply* (ipinagpatuloy)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mga prosthesis na papalit sa buong o bahagi ng isang panlabas na parte ng mukha na inalis o may kapansanan dahil sa sakit, pinsala, o diperensiya mula pagkasilang</li> <li>• mga cream at diaper para sa hindi makapagpigil umihi o dumumi</li> </ul> <p>Nagbabayad din kami para sa ilang supply na nauugnay sa mga prosthetic at orthotic device. Nagbabayad din kami para sa pagpapaayos o pagpapalit ng mga prosthetic at orthotic device.</p> <p>Kami ay nag-aalok ng ilang pagkakasakop matapos ang pagtanggap ng katarata o operasyon sa katarata. Sumangguni sa “Pangangalaga ng paningin” sa huling bahagi ng talaang ito para sa mga detalye.</p> <p>Hindi namin babayaran ang mga kagamitang prostetik para sa ngipin.</p> <p>Ang Medi-Cal ay maaaring bayaran ang karagdagang matibay na kagamitang medikal na hindi sakop sa ilalim ng Medicare batay sa indibidwal na pangangailangan at paunang awtorisasyon. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.</p> <p>Dapat kayong makipag-usap sa inyong tagabigay ng serbisyo at kumuha ng referral para sa mga aparatong prostetiko at mga nauugnay na supply.</p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng baga*</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga programa sa rehabilitasyon ng baga para sa mga miyembrong may katamtaman hanggang napakalubhang chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Kailangan mayroon kayong kautusan para sa rehabilitasyon ng baga mula sa doktor o tagabigay ng serbisyo na gumagamot ng COPD.</p> <p>Nagbabayad kami para sa mga serbisyo para sa paghinga para sa mga pasyenteng umaasa sa ventilator.</p> <p>Ang Medi-Cal ay sakop din ang mga serbisyo na kinakailangan sa paggagamot na rehabilitasyon na kinabibilangan ng pangangalaga sa paghinga para sa mga miyembro na umaasa sa 'ventilator' kung kinakailangan sa paggagamot. Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.</p>	\$0
<p> <b>Pag-eksamen at pagpapayo para sa mga impeksiyon na nakakahawa sa pamamagitan ng pakikipagtalik (STI)</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, and hepatitis B. Ang mga screening na ito ay sakop para sa mga babaeng nagbubuntis at para sa ilang taong mas nanganganib na magkaroon ng STI. Kailangang iutos ng isang tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga ang mga pagsusuri. Sinasakop namin ang mga pagsusuring ito isang beses kada 12 buwan o sa ilang beses habang buntis.</p> <p>Nagbabayad din kami para sa hanggang dalawang harapang, masinsinang sesyon ng pagpapayo sa pag-uugali kada taon para sa mga nasa sapat na gulang na aktibong nakikipagtalik na may malaking panganib para sa mga STI. Ang bawat sesyon ay maaaring tumagal ng 20-30 minuto. Nagbabayad lang kami para sa mga sesyon na ito ng pagpapayo bilang serbisyo para sa pag-iwas sa sakit kung ibinigay ito ng isang tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga. Ang</p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).


Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p>mga sesyon ay dapat ganapin sa isang lugar para sa pangunahing pangangalaga, tulad ng opisina ng doktor.</p>	
<p><b>Pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (Skilled Nursing Facility, SNF)*</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo, at posibleng para sa iba ring serbisyong hindi nakalista rito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• isang semi-private na silid, o pribadong silid kung medikal na kinakailangan</li> <li>• mga pagkain, kabilang ang espesyal na diyeta</li> <li>• mga serbisyo ng pangangalaga ng nars</li> <li>• physical therapy, occupational therapy, at speech therapy</li> <li>• mga gamot na ipinagkakaloob sa inyo bilang bahagi ng plano ng pangangalaga, kabilang dito ang mga gamot na likas na nasa katawan ng tao, tulad ng mga salik sa pamumuo ng dugo</li> <li>• dugo, kabilang ang pag-iimbak at pamamahala</li> <li>• mga panggamot at pang-opera na supply na ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga</li> <li>• mga pagsusuri sa laboratoryo na ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga</li> <li>• Mga x-ray at ibang mga serbisyo ng radyolohiya na ipinagkakaloob sa pasilidad ng pangangalaga</li> <li>• paggamit ng mga kagamitan, gaya ng mga wheelchair, na karaniwang binibigay ng pasilidad ng pangangalaga</li> <li>• mga serbisyo ng doktor/tagabigay ng serbisyo</li> </ul> <p>Kadalasan ninyong natatanggap ang inyong pangangalaga mula sa mga pasilidad ng samahan. Gayunpaman, maaari</p> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (Skilled Nursing Facility, SNF)* (ipinagpatuloy)</b></p> <p>kayong makakuha ng inyong pangangalaga mula sa pasilidad na hindi kasali sa aming samahan. Maaari kayong makakuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga sa pagbabayad ng aming plano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• isang pasilidad ng pangangalaga (nursing facility) o komunidad sa patuloy na pangangalaga sa mga retirado kung saan kayo nakatira bago kayo pumunta sa ospital (hangga't nagkakaloob ito ng pangangalagang hatid ng pasilidad ng pangangalaga)</li> <li>• isang pasilidad ng pangangalaga kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa panahon na kayo ay umalis sa ospital</li> </ul>	
<p> <b>Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako</b></p> <p>Kung kayo ay gumagamit ng tabako, walang senyales o sintomas ng sakit na may kaugnayan sa tabako, at gusto o kailangang tumigil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Magbabayad kami para sa dalawang pagtatangkang tumigil sa loob ng 12 buwang panahon bilang serbisyo para sa pag-iwas sa sakit. Ang serbisyong ito ay libre para sa inyo. Ang bawat pagtatangkang tumigil ay may kasamang apat na harapang pagbisita para sa pagpapayo.</li> </ul> <p>Kung kayo ay gumagamit ng tabako at na-diagnose ang inyong sakit na may kaugnayan sa tabako o umiinom ng gamot na maaaring naapektuhan ng tabako:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Magbabayad kami para sa dalawang pagpapayo para sa pagtatangkang tumigil sa loob ng 12 buwang panahon. Ang bawat pagpapayo para sa pagsubok ay may kasamang hanggang apat na harapang pagbisita.</li> </ul>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Supervised exercise therapy (SET)</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa SET para sa mga miyembrong may symptomatic peripheral artery disease (PAD) na mayroong referral para sa PAD mula sa doktor na responsable para sa paggamot sa PAD.</p> <p>Nagbabayad ang aming plano para sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hanggang 36 sesyon sa loob ng isang 12 linggong yugto kung natutugunan ang lahat ng kahingian sa SET</li> <li>• 36 na karagdagang sesyon sa paglipas ng panahon kung mapagpapasyahang medikal na kinakailangan ng isang tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan</li> </ul> <p>Ang programa ng SET ay dapat na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 hanggang 60 minutong sesyon ng isang programa ng pagsasanay sa therapeutic exercise para sa PAD sa mga miyembrong namumulikat ang binti dahil sa mahinang daloy ng dugo (claudication)</li> <li>• isasagawa sa isang lugar sa ospital para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital o sa opisina ng doktor</li> <li>• ihahatid ng isang kuwalipikadong tauhan na nagtitiyak na lamang ang benepisyo sa panganib at sinanay sa exercise therapy para sa PAD</li> <li>• nasa direktang pangangasiwa ng isang doktor, katulong ng doktor, o nurse practitioner/espesyalistang klinikal na nars na sinanay sa parehong basic at advanced na mga technique sa pagsuporta sa buhay</li> </ul>	<p>\$0</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Transportasyon: Hindi Pang-emergency na Medikal na transportasyon</b></p> <p>Ang benepisyong ito ay nagpapakaloob ng pinaka-epektibo at madaling makuha na transportasyon. Kabilang dito ang: ambulansiya, litter van, at va para sa wheelchair, mga serbisyo para sa pangmedikal na transportasyon, at pakikibagay sa paratransit.</p> <p>Ang mga uri ng transportasyon ay awtorisado kapag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ang inyong medikal at/o pisikal na kondisyon ay pumipigil sa inyong bumiyahe sa pamamagitan ng bus, pampasaherong kotse, taxicab, o ibang uri ng pampubliko o pribadong transportasyon, <b>at</b></li> <li>• maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon, depende sa serbisyo</li> </ul> <p>Kasama sa mga serbisyo sa Hindi Emergency na Medikal na Transportasyon (Non-Emergency Medical Transport, NEMT) ang ambulansiya, litter/gurney van at wheelchair van na medikal na transportasyon para sa hindi pang-emergency na pangangalaga. Nangangailangan ang HPSM ng paunang awtorisasyon sa mga NEMT na serbisyo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kailangang kumpletuhin ng tagabigay ng serbisyo na naghahatid ng pangangalaga sa miyembro ang form ng paunang awtorisasyon at physician certification statement (PCS) at isumite ang mga ito sa HPSM.</li> <li>• Puwedeng magsumite ng kahilingan ang nanggagamot na doktor para sa mga serbisyo sa NEMT nang hanggang <b>12 buwan</b> kung kailangan ng umuulit na transportasyon para suportahan ang plano sa paggamot ng miyembro.</li> </ul> <p>Pinapayagan ang retro-active na awtorisasyon para sa mga serbisyo sa NEMT. Posibleng tanggihan ang mga kahilingan para sa retro-active na awtorisasyon hal., kapag kulang sa medikal na pangangailangan.</p>	<p>\$0</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon (Benepisyong ng HPSM sa Pagsakay)</b></p> <p>Ang benepisyong ito ay nagbibigay-daan sa transportasyon papunta sa mga serbisyonang medikal sa pamamagitan ng pampasaherong kotse, taxi, o ibang paraan ng pampubliko/pribadong transportasyon.</p> <p>Kinakailangan ang transportasyon para sa pagtanggap ng kinakailangang pangangalagang medikal, kabilang ang pagbiyahe papunta at pauwi mula sa mga appointment sa dentista at para kumuha ng mga inireresetang gamot.</p> <p>Ang benepisyong ito ay hindi naglilimita sa inyong hindi pang-emerhensyang medikal na transportasyon.</p> <p>Ang NMT ay nagpapasakay sa mga miyembrong pupunta sa mga serbisyonang nauugnay sa outpatient na pangangalaga sa kalusugan tulad ng mga appointment sa doktor, mga appointment sa dentista, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, physical therapy, mga klinikal na lab, mga parmasya (para kumuha ng mga inireresetang gamot na na-order ng inyong tagabigay ng serbisyo at binayaran ng HPSM), atbp.</p> <p>Hindi sakop ang mga pagsakay papunta sa mga serbisyonang hindi nauugnay sa pangangalaga sa kalusugan gaya ng mga pamilihan, gym, paaralan, atbp.</p> <p>Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606.</p> <p>Para humiling ng masasakyan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tawagan ang kinontrata ng HPSM na tagabigay ng serbisyo, ang American Logistics (AL) sa 1-877-356-1080, nang dalawang (2) araw o mas maaga bago ang inyong appointment</li> </ol> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	<p>\$0</p>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon (ipinagpapatuloy)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. O tumawag sa pinakamaagang kaya ninyo kung mayroon kayong hindi inaasahang appointment (kabilang ang pagkaraan ng oras ng trabaho).</li> <li>3. Dapat tawagan ng mga gumagamit ng TTY ang 1-800-735-2929 o dapat nilang i-dial ang 7-1-1.</li> <li>4. Ang mga oras ng call center ng AL ay Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.</li> <li>5. Ang mga kahilingan sa pagsakay sa taxi ay dapat gawin nang 2 araw na may trabaho o mas maaga bago ang hiniling na nakaiskedyul na oras ng pagsundo.</li> <li>6. Kung magkakansela ng pagsakay, dapat itong gawin nang 2 oras o mas maaga bago ang oras ng pagsundo.</li> <li>7. Kailangang dumaan sa AL ang lahat ng kahilingan sa pagsakay. Ang pagsakay sa taksi ay bibigyan lang ng awtorisasyon sa pamamagitan ng mga kumpanya ng taksi/mga nagmamaneho na kinontrata ng AL. Hindi masasakop ang ibang uri ng NMT.</li> <li>8. Dapat magbigay ng paunang awtorisasyon ang Yunit ng CareAdvantage sa mga sumusunod na pagsakay bago ang pag-iiskedyul: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ang mga pagsakay na nagsisimula at/o nagtatapos sa labas ng San Mateo, San Francisco at/o Santa Clara na mga County.</li> <li>b. Mga pagsakay na lampas 50 milya ang layo nang one-way anuman ang destinasyong County.</li> <li>c. Kung parehong wala sa San Mateo County ang mga address na paghahatiran at pagbababaan.</li> </ol> </li> </ol>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hindi maibabalik ang ibinayad ng mga miyembro para sa mga pagsakay na hindi binigyan ng awtorisasyon (hindi inaprobahan ng empleyado ng AL).</li> <li>○ 9. Sasakupin ng CareAdvantage ang hanggang 12 one-way na biyahe o 6 na roundtrip na biyahe sa inyong lokal na YMCA, kada taon.</li> </ul> <p><b><u>Paggamit ng NMT</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kapag kayo ay tumawag sa AL para sumakay, tatanungin sa inyo ng AL:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ang numero ng inyong HPSM ID, ang petsa at oras na kailangan ang pagsakay, ang mga address sa pagsusunduan at destinasyon, ang inyong numero ng cellphone, at kung kailangan ninyo ng masasakyang balikan.           <ul style="list-style-type: none"> <li>• liskedyul ang inyong oras ng pagsundo nang pitumpu't limang (75) minuto o mas maaga bago ang oras ng inyong appointment para makarating kayo nang labinlimang (15) minuto bago ang nakaiskedyul ninyong oras ng appointment.</li> </ul> </li> <li>b. Kung may kaugnayan sa kalusugan ang layunin ng sakay           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tatanggihan ang mga sakay na walang kaugnayan sa layuning pangkalusugan.</li> </ul> </li> <li>c. Kung mayroon kayong ibang paraan ng transportasyon sa inyong appointment.</li> <li>d. Kung ang inyong appointment ay sa opisina ng doktor o dentista, parmasya, sentro ng therapy sa rehabilitasyon, sentro ng diagnostikong pagsusuri (diagnostic testing center), atbp.</li> </ol> </li> </ol> <p style="text-align: right;"><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon (ipinagpapatuloy)</b></p> <p>e. Kung kailangan ninyo ng pagsakay na pauwi (tinatawag ito na will-call ride). Imamapa ng AL ang address ng destinasyon para mapagtibay na lokasyon ito na may kaugnayang medikal/pangkalusugan.</p> <p>f. Anong uri ng transportasyon ang gusto ninyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curb-to-curb: Para magamit ang serbisyong ito, mayroon dapat kayong cell phone na kayang makatanggap ng mga text message mula sa inyong driver, at kaya dapat ninyong hintayin ang inyong sasakyan sa labas sa gilid ng kalsada.</li> <li>• Door-to-door: Gamitin ang serbisyong ito kung nakalalakad kayo pero kailangan ninyo ng tulong ng driver para makapasok at/o makalabas ng sasakyan at/o tulong sa pagpasok sa gusali. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gagamitin din ang door-to-door kung wala kayong cell phone na kayang makatanggap ng mga text message mula sa driver.</li> </ul> </li> <li>• Hanggang 5 minuto lang kayo hihintayin ng drayber sa lokasyon kung saan kayo susunduin, kaya huwag magpahuli at maging handa sa inyong pagsakay.</li> <li>• Maiiskedyul kayong sunduin ng drayber nang pitumpu't limang (75) minuto o mas maaga bago ang oras ng inyong appointment, para makarating kayo nang labinlimang (15) minuto bago ang nakaiskedyul ninyong oras ng appointment.</li> </ul> <p>2. Maaaring may kasabay kayo sa sasakyan na iba pang miyembro ng HPSM na papunta sa parehong destinasyon</p> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon (ipinagpapatuloy)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Kung may naka-iskedyul kayong balikang sakay, kailangan ninyong tawagan ang AL kapag handa na kayong masundo para sa pabalik na biyahe. Ang pabalik na sakay ay tinatawag na “will-call” ride.</li> <li>4. May iba pang tao na maaaring sumabay sa inyo sa sasakyan. Kapag tumawag kayo sa AL para mag-iskedyul ng isang pagsakay, sabihin sa AL na may kasama kayo.</li> <li>5. Kung kailangan ninyong kanselahin ang isang pagsakay, dapat ninyong tawagan ang AL nang dalawang (2) oras o mas maaga bago ang naka-iskedyul na oras ng pagsundo. Ito ay para maiwasan ang no-show na pagsakay</li> <li>6. Sanhi ng di inaasahang trapiko o iba pang mga dahilan, ang inyong pagsakay ay maaaring mahuli kaysa sa naka-iskedyul na oras ng pagsundo.</li> <li>7. Para sa mga unang sakay ng pagsundo (ang papuntang sakay) patungo sa appointment, maituturing na huli ang isang sakay kung dumating ang drayber nang lampas labinlimang (15) minuto makalipas ang naka-iskedyul ninyong oras ng pagsundo.</li> <li>8. Para sa mga pagsakay pauwi mula sa isang appointment (na tinatawag ding mga "will-call ride"), maituturing na huli ang isang pagsakay kung dumating ang drayber nang lampas apatnapu't limang (45) minuto pagkatapos ninyong tumawag sa AL para humiling ng will-call na pagsakay pabalik</li> </ol> <p>Hindi angkop ang NMT kung:</p> <p><b>Ipinagpapatuloy ang benepisyong ito sa susunod na pahina</b></p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p><b>Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon (ipinagpapatuloy)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. May pangangailangan ang paggamot para sa ambulansiya, litter van, wheelchair van o iba pang anyo ng NEMT upang makuha ang isang sakop na serbisyo</li> <li>2. Kailangan ninyo ang tulong ng drayber mula at pabalik sa tirahan ninyo, sasakyan o pagamutan dahil sa kondisyong pisikal o medikal.</li> <li>3. Kung nasa wheelchair kayo at/o hindi kayo makapasok at labas ng sasakyan nang walang tulong ng drayber.</li> <li>4. Hindi sakop ng Medicare o Medi-Cal ang serbisyo.</li> </ol> <p>Tinitingnan ng HPSM ang aktibidad sa pagsakay ng NMT para matiyak na nagagamit ang mga pagsakay sa tamang paraan. Titingnan ng HPSM kung gumagamit kayo ng pagsakay:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Papunta sa mga lokasyong hindi nauugnay sa pangangalagang pangkalusugan.</li> <li>○ Papunta sa mga lokasyon ng pangangalagang pangkalusugan nang wala kayong appointment.</li> <li>○ Papunta sa mga appointment na lampas sa mga oras na may trabaho sa opisina para sa pangangalagang pangkalusugan.</li> <li>○ Papunta sa mga parmasya pero wala kayong kukuning reseta na binayaran ng HPSM</li> <li>○ Na hindi ninyo sinakyan noong dumating ang drayber (mga pagsakay na hindi kayo nagpakita).</li> </ul> <p>Kung gagamitin ninyo sa maling paraan ang inyong mga pagsakay, ilalagay kayo sa listahan ng pinaghihigpitang pagsakay. Kakailanganin ninyong hingin ang aprobasyon ng HPSM bago makapag-iskedyul ng pagsakay. Tatawagan ng AL ang inyong mga tagabigay ng serbisyo para tiyakin kung may appointment kayo at/o mga inireresetang gamot na kailangang kunin. Kung kayo ay nasa listahan ng</p>	

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.




**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
<p>pinaghihigpitan sa pagsakay, hindi mag-iiskedyul ang AL ng pagsakay para sa inyo kapag walang kumpirmasyon.</p>	
<p><b>Agarang kinakailangang pangangalaga</b></p> <p>Ang agarang kinakailangang pangangalaga ay ang pangangalaga na ipinagkakaloob upang gamutin ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• isang hindi emergency na nangangailangan ng agarang pangangalagang medikal, ○</li> <li>• isang hindi inaasahang karamdaman; ○</li> <li>• pinsala, ○</li> <li>• kondisyon na kailangang ng pangangalaga kaagad.</li> </ul> <p>Kung kailangan ninyo ng agarang kinakailangang pangangalaga, dapat muna ninyong subukang matanggap ito sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan. Gayunpaman, puwede kayong kumonsulta sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan kapag imposibleng makapunta kayo sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan dahil sa inyong oras, lugar, o sitwasyon (halimbawa, kapag wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng plano at nangangailangan kayo ng mga agarang serbisyong medikal na kinakailangan dahil sa isang hindi inaasahang kalagayan pero hindi isang medikal na emergency).</p> <p>Hindi sakop ang mga serbisyo ng agarang pangangalaga sa labas ng Estados Unidos.</p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.




Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 <p><b>Pangangalaga ng Paningin</b></p> <p>Nagbabayad kami para sa mga sumusunod na serbisyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• isang regular na eksaminasyon sa mata kada taon, <b>at</b></li> <li>• hanggang \$175 para sa mga salamin sa mata (mga frame at lente) o para sa mga contact lens kada taon</li> </ul> <p>Nagbabayad kami para sa mga serbisyo ng doktor para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital para sa pagtukoy (diagnosis) at paggamot sa mga sakit at pinsala sa mata. Halimbawa, kasama rito ang mga taunang eksaminasyon sa mata para sa diabetic retinopathy para sa mga taong may diabetes at paggamot para sa mga macular degeneration na nauugnay sa edad.</p> <p>Para sa mga taong may malaking panganib na magkaroon ng glaucoma, nagbabayad kami para sa isang pag-eksamen para sa glaucoma kada taon. Kasama sa mga taong may mataas na panganib na magkaroon ng glaucoma ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• taong may kasaysayan ng glaucoma sa pamilya</li> <li>• taong may diabetes</li> <li>• Mga African-American na 50 taong gulang pataas</li> <li>• Mga Hispanic American na 65 taong gulang pataas</li> </ul> <p>Nagbabayad kami para sa isang pares ng salamin o contact lens pagkatapos ng operasyon sa katarata kapag naglagay ng intraocular na lente ang doktor.</p> <p>Kung mayroon kayong dalawang magkahiwalay na operasyon sa katarata, kailangan ninyong kumuha ng isang pares ng salamin pagkatapos ng bawat operasyon. Hindi kayo puwedeng kumuha ng dalawang pares ng salamin pagkatapos ng pangalawang operasyon, kahit na hindi kayo nakakuha ng pares ng salamin pagkatapos ng unang operasyon.</p>	\$0

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang mga serbisyo na binabayaran ng aming plano	Ang dapat ninyong bayaran
 <p><b>“Welcome to Medicare” na pagbisita para sa pag-iwas sa sakit</b></p> <p>Sakop namin ang isang-beses na “Welcome to Medicare” na pagbisita para sa pag-iwas sa sakit. Kabilang sa pagbisita ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• isaang pagrerepaso ng inyong kalusugan,</li> <li>• edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga serbisyo para sa pag-iwas sa sakit na kailangan ninyo (kabilang ang ilang pag-eksamen at iniksiyon), <b>at</b></li> <li>• mga referral para sa iba pang pangangalaga kung kinakailangan.</li> </ul> <p><b>Tandaan:</b> Sakop lamang namin ang “Welcome to Medicare” na Pagbisita para sa Pag-iwas sa sakit sa loob ng unang 12 buwan na kayo ay may Medicare Part B. Kapag kayo ay nagpa-appointment, ipagbigay-alam sa opisina ng inyong doktor na nais ninyong i-schedule ang inyong “Welcome to Medicare” na pagbisita para sa pag-iwas sa sakit (preventive visit).</p>	\$0

## E. Ang mga benepisyo ng aming plano para sa bisita o biyahero

Kung wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng plano nang lampas 6 na buwan kada pagkakataon pero hindi kayo permanenteng lumipat, karaniwan ay kailangan namin kayong alisin sa pagkaka-enroll sa aming plano. Gayunpaman, habang nasa labas kayo ng lugar, nagkakaloob kami ng pandaigdigang benepisyong pang-emergency para sa bisita/bumibiyahe. Sakop ng benepisyong ito ang hanggang \$25,000 na pang-emergency na pangangalaga at mga pang-emergency na serbisyo.

Kung nasa iba kayong lugar bilang bisita/bumibiyahe, puwede kayong manatiling naka-enroll sa plano nang hanggang 6 na buwan simula sa umpisa ng inyong biyahe. Kung hindi kayo babalik sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano sa katapusan ng ika-6 na buwan, wawakasan namin ang inyong membership sa aming plano.

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## F. HPSM Dental

Ang mga serbisyo para sa ngipin para sa mga miyembro ng Health Plan of San Mateo (HPSM) ay pamamahalaan ng HPSM Dental.

Kasama sa mga serbisyo ang mga sumusunod, pero hindi ito limitado sa mga ito:

- Mga inisyal na eksaminasyon, X-ray, pagpapalinis at fluoride treatment
- Mga restoration at crown (panakip sa ngipin)
- Root canal therapy
- Mga pustiso, pag-adjust, pag-aayos, at mga paglalapat ng pustiso

Para sa higit pang impormasyon, o kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng dentistang tumatanggap ng samahan ng HPSM Dental, pakikontak ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. Puwede rin ninyong bisitahin ang website sa [www.hpsm.org/dental](http://www.hpsm.org/dental) para sa higit pang impormasyon.

### Para makatanggap ng mga serbisyo para sa ngipin kailangan ninyo ng isang HPSM Member ID card at isang Medi-Cal Benefits Identification Card (BIC).

Maaaring gusto ng inyong dentista na gamitin ang inyong Medi-Cal BIC para kumpirmahin ang pagiging kuwalipikado ninyo sa Medi-Cal. Plastic na card ang BIC. Mayroon itong “poppy flower” o “asul at puting” disenyo.

 <p><b>CareAdvantage</b> Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP)</p> <p>Member Name: <b>John C Sample</b></p> <p>Member ID: <b>123456789</b></p> <p>Date of Birth: <b>MM/DD/YYYY</b></p> <p>Plan Effective Date: <b>MM/DD/YYYY</b></p> <p>Care Manager Phone #: 650-616-2174</p> <p>For information about your state-regulated medical and dental benefits call the CareAdvantage Unit at 1-866-880-0606 or visit <a href="http://www.hpsm.org">www.hpsm.org</a>.</p> <p style="text-align: right;">H6019-001</p>	<p>In case of emergency, call <b>9-1-1</b> or seek appropriate emergency care.</p> <p>CareAdvantage Unit: 1-866-880-0606 (toll free) or 650-616-2174  CareAdvantage Unit TTY: 1-800-735-2929 (toll free) or 7-1-1  Pharmacy Help Desk: 1-888-635-8362  Behavioral Health: 1-800-686-0101 (toll free)  24-Hour Nurse Advice: 1-833-846-8773 (toll free)  Website: <a href="http://www.hpsm.org/careadvantage">www.hpsm.org/careadvantage</a></p> <p style="text-align: center;"><b>Send claims to:</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Submit pharmacy manual claims to:</td> <td>Submit medical claims to:</td> </tr> <tr> <td>SS&amp;C Health</td> <td>HPSM Claims Department</td> </tr> <tr> <td>Attn: Dept Customer #586</td> <td>801 Gateway Blvd, Suite 100</td> </tr> <tr> <td>P.O. Box 419019</td> <td>South San Francisco, CA 94080</td> </tr> <tr> <td>Kansas City, MO 64141</td> <td>HPSM Provider Line: 650-616-2106</td> </tr> <tr> <td>1-888-635-8362</td> <td>Toll-free: 1-833-MY-HPSM-1 (694-7761)</td> </tr> </table>	Submit pharmacy manual claims to:	Submit medical claims to:	SS&C Health	HPSM Claims Department	Attn: Dept Customer #586	801 Gateway Blvd, Suite 100	P.O. Box 419019	South San Francisco, CA 94080	Kansas City, MO 64141	HPSM Provider Line: 650-616-2106	1-888-635-8362	Toll-free: 1-833-MY-HPSM-1 (694-7761)
Submit pharmacy manual claims to:	Submit medical claims to:												
SS&C Health	HPSM Claims Department												
Attn: Dept Customer #586	801 Gateway Blvd, Suite 100												
P.O. Box 419019	South San Francisco, CA 94080												
Kansas City, MO 64141	HPSM Provider Line: 650-616-2106												
1-888-635-8362	Toll-free: 1-833-MY-HPSM-1 (694-7761)												

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

BIC Poppy Design



BIC "blue and white" Design



Kung wala kayong Medi-Cal BIC, puwede kayong humingi ng bago. Tawagan lang ang Ahensiya ng Serbisyong Pantao ng San Mateo County (toll free) sa 1-800-223-8383 o bisitahin ang <https://hsa.smcgov.org/medi-cal-health-insurance>.

### Mga Benepisyo sa Pangangalaga ng Ngipin

**Para magamit ang inyong mga benepisyo sa HPSM Dental**, dapat kayong pumili ng dentista sa Samahan ng HPSM. Magbabayad lang ang HPSM Dental ng mga serbisyong makukuha ninyo mula sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ng HPSM Dental. Kayo ang magbabayad para sa anumang serbisyo para sa ngipin na matatanggap ninyo sa mga dentistang hindi naka-enroll sa samahan ng HPSM.

**Makakahanap kayo ng dentista online** anumang oras sa pamamagitan ng pagpunta sa [www.hpsm.org/dental](http://www.hpsm.org/dental). Puwede rin kayong humiling ng Listahan ng Mga Tagabigay ng Serbisyo sa Pangangalaga ng Ngipin sa pamamagitan ng pagpapadala ng email sa [CareAdvantageSupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantageSupport@hpsm.org) o pagtawag sa Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

Nasa ibaba ang isang maikling sangguniang gabay para sa mga pinakakaraniwang serbisyong magagamit ng mga miyembro. Makikita ang mga karagdagang impormasyon sa [www.hpsm.org/dental](http://www.hpsm.org/dental).

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Mga Serbisyo	Mga sanggol	Mga bata	Mga kabataan	Pagbubuntis	Mga may sapat na gulang	Mga senior
Eksaminasyon*	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mga x-ray	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Paglilinis ng ngipin	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Fluoride varnish	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mga pasta	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Pagbunot ng ngipin	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mga Pang-emergency na Serbisyo	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sedation	✓	✓	✓		✓	✓
Mga molar sealant**		✓	✓			
Root canal		✓	✓	✓	✓	✓
Orthodontics (braces)***			✓			
Mga crown****			✓	✓	✓	✓
Partial at kumpletong pustiso			✓	✓	✓	✓
Paglalatap ng pustiso			✓	✓	✓	✓
Pagkayod at pagkatam sa ngipin (scaling and root planing)			✓	✓	✓	✓

\**Libre o murang checkup bawat anim na buwan para sa mga miyembrong wala pang edad 21 at bawat 12 buwan para sa mga miyembrong lampas edad 21*

\*\**Ang mga permanenteng molar sealant ay sakop para sa mga miyembro hanggang edad 21*

\*\*\**Para sa mga kuwalipikado*

\*\*\*\**Ang mga crown (panakip sa ngipin) sa mga molar o premolar (mga bagang o ngipin sa likod) ay posibleng masakop sa ilang sitwasyon*

Walang limitasyon para sa mga serbisyo sa pangangalaga ng ngipin na sakop at medikal na kinakailangan. Matutulungan kayo ng inyong dentista sa pagpili ng pinakamahasag na paggamot at kung ano ang mga serbisyong puwede ninyong makuha gamit ang inyong pagkakasakop sa HPSM Dental. Sa una ninyong pagbisita para sa pangangalaga ng ngipin, ipakita sa inyong dentista ang inyong ID card ng miyembro ng CareAdvantage D-SNP.

### **Gastos sa Mga Serbisyo para sa Ngipin**

Wala kayong gagastusin sa mga serbisyo mula sa HPSM Dental. Kung mayroon kayong iba pang pagkakasakop sa pangangalaga ng ngipin, magiging pangalawang pagkakasakop ninyo ang HPSM Dental.

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





## G. Mga Suporta sa Komunidad

Puwede kayong makatanggap ng mga suporta sa ilalim ng inyong Pang-indibidwal na Plano ng Pangangalaga (Individualized Care Plan). Ang Mga Pangkomunidad na Suporta ay mga angkop sa paggamot at murang alternatibong serbisyo o setting para sa mga sakop ng Planong Pang-estado ng Medi-Cal. Opsiyonal para sa mga miyembro ang mga serbisyong ito. Kung kuwalipikado kayo, puwede kayong matulungan ng mga serbisyong ito para makapamuhay sa paraang mas nakakapagsarili. Hindi nito papalitan ang mga benepisyong natatanggap na ninyo sa ilalim ng Medi-Cal. *Mga Suporta sa Komunidad – kasama sa mga serbisyong iniaalok ang mga sumusunod:*

- *Mga Serbisyo ng Nabigasyon sa Pabahay at Paglilipat – kasama ang pagbuo ng isang pang-indibidwal na plano ng suporta sa pabahay batay sa isang pagtatasa sa pabahay na tumutugon sa mga hadlang at sa inyong mga kagustuhan*
- *Mga Deposito sa Pabahay – pagtukoy, pag-secure o pagpopondo sa mga pang-isang beses na serbisyo at pagbabago para magtalaga ng mga pangunahing serbisyo sa pabahay tulad ng depositong panseguridad, pagkakasakop sa utilities sa unang buwan, pang-isang beses na paglilinis, atbp.*
- *Mga Serbisyo sa Pag-uupa at Pananatili ng Pabahay – mga serbisyo at suportang tumutulong sa inyong magpanatili ng maayos na pangmatagalang pabahay kapag na-secure ang pag-uupa*
- *Paglilipat sa Pasilidad ng Pangangalaga/Diversion sa Mga Pasilidad sa May tulong na pamumuhay – mga serbisyong tumutulong sa inyong bumalik sa isang mala-bahay na lugar sa komunidad*
- *Mga Serbisyo sa Paglilipat sa Komunidad/Mga Paglilipat sa Bahay mula sa Pasilidad ng Pangangalaga – mga serbisyong tumutulong sa inyong lumipat sa sarili ninyong bahay sa komunidad*
- *Mga Environmentally Accessibility Adaptation (Home) – mga serbisyong nagbibigay ng mga pisikal na pagbabago o pag-install ng (mga) kagamitan sa loob ng inyong bahay na tumutulong na pahasayin ang inyong mga pang-araw-araw na aktibidad at tiyakin ang inyong kaligtasan*
- *Pagkain/Mga Medikal na Iniangkop na Pagkain – mga pagkain at serbisyo sa pagkain, ibig sabihin, mga grocery, na ipinapadala sa inyong bahay na tumutugon sa mga partikular ninyong medikal na pangangailangan at kagustuhan*

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Kung kailangan ninyo ng tulong o gusto ninyong alamin kung aling mga Suporta sa Komunidad ang posibleng available para sa inyo, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, (TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1) o tawagan ang inyong tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.

---

## H. Mga benepisyong sakop sa labas ng aming plano

Hindi namin sakop ang mga sumusunod na serbisyo, pero available ang mga ito sa pamamagitan ng Orihinal na Medicare o Medi-Cal singil para sa serbisyo.

### H1. Mga Transisyon sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT)

Ang programang Mga Transisyon sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT) ay gumagamit ng mga lokal na Nangungunang Organisasyon para tulungan ang mga beneficiary ng Medi-Cal, na nakatira sa isang pasilidad ng inpatient nang 90 o mahigit na magkakasunod na araw, nagtransisyon pabalik sa, at ligtas na nananatili sa, isang lugar ng komunidad. Pinopondohan ng programang CCT ang mga serbisyo sa koordinasyon ng transisyon sa panahon bago ang transisyon at nang 365 araw pagkatapos ng transisyon para tulungan ang mga beneficiary sa paglipat pabalik sa isang lugar ng komunidad.

Makakatanggap kayo ng mga serbisyo sa koordinasyon ng transisyon mula sa anumang Nangungunang Organisasyon ng CCT na naglilingkod sa bansang inyong tinitirhan. Makakakita kayo ng listahan ng mga Nangungunang Organisasyon ng CCT at ng mga bansang pinaglilingkuran ng mga ito sa website ng Departamento ng mga Serbisyo para sa Pangangalagang Pangkalusugan sa: [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT).

### Mga serbisyo ng CCT sa koordinasyon ng transisyon

Nagbabayad ang Medi-Cal para sa mga serbisyo sa koordinasyon ng transisyon. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyo ng ito.

### Para sa mga serbisyo hindi nauugnay sa inyong transisyon sa CCT

Sisingilin kami ng tagabigay ng serbisyo para sa mga serbisyo ninyo. Nagbabayad ang aming plano para sa mga serbisyo ng ibinigay pagkatapos ng inyong transisyon. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyo ng ito.

Habang tumatanggap kayo ng mga serbisyo ng CCT sa koordinasyon ng transisyon, nagbabayad kami para sa mga serbisyo ng nakalista sa Talaan ng Mga Benepisyong sa **Seksiyon D**.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## Walang pagbabago sa benepisyo sa pagkakasakop sa gamot

**Hindi** sakop ng programang CCT ang mga gamot. Patuloy ninyong matatanggap ang karaniwan ninyong benepisyo sa gamot sa pamamagitan ng aming plano. Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

**Tandaan:** Kung kailangan ninyo ng pangangalagang hindi pang-transisyon sa CCT, tawagan ang inyong tagapamahala ng pangangalaga para ihanda ang mga serbisyo. Ang pangangalagang hindi pang-transisyon sa CCT ay **hindi** nauugnay sa inyong transisyon mula sa isang institusyon o pasilidad.

## H2. Pangangalaga sa hospisyo

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

Sumangguni sa Talaan ng Mga Benepisyo sa **Seksiyon D** para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung ano ang binabayaran namin habang kayo ay tumatanggap ng mga serbisyo ng pangangalaga sa hospisyo.

### Para sa mga serbisyo sa hospisyo at mga serbisyong sakop ng Medicare Part A o Medicare Part B na nauugnay sa inyong prognosis ng karamdamang walang lunas

- Sisingilin ang Medicare ng tagabigay ng serbisyo sa hospisyo para sa inyong mga serbisyo. Nagbabayad ang Medicare para sa mga serbisyo sa hospisyo na nauugnay sa inyong prognosis ng karamdamang walang lunas. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito.

### Para sa mga serbisyong sakop ng Medicare Part A o Medicare Part B na hindi nauugnay sa inyong prognosis ng karamdamang walang lunas

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

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

### Para sa mga gamot na posibleng sakop ng benepisyo sa Medicare Part D ng aming plano

- Ang mga gamot ay hindi kailanman sasakupin ng hospisyo at ng aming plano nang magkasabay. Para sa karagdagang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

**Tandaan:** Kung mayroon kayong malubhang karamdaman, posibleng kuwalipikado kayo para sa palliative na pangangalaga, na nagbibigay ng team-based na pangangalagang nakasentro sa pasyente at pamilya para mapaganda ang kalidad ng inyong buhay. Puwede kayong makatanggap ng palliative na pangangalaga kasabay ng paggamot/regular na pangangalaga. Pakibasa ang seksiyong Palliative na Pangangalaga sa itaas para sa higit pang impormasyon.

**Tandaan:** Kung kailangan ninyo ng hindi pang-hospisyong pangangalaga, tawagan ang inyong tagapamahala ng pangangalaga para ihanda ang mga serbisyo. Ang pangangalagang hindi pang-hospisyo ay hindi nauugnay sa inyong prognosis ng karamdamang walang lunas.

### H3. Mga Serbisyo na Nagbibigay ng Suporta sa Loob ng Tahanan (In-Home Supportive Services, IHSS)

- Tutulong ang IHSS na Programa na bayaran ang mga serbisyong ibinibigay sa inyo para ligtas kayong makapanatili sa sarili ninyong tahanan. Itinuturing ang IHSS na alternatibo sa pangangalaga sa labas ng tahanan (out-of-home care), tulad ng mga tahananang tagapangalaga o mga pasilidad para sa paninirahan at pangangalaga.
- Ang mga uri ng mga serbisyong puwedeng awtorisahan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo ng pansariling pangangalaga (gaya ng tulong sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, paglilinis ng katawan, at mga paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal na appointment, at pagbabantay bilang proteksyon para sa mga may problema sa pag-iisip.
- Matutulungan kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga na makapag-apply para sa IHSS sa ahensiya ng panlipunang serbisyo ng inyong county. Ang IHSS ay ibinibigay sa pamamagitan ng linyang TIES ng Mga Serbisyo para sa Pagtanda at mga Nasa Sapat na Gulang na May Kapansanan (Aging and Adult Services) ng San Mateo County sa 1-800-675-8437 o i-dial ang 7-1-1 para sa California Relay Services TTY. Libre ang tawag na ito. O bisitahin ang kanilang website sa [www.smchealth.org/home-supportive-services](http://www.smchealth.org/home-supportive-services).

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## H4. Mga Waiver Program sa 1915(c) Mga Serbisyo sa Bahay at Komunidad (HCBS)

### Waiver sa May Tulong na Pamumuhay (Assisted Living Waiver, ALW)

- Sa Waiver sa May Tulong na Pamumuhay (Assisted Living Waiver, ALW), iniaalok sa mga benepisyaryong kuwalipikado sa Medi-Cal ang opsyong manirahan sa setting ng may tulong na pamumuhay bilang alternatibo sa pangmatagalang pananatili sa isang pasilidad ng pangangalaga (nursing facility). Layunin ng ALW na mangasiwa ng paglipat mula pasilidad ng pangangalaga pabalik sa setting na katulad ng sa bahay o komunidad o maiwasan ang mga pagkaka-admit sa pasilidad ng sanay na pangangalaga para sa mga benepisyaryong may napipintong pangangailangang ipasok sa isang pasilidad ng pangangalaga.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa ALW ay puwedeng manatiling naka-enroll sa ALW habang nakakatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nagtutulungan ang aming plano at ang inyong Ahensiya para sa Koordinasyon ng Pangangalaga sa ALW para ikoordina ang mga serbisyong natatanggap ninyo.
- Matutulungan kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga na makapag-apply para sa ALW. Puwede rin kayong tumawag sa Institute on Aging sa 650-424-1411 o bisitahin ang [www.ioaging.org](http://www.ioaging.org).

### HCBS Waiver para sa Mga Taga-California na May Mga Kapansanang Developmental (HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities, HCBS-DD)

#### Waiver ng Programa ng Self-Determination sa California (SDP) para sa Mga Indibidwal na May Kapansanang Developmental

- May dalawang 1915(c) waiver, ang HCBS-DD Waiver at ang SDP Waiver, na nagbibigay ng serbisyo sa mga taong na-diagnose na may kapansanang developmental na nagsimula bago ang ika-18 kaarawan ng indibidwal at inaasahang magtutuloy-tuloy. Ang parehong waiver ay paraan para pondohan ang ilang partikular na serbisyong nagbibigay sa ilang partikular na taong may mga kapansanang developmental na makapamuhay sa bahay o sa komunidad sa halip na tumira sa isang lisensiyadong pasilidad sa kalusugan. Ang mga gastos para sa mga serbisyong ito ay magkatuwang na binabayaran ng programang Medicaid ng pederal na pamahalaan at ng Estado ng California. Matutulungan kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga na maikonekta kayo sa mga serbisyo ng DD Waiver.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

### **Waiver para sa Nakabase sa Bahay at Komunidad na Alternatibo (Home and Community-Based Alternative, HCBA)**

- Nagbibigay ang HCBA Waiver ng mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga sa mga taong nanganganib maipasok sa nursing home (tahanan para sa pangangalaga) o institusyon. Ang mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga ay ipinagkakaloob ng isang multidisciplinary na Team sa Pamamahala ng Pangangalaga na binubuo ng isang nurse at social worker. Kinokoordina ng team ang mga serbisyo sa Waiver at Plano ng Estado (gaya ng mga serbisyong medikal, serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, Mga Serbisyo na Nagbibigay ng Suporta sa Loob ng Tahanan, atbp.), at nag-aayos ng iba pang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na available sa lokal na komunidad. Ibinibigay ang mga serbisyo sa pamamahala ng pangangalaga at Waiver sa tirahan ng kasali na nasa komunidad. Ang tirahang ito ay puwedeng pribadong pag-aari, inuupahan sa pamamagitan ng tenant lease arrangement, o tirahan ng kapamilya ng miyembro.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa HCBA Waiver ay puwedeng manatiling naka-enroll sa HCBA Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nagtutulungan ang aming plano at ang inyong ahensiya para sa HCBA waiver para ikoordina ang mga serbisyong natatanggap ninyo.
- Matutulungan kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga na makapag-apply para sa HCBA. Puwede rin kayong tumawag sa Institute on Aging sa 650-424-1411 o bisitahin ang [www.ioaging.org](http://www.ioaging.org).

### **Programang Waiver sa Medi-Cal (MCWP)**

- Nagbibigay ang Programang Waiver sa Medi-Cal (MCWP) ng komprehensibong pamamahala ng kaso at mga direktang serbisyo sa pangangalaga para sa mga taong may HIV bilang alternatibo sa pangangalaga sa pasilidad ng pangangalaga (nursing facility) o pagpapaospital. Nakasentro sa kasali ang pamamahala ng kaso at isasagawa ito ng isang team na binubuo ng isang rehistradong nurse at tagapangasiwa ng kaso sa social work. Nakikipagtulungan ang mga tagapangasiwa ng kaso sa kasali at (mga) tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga, kapamilya, (mga) tagapag-alaga, at iba pang tagapagbigay ng serbisyo, para suriin ang mga pangangailangan sa pangangalaga para mapanatili sa bahay at sa komunidad ang kasali.
- Layunin ng MCWP na: (1) magbigay ng pantahanan at nakabase sa komunidad na mga serbisyo para sa mga taong may HIV na posibleng nangangailangan ng

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

mga serbisyo sa institusyon; (2) tulungan ang mga kasali sa pamamagitan ng pamamahala sa kalusugan ng taong may HIV; (3) padaliin ang access sa suportang panlipunan at suporta sa kalusugan ng pag-uugali, at (4) ikoordina ang mga tagabigay ng serbisyo at maiwasan ang pagdodoble ng mga serbisyo.

- Ang mga miyembrong naka-enroll sa MCWP Waiver ay puwedeng manatiling naka-enroll sa MCWP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nagtutulungan ang aming plano at ang inyong ahensiya para sa MCWP waiver para ikoordina ang mga serbisyong natatanggap ninyo.
- Matutulungan kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga na makapag-apply para sa ALW. Hindi iniaalok ang MCWP sa San Mateo County. Tingnan ang listahan ng mga county at ahensiya kung saan ibinibigay ang MCWP:  
[https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_MCWP\\_Provider\\_List.aspx](https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx)

### **Mga Serbisyong Iba't Iba ang Layunin na Para sa Matatanda (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)**

- Nagbibigay ang Mga Serbisyong Iba't Iba ang Layunin na Para sa Matatanda (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) ng mga serbisyo sa pamamahala sa pangangalagang panlipunan at pangkalusugan para tulungan ang mga indibidwal na makapanatili sa kanilang mga bahay at komunidad.
- Bagama't karamihan sa mga kasali sa programa ay nakakatanggap din ng Mga Serbisyo na Nagbibigay ng Suporta sa Loob ng Tahanan, nagbibigay ang MSSP ng tuloy-tuloy na koordinasyon sa pangangalaga, iniuugnay nito ang mga kasali sa iba pang kinakailangang serbisyo at mapagkukunan sa komunidad, nakikipag-ugnayan ito sa mga tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, at binibili nito ang ilang kinakailangang serbisyong hindi available para maiwasan o maantala ang pagpasok sa institusyon. Ang kabuuang pinagsama-samang gastos sa pamamahala sa pangangalaga at iba pang serbisyo sa buong taon ay mas mababa dapat sa gastos kung ang pangangalaga ay magmumula sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga.
- Magbibigay ang team ng mga propesyonal sa kalusugan at serbisyong panlipunan sa bawat kasali sa MSSP ng kumpletong pangkalusugan at psychosocial na assessment para matukoy ang mga kinakailangang serbisyo. Pagkatapos, makikipagtulungan ang team sa kasali sa MSSP, sa kanyang doktor, kapamilya, at iba pa para bumuo ng pang-indibidwal na plano ng pangangalaga (individualized care plan). Kabilang sa mga serbisyo ang:

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- pamamahala sa pangangalaga
- pang-adult na day care
- maliliit na pagpapakumpuni/mantini sa bahay
- karagdagang serbisyo sa gawaing-bahay, personal na pangangalaga, at pagbabantay bilang serbisyo
- mga serbisyo para makapagpahinga ang tagapangalaga
- mga serbisyo sa transportasyon
- mga serbisyo sa pagpapayo at therapeutic na serbisyo
- mga serbisyo sa pagkain
- mga serbisyo sa komunikasyon.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa MSSP Waiver ay puwedeng manatiling naka-enroll sa MSSP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nagtutulungan ang aming plano at ang inyong tagabigay ng serbisyo sa MSSP para ikoordinang ang mga serbisyong natatanggap ninyo.

Matutulungan kayo ng inyong tagapamahala ng pangangalaga na makapag-apply para sa MSSP. Puwede rin kayong tumawag sa Institute on Aging sa 650-424-1411 o bisitahin ang [www.ioaging.org](http://www.ioaging.org).

### **H5. Mga Serbisyo para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Disorder sa Paggamit ng Substance)**

Mayroon kayong access sa mga medikal na kinakailangang serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sakop ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sakop ng pinamamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Ang aming plano ay hindi nagbibigay ng mga espesyalistang serbisyo sa kalusugan ng isip o serbisyo ng county sa problema sa paggamit ng substance na sakop ng Medi-Cal, pero available sa inyo ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng mga ahensya sa kalusugan ng pag-uugali.

Available sa inyo ang mga espesyalistang serbisyo ng Medi-Cal sa kalusugan ng isip sa pamamagitan ng plano ng county para sa kalusugan ng isip (mental health plan, MHP) kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan para i-access ang mga espesyalistang serbisyo sa

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



kalusugan ng isip. Kabilang sa espesyalistang mga serbisyo sa kalusugan ng isip ng Medi-Cal na ipinagkakaloob ng MHP ng inyong county ang:

- mga serbisyo sa kalusugan ng isip
- mga serbisyo sa pagsuporta sa paggamot
- pang-araw na paggamot na intensive
- pang-araw na rehabilitasyon
- pamamagitan kapag may krisis
- istabilisasyon ng krisis
- mga serbisyo ng pantahanang paggamot para sa nasa hustong gulang
- mga serbisyo ng pantahanang paggamot sa panahon ng krisis
- mga psychiatric na serbisyo sa pasilidad ng kalusugan
- mga psychiatric na serbisyo sa ospital para sa inpatient
- targeted na pamamahala ng kaso
- mga serbisyo sa suporta ng kasamahan
- mga mobile na serbisyo ng interbensyon sa krisis na nakabase sa komunidad
- mga therapeutic na serbisyo sa kalusugan sa pag-uugali (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- mga therapeutic na foster care (nasa pangangalaga ng gobyerno) (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- koordinasyon ng intensive na pangangalaga (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)
- mga intensive na serbisyong pantahanan (available lang para sa mga wala pang 21 taong gulang)

Available sa inyo ang mga serbisyo ng Drug Medi-Cal Organized Delivery System sa pamamagitan ng ahensya sa kalusugan ng pag-uugali ng inyong county kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan para tanggapin ang mga serbisyong ito. Kabilang sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na makukuha sa pamamagitan ng inyong county ang:

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- mga serbisyo para sa intensive na paggamot sa mga pasyenteng hindi namamalagi sa ospital
- perinatal residential na paggamot sa problema sa paggamit ng substance
- mga serbisyo sa outpatient na paggamot
- programa sa narcotic na paggamot
- mga gamot para sa paggamot ng adiksiyon (tinatawag ding Medication Assisted Treatment)
- mga serbisyo sa suporta ng kasamahan
- mga mobile na serbisyo ng interbensyon sa krisis na nakabase sa komunidad

Kasama sa Mga Serbisyo ng Drug Medi-Cal Organized Delivery System ang:

- mga serbisyo sa outpatient na paggamot
- mga serbisyo para sa intensive na paggamot sa mga pasyenteng hindi namamalagi sa ospital
- mga gamot para sa paggamot ng adiksiyon (tinatawag ding Medication Assisted Treatment)
- mga serbisyo ng pantahanang paggamot
- mga serbisyo sa pamamahala sa withdrawal
- programa sa narcotic na paggamot
- mga serbisyo sa pagpapagaling
- koordinasyon ng pangangalaga
- mga serbisyo sa suporta ng kasamahan
- mga mobile na serbisyo ng interbensyon sa krisis na nakabase sa komunidad
- mga serbisyo sa contingency management

Bukod sa mga serbisyong nakalista sa itaas, posibleng magkaroon kayo ng access sa mga boluntaryong serbisyo sa detoxification ng inpatient kung natutugunan ninyo ang mga pamantayan. Puwede ninyong tawagan ang San Mateo County BHRS ACCESS Call Center ng

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

San Mateo County sa 1-800-686-0101 (TTY: 7-1- 1) para sa higit pang impormasyon. Ang oras ng aming opisina ay mula Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m.

Dapat ninyong kontakin ang BHRS ACCESS Call Center ng San Mateo County kung kailangan ninyo ng tulong sa pagtanggap ng mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali. Ang BHRS ang namamahala sa inisyal na screening sa kalusugan ng pag-uugali para matiyak ang naaangkop na antas ng pangangalaga at naaangkop na samahan ng mga tagabigay ng serbisyo. Magkatuwang ang HPSM at BHRS para sa transisyon ng mga referral sa pagitan ng mga sistema ng pangangalaga.

Responsable ang BHRS sa mga espesyalistang serbisyo sa kalusugan ng isip na nakalista sa itaas at responsibilidad nito ang availability ng mga serbisyonang ito at anumang iba pang pagpapasya tungkol sa medikal na pangangailangan. Ang anumang hindi pagkakaunawaan ay pamamahalaan ng mga plano alinsunod sa kanilang Memorandum of Understanding agreement.

Kung may problema kayo sa tagabigay ng serbisyo sa BHRS ng San Mateo County, puwede ninyong kontakin ang BHRS ACCESS Call Center ng San Mateo County sa numerong nakalista sa itaas, O puwede ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. para maghain ng karaingan.

---

## I. Mga benepisyong hindi sakop ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal

Ipinapaalam sa inyo ng seksiyong ito ang tungkol sa mga benepisyong hindi kasama sa aming plano. Ang “hindi kasama” ay nangangahulugang hindi kami nagbabayad para sa mga benepisyong ito. Hindi rin nagbabayad ang Medicare at Medi-Cal para sa mga ito.

Inilalarawan ng listahan sa ibaba ang ilang serbisyo at item na hindi namin sakop sa ilalim ng anumang kondisyon at ilang hindi namin isinama sa ilang sitwasyon lang.

Hindi kami nagbabayad para sa mga hindi kasamang medikal na benepisyong nakalista sa seksiyong ito (o saanman sa *Aklat-Gabay ng Miyembro* na ito) maliban sa mga partikular na kondisyong nakalista. Kahit na tumanggap kayo ng mga serbisyo sa isang pang-emergency na pasilidad, hindi magbabayad ang plano para sa mga serbisyo. Kung sa palagay ninyo ay dapat bayaran ng aming plano ang isang serbisyonang hindi sakop, puwede kayong humiling ng apela. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Bukod sa anumang eksklusyon o mga limitasyong inilarawan sa Talaan ng Mga benepisyo, hindi sakop ng aming plano ang mga sumusunod na item at serbisyo:

- mga serbisyong itinuturing na “makatuwiran at medikal na kinakailangan,” ayon sa Medicare at Medi-Cal, maliban kung nakalista bilang mga sakop na serbisyo
- mga eksperimental na medikal at operasyong paggamot, item, at gamot, maliban kung sakop ito ng Medicare, ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na naaprobahan ng Medicare, o ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral. Ang mga pagsubok na paggagamot at kagamitan ay ang mga hindi karaniwang tinatanggap ng medikal na komunidad.
- pang-operasyong paggamot para sa malubhang katabaan, maliban kung medikal na kinakailangan at babayaran ito ng Medicare
- isang pribadong silid sa ospital, maliban kung medikal na kinakailangan
- mga pribadong naka-duty na nurse
- mga personal na bagay sa inyong silid sa ospital o sa pasilidad ng pangangalaga, tulad ng telepono o telebisyon
- full-time na pangangalaga sa inyong tahanan
- ang bayad na sinisingil ng inyong mga kamag-anak o miyembro ng inyong tahanan
- mga pagkaing inihatid sa inyong tahanan
- mga pinili o boluntaryong pamamaraan o serbisyo sa pagpapabuti (kasama ang pagbabawas ng timbang, pagpapatubo ng buhok, seksuwal na kakayahan, kakayahan bilang atleta, layuning kosmetiko, pagpapabata, at kakayahan ng pag-iisip), maliban kapag medikal na kinakailangan
- operasyon na pangkosmetiko o iba pang pangkosmetikong gawa, maliban kung ito ay kinakailangan dahil sa pinsala ng aksidente o para pagandahin ang isang bahagi ng katawan na hindi tama ang hugis. Gayunpaman, nagbabayad kami para sa pagbabalik-anyo ng suso pagkatapos ng mastectomy at para sa paggamot ng kabilang suso para magkatugma ang mga ito
- pangangalagang chiropractic, bukod sa manwal na manipulasyon ng gulugod alinsunod sa mga alituntunin ng pagkakasakop

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- regular na pangangalaga sa paa, maliban sa inilalarawan sa serbisyong Podiatry sa Talaan ng Mga Benepisyo sa **Seksiyon D**
- mga orthopedic na sapatos, maliban kung ang sapatos ay bahagi ng brace ng binti at kabilang sa halaga ng brace o ng sapatos para sa taong may sakit sa paa sanhi ng diabetes
- mga kagamitang pansuporta sa paa, maliban sa mga orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may sakit sa paa sanhi ng diabetes
- radial keratotomy, LASIK na operasyon, at iba pang pantulong para sa malabong paningin
- reversal ng mga sterilization procedure
- mga serbisyong naturopath (gumagamit ng mga natural o alternatibong paggamot)
- mga serbisyong ipinagkakaloob sa mga beterano sa pasilidad ng Veterans Affairs (VA). Gayunpaman, kapag nakakuha ang veteran ng pang-emergency na serbisyo sa ospital ng VA at ang hating halaga ay higit sa hating-halaga sa ilalim ng plano, ibabalik namin ang natira sa nagastos sa beterano. Responsable pa rin kayo para sa halaga ng cost sharing (pagtutulungan sa kabayaran).

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## Kabanata 5: Pagkuha ng inyong mga inireresetang gamot para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital

---

### Introduksiyon

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga tuntunin sa pagkuha ng mga inireresetang gamot sa inyo bilang pasyenteng hindi namamalagi sa ospital. Ito ay mga gamot na na-order ng inyong tagabigay ng serbisyo para sa inyo na kukunin ninyo sa isang parmasya o sa pamamagitan ng mail-order. Kasama sa mga ito ang mga gamot na sakop ng Medicare Part D. Ipinapaalam sa inyo ng **Kabanata 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* kung magkano ang ibabayad ninyo para sa mga gamot na ito. Makikita ang mahahalagang salita at mga depinisyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

Sakop din namin ang mga sumusunod na gamot, bagaman hindi tinatalakay ang mga ito sa kabanatang ito:

- **Mga gamot na sakop ng Medicare Part A.** Sa pangkalahatan, kasama rito ang mga gamot na ibinibigay sa inyo habang kayo ay nasa ospital o pasilidad ng pangangalaga.
- **Mga gamot na sakop ng Medicare Part B.** Kasama rito ang ilang gamot sa kemoterapiya, ilang gamot na iniksiyon na ibinibigay sa inyo tuwing may pagbisita sa opisina ng doktor o ng ibang tagabigay ng serbisyo, at mga gamot na ibinibigay sa inyo sa isang klinika sa dialysis. Para matuto pa tungkol sa kung aling mga gamot sa Medicare Part B ang sakop, sumangguni sa Talaan ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- **Mga gamot na sakop ng Medi-Cal.** Kasama sa mga ito ang ilang gamot na nabibili nang walang reseta (over-the-counter, OTC) at ilang partikular na bitamina. Pakibisita ang website ng MediCal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para sa higit pang impormasyon. Puwede rin ninyong tawagan ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 1-800-977-2273.
- Bukod pa sa mga pagkakasakop ng plano sa Medicare Part D at mga medikal na benepisyo, posibleng sakop ng Orihinal na Medicare ang inyong mga gamot kung nasa isa kayong hospisyo ng Medicare. Para sa higit pang impormasyon, mangyaring sumangguni sa **Kabanata 5**, Seksiyon F “Kung kayo ay nasa isang programang hospisyo na sertipikado ng Medicare.”

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## Mga tuntunin ng aming plano para sa pagkakasakop sa gamot para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital

Karaniwan naming sinasakop ang mga gamot ninyo hangga't sumusunod kayo sa mga tuntunin sa seksiyong ito.

Kailangang isulat ng isang tagabigay ng serbisyo (doktor, dentista, o ibang tagareseta) ang inyong reseta, na valid dapat sa ilalim ng naaangkop na batas sa estado. Kadalasan ang taong ito ay ang inyong pangunahing tagabigay ng serbisyo sa pangangalaga (PCP). Maaari din siyang maging iba pang tagabigay ng serbisyo kung inirekomenda kayo para sa pangangalaga ng inyong PCP.

Ang inyong tagareseta ay **hindi** dapat nakalista sa Mga Listahan ng Medicare ng Mga Eksklusyon o Preklusyon, o anumang katulad na listahan ng Medi-Cal.

Kailangan ninyong gamitin ang parmasya ng samahan sa pagpapapuno ng inyong reseta. O puwede ninyong punuin ang inyong reseta sa pamamagitan ng mail order na serbisyo ng plano. Ang inireresetang gamot sa inyo ay dapat nasa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* ng aming plano. Tinatawag namin itong "*Listahan ng Gamot*" kapag pinaikli. (Sumangguni sa **Seksiyon B** ng kabanatang ito.)

- Kung wala ito sa *Listahan na Gamot*, maaari namin sakupin ito sa pamamagitan ng pagbibigay ng eksepsiyon sa inyo.
- Sumangguni sa **Kabanata 9** para malaman kung paano humingi ng eksepsiyon.
- Pakitandaan din na ang kahilingang masakop ang inirereseta sa inyong gamot ay sasailalim sa ebalwasyon ayon sa mga pamantayan ng Medicare at Medi-Cal.

Ang inyong gamot ay dapat na gamitin para sa isang aprobado at may katibayan ng bisa sa paggamot. Nangangahulugan ito na ang paggamit ng gamot ay naaprubahan ng Administrasyon para sa Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration, FDA) o di kaya'y sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Posibleng makatulong ang inyong tagareseta na tumukoy ng mga medikal na sanggunian na susuporta sa hiniling na paggamit ng inireresetang gamot.

Posibleng mangailangan ng pag-aproba ang inyong gamot bago namin ito masakop. Sumangguni sa **Seksiyon C** ng kabanatang ito.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## Talaan ng mga Nilalaman

A. Paano mapupunan ang inyong mga reseta .....	5
A1. Pagguno ng inyong reseta sa isang parmasya ng samahan .....	5
A2. Paggamit ng inyong ID Card ng Miyembro kapag kukuha kayo ng gamot ayon sa reseta.....	5
A3. Ano ang dapat gawin kung magpalit kayo ng parmasya ng samahan.....	5
A4. Ano ang dapat gawin kung umalis sa samahan ang inyong parmasya .....	6
A5. Paggamit ng espesyalistang parmasya .....	6
A6. Paggamit ng mga mail-order na serbisyo para makuha ang inyong mga gamot.....	7
A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot.....	8
A8. Paggamit ng parmasyang wala sa samahan ng aming plano .....	8
A9. Pagbabayad sa inyo para sa isang reseta.....	9
B. <i>Listahan ng mga Gamot</i> ng aming plano .....	9
B1. Mga Gamot sa aming <i>Listahan ng mga Gamot</i> .....	10
B2. Paano mahanap ang isang gamot na nasa aming <i>Listahan ng mga Gamot</i> .....	11
B3. Mga Gamot na wala sa aming <i>Listahan ng mga Gamot</i> .....	11
B4. Antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ng <i>Listahan ng mga Gamot</i> .....	13
C. Mga limitasyon sa ilang gamot.....	13
D. Mga dahilan kung bakit posibleng hindi sakop ang inyong gamot .....	15
D1. Pagkuha ng pansamantalang supply.....	15
D2. Paghingi ng pansamantalang supply.....	17
D3. Paghiling ng eksepsiyon.....	18
E. Mga pagbabago sa pagkakasakop para sa inyong mga gamot.....	18
F. Mga pagkakasakop sa gamot para sa mga espesyal na sitwasyon .....	21

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



F1. Kung kayo ay nasa ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa isang pamamalagi na sakop ng aming plano .....	21
F2. Sa isang pasilidad ng matagalang pangangalaga .....	21
F3. Sa isang programa ng hospisyong na sertipikado ng Medicare .....	22
G. Mga programa sa kaligtasan sa gamot at pamamahala ng mga gamot .....	22
G1. Mga programang makakatulong sa inyong ligtas na gumamit ng mga gamot .....	22
G2. Mga programang makatutulong sa inyong pamahalaan ang inyong mga gamot.....	23
G3. Programa sa pamamahala ng gamot para sa ligtas na paggamot ng mga opioid na gamot.....	24



---

## A. Paano mapupunan ang inyong mga reseta

### A1. Pagpuno ng inyong reseta sa isang parmasya ng samahan

Kadalasan, nagbabayad lang kami para sa mga reseta kung pupunan ang mga ito sa alinman sa mga parmasya ng aming samahan. Ang parmasya ng samahan ay isang tindahan ng gamot na pumapayag na magpuno ng mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Maaari kayong gumamit ng alinman sa aming parmasya ng samahan.

Para makahanap ng parmasya ng samahan, tumingin sa *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*, bisitahin ang aming website o kontakin ang Yunit ng CareAdvantage.

### A2. Paggamit ng inyong ID Card ng Miyembro kapag kukuha kayo ng gamot ayon sa reseta

Para punan ang inyong reseta, **ipakita ang inyong ID Card bilang Miyembro** sa inyong parmasya ng samahan. Sisingilin kami ng parmasya ng samahan para sa ambag namin sa halaga ng inyong sakop na inireresetang gamot. Posibleng kailangan ninyong bayaran ang parmasya ng copay kapag kinuha ninyo ang inirereseta sa inyo na gamot.

Tandaan, kailangan ninyo ang inyong Medi-Cal card o Benefits Identification Card (BIC) para i-access ang mga gamot na sakop ng Medi-Cal Rx.

Kung hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro o BIC kapag pinunan ninyo ang inyong reseta, hilingin sa parmasya na tawagan kami para makuha ang kinakailangang impormasyon, o puwede ninyong hilingin sa parmasya na hanapin ang impormasyon ninyo sa pagpapa-enroll sa plano.

Kung hindi makuha ng parmasya ang kinakailangang impormasyon, posibleng kailangan ninyong bayaran ang buong halaga ng reseta kapag kinuha ninyo ito. Pagkatapos nito, puwede ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo para sa hati namin. **Kung hindi ninyo mabayaran ang gamot, makipag-ugnayan kaagad sa Yunit ng CareAdvantage.** Gagawin namin ang lahat ng aming makakaya para tumulong.

- Para hilingin sa aming bayaran kayo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpupuno ng reseta, kontakin ang Yunit ng CareAdvantage

### A3. Ano ang dapat gawin kung magpalit kayo ng parmasya ng samahan

Kung magpalit kayo ng parmasya at kailangan ninyong punan ang isang reseta, puwede kayong humiling ng bagong reseta na isusulat ng isang tagabigay ng serbisyo o humiling sa

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



inyong parmasya na ilipat ang reseta sa bagong parmasya kung may natitira pang pagpupuno ng reseta.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pagpapalit ng inyong parmasya ng samahan, kontakin ang Yunit ng CareAdvantage.

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

Kung umalis sa samahan ng aming plano ang inyong parmasya, kailangan ninyong maghanap ng bagong parmasya ng samahan.

Para makahanap ng bagong parmasya ng samahan, tumingin sa *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*, bisitahin ang aming website, o kontakin ang Yunit ng CareAdvantage.

#### **A5. Paggamit ng espesyalistang parmasya**

Minsan ang mga reseta ay dapat na punan ng espesyalistang parmasya. Kabilang sa mga espesyalistang parmasya ang:

- Mga parmasya na nagsu-supply ng gamot para sa home infusion therapy.
- Mga parmasyang nagsu-supply ng gamot para sa mga residente sa pasilidad ng matagalang pangangalaga, tulad ng isang pasilidad ng pangangalaga (nursing facility).
  - Kadalasan, ang mga pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga ay mayroong kanilang sariling mga parmasya. Kung residente kayo ng isang pasilidad para sa matagalang pangangalaga, tinitiyak naming matatanggap ninyo ang mga gamot na kailangan ninyo sa parmasya ng pasilidad.
  - Kung wala sa aming samahan ang inyong pasilidad para sa matagalang pangangalaga o nahihirapan kayong kunin ang inyong mga gamot sa isang pasilidad para sa pangmatagalang pangangalaga, kontakin ang Yunit ng CareAdvantage.
- Mga parmasyang nagsisilbi sa Indian Health Care Provider (IHCP) at Mga Parmasya ng Urban Indian Organization (UIO), Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. Maliban sa mga emergency, tanging mga Katutubong Amerikano o Alaska ang maaaring gumamit ng mga parmasyang ito.
- Ang mga parmasya na nagbibigay ng mga gamot na may limitasyon ng FDA sa ilang tiyak na lokasyon o nangangailangan ng espesyal na pamamahala,

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



koordinasyon ng tagabigay ng serbisyo, o edukasyon sa paggamit ng mga ito.  
(Tandaan: Dapat na bihira lang mangyari ito.)

Para makahanap ng espesyalistang parmasya, tumingin sa Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya, bisitahin ang aming website o kontakin ang Yunit ng CareAdvantage.

## **A6. Paggamit ng mga mail-order na serbisyo para makuha ang inyong mga gamot**

Pinapayagan kayo ng mail-order na serbisyo ng aming plano na mag-order ng hanggang 90 araw na supply. Ang 90 araw na supply ay may parehong copay sa isang buwang supply.

### **Pagkuha ng mga reseta sa pamamagitan ng mail**

Para makakuha ng impormasyon tungkol sa pagkuha ng inyong mga inireresetang gamot sa pamamagitan ng mail, bisitahin ang aming website sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage) o tumawag sa Yunit ng CareAdvantage para sa higit pang impormasyon.

Karaniwang dumarating ang isang reseta sa mail-order sa loob ng 7-10 araw. Kung maaantala ang pagkuha ninyong inireresetang gamot sa mail, puwede ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage at humingi ng pansamantalang supply sa isang lokal na parmasya.

### **Mga proseso ng mail-order**

May iba't ibang pamamaraan ang serbisyo ng mail-order para sa mga bagong resetang matatanggap nito mula sa inyo, mga bagong resetang matatanggap nito mula mismo sa tanggapan ng inyong tagabigay ng serbisyo, at mga pagpupuno ng resetang na-order sa pamamagitan ng mail.

#### **1. Mga bagong resetang matatanggap ng parmasya mula sa inyo**

Awtomatikong pupunan at ipapadala ng parmasya ang mga bagong resetang matatanggap nito mula sa inyo.

#### **2. Mga bagong resetang matatanggap ng parmasya mula sa tanggapan ng inyong tagabigay ng serbisyo**

Pagkatapos makatanggap ng parmasya ng reseta mula sa isang tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, makikipag-ugnayan ito sa inyo para alamin kung gusto ninyong mapunuan agad ang gamot o kung sa susunod pa.

- 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 kanselahin o iantala ang order bago kayo masingil at bago ito ipadala.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- 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 pagpupuno ng reseta sa pamamagitan ng mail-order

Para sa mga pagpupuno ng reseta, makipag-ugnayan sa inyong parmasya sa loob ng 14 na araw bago maubos ang kasalukuyan ninyong reseta para matiyak na maipapadala sa inyo ang susunod ninyong order sa tamang oras.

Ipaalam sa parmasya ang mga pinakaepektibong paraan para makontak kayo para makontak nila kayo para kumpirmahin ang inyong order bago ito ipadala. Mga serbisyo ng mail-order na parmasya ng HPSM sa pamamagitan ng partnership sa Postal Prescription Services (PPS). Tawagan ang PPS sa 1-800-552-6694 o bisitahin ang [www.ppsrx.com](http://www.ppsrx.com) para mag-set up ng account at simulang magpapuno ng mga reseta ninyo sa pamamagitan ng mail-order.

### A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

Maaari kayong makakuha ng matagalang supply ng mga gamot para sa pag-iingat sa kalusugan (maintenance drugs) mula sa *Listahan ng mga Gamot* ng aming plano. Ang mga gamot para sa pag-iingat sa kalusugan (maintenance drugs) ay mga gamot na regular ninyong ginagamit, para sa isang hindi gumagaling o pangmatagalang kondisyong medikal.

Payag ang ilang mga parmasya ng samahan na makakuha kayo ng pangmatagalang panustos ng mga gamot para sa pag-iingat sa kalusugan. Ang 90 araw na supply ay may parehong copay sa isang buwang supply. Ipinabatid sa inyo ng *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya* kung aling mga parmasya ang maaaring magbigay sa inyo ng pangmatagalang panustos ng mga gamot para sa pag-iingat sa kalusugan. Maaari kayo ring tumawag sa Yunit ng CareAdvantage para sa karagdagang impormasyon.

Puwede ninyong gamitin ang mga mail-order na serbisyo na nasa samahan ng aming plano para makakuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot para sa pag-iingat sa kalusugan. Sumangguni sa **Seksiyon A6** para alamin ang tungkol sa mga mail-order na serbisyo.

### A8. Paggamit ng parmasyang wala sa samahan ng aming plano

Sa pangkalahatan, nagbabayad lang kami para sa mga gamot na mapupunan sa parmasyang wala sa samahan kapag hindi magamit ang isang parmasya ng samahan. Mayroon kaming samahan ng mga parmasya sa labas ng aming pinaglilingkurang lugar kung saan mapapupunan ninyo ang inyong reseta ng gamot bilang miyembro ng aming plano. Sa mga ganitong sitwasyon, makipag-ugnayan muna sa Yunit ng CareAdvantage para alamin kung may malapit na parmasya ng samahan.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Nagbabayad kami para sa mga resetang mapupunan sa isang parmasyang wala sa samahan sa mga sumusunod na sitwasyon:

- Kapag sinusubukang kumuha ng espesyalistang gamot ayon sa reseta na hindi available sa isang parmasya ng samahan (bagaman bihira ito).
- Kapag sinusubukang magpuno ng isang gamot na may limitadong pagmumulan ng distribusyon ayon sa iniaatas ng batas (bagaman bihira ito).
- Kapag pinupunan ang isang gamot sa isang pang-emergency na sitwasyon kung saan ang mga parmasyang kasama sa samahan ay hindi madaling ma-access, hindi available o sarado (halimbawa, sa isang natural na kalamidad).

### **A9. Pagbabayad sa inyo para sa isang reseta**

Kung kailangan ninyong gumamit ng isang parmasyang wala sa samahan, sa pangkalahatan, kailangan ninyong bayaran ang buong halaga sa halip na copay kapag kukunin ninyo ang inyong reseta. Puwede ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo para sa hati namin sa gastos.

Hindi responsibilidad ng CareAdvantage na bayaran kayo para sa isang gamot na puwede lang sakupin sa ilalim ng Medi-Cal Rx. Kung magbabayad kayo para sa buong halaga ng reseta na sakop ng Medi-Cal Rx at hindi ng CareAdvantage, posibleng ma-reimburse kayo ng parmasya kapag nabayaran na ng Medi-Cal Rx ang reseta. Kung hindi, puwede rin ninyong hilingin sa Medi-Cal Rx na bayaran kayo sa pamamagitan ng pagsusumite ng paghahabol na “Pagsasauli ng Medi-Cal sa Mula sa Bulsang Gastos (Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan))”. May higit pang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx sa: [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

Para matuto pa tungkol dito, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

---

## **B. Listahan ng mga Gamot ng aming plano**

Kami ay may *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*. Tinatawag namin itong “*Listahan ng Gamot*” kapag pinaikli.

Pinipili namin ang mga gamot na nasa *Listahan ng mga Gamot* sa tulong ng isang pangkat ng mga doktor at pharmacist. Ipinapaalam din sa inyo ng *Listahan ng mga Gamot* ang tungkol sa mga tuntuning dapat ninyong sundin para makuha ang inyong mga gamot.

Sa pangkalahatan, sakop namin ang isang gamot sa *Listahan ng mga Gamot* ng aming plano kapag sumunod kayo sa mga tuntuning ipinapaliwanag sa kabanatang ito.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## **B1. Mga Gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot***

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

Sinasakop ng inyong plano ang karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo sa isang parmasya. Ang ibang gamot, gaya ng ilang gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter, OTC) at ilang bitamina, ay posibleng sakop ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para sa higit pang impormasyon. Puwede rin ninyong tawagan ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong Identification Card ng Benepisyaryo (Beneficiary Identification Card, BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga reseta ninyo sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.

Kabilang sa aming *Listahan ng mga Gamot* ang mga branded na gamot, generik na gamot, at mga biological na produkto (na posibleng kinabibilangan ng mga biosimilar).

Ang branded na gamot ay isang inireresetang gamot na ibinibenta sa ilalim ng naka-trademark na pangalan na pagmamay-ari ng manufacturer ng gamot. Ang mga biological na produkto ay mga gamot na mas kumplikado kaysa mga karaniwang gamot. Sa aming *Listahan ng mga Gamot*, kapag tinutukoy namin ang “mga gamot” posible itong mangahulugang isang gamot o produktong biological.

Ang mga generik na gamot ay may parehong aktibong sangkap sa mga branded na gamot. Ang mga biological na produkto ay may mga alternatibong tinatawag na mga biosimilar. Sa pangkalahatan, ang mga generik na gamot at mga biosimilar ay kasing-epektibo ng mga branded na gamot o mga orihinal na biological na produkto at karaniwang mas mura ang mga ito. May mga pamalit sa mga generik na gamot na available para sa maraming branded na gamot at mga biosimilar na alternative para sa ilang orihinal na biological na produkto. May ilang biosimilar na mga interchangeable na biosimilar at, depende sa batas ng estado, puwede itong ipalit sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi na nangangailangan ng panibagong reseta, gaya lang din kung paano puwedeng ipalit ang mga generik na gamot sa mga branded na gamot.

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

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

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## **B2. Paano mahanap ang isang gamot na nasa aming *Listahan ng mga Gamot***

Para alamin kung ang isang gamot na inyong ginagamit ay nasa aming *Listahan ng mga Gamot*, puwede ninyong:

- Tingnan ang pinakabagong *Listahan ng mga Gamot* na ipinadala namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat.
- Bisitahin ang website ng aming plano sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage) Pinakabago palagi ang *Listahan ng mga Gamot* na nasa website namin.
- Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para alamin kung ang isang gamot ay nasa aming *Listahan ng mga Gamot* o para humingi ng kopya ng listahan.
- Ang mga gamot na hindi sakop ng Part D ay posibleng masakop ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) para sa higit pang impormasyon
- Gamitin ang aming “Real Time Benefit Tool” sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage) o tawagan ang Yunit ng CareAdvantage. Gamit ang tool na ito, makakapaghanap kayo ng mga gamot sa *Listahan ng mga Gamot* para matantya kung magkano ang babayaran ninyo at para malaman kung may mga alternatibo bang gamot sa *Listahan ng mga Gamot* na puwedeng makagamot sa parehong kalagayan.

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

Hindi namin sakop ang lahat ng inireresetang gamot. Ang ilang gamot ay wala sa aming *Listahan ng mga Gamot* dahil hindi kami pinapayagan ng batas na masakop ang mga gamot na iyon. Sa ibang sitwasyon, nagpasya kaming hindi isama ang isang gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot*.

Hindi nagbabayad ang aming plano para sa mga uri ng mga gamot na inilalarawan sa seksiyong ito. Tinatawag ang mga ito na **mga hindi kasamang gamot**. Kung nakakuha kayo ng reseta para sa hindi kasamang gamot, posibleng kayo mismo ang magbabayad para dito. Kung sa palagay ninyo ay dapat kaming magbayad para sa hindi kasamang gamot dahil sa inyong sitwasyon, puwede kayong mag-apela. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga apela.

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

1. Ang pagkakasakop ng aming plano sa gamot na para sa outpatient (na kinabibilangan ng Medicare Part D) ay hindi magbabayad para sa gamot na sakop na ng Medicare Part A o Medicare Part B. Sakop ng aming plano ang mga gamot na

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





sakop sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B nang libre, pero ang mga gamot na ito ay hindi itinuturing na bahagi ng inyong mga benepisyo ng outpatient sa inireresetang gamot.

2. Ang aming plano ay hindi masasakupan ang gamot na binili sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito.
3. Ang paggamit ng gamot ay dapat na naaaprubahan ng FDA o sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian bilang paggamot sa inyong kondisyon. Posibleng magreseta ang inyong doktor o iba pang tagabigay ng serbisyo ng isang partikular na gamot para gamutin ang inyong kondisyon, kahit na hindi ito naaprubahan para gamutin ang kondisyon. Tinatawag itong “off-label na paggamit.” Karaniwang hindi sakop ng aming plano ang mga gamot kapag inireseta ang mga gamot para sa off-label na paggamit (off-label use).

Gayundin, ayon sa batas, hindi maaaring sakupin ng Medicare o Medi-Cal ang mga uri ng mga gamot na nakalista sa ibaba.<sup>1</sup>

- Mga gamot na ginagamit upang makatulong sa kakayahan na magka-anak
- Mga gamot na ginamit para sa pagtanggag ng sintomas ng ubo o sipon\*
- Ang mga gamot na gamit para sa layunin ng pagpapaganda o upang isulong ang pagpapahaba ang buhok
- Mga inireresetang bitamina at mineral na produkto, maliban sa mga bitamina bago manganak at mga fluoride\* preparation
- Mga gamot na ginagamit para gamutin ang sexual o erectile dysfunction
- Mga gamot na ginagamit para gamutin ang anorexia, pagbabawas ng timbang, o pagdaragdag ng timbang\*
- Mga gamot para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital na ginawa ng isang kumpanyang nagsasabing kailangan ninyong sumailalim sa mga pagsusuri at serbisyong sila lang ang magsasagawa

\*May mga piling produkto na posibleng saklaw ng Medi-Cal. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para sa higit pang impormasyon.

<sup>1</sup>Tandaan: Sinasakop ng CareAdvantage ang ilang limitadong dami ng mga gamot na nasa mga kategoryang ito sa ilalim ng aming supplemental o OTC na benepisyo. Puwede ninyong bisitahin ang aming website sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage) para sa higit pang impormasyon at sa isang listahan ng mga sakop na gamot.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





## **B4. Antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ng *Listahan ng mga Gamot***

Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot* ay nasa isa sa 2 antas. Ang antas (tier) ay isang grupo ng mga gamot na sa pangkalahatan ay may parehong uri (halimbawa, mga branded, generic, o OTC na gamot). Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang antas ng cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran), mas mahal ang gastos ninyo sa gamot.

- Kasama sa antas 1 ang mga generik na gamot. Ang mga antas 1 na generik na gamot ay mas mura kaysa sa mga antas 2 na branded na gamot. Ito ang pinakamababang antas.
- Kabilang sa Antas 2 ang mga branded na gamot. Ang mga antas 2 na branded na gamot ay mas mahal kaysa sa mga antas 1 na generik na gamot. Ito ang pinakamataas na antas.

Upang malaman kung aling antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ang kinabibilangan ng inyong mga gamot, hanapin ang gamot sa *Listahan ng mga Gamot*.

Ipinapaalam sa inyo ng **Kabanata 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ang halagang ibabayad ninyo para sa mga gamot sa bawat antas.

---

## **C. Mga limitasyon sa ilang gamot**

Para sa ilang partikular na inireresetang gamot, may mga espesyal na tuntuning naglilimita sa kung paano at kung kailan nasasakop ng aming plano ang mga ito. Sa pangkalahatan, hinihikayat kayo ng aming mga tuntunin na kumuha ng gamot na mabisa, ligtas, at epektibo para sa inyong kondisyong medikal. Kapag kasing-epektibo ng isang ligtas at mas murang gamot ang isang mas mahal na gamot, inaasahan namin ang inyong tagabigay ng serbisyo na ireseta ang mas murang gamot.

**Kung may espesyal na tuntunin para sa inyong gamot, karaniwan itong nangangahulugang kailangan ninyo o ng inyong tagabigay ng serbisyo na magsagawa ng ilang karagdagang hakbang para masakop namin ang gamot.** Halimbawa, kailangan munang sabihin sa amin ng inyong tagabigay ng serbisyo ang inyong diagnosis o ipakita muna nito ang mga resulta ng pagsusuri sa dugo. Kung sa palagay ninyo o ng inyong tagabigay ng serbisyo na ang aming tuntunin ay hindi dapat ilapat sa inyong sitwasyon, hilingin sa aming gumawa ng eksepsiyon. Posibleng kami ay sumang-ayon o hindi sumang-ayon na payagan kayong gamitin ang gamot nang hindi nagsasagawa ng mga karagdagang hakbang.

Para matuto pa tungkol sa paghiling para sa mga eksepsiyon, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



### 1. Paglilimita sa paggamit ng branded na gamot o mga orihinal na biological na produkto kapag may available na generic o interchangeable biosimilar na bersyon

Sa pangkalahatan, ang isang generik na gamot o interchangeable na biosimilar ay kasing-epektibo ng isang branded na gamot o orihinal na biological na produkto at karaniwan itong mas mura. Sa karamihan ng mga pagkakataon, kung may available na generic o interchangeable na biosimilar na bersyon ng isang branded na gamot o orihinal na biological na produkto, ang generic o ang interchangeable na biosimilar na bersyon ang ibibigay ng aming mga parmasya na nasa samahan.

- Kadalasan, hindi kami nagbabayad para sa branded na gamot o orihinal na biological na produkto kapag may available na generic na bersyon.
- Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng inyong tagabigay ng serbisyo ang medikal na dahilan kung bakit hindi magiging epektibo para sa inyo ang generik na gamot o interchangeable na biosimilar o sinulatan niya ng “Bawal palitan” ang inyong reseta para sa isang branded na gamot o *orihinal na biological na produkto* o kung sinabi niya sa amin ang medikal na dahilan kung bakit hindi magiging epektibo para sa inyo ang generik na gamot, interchangeable na biosimilar, o iba pang sakop na gamot bilang lunas sa parehong kondisyon, sasaklawin namin ang branded na gamot.
- Posibleng mas malaki ang inyong copay para sa branded na gamot o orihinal na biological na produkto kaysa sa generik na gamot o interchangeable na biosimilar.

### 2. Pagkuha ng aprobasyon sa plano nang maaga

Para sa ilang gamot, kailangan ninyo o ng inyong tagareseta na kumuha ng aprobasyon mula sa aming plano bago ninyo punan ang inyong reseta. Kung hindi kayo makakuha ng aprobasyon, posibleng hindi namin masakop ang gamot.

### 3. Subukan muna ang ibang gamot

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

Kung **hindi** mabisa sa inyo ang Gamot A, masasakop namin ang Gamot B. Tinatawag itong step therapy (mga hakbang na kailangan sa paggamot).

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



#### 4. Mga limitasyon sa dami

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

Para alamin kung mayroong alinman sa mga tuntunin sa itaas na nalalapat sa isang gamot na inyong ginagamit o gustong gamitin, tingnan ang aming *Listahan ng mga Gamot*. Para sa pinaka-napapanahong impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage o tingnan ang aming website sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage). Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon sa pagkakasakop batay sa alinman sa mga dahilan sa itaas, puwede kayong humiling ng apela. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

---

### D. Mga dahilan kung bakit posibleng hindi sakop ang inyong gamot

Sinusubukan naming gawing naaangkop para sa inyo ang inyong pagkakasakop sa gamot, pero minsan may gamot na hindi sakop sa paraang gusto ninyo. Halimbawa:

- Hindi sakop ng aming plano ang gamot na gusto ninyong gamitin. Posibleng wala ang gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot*. Posibleng sakop namin ang isang generic na bersyon ng gamot pero hindi ang branded na bersyon na gusto ninyong gamitin. Posibleng bago ang isang gamot, at hindi pa namin ito nasusuri para sa kaligtasan at bisa.
- Sakop ng plano namin ang gamot, pero may mga espesyal na tuntunin o limitasyon sa pagkakasakop. Gaya ng ipinapaliwanag sa seksiyon sa itaas ng Seksiyon C, ang ilang gamot na sakop ng aming plano ay may mga tuntunin na naglilimita sa paggamit ng mga ito. Sa ilang sitwasyon, posibleng gusto ninyo o ng inyong tagareseta na humiling sa amin ng eksepsiyon.

May mga bagay na puwede ninyong gawin kung hindi namin sakop ang isang gamot sa paraang gusto ninyong masakop namin ito.

#### D1. Pagkuha ng pansamantalang supply

Sa ilang sitwasyon, posibleng bigyan namin kayo ng pansamantalang supply ng gamot kapag wala ito sa aming *Listahan ng mga Gamot* o kapag limitado ito. Makapagbibigay ito ng panahon na kausapin ninyo ang inyong tagabigay ng serbisyo tungkol sa pagkuha ng ibang gamot o upang humiling sa amin na isama sa pagkakasakop ang gamot.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Upang makakuha ng pansamantalang panustos ng gamot, dapat ninyong matugunan ang dalawang panuntunan sa ibaba:**

1. Ang gamot na inyong ginagamit:
  - ay wala na sa aming *Listahan ng mga Gamot o*
  - ay hindi kailanman kasama sa aming *Listahan ng mga Gamot o*
  - ay limitado na ngayon.
2. Kayo dapat ay nasa isa sa mga sitwasyong ito:
  - Kasali kayo sa aming plano sa nakaraang taon.
    - Masasakop namin ang isang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa unang 90 araw ng taon sa kalendaryo.**
    - Ang pansamantalang supply ay para sa hanggang 30 araw.
    - Kung nakasulat ang inyong reseta para sa mas kaunting araw, pinapayagan namin ang maraming pagpupuno ng reseta para makapagbigay ng hanggang 30 araw ng gamot. Kailangan ninyong punan ang reseta sa isang parmasya ng samahan.
    - Posibleng ibigay ng mga parmasya ng matagalang pangangalaga ang inirereseta sa inyo na gamot nang paunti-unti para maiwasan ang pagkakasayang.
  - Baguhan kayo sa aming plano.
    - Masasakop namin ang isang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa unang 90 araw ng inyong membership sa aming plano.**
    - Ang pansamantalang supply ay para sa hanggang 30 araw.
    - Kung nakasulat ang inyong reseta para sa mas kaunting araw, pinapayagan namin ang maraming pagpupuno ng reseta para makapagbigay ng hanggang 30 araw ng gamot. Kailangan ninyong punan ang reseta sa isang parmasya ng samahan.
    - Posibleng ibigay ng mga parmasya ng matagalang pangangalaga ang inirereseta sa inyo na gamot nang paunti-unti para maiwasan ang pagkakasayang.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Kasali kayo sa aming plano nang mahigit 90 araw, nakatira kayo sa isang pasilidad para sa matagalang pangangalaga, at kailangan ninyo ng supply kaagad.
  - Masasakop namin ang isang 31 araw na supply, o mas kaunti kung nakasulat para sa mas kaunting araw ang inyong reseta. Bukod pa ito sa nabanggit na pansamantalang supply.
  - Kung nagtatransisyon kayo sa pagitan ng iba't ibang antas ng pangangalaga (halimbawa, papunta sa o palabas ng isang pasilidad o ospital para sa matagalang pangangalaga) at kamakailan kayong nagpuno ng reseta para sa isang bagong gamot, masasakop namin ang isang bagong 30 araw na pang-transisyong supply ng gamot na inyong gagamitin sa bago ninyong lugar. Ito ang mag-aasikaso sa anumang restriksiyon na sanhi ng maagang pagpuno ng reseta.

## D2. Paghingi ng pansamantalang supply

Upang humiling ng pansamantalang panustos ng gamot, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

**Kapag nakakuha kayo ng pansamantalang supply ng isang gamot, makipag-usap kaagad sa inyong tagabigay ng serbisyo para magpasya kung ano ang dapat gawin kapag naubos ang inyong supply.** Narito ang inyong mapagpipilian:

- Lumipat sa ibang gamot.

Posibleng sakop ng aming plano ang ibang gamot na naaangkop sa inyo. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para humingi ng listahan ng mga gamot na sakop na namin na ginagamit para gamutin ang parehong kondisyong medikal. Ang listahan ay makakatulong sa inyong tagabigay ng serbisyo na maghanap ng sakop na gamot na posibleng maging naaangkop sa inyo.

**O**

- Humiling ng eksepsiyon.

Maaaring hilingin ninyo at ng inyong tagabigay ng serbisyo sa amin na gumawa ng eksepsiyon. Halimbawa, puwede ninyong hilingin sa amin na magsakop ng gamot na wala sa aming *Listahan ng mga Gamot* o hilingin sa aming sakupin ang gamot nang walang limitasyon. Kung sinabi ng inyong tagabigay ng serbisyo na kayo ay mayroong magandang medikal na dahilan para sa eksepsiyon, maaari siyang makatulong sa inyo sa paghiling ng eksepsiyon.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



### D3. Paghiling ng eksepsiyon

Kung ang gamot na ginagamit ninyo ay aalisin sa aming *Listahan ng mga Gamot* o limitado ito sa susunod na taon, papayagan namin kayong humiling ng eksepsiyon bago ang susunod na taon.

- Sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa anumang pagbabago sa pagkakasakop para sa inyong gamot para sa susunod na taon. Hilingin sa aming gumawa ng eksepsiyon at masakop ang gamot para sa susunod na taon sa paraang gusto ninyo.
- Sasagutin namin ang inyong kahilingan para sa isang eksepsiyon sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan (o ang sumusuportang pahayag ng inyong tagareseta).

Para matuto pa tungkol sa paghiling para sa eksepsiyon, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng eksepsiyon, kontakin ang Yunit ng CareAdvantage.

---

## E. Mga pagbabago sa pagkakasakop para sa inyong mga gamot

Karamihan ng mga pagbabago sa pagkakasakop ng gamot ay nangyayari sa Enero 1, pero posible kaming magdagdag o mag-alis ng mga gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot* sa loob ng taon. Posible rin naming baguhin ang aming mga patakaran tungkol sa mga gamot. Halimbawa, posible naming:

- Pagpasyahang mangailangan o hindi mangailangan ng paunang pag-aproba (prior approval, PA) para sa isang gamot (pahintulot mula sa amin bago kayo makakuha ng isang gamot).
- Dagdagan o baguhin ang dami ng makukuha ninyong gamot (mga limitasyon sa dami).
- Dagdagan o baguhin ang mga paghihigpit sa step therapy sa isang gamot (kailangan ninyong subukan ang ibang gamot bago namin masakop ang isa pang gamot).

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga tuntuning ito sa gamot, sumangguni sa **Seksiyon C**.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



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

- mayroong lumabas na bago at mas murang gamot sa market na kasimbisa ng gamot na nasa aming *Listahan ng mga Gamot* ngayon, **o**
- nalaman namin na hindi ligtas gamitin ang isang gamot, **o**
- inalis sa merkado ang isang gamot.

### **Ano ang mangyayari kung ang pagkakasakop ay magbago para sa gamot na iniinom ninyo?**

Para makakuha ng higit pang impormasyon sa kung ano ang nangyayari kapag nagbago ang aming *Listahan ng mga Gamot*, anumang oras ay magagawa ninyong:

- Tingnan ng kasalukuyan naming *Listahan ng mga Gamot* online sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage) **o**
- Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa numero sa ibaba ng pahina para tingnan ang kasalukuyan naming *Listahan ng mga Gamot*.

### **Mga pagbabagong puwede naming gawin sa *Listahan ng mga Gamot* na makakaapekto sa inyo habang nasa kasalukuyang taon ng plano**

Agaran ang ilang pagbabago sa *Listahan ng mga Gamot*. Halimbawa:

- May lumabas na bagong generik na gamot. Minsan, may bagong generik na gamot o biosimilar na pumapasok sa market na kasingbisa ng branded na gamot o orihinal na biological na produkto na kasalukuyang nasa *Listahan ng mga Gamot*. Kapag nangyari iyon, maaari naming alisin ang branded na gamot o orihinal na biological na produkto at ilagay ang bagong generik na gamot o biosimilar, ngunit mananatiling pareho o magiging mas mababa ang inyong gastusin para sa bagong gamot.

Kapag idinagdag namin ang bagong generik na gamot o biosimilar, puwede rin kaming magdesisyong panatilihin ang branded na gamot o orihinal na biologic na produkto sa listahan pero babaguhin ang mga patakaran o limitasyon ng pagkakasakop nito.

- Posibleng hindi namin sabihin sa inyo bago namin gawin ang pagbabagong ito, pero padadalhan namin kayo ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabagong ginawa namin kapag nangyari ito.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Kayo o ang inyong tagabigay ng serbisyo ay makahihiling ng “eksepsiyon” mula sa mga pagbabagong ito. Padadalhan namin kayo ng abiso tungkol sa mga hakbang na magagawa ninyo para makahiling ng eksepsiyon. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** ng aklat-gabay na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga eksepsiyon.

**Inalis sa market ang isang gamot.** Kapag sinabi ng FDA na hindi ligtas o hindi mabisang gamitin ang inyong iniinom na gamot o kung aalisin ng manufacturer ng gamot ang gamot sa market, kaagad naming aalisin ito mula sa aming *Listahan ng mga Gamot*. Kung iniinom o ginagamit ninyo ang gamot, padadalhan namin kayo ng abiso pagkatapos naming isagawa ang pagbabago. Kung aabisuhan kayo, makipag-ugnayan sa inyong doktor o parmasyutiko at itanong kung ano ang susunod na gagawin.

**Puwede kaming gumawa ng iba pang pagbabago na makaaapekto sa ginagamit ninyong gamot.** Sasabihan namin kayo nang maaga tungkol sa mga pagbabagong ito sa aming *Listahan ng mga Gamot*. Puwedeng mangyari ang mga pagbabagong ito kung:

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

Kapag nangyari ang mga pagbabago ito, gagawin naming:

- Sabihan kayo nang 30 araw o mas maaga bago namin gawin ang pagbabago sa aming *Listahan ng mga Gamot* o
- Ipaalam ito sa inyo at bigyan kayo ng 30 araw na supply ng gamot pagkatapos ninyong humingi ng pagpuno.

Magbibigay ito sa inyo ng sapat na panahon para makipag-usap sa inyong doktor o ibang tagareseta. Matutulungan nila kayong magpasya:

- Kung may katulad na gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot* na puwede ninyong gamitin na lang o
- Kung dapat kayong humiling ng eksepsiyon mula sa mga pagbabagong ito para patuloy na sakupin ang gamot o ang bersyon ng gamot na iniinom o ginagamit ninyo. Para matuto pa tungkol sa paghiling para sa mga eksepsiyon, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

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

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





Posibleng gumawa kami ng mga pagbabago sa mga gamot na iniinom o ginagamit ninyo na hindi inilarawan sa itaas at hindi makakaapekto sa inyo ngayon. Para sa mga ganitong pagbabago, kung gumagamit kayo ng gamot na sakop namin sa **simula** ng taon, sa pangkalahatan, hindi namin tatanggalin o babaguhin ang pagkakasakop sa gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon**.

Halimbawa, kung alisin namin ang isang gamot na inyong ginagamit o kung limitahan namin ang paggamit nito, hindi maaapektuhan ng pagbabago ang inyong paggamit ng gamot o ang binabayaran ninyo para sa gamot para sa natitirang bahagi ng taon.

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

Hindi namin sasabihin sa inyo ang tungkol sa mga uring ito ng mga pagbabago nang direkta habang nasa kasalukuyang taon. Kakailanganin ninyong basahin ang *Listahan ng mga Gamot* para sa susunod na taon ng plano (kapag available na ang listahan sa panahon ng bukas na pagpapa-enroll) para malaman kung may anumang pagbabagong makakaapekto sa inyo sa susunod na taon ng plano.

---

## **F. Mga pagkakasakop sa gamot para sa mga espesyal na sitwasyon**

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

Kung kayo ay dinala sa isang ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga para sa isang pamamalagi na sakop ng aming plano, sa pangkalahatan, sakop namin ang halaga ng inirereseta sa inyo na gamot sa panahon ng inyong pamamalagi. Hindi kayo magbabayad ng copay. Kapag lumabas na kayo ng ospital o pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, sakop namin ang inyong mga gamot hangga't natutugunan ng mga gamot ang lahat ng aming mga tuntunin sa pagkakasakop.

Para matuto pa tungkol sa pagkakasakop ng gamot at kung magkano ang ibabayad ninyo, sumangguni sa **Kabanata 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

### **F2. Sa isang pasilidad ng matagalang pangangalaga**

Karaniwan, ang pasilidad ng matagalang pangangalaga, tulad ng isang pasilidad ng pangangalaga, ay may sariling parmasya o isang parmasya na nagsu-supply ng mga gamot para sa lahat ng kanilang mga residente. Kung nakatira kayo sa isang pasilidad ng matagalang pangangalaga, posibleng makuha ninyo ang mga inirereseta sa inyo na gamot sa pamamagitan ng parmasya ng pasilidad kung bahagi ito ng aming samahan.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Tingnan ang inyong *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya* upang malaman kung ang inyong pasilidad ng matagalang pangangalaga ay bahagi ng inyong samahan. Kung hindi o kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon, kontakin ang Yunit ng CareAdvantage.

### **F3. Sa isang programa ng hospisyo na sertipikado ng Medicare**

Ang mga gamot ay hindi kailanman sasakupin ng hospisyo at ng aming plano nang magkasabay.

- Puwede kayong mag-enroll sa isang hospisyo ng Medicare at mangailangan ng ilang partikular na gamot (hal., gamot sa kirot, gamot laban sa pagduruwal, gamot na pampadumi, o gamot laban sa pagkabalisa) na hindi sakop ng inyong hospisyo dahil hindi ito nauugnay sa inyong terminal na prognosis at mga kondisyon. Sa ganitong sitwasyon, dapat maabisuhan ang aming plano ng tagareseta o ng inyong tagabigay ng serbisyo sa hospisyo na ang inyong gamot ay hindi nauugnay bago namin masakop ang gamot.
- Para maiwasan ang mga pagkaantala sa pagkuha ng anumang hindi nauugnay na gamot na dapat masakop ng aming plano, puwede ninyong hilingin sa inyong tagabigay ng serbisyo sa hospisyo o sa inyong tagareseta na tiyaking maabisuhan kami na ang gamot ay hindi nauugnay bago kayo humiling sa isang parmasya na punan ang inyong reseta.

Kung umalis kayo sa hospisyo, masasakop ng aming plano ang lahat ng inyong gamot. Para maiwasan ang anumang pagkaantala sa isang parmasya kapag natapos ang inyong benepisyo sa hospisyo ng Medicare, magdala ng dokumentasyon sa parmasya para tiyaking umalis na kayo sa hospisyo.

Sumangguni sa mga naunang bahagi ng kabanatang ito na nagsasabi tungkol sa mga gamot na sakop ng aming plano. Sumangguni sa **Kabanata 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa benepisyo sa hospisyo.

---

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

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

Sa bawat pagkakataong kumukuha kayo ng gamot ayon sa reseta, naghahanap kami ng mga posibleng problema, tulad ng mga pagkakamali sa gamot o mga gamot na:

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- posibleng hindi kinakailangan dahil gumagamit kayo ng isa pang katulad na gamot na pareho ang ginagawa
- posibleng hindi ligtas para sa inyong edad o kasarian
- posibleng makasama sa inyo kung gamitin ninyo ito nang sabay
- may mga sangkap kung saan posibleng mayroon kayong allergy
- may mga hindi ligtas na dami ng opioid na gamot laban sa kirot

Kung makakita kami ng posibleng problema sa inyong paggamit ng mga inireresetang gamot, makikipagtulungan kami sa inyong tagabigay ng serbisyo para iwasto ang problema.

## **G2. Mga programang makatutulong sa inyong pamahalaan ang inyong mga gamot**

May programa ang aming plano na makatutulong sa mga miyembro na may mga kumplikadong pangangailangan sa kalusugan. Sa mga ganitong sitwasyon, posibleng kuwalipikado kayong tumanggap ng mga serbisyo, nang libre, sa pamamagitan ng isang programang pamamahala ng terapiya ng gamot (medication therapy management o MTM). Boluntaryo at libre ang programang ito. Ang programang ito ay nakakatulong sa inyo at sa inyong tagabigay ng serbisyo na matiyak na tumatalab ang inyong mga gamot para mapabuti ang inyong kalusugan. Kung kuwalipikado kayo sa programa, may pharmacist o ibang pangkalusugang propesyunal na magbibigay sa inyo ng komprehensibong pagsusuri ng lahat ng inyong gamot, at makikipag-usap sa inyo tungkol sa:

- paano susulitin ang benepisyo mula sa mga gamot na iniinom ninyo
- anumang mga alalahanin na mayroon kayo, tulad ng mga gastusin sa gamot at mga reaksiyon sa gamot
- paano ang pinakamainam na pag-inom sa inyong mga gamot
- anumang tanong o problema na mayroon kayo tungkol sa inyong mga inireresetang gamot at mga over-the-counter na gamot

Pagkatapos, bibigyan niya kayo ng:

- Nakasulat na buod ng talakayang ito. Ang buod ay may plano sa pamamaraan ng paggamot (medication action plan) na nagrerekomenda kung ano ang puwede ninyong gawin para sa pinakamainam na paggamit ng inyong mga gamot.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Isang personal na listahan ng mga gamot na naglalaman ng lahat ng gamot na ginagamit ninyo, gaano karami at kung kailan at bakit ninyo iniinom ang mga ito.
- Impormasyon tungkol sa ligtas na pagtatapon ng mga inireresetang gamot na kontroladong substance.

Magandang ideya ang pakikipag-usap sa inyong tagareseta tungkol sa inyong plano ng pagkilos at listahan ng mga gamot.

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

Boluntaryo at libre sa mga kuwalipikadong miyembro ang mga programa ng MTM. Kung mayroon kaming programang naaangkop sa mga pangagailangan ninyo, ie-enroll namin kayo sa programa at padadalhan kayo ng impormasyon. Kung ayaw ninyong sumali sa programa, ipaalam ito sa amin, at aalisin namin kayo rito.

Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa mga programang ito, kontakin ang Yunit ng CareAdvantage

### **G3. Programa sa pamamahala ng gamot para sa ligtas na paggamot ng mga opioid na gamot**

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

Kung gumagamit kayo ng mga opioid na gamot na natatanggap ninyo mula sa ilang tagareseta o parmasya o kung nag-overdose kayo ng opioid kamakailan, maaari naming kausapin ang inyong mga tagareseta upang matiyak na naaangkop at medikal na kinakailangan ang inyong paggamit. Sa tulong ng inyong mga tagareseta, kung magpapasya kaming ligtas ang inyong paggamit ng mga inireresetang opioid o benzodiazepine na gamot, posibleng limitahan namin kung paano ninyo makukuha ang mga gamot na iyon. Maaaring kabilang sa mga limitasyon ang:

- Pag-aatas sa inyong kunin ang lahat ng reseta para sa mga gamot na iyon mula sa mga partikular na parmasya at/o mula sa mga partikular na tagareseta

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Paglilimita sa dami ng mga gamot na iyon na sakop namin para sa inyo

Kung sa palagay namin ay may isa o higit pang limitasyong dapat malapat sa inyo, padadalhan namin kayo ng sulat nang mas maaga. Nakasaad sa sulat kung lilimitahan namin ang pagkakasakop sa mga gamot na ito para sa inyo, o kung sa partikular na tagabigay ng serbisyo o parmasya lang kayo puwedeng kumuha ng mga reseta para sa mga gamot na ito.

**Magkakaroon kayo ng pagkakataong masabi sa amin kung sino o aling mga tagareseta o parmasya ang gusto ninyo at anumang impormasyong sa tingin ninyo ay mahalaga naming malaman.** Kung magpapasya kaming limitahan ang inyong pagkakasakop para sa mga gamot na ito pagkatapos ninyong sumagot, magpapadala kami sa inyo ng isa pang sulat na kukumpirma sa mga limitasyon.

Kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami, hindi kayo sumasang-ayon na nanganganib kayo sa maling paggamit ng inireresetang gamot, o hindi kayo sumasang-ayon sa limitasyon, puwede kayo o ang inyong tagareseta na mag-apela. Kapag nag-apela kayo, irerepaso namin ang inyong kaso at ibibigay namin sa inyo ang aming pasya. Kung patuloy naming hindi aaprubahan ang anumang bahagi ng inyong apela na nauugnay sa mga limitasyon sa inyong access sa mga gamot na ito, awtomatiko naming ipapadala ang inyong kaso sa isang Organisasyon para sa Independiyenteng Pagrerepaso (IRO). (Para matuto pa tungkol sa mga apela at IRO, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.)

Maaaring hindi mailalapat sa inyo ang DMP kung kayo ay:

- may ilang partikular na medikal na kondisyon, gaya ng kanser o sickle cell disease,
- nakakukuha ng pangangalaga mula sa hospisyu, pagpawi ng kirot na pangangalaga, o pangangalaga sa pagtatapos ng buhay, o
- nananatili sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## Kabanata 6: Ano ang binabayaran ninyo para sa inyong mga inireresetang gamot sa Medicare at Medi-Cal Medicaid

---

### Introduksiyon

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

- Mga inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part D, **at**
- Mga gamot at bagay na sakop sa ilalim ng Medi-Cal Rx, **at**
- Mga gamot at bagay na sakop ng aming plano bilang mga karagdagang benepisyo

Dahil kayo ay karapat-dapat para sa Medi-Cal, kayo ay makakakuha ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare upang tulungan kayong bayaran ang mga inireresetang gamot sa inyo na sakop sa Medicare Part D. Kami ay nagsama o nagpadala sa inyo ng hiwalay na papel, na tinatawag na, “Katibayan ng Pagkakasakop na Rider para sa Mga Taong Nakakatanggap ng Karagdagang Tulong sa Pagbabayad ng Mga Inireresetang Gamot” (tinatawag din na “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider”), na nagsasabi sa inyo ng tungkol sa pagkakasakop ng inyong mga gamot. Kung wala kayo nitong isiningit na papel, mangyaring tumawag sa Yunit ng CareAdvantage at hingin ang “LIS Rider.”

Ang **Extra Help** o Karagdagang Tulong ay isang programa sa Medicare na nakakatulong sa mga tao na may limitadong kita at resource na bawasan ang mga gastusin sa mga inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part D, gaya ng mga premium (hulog sa seguro), deductible (halagang dapat munang bayaran ng nakaseguro bago magbayad ang kompanya ng seguro), at copay (kabahagi sa binabayaran). Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidiya para sa Mababang Kita (Low-Income Subsidy)” o “LIS.”

Makikita ang iba pang pangunahing salita at depinisyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

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

- Aming *Listahan ng Mga Sakop na Gamot*.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Tinatawag namin itong “*Listahan ng Gamot.*” Ipinababatid nito sa inyo ang:
  - Alin sa mga gamot ang aming binabayaran
  - Alin sa 2 antas ang kinabibilangan ng bawat gamot
  - Kung mayroong anumang mga limitasyon sa gamot
- Kung kailangan ninyo ng kopya ng aming *Listahan ng mga Gamot*, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage. Maaari rin ninyong makita ang pinakabagong kopya ng aming *Listahan ng mga Gamot* sa aming website sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).
- Sinasakop ng CareAdvantage ang karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo sa isang parmasya. Ang ibang gamot, gaya ng ilang gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter, OTC) at ilang bitamina, ay posibleng sakop ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) para sa higit pang impormasyon. Puwede rin ninyong tawagan ang Medi-Cal Rx Customer Service Center sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong Identification Card ng Benepisyaryo (Beneficiary Identification Card, BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga reseta sa Medi-Cal Rx.”
- **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
  - Ipinapaliwanag nito kung paano kayo kukuha ng inireresetang gamot sa inyo para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital mula sa aming plano.
  - Kasama dito ang mga panuntunan na kailangan ninyong sundin. Sinasabi rin nito kung aling mga uri ng inireresetang gamot ang hindi sakop ng aming plano.
  - Kapag ginamit ninyo ang “Real Time Benefit Tool” ng plano para maghanap ng pagkakasakop sa gamot (sumangguni sa Kabanata 5, Seksiyon B2), “real time” ang ipapakitang gastos, ibig sabihin, ang gastos na ipapakita ng tool ay ang gastos sa ngayon para makapagbigay ito ng tinatayang mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) na inaasahang babayaran ninyo. Puwede ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para sa higit pang impormasyon.
- Aming *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Sa karamihan ng kaso, kailangan ninyong gumamit ng parmasya ng samahan upang makuha ang inyong mga sakop na gamot. Ang mga parmasya ng samahan ay ang mga parmasyang sumang-ayong makipagtulungan sa amin.
- Nakalista sa *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya* ang aming mga parmasya sa samahan. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong Aklat-Gabay ng Miyembro para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga parmasya sa samahan.

## Talaan ng mga Nilalaman

A. Mga <i>Paliwanag sa mga Benepisyo</i> (Explanation of Benefits, EOB) .....	5
B. Paano subaybayan ang inyong mga gastusin sa gamot.....	6
C. Mga Yugto sa Pagbabayad ng mga gamot sa Medicare Part D .....	8
C1. Ang aming antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran).....	9
C2. Mga mapagpipilian ninyo sa parmasya .....	9
C3. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot .....	10
C4. Ang dapat ninyong bayaran.....	10
D. Yugto 1: Ang Unang Yugto ng Pagkakasakop .....	12
D1. Mga mapagpipilian ninyo sa parmasya .....	12
D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot .....	12
D3. Ang dapat ninyong bayaran.....	13
D4. Ang Katapusan ng Unang Yugto ng Pagkakasakop.....	15
E. Yugto 2: Ang Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot (Catastrophic Coverage) .....	15
F. Ang inyong gastusin sa gamot kapag ang inireseta sa inyo ng doktor ay mas mababa sa isang buong buwan na supply .....	15

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



G. Pagtulong sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ng reseta para sa mga taong may HIV/AIDS .....	16
G1. Ano ba ang Programa ng Pagtulong para sa Gamot sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP).....	16
G2. Kung hindi kayo naka-enroll sa ADAP.....	17
G3. Kung naka-enroll kayo sa ADAP .....	17
H. Mga pagbabakuna.....	17
H1. Ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna .....	18
H2. Ang binabayaran ninyo para sa bakunang sakop ng Medicare Part D.....	18

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

---

## A. Mga Paliwanag sa mga Benepisyo (Explanation of Benefits, EOB)

Sinusubaybayan ng aming mga plano ang mga inirereseta sa inyo na gamot. Sinusubaybayan namin ang dalawang uri ng gastos:

- Inyong **mga gastos mula sa sariling balsa (out-of-pocket cost)**. Ito ang halaga ng pera na binayad ninyo, o ng ibang tao sa ngalan ninyo, para sa inyong mga reseta. Kasama rito ang ibinayad ninyo noong kumuha kayo ng isang sakop na gamot sa Part D, anumang pagbabayad ng mga kapamilya o kaibigan para sa inyong mga gamot, anumang pagbabayad ng “Karagdagang Tulong” mula Medicare para sa inyong mga gamot, mga planong pangkalusugan ng employer o unyon, TRICARE, Serbisyong Pangkalusugan ng Indian, mga programa ng pagtulong para sa gamot sa AIDS, mga charity, at karamihan sa mga State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP).
- Inyong **total na mga halaga ng gamot**. Ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad para sa inyong mga sakop na gamot sa Part D. Kasama rito ang ibinayad ng plano, at ang ibinayad ng iba pang programa o organisasyon para sa inyong mga sakop na gamot sa Part D.

Kapag kumuha kayo ng inireresetang gamot sa pamamagitan ng aming plano, kami ay magpapadala sa inyo ng isang buod na tinatawag na *Paliwanag sa mga Benepisyo* (Explanation of Benefits). Tinatawag namin itong EOB kapag pinaikli. Hindi singil ang EOB. Naglalaman ang EOB ng higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom ninyo, gaya ng mga pagtaas ng presyo at iba pang posibleng available na gamot na mas mababa ang cost sharing (pagtutulungan sa kabayaran). Maaari ninyong kausapin ang tagareseta ninyo tungkol sa mga mas murang mapagpipiliang ito. Kasama sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan na ito**. Ipinabatid ng buod kung ano ang mga nakuha ninyong inireresetang gamot sa loob ng nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang gastusin sa gamot, ano ang aming binayaran at kung ano ang binayaran ninyo at ng ibang tao para sa inyo.
- **Impormasyon mula sa umpisa ng taon hanggang sa araw ngayon**. Ito ang inyong total na mga halaga ng gamot at kabuuang ibinayad mula Enero 1.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot**. Ito ang kabuuang presyo ng gamot at anumang porsiyentong pagbabago sa presyo ng gamot simula noong unang pagpapapuno.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- **Mga mas murang alternatibo.** Kapag mayroon, lalabas ang mga ito sa buod sa ibaba ng mga kasalukuyan ninyong gamot. Puwede kayong makipag-usap sa inyong tagareseta para malaman ang higit pa.

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

- Ang mga pagbabayad para sa mga gamot na ito ay hindi kasama sa inyong kabuuang mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost).
- Binabayaran din namin ang ilang mga gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter drug o OTC drug). Wala kayong dapat bayaran na kahit na anong halaga para sa mga gamot na ito. Ang ilang partikular na produktong OTC ay nasasakop kapag may reseta mula sa inyong doktor habang ang iba ay puwedeng makuha nang libre sa pamamagitan ng benepisyong CareAdvantage OTC. Para sa mga produktong sakop ng benepisyong CareAdvantage OTC, walang reseta kailangan. Para sa karagdagang impormasyon, mangyaring bisitahin ang aming website sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage) o tumawag sa Yunit ng CareAdvantage.
- Sinasakop ng plano ang karamihan sa mga inireresetang gamot na nakukuha ninyo sa isang parmasya. Ang ibang gamot, gaya ng ilang gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter, OTC) at ilang bitamina, ay posibleng sakop ng Medi-Cal Rx. Pakibisita ang website ng Medi-Cal Rx ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) para sa higit pang impormasyon. Puwede rin ninyong tawagan ang center ng serbisyo sa customer ng Medi-Cal sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong identification card ng benepisyaryo (beneficiary identification card, BIC) ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.
- Upang malaman kung aling mga gamot ang sakop sa aming plano, sumangguni sa aming *Listahan ng mga Gamot*.

---

## B. Paano subaybayan ang inyong mga gastusin sa gamot

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

### 1. Gamitin ang ng inyong ID Card ng Miyembro.

Ipakita ang inyong ID card ng Miyembro tuwing nagpapapuno kayo ng reseta. Nakakatulong ito sa amin na malaman kung anong mga reseta ang inyong pinapupuno at kung ano ang binabayaran ninyo.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## 2. Siguruhin na mayroon kami ng impormasyon na kailangan namin.

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

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

- Kapag bumili kayo ng sakop na gamot sa isang parmasya ng samahan sa espesyal na presyo o gamit ang kard ng diskuwento na hindi bahagi ng inyong benepisyo sa plano
- Kapag nagbayad kayo ng copay para sa mga gamot na nakukuha ninyo sa ilalim ng pantulong na programa ng gumagawa ng gamot para sa pasyente
- Kapag bumili kayo ng mga sakop na gamot mula sa parmasyang wala sa samahan
- Kapag binayaran ninyo ang buong halaga ng nasasakupang gamot

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paghiling sa aming ibalik ang inyong ibinayad para sa *aming* bahagi sa gastusin ng isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

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

Ang mga pagbabayad ng ibang indibidwal at organisasyon ay nabibilang din sa inyong gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost). Halimbawa, ang pagbabayad na ginawa ng isang programa ng pagtulong para sa gamot sa AIDS (ADAP), ang Indian Health Service, at karamihan sa mga kawanggawa ay nabibilang sa iyong gastusin mula sa sariling bulsa. Ito ay nakatutulong sa inyo upang maging karapat-dapat sa pagkakasakop sa napakalaking gastos sa gamot. Kapag umabot kayo sa Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot, ang aming plano ang magbabayad sa lahat ng inyong gastusin para sa inyong mga gamot sa Medicare Part D para sa nalalabing bahagi ng taon.

## 4. Basahin ang mga EOB na ipinadadala namin sa inyo.

Kapag nakatanggap kayo ng EOB sa pamamagitan ng mail, siguraduhing ito ay kompleto at tama.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- **Nakikilala ba ninyo ang pangalan ng bawat parmasya?** Tingnan ang mga petsa. Kumuha ba kayo ng mga gamot sa araw na iyan?
- **Nakuha ba ninyo ang mga nakalistang gamot?** Tugma ba ang mga ito sa mga nakalista sa inyong mga resibo? Tugma ba ang mga gamot sa kung ano ang inireseta ng inyong doktor?

Para sa karagdagang impormasyon, maaari ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage o basahin ang *Aklat-Gabay ng Miyembro ng CareAdvantage*. Maaari din ninyong makita ang Aklat-Gabay ng Miyembro sa aming website sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

### **Paano kung may makita kayong mali sa buod na ito?**

Kung may nakakalito o parang may mali sa EOB na ito, pakitawagan kami sa Yunit ng CareAdvantage. Makakahanap din kayo ng mga sagot sa maraming tanong sa aming website: [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

### **Paano naman kung may posibleng panloloko?**

Kung nagpapakita ang buod na ito ng mga gamot na hindi ninyo iniinom o anupamang mukhang kahina-hinala para sa inyo, makipag-ugnayan sa amin.

- Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.
- O tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Puwede kayong tumawag sa mga numerong ito nang libre, 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo.
- Kung naghihinala kayong nanloko, nag-aksaya, o nang-abuso ang isang tagabigay ng serbisyo na nakatanggap ng Medi-Cal, karapatan ninyong iulat ito sa pamamagitan ng pagtawag sa kumpidensiyal na toll free na numerong 1-800-822-6222. Ang iba pang paraan ng pag-uulat ng panloloko sa Medi-Cal ay makikita sa: [www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx).

Kung sa palagay ninyo ay may mali o nawawala, o kung mayroon kayong anumang tanong, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage. Itabi ang mga EOB na ito. Ang mga ito ay mahalagang rekord ng inyong mga gastusin sa gamot.

---

## **C. Mga Yugto sa Pagbabayad ng mga gamot sa Medicare Part D**

Mayroong dalawang antas ng pagbabayad para sa inyong pagkakasakop para sa inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part D na nasa ilalim ng aming plano. Nakabatay ang halagang

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



ibabayad ninyo sa inyong antas sa panahong magpapuno o muling magpapuno kayo ng reseta. Ang dalawang yugto ay:

<b>Yugto 1: Unang Yugto ng Pagkakasakop</b>	<b>Yugto 2: Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot (Catastrophic Coverage)</b>
<p>Sa yugtong ito, babayaran namin ang bahagi ng mga gastusin para sa inyong mga gamot, at babayaran ninyo ang inyong bahagi. Ang inyong bahagi ay tinatawag na copay (kabahagi sa binabayaran).</p> <p>Kayo ay magsisimula sa yugtong ito kapag napunan ang inyong unang reseta para sa taon.</p>	<p>Sa yugtong ito, babayaran namin ang lahat ng mga gastusin para sa inyong mga gamot hanggang sa Disyembre 31, 2025.</p> <p>Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag nabayaran na ninyo ang isang tiyak na halaga ng gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost).</p>

### **C1. Ang aming antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran)**

Ang mga antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ay mga pangkat ng mga gamot na magkakapareho ang copay. Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot* ay nasa isa sa 2 antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran). Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang antas, mas mahal ang copay. Upang mahanap ang antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ng inyong mga gamot, maaari kayong sumangguni sa aming *Listahan ng mga Gamot*.

- Ang mga gamot sa Antas 1 ang may pinakamababang copay. Mga generik na gamot ang nasa Antas 1 na mga gamot. Ang copay ay \$0, \$1.60, o \$4.90 depende sa inyong kita.
- Ang mga gamot na nasa Antas 2 ang may pinakamataas na copay (kabahagi sa binabayaran). Mga branded na gamot ang mga ito. Ang copay ay \$0, \$4.80, o \$12.15 depende sa inyong kita.

### **C2. Mga mapagpipilian ninyo sa parmasya**

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

- isang parmasya ng samahan, o

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- isang parmasyang wala sa samahan. Sasakupin namin ang mga reseta na pinapunan sa mga labas-ng-samahan na parmasya sa ilang limitadong sitwasyon lamang. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para malaman kung kailan namin iyon ginagawa.

Isang mail-order na parmasya. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Aklat-Gabay ng Miyembro* upang malaman kung paano maghain ng apela kung nasabihan kayong may gamot na hindi sasakupin. Para sa karagdagang kaalaman tungkol sa mga pagpipiliang parmasya, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* at sa aming *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*.

### **C3. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot**

Para sa ilang gamot, kayo ay makakakuha ng matagalang supply (tinatawag din na “pinatagal na supply”) kapag pinapunan ninyo ang inyong inireresetang gamot. Ang pangmatagalang supply ay hanggang sa 90 araw na supply. Ang gastos ninyo ay pareho sa isang buwan na panustos. Para sa mga detalye kung saan at paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* o sa aming *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*.

### **C4. Ang dapat ninyong bayaran**

Maaari kayong magbayad ng copay kapag kumukuha kayo ng gamot ayon sa reseta. Kung ang halaga ng sakop na gamot ninyo ay mas mura kaysa sa copay, babayaran ninyo ang mas mababang presyo.

Kontakin ang Yunit ng CareAdvantage para malaman kung magkano ang inyong copay para sa anumang sakop na gamot.

Wala kayong babayaran para sa mga gamot ng Medicaid na saklaw sa ilalim ng Medi-Cal Rx, mga hindi kasamang gamot na saklaw sa ilalim ng aming pinagandang benepisyo, at mga OTC na gamot na saklaw sa ilalim ng CareAdvantage.

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

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



	<b>Isang parmasya ng samahan</b>	<b>Ang mail order na serbisyo ng aming plano</b>	<b>Isang matagalang pangangalaga na parmasya ng samahan</b>	<b>Isang parmasyang wala sa samahan</b>
	Isang buwan o hanggang 90 araw na supply	Isang buwan o hanggang 90 araw na supply	Hanggang 31 araw na supply	Hanggang 90 araw na supply. Ang pagkakasakop ay limitado sa ilang mga sitwasyon. Sumangguni sa <b>Kabanata 5</b> ng inyong <i>Aklat-Gabay ng Miyembro</i> para sa mga detalye.
<b>Cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) Antas 1</b>  (mga generik na gamot)	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.60 o \$4.90	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.60 o \$4.90	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.60 o \$4.90	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.60 o \$4.90
<b>Cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) Antas 2</b>  (mga branded na gamot)	Magbabayad kayo ng \$0, \$4.80 o \$12.15	Magbabayad kayo ng \$0, \$4.80 o \$12.15	Magbabayad kayo ng \$0, \$4.80 o \$12.15	Magbabayad kayo ng \$0, \$4.80 o \$12.15
<b>Mga OTC na produktong sakop ng CareAdvantage</b>	Magbabayad kayo ng \$0	Magbabayad kayo ng \$0	Magbabayad kayo ng \$0	Magbabayad kayo ng \$0

Para sa impormasyon tungkol sa aling mga parmasya ang maaaring magbigay sa inyo ng mga pangmatagalang supply, sumangguni sa *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya ng aming plano*.

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

Para sa karagdagang impormasyon, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





---

## D. Yugto 1: Ang Unang Yugto ng Pagkakasakop

Sa panahon ng Unang Yugto ng Pagkakasakop, babayaran namin ang bahagi ng gastusin sa inyong mga sakop na inireresetang gamot, at babayaran ninyo ang inyong bahagi. Ang inyong bahagi ay tinatawag na copay (kabahagi sa binabayaran). Ang copay ay depende sa antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) na kinabibilangan ng gamot at kung saan ninyo kinukuha ito.

Ang mga antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ay mga pangkat ng mga gamot na magkakapareho ang copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng mga Gamot* ng aming plano ay nasa isa sa dalawang (2) antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran). Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang antas, mas mahal ang copay. Upang mahanap ang antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ng inyong mga gamot, maaari kayong sumangguni sa aming *Listahan ng mga Gamot*.

- Ang mga gamot sa Antas 1 ang may pinakamababang copay. Posibleng may mga generik na gamot o gamot na hindi sakop ng Medicare na sakop ng namin. Ang copay ay mula \$0 hanggang \$4.90, depende sa inyong kita.
- Ang mga gamot na nasa Antas 2 ang may pinakamataas na copay (kabahagi sa binabayaran). Mga branded na gamot ang mga ito. Ang copay ay mula \$0 hanggang \$12.15, depende sa inyong kita.

### D1. Mga mapagpipilian ninyo sa parmasya

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

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

Sasakupin namin ang mga reseta na pinapunan sa mga labas-ng-samahan na parmasya sa ilang limitadong sitwasyon lamang. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para malaman kung kailan namin iyon ginagawa.

Para sa karagdagang kaalaman tungkol sa mga pagpipiliang ito, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* at sa aming *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*.

### D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng gamot

Para sa ilang gamot, kayo ay makakakuha ng matagalang supply (tinatawag din na “pinatagal na supply”) kapag pinapunan ninyo ang inyong inireresetang gamot. Ang pangmatagalang

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



supply ay hanggang sa 90 araw na supply. Ang gastos ninyo ay pareho sa isang buwang supply.

Para sa mga detalye kung saan at paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* o sa aming *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*.

### **D3. Ang dapat ninyong bayaran**

Sa panahon ng Unang Yugto ng Pagkakasakop, puwede kayong magbayad ng copay sa tuwing kukuha kayo ng gamot ayon sa reseta. Kung ang halaga ng sakop na gamot ninyo ay mas mura kaysa sa copay, babayaran ninyo ang mas mababang presyo.

Kontakin ang Yunit ng CareAdvantage para malaman kung magkano ang inyong copay para sa anumang sakop na gamot.

Habang nasa Unang Yugto ng Pagkakasakop, wala kayong babayaran para sa mga gamot ng Medicaid na saklaw sa ilalim ng Medi-Cal Rx, mga hindi kasamang gamot na saklaw sa ilalim ng aming pinagandang benepisyo, at mga OTC na gamot na saklaw sa ilalim ng CareAdvantage.

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

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



	<b>Isang parmasya ng samahan</b>	<b>Ang mail order na serbisyo ng aming plano</b>	<b>Isang matagalang pangangalaga na parmasya ng samahan</b>	<b>Isang parmasyang wala sa samahan</b>
	Isang buwan o hanggang 90 araw na supply	Isang buwan o hanggang 90 araw na supply	Hanggang 31 araw na supply	Hanggang 90 araw na supply. Ang pagkakasakop ay limitado sa ilang mga sitwasyon. Sumangguni sa <b>Kabanata 5</b> ng inyong <i>Aklat-Gabay ng Miyembro</i> para sa mga detalye.
<b>Cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) Antas 1</b>  (mga generik na gamot)	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.60 o \$4.90	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.60 o \$4.90	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.60 o \$4.90	Magbabayad kayo ng \$0, \$1.60 o \$4.90
<b>Cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) Antas 2</b>  (mga <i>branded</i> na gamot)	Magbabayad kayo ng \$0, \$4.80 o \$12.15	Magbabayad kayo ng \$0, \$4.80 o \$12.15	Magbabayad kayo ng \$0, \$4.80 o \$12.15	Magbabayad kayo ng \$0, \$4.80 o \$12.15
<b>Mga OTC na produkto ng CareAdvantage</b>	Magbabayad kayo ng \$0	Magbabayad kayo ng \$0	Magbabayad kayo ng \$0	Magbabayad kayo ng \$0

Para sa impormasyon tungkol sa aling mga parmasya ang maaaring magbigay sa inyo ng mga pangmatagalang supply, sumangguni sa aming *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya*.

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

Para sa karagdagang impormasyon, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



#### **D4. Ang Katapusan ng Unang Yugto ng Pagkakasakop**

Matatapos ang Unang Yugto ng Pagkakasakop kapag ang kabuuan ng inyong mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost) ay umabot sa \$2,000. Pagdating sa puntong ito, magsisimula na ang Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot. Kami ang sasagot sa lahat ng inyong mga gastusin sa gamot mula dito hanggang sa katapusan ng taon.

Ang inyong EOB ay makatutulong sa inyo na masubaybayan kung magkano na ang inyong nagastos sa mga gamot sa kahabaan ng taon. Ipaalam namin sa inyo kung naabot ninyo ang halagang \$2,000 na limitasyon. Maraming tao ang hindi umaabot sa halagang iyon sa isang taon.

---

#### **E. Yugto 2: Ang Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot (Catastrophic Coverage)**

Kapag naabot na ninyo ang limitasyon ng gastos mula sa bulsa (out-of-pocket) na \$2,000 para sa mga inireresetang gamot, magsisimula na ang Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot. Mananatili kayo sa Yugto ng Pagkakasakop ng Napakalaking Gastos sa Gamot hanggang sa katapusan ng taon sa kalendaryo. Sa yugtong ito, wala kayong babayaran para sa inyong mga sakop na gamot ng Part D.

Habang nasa panahon ng napakalaking gastos sa gamot, wala kayong babayaran para sa mga gamot ng Medicaid na saklaw sa ilalim ng Medi-Cal Rx, mga hindi kasamang gamot na saklaw sa ilalim ng aming pinagandang benepisyo, at mga OTC na gamot na saklaw sa ilalim ng CareAdvantage.

---

#### **F. Ang inyong gastusin sa gamot kapag ang inireseta sa inyo ng doktor ay mas mababa sa isang buong buwan na supply**

Kadalasan, magbabayad kayo ng copay para masakop ang buong buwang supply ng sakop na gamot. Gayunpaman, maaaring magreseta ang inyong doktor para sa supply ng gamot na hindi aabot ng isang buwan.

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

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Kapag kumuha kayo ng mas kaunti sa isang buwang supply ng isang gamot, nakabatay ang halagang ibabayad ninyo sa bilang ng mga araw para sa gamot na inyong tinatanggap. Kukuwentahin namin ang halaga na babayaran ninyo kada araw para sa inyong gamot (ang “halaga ng pang-araw-araw na cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran)”) at imu-multiply ito sa bilang ng araw na supply ng gamot na natatanggap ninyo.

- Narito ang isang halimbawa: Sabihin natin na ang inyong copay para sa isang buong buwang supply (supply para sa 30 araw) ng inyong gamot ay \$1.35. Ibig sabihin, ang halagang binabayaran ninyo para sa inyong gamot araw-araw ay wala pang \$0.05. Kung kukuha kayo ng 7 araw na supply ng gamot, ang magiging bayad ninyo ay wala pang \$0.05 kada araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayarin na mababa sa \$0.35.
- Ang araw-araw na cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ay nagbibigay-daan sa inyong masiguro na epektibo ang gamot para sa inyo bago ninyo bayaran ang buong buwan na supply.
- Maaari din ninyong hilingin sa inyong tagabigay ng serbisyo na magreseta ng mas kaunti sa buong buwan na supply ng gamot para makatulong sa inyong:
  - Mapagplanuhan nang mas maayos kung kailan magpapapuno muli ng inyong mga gamot,
  - Gawing koordinado ang mga pagpupuno ng reseta ng iba pa ninyong gamot, **at**
  - Mabawasan ang mga lakad papuntang parmasya.

---

## **G. Pagtulong sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ng reseta para sa mga taong may HIV/AIDS**

### **G1. Ano ba ang Programa ng Pagtulong para sa Gamot sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)**

Tumutulong ang ADAP sa mga kuwalipikadong indibidwal na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakasagip ng buhay. Mga inireresetang gamot na sakop ng Part D ng Medicare para sa Outpatient na sakop din ng ADAP ay kwalipikado para sa pagtulong sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ng reseta sa pamamagitan ng Kagawaran ng Pamublikong Kalusugan ng California, Opisina ng AIDS para sa mga indibidwal na nakatala sa ADAP.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## G2. Kung hindi kayo naka-enroll sa ADAP

Para sa impormasyon tungkol sa pamantayan ng pagiging kuwalipikado, mga sakop na gamot, o kung paano magpa-enroll sa programa, tumawag sa 1-844-421-7050 o tingnan ang website ng ADAP sa [www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

## G3. Kung naka-enroll kayo sa ADAP

Ang ADAP ay maaaring ipagpatuloy ang pagkakaloob ng tulong sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ng reseta ng gamot na sakop ng Part D ng Medicare sa mga kliyente ng ADAP para sa mga gamot na kasama sa pormularyo ng ADAP. Upang tiyakin na patuloy ninyong matatanggap ang tulong na ito, mangyaring abisuhan ang inyong lokal na manggagawa sa pagpapa-enroll sa ADAP tungkol sa anumang mga pagbabago sa pangalan ng plano o numero ng polisiya ng inyong plano sa Medicare Part D. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng pinakamalapit na lugar para sa pagpapa-enroll sa ADAP at/o manggagawa sa pagpapa-enroll sa ADAP, tumawag sa 1-844-421-7050 o tingnan ang website na nakalista sa itaas.

---

## H. Mga pagbabakuna

**Mahalagang Mensahe Tungkol sa Binabayaran Ninyo para sa Mga Bakuna:** Itinuturing na mga medikal na benepisyo ang ilang bakuna at saklaw ang mga ito sa ilalim ng Medicare Part B. Itinuturing na mga gamot sa Medicare Part D ang ilang bakuna. Mahahanap ninyo ang mga bakunang ito na nakalista sa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Pormularyo)*. Sakop ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna sa Medicare Part D na para sa mga nasa hustong gulang nang wala kayong gagastusin. Sumangguni sa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Pormularyo)* ng inyong plano o makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage para sa mga detalye ng pagkakasakop at cost sharing (pagtutulungan sa kabayaran) tungkol sa mga partikular na bakuna.

May dalawang bahagi sa aming pagkakasakop sa mga bakuna ng Part D ng Medicare:

1. Ang unang bahagi ng pagkakasakop sa halaga ng **bakuna mismo**. Ang bakuna ay inireresetang gamot.
2. Ang ikalawang bahagi ng pagkakasakop ay ang gastusin sa **pagbibigay sa inyo ng bakuna**. Halimbawa, sa ilang pagkakataon posible ninyong makuha ang bakuna bilang isang turok na gagawin sa inyo ng inyong doktor.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## H1. Ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna

Inirerekomenda naming tawagan ninyo ang Yunit ng CareAdvantage kung balak ninyong magpabakuna.

- Maaari naming sabihin sa inyo kung paano sinasakop ng aming plano ang inyong pagpapabakuna at ipaliwanag ang inyong bahagi sa gastos.
- Maaari naming sabihin sa inyo kung paano mapababa ang inyong sariling gastusin sa paggamit ng mga tagabigay ng serbisyo at parmasya ng aming samahan. Ang mga parmasya ng samahan at mga tagabigay ng serbisyo ay sang-ayong makipagtulungan sa aming plano. May tagabigay ng serbisyo na nasa samahan na nakikipagtulungan sa amin upang matiyak na wala kayong kailangang bayarang paunang gastos para sa bakuna na sakop ng Medicare Part D.

## H2. Ang binabayaran ninyo para sa bakunang sakop ng Medicare Part D

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

- Ang ilang mga bakuna ay itinuturing na mga pangkalusugang benepisyo sa halip na gamot. Sakop ang mga bakuna nang walang gastos sa inyo. Upang malaman ang tungkol sa pagkakasakop sa mga bakunang ito, sumangguni sa Talaan ng Mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- Ang ibang mga bakuna ay itinuturing na mga gamot sa Part D ng Medicare. Mahahanap ninyo ang mga bakunang ito na nakalista sa *Listahan ng mga Gamot* ng aming plano. Maaaring mayroon kayong babayaran na copay para sa mga bakuna na sakop ng Medicare Part D. Kung inirerekomenda ng organisasyong tinatawag na **Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)** ang bakuna para sa mga nasa hustong gulang, wala kayong gagastusin sa bakuna.

Narito ang tatlong karaniwang paraan na maaari kayong ma-iniksiyonan ng bakuna na sakop ng Part D ng Medicare.

1. Makukuha ninyo ang bakuna na sakop ng Medicare Part D at ang inyong iniksiyon sa isang parmasya ng samahan.
  - Para sa karamihan ng mga bakuna sa Part D na para sa nasa hustong gulang, wala kayong babayaran.
  - Para sa iba pang Part D na bakuna, wala kayong babayaran para sa bakuna.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

2. Makukuha ninyo ang bakuna na sakop ng Medicare Part D sa opisina ng doktor, at magpapa-iniksiyon kayo sa doktor.
  - Wala kayong babayaran sa doktor para sa bakuna.
  - Babayaran ng aming plano ang gastusin para sa pag-iniksiyon sa inyo.
  - Dapat tawagan ng opisina ng doktor ang aming plano sa ganitong sitwasyon para matiyak namin na alam niyang walang copay kayong babayaran para sa bakuna.
3. Makukuha ninyo ang bakunang gamot ng Medicare Part D sa isang parmasya, at dadalhin ninyo ito sa opisina ng inyong doktor para magpainiksiyon nito.
  - Para sa karamihan ng mga bakuna sa Part D na para sa nasa hustong gulang, wala kayong babayaran para sa mismong bakuna.
  - Para sa iba pang Part D na bakuna, wala kayong babayaran para sa bakuna.
  - Babayaran ng aming plano ang gastusin para sa pag-iniksiyon sa inyo.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming hati sa singil na inyong natanggap para sa mga sakop na serbisyo o gamot

---

### Introduksiyon

Sasabihin sa inyo ng kabanatang ito kung paano at kailan kami papadalhan ng singil para humingi ng bayad. Sasabihin din nito sa inyo kung paano mag-apela kung hindi kayo sang-ayon sa isang desisyon sa pagkakasakop. Makikita ang mahahalagang salita at mga depinisyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

### Talaan ng mga Nilalaman

A. Paghiling sa amin na bayaran ang mga serbisyo o gamot sa inyo .....	2
B. Pagpapadala sa amin ng hiling para sa bayad .....	7
C. Mga desisyon sa pagkakasakop .....	7
D. Mga Apela .....	8

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

---

## A. Paghiling sa amin na bayaran ang mga serbisyo o gamot sa inyo

Hindi namin pinapayagan ang mga tagabigay ng serbisyo ng CareAdvantage na singilin kayo para sa mga serbisyo o gamot na ito. Kami ay direktang nagbabayad sa aming mga tagabigay ng serbisyo, at aming pinoprotektahan kayo mula sa anumang paniningil.

**Kung nakatanggap kayo ng singil para sa buong gastusin sa pangangalaga sa kalusugan o mga gamot, huwag bayaran ang singil at ipadala ang singil sa amin.** Para magpadala sa amin ng singil, sumangguni sa Seksiyon B.

- Kung sakop namin ang mga serbisyo o gamot, direkta naming babayaran ang tagabigay ng serbisyo.
- Kung sakop namin ang mga serbisyo o gamot na nabayaran na ninyo nang higit sa inyong bahagi sa gastusin, karapatan ninyong mabawi ang bayad.
  - Kung nagbayad kayo ng mga serbisyong saklaw ng Medicare, ibabalik namin ang ibinayad ninyo.
- Kung nagbayad kayo para sa mga serbisyo ng Medi-Cal na natanggap na ninyo, maaari kayong maging kuwalipikadong ma-reimburse (maibalik ang ibinayad ninyo) kung matutugunan ninyo ang lahat ng sumusunod na kondisyon:
  - Ang natanggap ninyong serbisyo ay isang sakop na serbisyo ng Medi-Cal na dapat naming bayaran. Hindi namin kayo ire-reimburse para sa isang serbisyo na hindi sakop ng CareAdvantage
  - Natanggap ninyo ang sakop na serbisyo pagkatapos ninyong maging kuwalipikadong miyembro ng CareAdvantage.
  - Hiniling ninyo na mabayaran kayo sa loob ng isang taon mula sa petsa kung kailan ninyo natanggap ang sakop na serbisyo.
  - Nagbigay kayo ng pruwera na nabayaran ninyo ang sakop na serbisyo, gaya ng isang detalyadong resibo mula sa tagabigay ng serbisyo.
  - Natanggap ninyo ang sakop na serbisyo mula sa isang tagabigay ng serbisyo na naka-enroll sa Medi-Cal na nasa samahan ng CareAdvantage. Hindi ninyo kailangang matugunan ang kondisyong ito kung ang natanggap ninyo ay mga pang-emergency na pangangalaga, mga serbisyo para sa pagpapalano ng pamilya, o iba pang serbisyong pinapayagan ng Medi-Cal na isagawa ng mga tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan nang hindi nangangailangan ng paunang pag-aproba (paunang awtorisasyon).

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929, o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Kung karaniwang nangangailangan ng paunang pag-aproba (paunang awtorisasyon) ang sakop na serbisyo, kailangan ninyong magbigay ng pruwera mula sa tagabigay ng serbisyo na nagpapakita ng medikal na pangangailangan para sa sakop na serbisyo.
- Ipapaalam sa inyo ng CareAdvantage kung ire-reimburse nila kayo sa isang liham na tinatawag na Abiso ng Aksiyon. Kung matutugunan ninyo ang lahat ng kondisyon sa itaas, dapat kayong bayaran ng tagabigay ng serbisyo na naka-enroll sa Medi-Cal para sa buong halagang ibinayad ninyo. Kung tumanggi ang tagabigay ng serbisyo na ibalik sa inyo ang ibinayad ninyo, ang CareAdvantage ang magbabayad sa inyo para sa buong halagang ibinayad ninyo. Magbibigay kami sa iyo ng reimbursement sa loob ng 45 araw pagkatapos matanggap ang claim (paghahabol ng kabayaran). Kung naka-enroll ang tagabigay ng serbisyo sa Medi-Cal, pero wala siya sa aming samahan at ayaw niya kayong bayaran, babayaran kayo ng CareAdvantage, pero hanggang sa halaga lang na babayaran ng FFS Medi-Cal. Babayaran kayo nang buo ng CareAdvantage para sa buong ginastos mula sa bulsa para sa mga pang-emergency na serbisyo, mga serbisyo para sa pagpapalano ng pamilya, o iba pang serbisyong pinapayagan ng Medi-Cal na isagawa ng mga tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan nang hindi nangangailangan ng paunang pag-aproba. Kung hindi ninyo matutugunan ang isa sa mga kondisyon sa itaas, hindi namin kayo babayaran.
- Hindi namin kayo babayaran kung:
  - Humingi kayo at nabigyan ng mga serbisyong hindi sakop ng Medi-Cal, tulad ng mga serbisyong kosmetiko.
  - Ang serbisyo ay hindi sakop na serbisyo para sa CareAdvantage.
  - Nagpunta kayo sa doktor na hindi tumatanggap ng Medi-Cal at pumirma sa form na nagsasaad na gusto pa rin ninyong kumonsulta doon at kayo ang magbabayad ng mga serbisyo.
  - Babayaran ninyo ang buong gastos para sa isang resetang sakop ng Medi-Cal Rx at hindi CareAdvantage. Gayunpaman, posibleng ma-reimburse kayo ng pamilya kapag nabayaran na ng Medi-Cal Rx ang reseta. Kung hindi, puwede rin ninyong hilingin sa Medi-Cal Rx na bayaran kayo sa pamamagitan ng pagsusumite ng paghahabol na “Pagsasauli ng Medi-Cal sa Mula sa Bulsang Gastos (Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan))”. May higit pang impormasyon sa website ng Medi-Cal Rx sa: [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).
- Kung hindi namin sakop ang mga serbisyo o gamot, sasabihin namin sa inyo.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929, o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



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

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

### **1. Kapag kumuha kayo ng pang-emergency na pangangalaga o madaliang kinakailangang pangangalagang pangkalusugan mula sa tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan**

Hilingin sa tagabigay ng serbisyo na singilin kami.

- Kung binayaran ninyo ang buong halaga noong nakuha ninyo ang pangangalaga, singilin sa amin ang aming bahagi sa gastusin. Ipadala sa amin ang sinisingil na bayarin kasama ang mga katibayan ng anumang mga pagbayad na ginawa ninyo.
- Posibleng makatanggap kayo ng singil mula sa tagabigay ng serbisyo na naniningil para sa pagbabayad na sa tingin ninyo ay hindi ninyo dapat bayaran. Ipadala sa amin ang sinisingil na bayarin kasama ang mga katibayan ng anumang mga pagbayad na ginawa ninyo.
  - Kung dapat bayaran ang tagabigay ng serbisyo, direkta naming babayaran ang tagabigay ng serbisyo.
  - Kung nagbayad na kayo ng mas malaki kaysa sa bahagi ninyo ng gastusin para sa serbisyo ng Medicare, aming aalamin kung magkano ang dapat ninyong bayaran at ibabayad namin sa inyo ang aming bahagi ng gastusin.

### **2. Kapag ang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ay nagpadala sa inyo ng bill**

Dapat kaming singilin nang direkta ng mga tagabigay ng serbisyo ng samahan. Mahalagang ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro kapag nakatanggap kayo ng anumang serbisyo o reseta; gayunpaman, minsan ay nagkakamali ang mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan kaya nasisingil nila kayo para sa mga serbisyong ibinigay sa inyo o nasisingil nila kayo nang mas malaki kaysa sa bahagi ninyo sa mga gastos. **Tumawag sa Yunit ng CareAdvantage** sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung **may matatanggap kayong anumang singil.**

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929, o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Dahil kami ang nagbabayad ng kabuuang gastos para sa mga serbisyo sa inyo, wala kayong responsibilidad na magbayad ng anuman. Hindi kayo dapat singilin ng mga tagabigay ng serbisyo para sa mga serbisyong ito.
- Kapag nakatatanggap kayo ng singil mula sa tagabigay ng serbisyo na nasa samahan na sa palagay ninyo ay mas malaki kaysa sa dapat ninyong bayaran, ipadala sa amin ang singil. Makikipag-ugnayan kami sa tagabigay ng serbisyo nang direkta at aayusin ang problema.
- Kung nabayaran na ninyo ang sinisingil ng tagabigay ng serbisyo na nasa samahan para sa mga serbisyong sakop ng Medicare, ngunit pakiramdam ninyo ay sobra ang ibinayad ninyo, ipadala sa amin ang singil kasama ang katibayan ng anumang mga pagbayad na ginawa ninyo. Ibabalik namin sa inyo ang ibinayad ninyo para sa mga sakop na serbisyo.

### 3. Kung kayo ay retroaktibong naka-enroll sa aming plano

Minsan, posibleng retroactive ang pagpapa-enroll ninyo sa plano. (Nangangahulugan ito na lumipas na ang unang araw ng inyong pagpapa-enroll. Posible ngang noong nakaraang taon pa ito.)

- Kung retroactive kayong nagpa-enroll at nagbayad kayo ng singil pagkalipas ng petsa ng pagpapa-enroll, puwede ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo.
- Ipadala sa amin ang sinisingil na bayarin kasama ang mga katibayan ng anumang mga pagbayad na ginawa ninyo.

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

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

- Sa ilang mga kaunting kaso, sasakupin namin ang mga reseta na napunan ng mga labas-ng-samahan na parmasiya. Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag hiniling ninyo sa amin na ibalik ang iyong ibinayad para sa aming bahagi sa gastusin.
- Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para matuto pa tungkol sa mga parmasyang nasa labas-ng-samahan.
- Posibleng hindi namin kayo bayaran sa pagkakaiba ng ibinayad ninyo sa gamot sa parmasyang wala sa samahan at sa halagang babayaran sana namin sa isang parmasyang kasama sa samahan.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929, o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## 5. Kapag binayaran ninyo ang kabuuang halaga para sa isang reseta sa Medicare Part D dahil hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro

Kung wala sa inyo ang inyong ID Card ng Miyembro, maaari ninyong hilingin sa parmasya na tawagan kami o tingnan ang impormasyon ninyo sa pagpapa-enroll sa plano.

- Kung hindi kaagad makuha ng parmasya ang impormasyong kailangan nila, maaaring kailangan ninyong bayaran ang buong halaga ng reseta o bumalik sa parmasya nang dala ang inyong ID Card ng Miyembro.
- Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag hiniling ninyo sa amin na ibalik ang iyong ibinayad para sa aming bahagi sa gastusin.
- Posibleng hindi namin kayo bayaran para sa kabuuang gastos na ibinayad ninyo kung ang presyo sa cash na ibinayad ninyo ay mas mataas kaysa sa napagkasunduang presyo para sa reseta.

## 6. Kapag binayaran ninyo ang buong gastos sa reseta ng Medicare Part D para sa isang gamot na hindi sakop

Maaaring bayaran ninyo ang buong halaga ng reseta dahil ang gamot ay hindi sakop.

- Ang gamot ay maaaring wala sa aming *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* (Listahan ng mga Gamot) sa aming website; o mayroon itong pangangailangan o limitasyon na hindi ninyo alam o sa palagay ninyo ay hindi nalalapat sa inyo. Kung nagdesisyon kayo na kunin ang gamot, maaaring kailangan ninyong bayaran ang buong halaga nito.
  - Kung hindi ninyo babayaran ang gamot at sa halip ay palagay ninyong sakop namin dapat ito, maaari kayong humiling ng desisyon sa pagkakasakop (tingnan ang **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*).
  - Kung sa palagay ninyo at ng inyong doktor o ibang tagareseta na kailangan ninyo ang gamot kaagad, (sa loob ng 24 na oras), maaari kayong humiling ng isang mabilis na desisyon sa pagkakasakop (tingnan ang **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*).
- Ipadala sa amin ang kopya ng inyong resibo kapag humiling kayo sa amin na ibalik ang inyong ibinayad. Sa ilang kaso, maaaring kailanganin naming kumuha ng karagdagang impormasyon mula sa inyong doktor o iba pang tagareseta upang maibalik ang inyong ibinayad para sa aming bahagi sa gastusin sa gamot. Posibleng hindi namin kayo bayaran para sa kabuuang gastos na ibinayad ninyo kung ang presyong ibinayad ninyo ay mas mataas kaysa sa napagkasunduang presyo para sa reseta.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929, o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Kapag kayo ay nagpadala sa amin ng kahilingan para sa kabayaran, rerepasuhin namin ito at magpapasya kami kung ang serbisyo o gamot ay dapat na masakop. Ito ay tinatawag na pagsasagawa ng “desisyon sa pagkakasakop”. Kung napagdesisyunan naming dapat sakupin ang serbisyo o gamot, babayaran namin ang aming bahagi ng gastusin para dito.

Kung tanggihan namin ang inyong hiling para sa pagbayad, maaari ninyong i-apela ang aming desisyon. Upang malaman kung paano mag-apela, sumangguni sa **Kabanata 9** in inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

---

## B. Pagpapadala sa amin ng hiling para sa bayad

Ipadala sa amin ang singil sa inyo at ang katibayan ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo para sa mga serbisyo ng Medicare services o tawagan kami. Ang katibayan ng pagbabayad ay maaaring kopya ng tseke na inilabas ninyo o resibo mula sa tagabigay ng serbisyo.

**Magandang idea na magkaroon ng kopya ng inyong singil at mga resibo para sa inyong mga rekord.** Kailangan ninyong ipadala sa amin ang inyong impormasyon sa loob ng 365 araw simula sa petsa noong natanggap ninyo ang serbisyo, bagay, o gamot.

Ipadala sa pamamagitan ng sulat ang inyong hiling para sa bayad kasama ang anumang singil o mga resibo sa address na ito:

CareAdvantage Unit  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd, #100  
South San Francisco, CA 94080

---

## C. Mga desisyon sa pagkakasakop

**Kapag nakuha namin ang inyong kahilingan para sa pagbabayad, gagawa kami ng desisyon sa pagkakasakop. Nangangahulugan itong magdedesisyon kami kung sakop ang aming plano ang serbisyo, bagay, o gamot sa inyo.** Pagpapasyahan din namin ang halaga ng pera, kung mayroon man, na kailangan ninyong bayaran.

- Ipagbibigay-alam namin sa inyo kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon mula sa inyo.
- Kung nagdesisyon kaming sakop ng aming plano ang serbisyo, bagay, o gamot at sinunod ninyo ang lahat ng mga alituntunin para makuha ito, babayaran namin ang aming bahagi sa gastusin para dito. Kung nabayaran na ninyo ang serbisyo o gamot, padadalhan namin kayo sa mail ng tseke para sa bahagi namin sa gastos. Kung binayaran ninyo ang buong gastos para sa gamot, posibleng hindi ma-reimburse sa inyo

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929, o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



ang buong halagang ibinayad ninyo (halimbawa, kung nakuha ninyo ang gamot sa isang parmasyang wala sa samahan o kung ang cash na presyo ay mas mataas kaysa sa napagkasunduan naming presyo). Kung hindi pa kayo nagbabayad, direkta kaming magbabayad sa tagabigay ng serbisyo.

Ipinapaliwanag sa **Kabanata 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ang mga tuntunin para masakop ang mga serbisyo sa inyo. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ang mga tuntunin para masakop ang mga inireresetang gamot sa inyo na gamot sa Medicare Part D.

- Kung napagpasyahan naming huwag bayaran ang aming bahagi sa gastos ng serbisyo o gamot, papadalhan namin kayo ng isang sulat na naglalaman ng mga paliwanag. Ipapaliwanag din ng sulat ang inyong karapatang maghain ng apela.
- Para sa karagdagang kaalaman tungkol sa mga desisyon sa pagkakasakop, sumangguni sa **Kabanata 9**.

---

## D. Mga Apela

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

Ang pormal na proseso ng mga apela ay may mga detalyadong paraan at deadline. Para matuto pa tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*:

- Para mag-apela tungkol sa pagbabalik ng inyong ibinayad para sa serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Seksiyon F**.
  - Para mag-apela tungkol sa pagbabalik ng inyong ibinayad para sa isang gamot, sumangguni sa **Seksiyon G**.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929, o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





## Kabanata 8: Ang inyong mga karapatan at responsibilidad

---

### Introduksiyon

Kasama sa kabanatang ito ang inyong mga karapatan at tungkulin bilang miyembro ng aming plano. Dapat naming kilalanin ang inyong mga karapatan. Makikita ang mahahalagang salita at mga depinisyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

### Talaan ng mga Nilalaman

A. Inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa isang paraan na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan.....	3
B. Ang aming tungkulin para sa inyong napapanahong pag-access sa mga sakop na serbisyo at gamot .....	4
C. Ang aming tungkuling protektahan ang inyong personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information, PHI).....	5
C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI .....	6
C2. Mayroon kayong karapatang tingnan ang inyong mga medikal na rekord .....	7
D. Ang aming tungkuling bigyan kayo ng impormasyon .....	7
E. Kawalan ng kakayahan ng mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan na direkta kayong singilin .....	9
F. Ang inyong karapatang umalis sa aming plano.....	9
G. Inyong karapatang magdesisyon hinggil sa inyong pangangalagang pangkalusugan .....	10
G1. Inyong karapatang malaman ang tungkol sa inyong mga mapamimiliang paggamot at magdesisyon.....	10
G2. Ang karapatan ninyong sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makakagawa ng mga pagpapasya sa pangangalaga sa kalusugan para sa inyong sarili .....	11
G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinunod ang inyong mga tagubilin.....	12

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



H. Inyong karapatang magreklamo at hilingin sa amin na pag-isipang baguhin ang mga desisyon namin .....	12
H1. Ang gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha pa ng impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan .....	13
I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano .....	13



---

## A. Inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa isang paraan na nakakatugon sa inyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyaking ang **lahat** ng serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa paraang naaangkop sa kultura at madaling ma-access. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa isang paraan na maaari ninyong maunawaan. Dapat sabihin namin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraan na mauunawaan ninyo, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage. Ang aming plano ay may libreng mga serbisyo ng tagasalin para masagot ang mga katanungan sa iba't ibang wika.
- Maaari ding magbigay sa inyo ang aming plano ng mga materyal sa mga wika bukod sa Ingles, kabilang ang Espanyol, Chinese, Tagalog, at sa mga format tulad ng malalaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong anyo na ito, tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. O sa email sa [CareAdvantagesupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantagesupport@hpsm.org) o sumulat sa:

Health Plan of San Mateo  
CareAdvantage Unit  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

- Itatala ang gusto ninyong wika at format para sa mga mailing sa hinaharap, kaya hindi na ninyo kailangang humiling sa bawat pagkakataon.
- Upang baguhin o kanselahin ang inyong kagustuhan, mangyaring kontakin ang Yunit ng CareAdvantage.
- Available din online ang lahat ng materyales ng miyembro sa [www.hpsm.org/member/resources](http://www.hpsm.org/member/resources).

Kung nahihirapan kayo sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at nais 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. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Opisina para sa mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.
- Departamento ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S., Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

---

## **B. Ang aming tungkulin para sa inyong napapanahong pag-access sa mga sakop na serbisyo at gamot**

Mayroon kayong mga karapatan bilang miyembro ng aming plano.

- May karapatan kayong pumili ng tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP) sa aming samahan. Ang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ay isang tagabigay ng serbisyong nakikipagtulungan sa amin. Makakakita kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga uri ng mga tagabigay ng serbisyo na maaaring kumilos bilang isang PCP at kung paano pumili ng PCP sa **Kabanata 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
  - Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage o tingnan ang *Direktoryo ng Tagabigay ng Serbisyo at Parmasya* upang matuto pa tungkol sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan at malaman kung sino sa mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- May karapatang kayong pumunta sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang walang referral. Ang isang referral ay isang aprobasyon mula sa inyong PCP upang lumapit sa isang tagabigay ng serbisyo na hindi ninyo PCP.
- Mayroon kayong karapatang makakuha ng mga sinasakupang serbisyo mula sa tagabigay ng serbisyo ng samahan sa loob ng makatwirang tagal ng panahon.
  - Kasama na rito ang karapatan na makakuha ng napapanahong mga serbisyo mula sa mga espesyalista.
  - Kung hindi kayo makakakuha ng mga serbisyo sa loob ng makatwirang tagal ng panahon, dapat naming bayaran ang pangangalaga na mula sa labas-ng-samahan.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Kayo ay may karapatang tumanggap ng mga pang-emergency na serbisyo o madaliang kinakailangan na pangangalaga nang walang paunang pag-aproba (PA).
- Mayroon kayo ring karapatan na mapapunan ang inyong mga reseta sa anuman sa aming samahan ng parmasya na walang pagka-antala.
- Mayroon kayong karapatang malaman kung kailan kayo maaaring magpakonsulta sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan. Para malaman ang tungkol sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan, sumangguni sa **Kabanata 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- Sa unang beses ng pagsali ninyo sa aming plano, may karapatan kayong panatilihin ang inyong mga kasalukuyang tagabigay ng serbisyo at awtorisasyon sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ninyo ang ilang partikular na kondisyon. Upang malaman ang mas marami pa tungkol sa pagpapanatili ng inyong mga tagabigay ng serbisyo at mga awtorisasyon para sa serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 1** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- May karapatan kayong gumawa ng sarili ninyong mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan nang may tulong mula sa inyong pangkat sa pangangalaga at tagapag-ugnay ng pangangalaga.

Ipinababatid sa inyo ng **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* kung ano ang maaari ninyong gawin kung sa palagay ninyo ay hindi kayo nakakakuha ng inyong mga serbisyo o gamot sa loob ng makatwirang tagal ng panahon. Ipinababatid din into sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung aming tinanggihan ang pagkakasakop ng inyong mga serbisyo o mga gamot at hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon.

---

### **C. Ang aming tungkuling protektahan ang inyong personal na impormasyong pangkalusugan (personal health information, PHI)**

Pinoprotektahan namin ang inyong PHI tulad ng hinihiling ng batas na federal at estado.

Kabilang sa inyong PHI ang impormasyong ibinigay ninyo sa amin nang kayo ay nagpa-enroll sa aming plano. Kabilang din dito ang inyong mga medikal na rekord at ibang medikal at pangkalusugan na impormasyon.

Mayroon kayong karapatan pagdating sa inyong impormasyon at pagkontrol sa kung paano gagamitin ang inyong PHI. Nagbibigay kami sa inyo ng nakasulat na abiso na nagpapayo sa inyo tungkol sa mga karapatang ito at ipinaliliwanag kung paano protektahan ang pagiging

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



pribado ng inyong PHI. Ang abisong ito ay tinatawag na “Abiso sa mga Pamamalakad Hinggil sa Pagkapribado ng Impormasyon.”

Hindi ipinag-aatas sa mga miyembrong maaaring pumayag na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo na kumuha ng anupamang awtorisasyon ng miyembro para makatanggap ng mga sensitibong serbisyo o para magsumite ng claim (paghahabol ng kabayaran) para sa mga sensitibong serbisyo. Ididirekta ng CareAdvantage ang mga pakikipag-ugnayan kaugnay ng mga sensitibong serbisyo sa alternatibong nakatalagang mailing address, email address, o numero ng telepono ng isang miyembro o, kung walang nakatalaga, sa pangalan ng miyembro sa address o numero ng telepono na naka-file. Ang CareAdvantage ay hindi maglalahad ng impormasyong medikal kaugnay ng mga sensitibong serbisyo sa sinupamang miyembro nang walang nakasulat na awtorisasyon mula sa miyembrong tumatanggap ng pangangalaga. Tutugon ang CareAdvantage sa mga kahilingan para sa kumpidensiyal na pakikipag-ugnayan sa anyo at format na hiniling, kung madali itong magagawa sa hiniling na anyo at format, o sa mga alternatibong lokasyon. Ang kahilingan ng isang miyembro para sa mga kumpidensiyal na pakikipag-ugnayan kaugnay ng mga sensitibong serbisyo ay magiging valid hanggang bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsusumite siya ng bagong kahilingan para sa mga kumpidensiyal na komunikasyon.

Para humiling ng mga kumpidensiyal na komunikasyon, dapat ninyong gawin ang inyong kahilingan, sa sulat.

Ang inyong mga nakasulat na kahilingan ay maipapadala sa pamamagitan ng:

Mail: Yunit ng CareAdvantage  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

Email: [CareAdvantagesupport@hpsm.org](mailto:CareAdvantagesupport@hpsm.org)

Fax: 1-650-616-2190

### **C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI**

Sinisigurado naming hindi matitingnan o mababago ng mga hindi awtorisadong tao ang inyong mga rekord.

Maliban sa mga kasong nakatala sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang inyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay sa inyo ng pangangalaga o nagbabayad para sa inyong pangangalaga. Kung gagawin namin iyon, dapat kaming kumuha muna ng nakasulat na pahintulot mula sa inyo. Kayo, o ang isang taong may legal na awtorisasyong magdesisyon para sa inyo, ay maaaring magbigay ng nakasulat na pahintulot.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/creadvantage](http://www.hpsm.org/creadvantage).



May ilang pagkakataong hindi namin kailangang kumuha muna ng nakasulat na pahintulot mula sa inyo. Ang mga eksepsiyong ito ay pinahihintulutan at kinakailangan sa batas:

- Dapat kaming maglabas ng PHI sa mga ahensiya ng pamahalaan na tumitingin sa kalidad ng pangangalaga ng aming plano.
- Puwede kaming maglabas ng PHI kung ipinag-utos ng hukuman, pero kapag pinapayagan lang ng batas sa California.
- Dapat naming ibigay sa Medicare ang inyong PHI. Kung inilabas ng Medicare ang inyong impormasyon para sa pananaliksik o iba pang paggamit, ito ay gagawin nila ayon sa mga batas pederal.

## **C2. Mayroon kayong karapatang tingnan ang inyong mga medikal na rekord**

- Mayroon kayong karapatan na tingnan ang inyong mga medikal na rekord, at makakuha ng kopya ng inyong mga rekord.
- Mayroon kayong karapatang humiling sa amin na baguhin o iwasto ang inyong medikal na rekord. Kung hihilingin ninyo sa amin na gawin ito, makikipagtulungan kami sa inyong tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan upang magpasya kung may mga dapat baguhin.
- Mayroon kayong karapatan na malaman kung at paano ibinabahagi ang inyong PHI sa iba.

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

---

## **D. Ang aming tungkuling bigyan kayo ng impormasyon**

Bilang miyembro ng aming plano, mayroon kayong karapatang makakuha ng impormasyon mula sa amin tungkol sa aming plano, aming mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan, at mga sakop na serbisyo sa inyo.

Kung hindi kayo nakakapagsalita ng English, mayroon kaming mga serbisyo ng tagasalin na makakasagot sa mga tanong ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan. Para kumuha ng tagasalin, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage. Isa itong libreng serbisyo para sa inyo. Nagsasalin kami ng mga materyal sa Espanyol, Chinese, at Tagalog. Puwede rin kaming magbigay sa inyo ng impormasyon sa malalaking titik, braille, o audio.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



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

- Paano pumili o magpalit ng mga plano
- Aming plano, kabilang ang:
  - pananalaping impormasyon
  - paano na kami na-rate ng mga miyembro ng plano
  - ang bilang ng mga apelang ginawa ng mga miyembro
  - paano umalis sa aming plano
- Ang aming mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan at aming mga parmasya na nasa samahan, kabilang ang:
  - paano pumili o magpalit ng tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga
  - mga kuwalipikasyon ng aming mga tagabigay ng serbisyo at mga parmasya na nasa samahan
  - paano namin binabayaran ang mga tagabigay ng serbisyo ng aming samahan
- Mga sakop na serbisyo at gamot, kabilang ang:
  - mga serbisyo (sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*) at gamot (sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*) na sakop ng aming plano
  - mga limitasyon sa inyong pagkakasakop at mga gamot
  - mga panuntunan na dapat ninyong sundin upang makakuha ng mga sakop na serbisyo at gamot
- Bakit ang isang bagay ay hindi sakop at ano ang magagawa ninyo tungkol dito (sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*), kabilang ang paghiling sa aming:
  - ihayag nang pasulat kung bakit ang isang bagay ay hindi kasali sa pagkakasakop

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





- baguhin ang isang desisyong nagawa namin
- bayaran ang singil na nakuha ninyo

---

## E. Kawalan ng kakayahan ng mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan na direkta kayong singilin

Hindi kayo maaaring pabayaran ng mga doktor, ospital, at ibang mga tagabigay ng serbisyo sa aming samahan para sa mga sakop na serbisyo. Hindi rin sila maaaring maningil sa inyong balanse kung mas kaunti ang aming ibinayad kaysa sa halagang siningil ng tagabigay ng serbisyo. Upang malaman kung ano ang gagawin kung ang isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ay nagtangkang maningil sa inyo para sa mga sakop na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

---

## F. Ang inyong karapatang umalis sa aming plano

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

- Mayroon kayong karapatang masulit ang mga serbisyo sa inyo para sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Orihinal na Medicare o iba pang plano ng Medicare Advantage (MA).
- Maaari ninyong makuha ang mga benepisyo para sa inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part D mula sa plano para sa inireresetang gamot o mula sa ibang MA na plano.
- Sumangguni sa **Kabanata 10** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*:
  - Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa kung kailan kayo maaaring sumali sa isang bagong MA na plano o plano ng benepisyo sa inireresetang gamot.
  - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano ninyo makukuha ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal kung aalis kayo sa aming plano.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



---

## G. Inyong karapatang magdesisyon hinggil sa inyong pangangalagang pangkalusugan

Mayroon kayong karapatan na makakuha ng buong impormasyon mula sa inyong mga doktor at iba pang mga tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan para matulungan kayong magdesisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan.

### G1. Inyong karapatang malaman ang tungkol sa inyong mga mapamimiliang paggamot at magdesisyon

Dapat ipaliwanag sa inyo ng inyong mga tagabigay ng serbisyo ang inyong kondisyon at ang inyong mga mapamimilian sa paggamot sa paraan na maiintindihan ninyo. Mayroon kayong karapatang:

- **Alamin ang inyong mga pagpipilian.** Mayroon kayong karapatang masabihan tungkol sa lahat ng opsyon sa paggamot.
- **Malaman ang mga panganib.** Mayroon kayong karapatan na mapagsabihan tungkol sa anumang panganib na maaaring mangyari. Dapat na naming sabihin sa inyo nang maaga kung may anumang serbisyo o paggamot na bahagi ng eksperimento sa pananaliksik. Mayroon kayong karapatang tanggihan ang mga eksperimental na paggamot.
- **Kumuha ng pangalawang opinyon.** Mayroon kayong karapatang sumangguni sa ibang doktor bago magpasya sa paggamot.
- **Humindi.** Mayroon kayong karapatang tanggihan ang anumang paggamot. Kabilang dito ang karapatan na lumabas sa ospital o iba pang pasilidad sa pangangalaga, kahit na ipinayo ng inyong doktor na huwag ito gawin. Mayroon kayong karapatang itigil ang gamot na inirereseta sa inyo. Kung may tatanggihan kayong paggamot o ihihintong inireresetang gamot, hindi namin kayo tatanggalin sa aming plano. Ngunit, kung tinanggihan ninyo ang paggamot o hininto ang pag-inom ng iniresetang gamot, tatanggapin ninyo ang buong responsibilidad kung ano ang mangyari sa inyo.
- **Hilingin sa aming ipaliwanag kung bakit tumanggi ang isang tagabigay ng serbisyo na magbigay ng pangangalaga.** Mayroon kayong karapatang makatanggap ng paliwanag mula sa amin kung may tagabigay ng serbisyo na tumangging magbigay ng pangangalagang sa tingin ninyo ay dapat ninyong matanggap.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- **Hilingin sa amin na sakupin ang isang serbisyo o gamot na itinanggi namin o kadalasang hindi namin sinasakop.** Tinatawag itong desisyon sa pagkakasakop. Sinasabi sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* kung paano humilingi sa amin ng desisyon sa pagkakasakop.

## **G2. Ang karapatan ninyong sabihin kung ano ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makakagawa ng mga pagpapasya sa pangangalaga sa kalusugan para sa inyong sarili**

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

- Punan ang isang nakasulat na form na **nagbibigay sa isang tao ng karapatang magdesisyon para sa inyo hinggil sa pangangalagang pangkalusugan.**
- **Bigyan ang inyong mga doktor ng nakasulat na tagubilin** tungkol sa kung paano isasagawa ang inyong pangangalagang pangkalusugan kung hindi kayo makapagdesisyon para sa sarili ninyo, kabilang ang pangangalagang **ayaw** ninyo.

Ang legal na dokumento na maaari ninyong gamitin upang ibigay ang inyong mga utos ay tinatawag na “nauna nang naitakdang kautusan (advance directive).” Mayroong iba’t ibang uri ng mga nauna nang naitakdang kautusan (advance directive) at iba’t ibang pangalan para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay living will (paunang habilin) at power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi ninyo kinakailangang magkaroon ng nauna nang naitakdang kautusan (advance directive), ngunit maaari ninyo itong gawin. Narito ang dapat gawin kung nais ninyong gumamit ng nauna nang naitakdang kautusan:

- **Kumuha ng form.** Maaari ninyong kunin ang form mula sa inyong doktor, abogado, ahensiya ng mga legal na serbisyo, o manggagawang panlipunan. Kadalasang mayroon ng mga form ang mga parmasya at tanggapan ng tagabigay ng serbisyo. Makakakita kayo ng libreng form online at mada-download ninyo ito. Maaari din ninyong kontakin ang Yunit ng CareAdvantage para humingi sa kanila ng form.
- **Punan ang form at lagdaan ito.** Ang form na ito ay isang legal na dokumento. Dapat ninyong pag-isipang kumuha ng abogado o iba pang taong pinagkakatiwalaan ninyo, gaya ng kapamilya o inyong PCP, na tutulong sa inyong kumpletuhin ito.

---

**Kung may mga katanungan kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- **Bigyan ninyo ng mga kopya ang mga taong alam ninyong kailangang makaalam.** Dapat ninyong bigyan ng isang kopya ng form ang inyong doktor. Dapat din ninyong bigyan ng kopya ang taong pinangalanan ninyo na siyang magdedesiyon para sa inyo. Maaaring nais ninyong magbigay ng mga kopya sa mga malalapit na kaibigan o sa mga kapamilya. Magtago ng kopya sa tahanan.
- Kung kayo ay maospital at mayroon kayong nalagdaang nauna nang naitakdang kautusan, **magdala ng kopya nito sa ospital.**
  - Itatanong ng ospital kung lumagda kayo sa form ng isang nauna nang naitakdang kautusan at kung dala ninyo ito.
  - Kung wala kayong nalagdaang form ng nauna nang naitakdang kautusan, may mga form sa ospital at tatanungin kayo kung nais ninyo na lumagda sa isa.

Mayroon kayong karapatang:

- Mailagay ang inyong nauna nang naitakdang kautusan sa inyong mga medikal na rekord.
- Baguhin o kanselahin ang inyong nauna nang naitakdang kautusan anumang oras.
- Malaman ang mga pagbabago sa mga batas sa nauna nang naitakdang kautusan. Sasabihan kayo ng CareAdvantage tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado nang hindi lalampas sa 90 araw pagkaraan ng pagbabago.

Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.

### **G3. Ano ang dapat gawin kung hindi sinunod ang inyong mga tagubilin**

Kung may nilagdaan kayong nauna nang naitakdang kautusan at sa inyong palagay ay hindi sinunod ng isang doktor o ospital ang mga tagubilin naririto, maaari kayong magreklamo sa Medical Board of California. Para sa impormasyon kung paano maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-633-2322.

---

## **H. Inyong karapatang magreklamo at hilingin sa amin na pag-isipang baguhin ang mga desisyon namin**

Inilalahad ng **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* kung ano ang magagawa ninyo kung mayroon kayong anumang problema o alalahanin tungkol sa mga sakop na serbisyo o pangangalaga sa inyo. Halimbawa, magagawa ninyong hilingin sa amin na gumawa ng

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



desisyon sa pagkakasakop, maghain ng apela sa amin upang baguhin ang isang desisyon sa pagkakasakop, o maghain ng reklamo.

Mayroon kayong karapatang makakuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamong inihain laban sa amin ng iba pang miyembro ng plano. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para makuha ang impormasyong ito.

### **H1. Ang gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha pa ng impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan**

Kung naniniwala kayong hindi naging patas ang pagtrato namin sa inyo – at **hindi** ito tungkol sa diskriminasyon sa mga dahilang nakalista sa **Kabanata 11** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* – o kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan, maaari ninyong tawagan ang:

- Yunit ng CareAdvantage
- Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222. Para sa higit pang detalye tungkol sa HICAP, sumangguni sa **Kabanata 2** Seksiyon C.
- Ang Programa ng Ombuds sa 1-888-452-8609. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa programang ito, sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. (Maaari din ninyong basahin o i-download ang “Medicare Rights & Protections,” na makikita sa website ng Medicare sa [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)

---

## **I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano**

Bilang miyembro ng plano, mayroon kayong responsibilidad na gawin ang mga nakalista sa ibaba. Kung kayo ay may mga tanong, tumawag sa Yunit ng CareAdvantage.

- **Basahin ang *Aklat-Gabay ng Miyembro*** upang malaman kung ano ang sakop ng aming plano at ang mga panuntunan na kailangang sundin upang makakuha ng mga sakop na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa inyong:
  - Mga sakop na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*. Ipinabatid ng mga kabanatang iyon sa inyo kung ano

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/theadvantage](http://www.hpsm.org/theadvantage).



ang sakop, ano ang hindi sakop, ano mga panuntunan na kailangan sundin, at ano ang inyong babayaran.

- Mga sakop na gamot, sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- **Sabihin sa amin ang tungkol sa anupamang pagkakasakop sa kalusugan o inireresetang gamot** na mayroon kayo. Dapat naming tiyaking ginagamit ninyo ang lahat ng inyong mapagpipilian sa pagkakasakop kapag tinatanggap ninyo ang pangangalagang pangkalusugan. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage kung kayo ay may iba pang pagkakasakop.
- **Sabihin sa inyong doktor at iba pang mga tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan** na miyembro kayo ng aming plano. Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro tuwing kukuha kayo ng mga serbisyo o mga gamot.
- **Tulongan ang inyong doktor at iba pang tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan** upang mabigyan kayo ng pinakamabuting pangangalaga.
  - Ibigay sa kanila ang impormasyong kailangan nila tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan. Alamin ang lahat na kayo ninyong malaman tungkol sa inyong problema sa kalusugan. Sundin ang mga plano sa paggamot at tagubilin na pinagkasunduan ninyo at ng inyong mga tagabigay ng serbisyo.
  - Tiyakin na alam ng inyong mga doktor at ng iba pang tagabigay ng serbisyo ang lahat ng gamot na inyong iniinom. Kabilang dito ang mga inireresetang gamot, gamot na mabibili nang walang reseta, mga bitamina, at mga karagdagang supplement.
  - Iparating ang anumang tanong na mayroon kayo. Kailangan ipaliwanag sa inyo ng inyong mga doktor at ibang tagabigay ng serbisyo ang mga bagay sa isang paraan na naiintindihan ninyo. Kung nagtanong kayo at hindi ninyo maintindihan ang sagot, magtanong ulit.
- **Makipagtulungan sa inyong tagapag-ugnay ng pangangalaga** kabilang ang pagkumpleto sa pagtatasa ng panganib sa kalusugan (health risk assesment, HRA).
- **Maging maunawain.** Inaasahan namin sa lahat ng miyembro ng plano na respetuhin ang karapatan ng iba. Inaasahan din naming kikilos kayo nang may

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



paggalang sa opisina ng inyong doktor, sa mga ospital, at sa iba pang opisina ng tagabigay ng serbisyo.

- **Bayaran ang inyong utang.** Bilang miyembro ng aming plano, responsable kayo sa mga pagbabayad na ito:
  - Ang mga premium ng Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng mga miyembro ng CareAdvantage, ang Medi-Cal ang magbabayad ng inyong mga premium (hulog sa seguro) para sa Medicare Part A at Medicare Part B.
  - Para sa ilan sa inyong mga gamot na sakop ng plano, kailangan ninyong bayaran ang inyong bahagi ng gastusin kapag nakuha na ninyo ang gamot. Copayment ito. Ang **Kabanata 6** ay sinasabi sa inyo kung ano ang dapat ninyong bayaran para sa inyong mga gamot.
  - **Kung kumuha kayo ng anumang serbisyo o gamot na hindi sakop ng aming plano, dapat ninyong bayaran ang buong halaga.** (Tandaan: Kung hindi kayo sang-ayon sa aming desisyon na huwag sakupin ang isang serbisyo o gamot, maaari kayong maghain ng apela. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** Seksiyon E2 upang malaman kung paano mag-apela.)
- **Sabihin sa amin kung lumipat kayo.** Kung balak ninyong lumipat, sabihin ito kaagad sa amin. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage.
  - **Kapag lumipat kayo sa labas ng aming pinaglilingkurang lugar, hindi kayo maaaring manatili sa plano namin.** Ang mga tao lang na nakatira sa aming pinaglilingkurang lugar ang maaaring maging miyembro ng planong ito. Nakasaad sa **Kabanata 1** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ang tungkol sa aming pinaglilingkurang lugar.
  - Maaari namin kayong tulungang malaman kung lilipat kayo sa lugar na labas sa aming pinaglilingkurang lugar
  - Sabihin sa Medicare at Medi-Cal ang inyong bagong address kapag lumipat kayo. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa mga numero ng telepono para sa Medicare at Medi-Cal.
  - **Kung lilipat kayo sa loob pa rin ng aming pinaglilingkurang lugar, ang San Mateo County, kailangan pa rin namin itong malaman.** Kailangan naming mapanatiling napapanahon ang inyong rekord ng pagiging miyembro at alam dapat namin kung paano kayo makokontak.

---

**Kung may mga katanungan kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- **Sabihin sa amin kung mayroon kayong bagong numero ng telepono** o mas magandang paraan para kontakin kayo.
- **Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para sa tulong kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin.**

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag. **Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





## Kabanata 9. Kung ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga desisyon sa pagkakasakop, apela, at reklamo)

---

### Introduksiyon

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

- Kayo ay may problema sa o may reklamo hinggil sa inyong plano.
- Kailangan ninyo ng serbisyo, bagay, o gamot na sinabi ng inyong plano na hindi nito babayaran.
- Hindi kayo sang-ayon sa desisyon na ginawa ng inyong plano tungkol sa inyong pangangalaga.
- Sa inyong palagay ay masyadong maagang matapos ang inyong mga sakop na serbisyo.
- May problema o reklamo kayo sa inyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kabilang dito ang Mga Serbisyong Nakabase sa Komunidad para sa Nasa Sapat na Gulang (Community-Based Adult Services o CBAS) at Pasilidad ng Pangangalaga (Nursing Facility o NF).

Ang kabanatang ito ay hinati sa iba't ibang seksiyon para matulungan kayong madaling mahanap ang gusto ninyong makita. **Kung kayo ay may problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa inyong sitwasyon.**

Dapat kayong makakuha ng pangangalaga sakalusugan, mga gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta na pinagpasyahan ng inyong doktor at iba pang tagabigay ng serbisyo na kailangan ninyo bilang bahagi ng inyong plano sa pangangalaga. **Kung may problema kayo sa pangangalaga, puwede ninyong tawagan ang Programang Ombuds ng Medicare Medi-Cal 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, pero puwede ninyong tawagan anumang oras ang Programang Ombuds para matulungan kayong gabayan sa inyong problema. Para sa mga karagdagang resource upang matugunan ang inyong mga alalahanin at para sa mga paraan ng pagkontak sa mga ito, tingnan ang **Kabanata 2** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## Talaan ng mga Nilalaman

A. Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin.....	4
A1. Tungkol sa mga legal na termino.....	4
B. Saan hihingi ng tulong.....	4
B1. Para sa mga karagdagang impormasyon at tulong .....	4
C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela sa Medicare at Medi-Cal sa aming plano .....	6
D. Mga problema sa inyong mga benepisyo.....	7
E. Mga desisyon sa pagkakasakop at mga apela .....	7
E1. Mga Desisyon sa Pagkakasakop.....	7
E2. Mga apela .....	8
E3. Tulong sa mga desisyon sa pagkakasakop at apela .....	9
E4. Aling seksiyon sa kabanatang ito ang makakatulong sa inyo.....	10
F. Pangangalagang medikal.....	11
F1. Gamit ang seksiyong ito.....	11
F2. Paghiling ng desisyon sa pagkakasakop .....	12
F3. Paghahain ng Apela sa Antas 1 .....	15
F4. Paghahain ng Apela sa Antas 2.....	19
F5. Mga problema sa pagbabayad.....	27
G. Mga inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part D.....	29
G1. Mga desisyon sa pagkakasakop at mga apela sa Medicare Part D.....	29
G2. Mga eksepsiyon sa Medicare Part D.....	31
G3. Mga bagay na mahalagang malaman tungkol sa paghiling para sa mga eksepsiyon.....	33
G4. Paghiling ng desisyon sa pagkakasakop, kabilang ang eksepsiyon .....	34
G5. Paghahain ng Apela sa Antas 1 .....	37

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

G6. Paghahain ng Apela sa Antas 2 .....	40
H. Paghiling ng pagkakasakop para sa mas matagal na pamamalagi sa ospital .....	42
H1. Alamin ang inyong mga karapatan sa Medicare.....	43
H2. Paghahain ng Apela sa Antas 1 .....	44
H3. Paghahain ng Apela sa Antas 2 .....	47
I. Paghiling sa amin na patuloy na sakupin ang ilang partikular na serbisyong medikal.....	48
I1. Advance na abiso bago matapos ang inyong pagkakasakop .....	48
I2. Paghahain ng Apela sa Antas 1 .....	49
I3. Paghahain ng Apela sa Antas 2.....	51
J. Dalhin ang inyong apela higit pa sa Ika-2 Antas .....	52
J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at bagay ng Medicare .....	52
J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal.....	54
J3. Ang mga Antas ng Apela 3, 4, at 5 para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Medicare Part D.....	54
K. Paano maghain ng reklamo .....	56
K1. Anong mga uri ng problema ang mga dapat na ireklamo .....	56
K2. Mga panloob na reklamo .....	58
K3. Mga panlabas na reklamo.....	60

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

---

## A. Ano ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano pangangasiwaan ang mga problema at alalahanin. Nakabatay ang prosesong ginagamit ninyo sa uri ng problemang mayroon kayo. Gumamit ng isang proseso para sa **mga desisyon sa pagkakasakop at apela** at ng isa pa para sa **pagrereklamo**; na tinatawag ding mga karaingan.

Upang masiguro ang pagiging patas at maagap, ang bawat proseso ay may mga panuntunan, pamamaraan, at deadline na dapat namin at ninyong sundin.

### A1. Tungkol sa mga legal na termino

May mga legal na termino sa kabanatang ito para sa ilang panuntunan at deadline. Mahirap maunawaan ang marami sa mga terminong ito, kaya gumagamit kami ng mga mas simpleng salita bilang kapalit ng ilang partikular na legal na termino hangga't kaya namin. Hangga't maaari iniwasan namin ang paggamit ng mga daglat.

Halimbawa, sinasabi naming:

- “Pagrereklamo” sa halip na “pagsasampa ng karaingan”
- “Desisyon sa pagkakasakop” sa halip na “pagpapasya ng organisasyon,” “pagpapasya sa benepisyo,” “pagpapasya sa nasa panganib,” o “pagpapasya sa pagkakasakop”
- “Mabilis na desisyon sa pagkakasakop” sa halip na “pinabilis na pagpapasya”
- “Organisasyon para sa Independiyenteng Pagrerepaso (Independent Review Organization o IRO)” sa halip na “Independiyenteng Entidad sa Pagsusuri (Independent Review Entity o IRE)”

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

---

## B. Saan hihingi ng tulong

### B1. Para sa mga karagdagang impormasyon at tulong

Minsan, nakalilitong simulan o sundan ang proseso ng pagharap sa problema. Nagiging mas totoo ito kung hindi mabuti ang pakiramdam ninyo o limitado ang lakas ninyo. Sa ibang pagkakataon, posibleng wala kayong impormasyong kailangan para magawa ang susunod na hakbang.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## **Tulong mula sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program)**

Puwede ninyong tawagan ang Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Masasagot ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong at matutulungan nila kayong maunawaan kung ano ang gagawin sa inyong problema. Hindi konektado sa amin o sa anumang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan ang HICAP. Ang HICAP ay may mga tinuruan na tagapayo sa bawat county, at ang mga serbisyo ay libre. The numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222.

## **Tulong mula sa Programang Ombuds ng Medicare Medi-Cal**

Puwede ninyong tawagan ang Programang Ombuds ng Medicare Medi-Cal at kausapin ang isang tagapagtaguyod tungkol sa mga tanong sa pagkakasakop sa kalusugan. Nag-aalok sila ng libreng legal na tulong. Ang Programang Ombuds ay hindi konektado sa amin o sa anumang kumpanya sa insurance o planong pangkalusugan. Ang kanilang numero ng telepono ay 1-855-501-3077 at ang kanilang website ay [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org).

## **Tulong at impormasyon mula sa Medicare**

Para sa mga karagdagang impormasyon at tulong, puwede ninyong kontakin ang Medicare. Narito ang dalawang paraan upang humingi ng tulong mula sa Medicare:

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Bisitahin ang website ng Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

## **Tulong at impormasyon mula sa Medi-Cal**

### **Tulong mula sa Departamento ng Mga Serbisyo para sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Health Care Services o DHCS)**

Makakatulong ang Ombudsman ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care Ombudsman) ng Departamento ng mga Serbisyo para sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Health Care Services). Matutulungan nila kayo kung may problema kayo sa pagsali, pagbabago, o pag-alis sa isang plano ng kalusugan. Matutulungan din nila kayo kung lumipat kayo ng tirahan at nagkakaproblema sa pagpapalipat ng inyong Medi-Cal sa inyong bagong county. Matatawagan ninyo ang Ombudsman, Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. sa 1-888-452-8609.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



## **Tulong mula sa Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care o DMHC)**

Tawagan ang Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC) para makatanggap ng libreng tulong. Ang DMHC ay responsable sa pagsubaybay sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga taong may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay **1-888-466-2219**. Ang mga taong bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ay maaaring gumamit ng toll free na numero ng TDD, **1-877-688-9891**. Puwede rin ninyong bisitahin ang website ng DMHC sa [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). Ang Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan ng California ay responsable sa pangangasiwa ng mga plano ng serbisyo para sa pangangalaga sa kalusugan. Kung may karaingan kayo sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna kayong tumawag sa inyong planong pangkalusugan sa **1-866-880-0606** at dapat ninyong gamitin ang proseso para sa karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago kayo makipag-ugnayan sa departamento. Hindi hinahadlangan ng prosesong ito para sa karaingan ang anumang mga posibleng karapatang legal o remedyo na puwede ninyong magamit. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan na may kinalaman sa emergency, sa isang karaingan na hindi pa lubusang nalulutas ng inyong planong pangkalusugan, o sa isang karaingan na nanatiling hindi pa nalulutas nang higit 30 araw, puwede ninyong tawagan ang departamento upang humingi ng tulong. Puwede rin kayong maging karapat-dapat sa isang Independiyenteng Pagrerepasong Medikal (Independent Medical Review, IMR). Kung kuwalipikado kayo para sa IMR, bibigyan kayo ng prosesong IMR ng walang-kinikilingang pagrerepaso ng mga desisyong medikal na ginawa ng planong pangkalusugan at may kinalaman sa pangangailangang medikal ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, desisyon tungkol sa pagsakop para sa paggamot na eksperimental o para sa pag-iimbestiga pa, at sa mga pagtatalo tungkol sa pagbabayad para sa pang-emergency o agarang serbisyong medikal. Ang Departamento ay mayroon ding toll free na numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at linya ng TDD (**1-877-688-9891**) para sa may kahinaan sa pandinig at pananalita. Ang internet website ng Departamento na [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) ay may mga form para sa pagrereklamo, mga form ng aplikasyon sa IMR, at mga instruksiyon online.

---

## **C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela sa Medicare at Medi-Cal sa aming plano**

Mayroon kayong Medicare at Medi-Cal. Nalalapat ang impormasyon sa kabanatang ito sa **lahat** ng benepisyo ninyo sa Medicare at pinamamahalaang pangangalaga ng Medi-Cal. Minsan, tinatawag itong “pinagsamang proseso” dahil pinag-iisa, o pinagsasama nito ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Minsan, hindi puwedeng pagsamahin ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal. Sa mga sitwasyong iyon, gagamitin ninyo ang isang proseso para sa benepisyo ng Medicare at ang isa pang proseso para sa benepisyo ng Medi-Cal. Ipinapaliwanag ng **Seksiyon F4** ang mga sitwasyong ito.

## D. Mga problema sa inyong mga benepisyo

Kung kayo ay may problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na naaangkop sa inyong sitwasyon. Matutulungan kayo ng susunod na talaan na mahanap ang tamang seksiyon sa kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

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

Kabilang dito ang mga problema kung sakop ba o hindi ang isang partikular na pangangalagang medikal (mga medikal na item, mga serbisyo, at/o mga inireresetang gamot sa Part B), sa paraan kung paano nasasakop ang mga ito, at mga problema sa pagbabayad para sa mga pangangalagang medikal.

Oo.	Hindi.
<p>Ang aking problema ay tungkol sa mga benepisyo o pagkakasakop.</p> <p>Tingnan ang <b>Seksiyon E</b>, “Mga desisyon sa pagkakasakop at apela.”</p>	<p>Ang aking problema ay hindi tungkol sa mga benepisyo o pagkakasakop.</p> <p>Tingnan ang <b>Seksiyon K</b>, “Paano maghain ng reklamo.”</p>

## E. Mga desisyon sa pagkakasakop at mga apela

Ang proseso ng paghingi ng desisyon sa pagkakasakop at paghahain ng apela ay tumutugon sa mga problemang nauugnay sa inyong mga benepisyo at pagkakasakop para sa inyong pangangalagang medikal (mga serbisyo, mga item, at mga inireresetang gamot sa Part B, kabilang ang pagbabayad). Para panatilihin simple ang mga bagay-bagay, karaniwan naming tinutukoy ang mga medikal na item, mga serbisyo, at mga inireresetang gamot sa Part B bilang pangangalagang medikal.

### E1. Mga Desisyon sa Pagkakasakop

Ang desisyon sa pagkakasakop ay isang desisyong ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at pagkakasakop o tungkol sa halaga na aming ibinabayad para sa inyong mga

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

serbisyong medikal o gamot. Halimbawa, nagbigay ng (paborableng) desisyon sa pagkakasakop ang inyong doktor na nasa samahan para sa inyo sa tuwing tatanggap kayo ng pangangalagang medikal mula sa kanya (sumangguni sa **Kabanata 4, Seksiyon G** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*).

Puwede rin kaming kontakin ninyo o ng inyong doktor at humiling kayo ng desisyon sa pagkakasakop. Posibleng kayo o ang inyong doktor ay hindi sigurado kung sakop namin ang isang partikular na serbisyong medikal o kung posibleng tumanggi kaming magbigay ng pangangalagang medikal na sa tingin ninyo ay kailangan ninyo. **Kung gusto ninyong malaman kung sasakupin namin ang isang serbisyong medikal bago ninyo ito makuha, puwede ninyong hilingin sa aming gumawa ng desisyon sa pagkakasakop para sa inyo.**

Gumagawa kami ng desisyon sa pagkakasakop sa tuwing magdedesisyon kami kung ano ang sakop para sa inyo at kung magkano ang aming babayaran. Sa ilang kaso, posible kaming magdesisyong huwag sakupin o huwag nang sakupin ng Medicare o Medi-Cal para sa inyo ang isang serbisyo o gamot. Kung hindi kayo sang-ayon sa desisyon sa pagkakasakop na ito, maaari kayong mag-apela.

## E2. Mga apela

Kung nagdesisyon kami sa pagkakasakop at hindi kayo nasisiyahan sa desisyong ito, maaari ninyong “iapela” ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na irepaso at baguhin ang desisyon sa pagkakasakop na ginawa namin.

Kapag inapela ninyo ang isang desisyon sa unang pagkakataon, tinatawag itong Apela na nasa Antas 1. Sa apelang ito, nirerepaso namin ang desisyon sa pagkakasakop na ginawa namin para makita kung sinunod namin nang maayos ang lahat ng panuntunan. Ang inyong apela ay pinapangasiwaan ng iba't ibang tagarepaso at hindi ng mga nagsagawa ng orihinal na di mainam na desisyon.

Sa karamihan ng kaso, kailangan ninyong magsimula sa Antas 1 na Apela. Kung agaran ang inyong problema sa kalusugan o may kaakibat na tuwiran at seryosong banta sa inyong kalusugan, o kung lubha kayong nahihirapan at nangangailangan ng agarang desisyon, puwede kayong humiling ng IMR mula sa Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan sa [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). Tingnan ang **Seksiyon F4** para sa mga karagdagang impormasyon.

Kapag nakompleto na namin ang pagrepaso, ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon. Sa ilang partikular na pagkakataon, na ipapaliwanag kalaunan sa kabanatang ito, puwede kayong humiling ng pinabilis o “mabilis na desisyon sa pagkakasakop (fast coverage decision)” o “mabilisang apela” ng desisyon sa pagkakasakop.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling, papadalhan namin kayo ng sulat. Kung ang inyong problema ay tungkol sa pagkakasakop ng isang pangangalagang medikal ng Medicare, ipapaalam sa inyo ng sulat na ipinadala namin ang inyong kaso sa Organisasyon para sa Independiyenteng Pagreepaso para sa Apela sa Antas 2. Kung ang inyong problema ay tungkol sa pagkakasakop ng serbisyo o gamit ng Medicare Part D o Medi-Cal, ipapaalam sa inyo ng sulat kung paano kayo maghahain mismo ng Antas 2 na Apela. Tingnan ang **Seksiyon F4** para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa Apela sa Antas 2. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagkakasakop sa isang serbisyo o item ng parehong Medicare at Medi-Cal, bibigyan kayo ng sulat ng impormasyon tungkol sa parehong uri ng mga Antas 2 na Apela.

Kung hindi kayo nasisiyahan sa desisyon sa Apela sa Antas 2, puwede kayong dumaan sa mga karagdagang antas ng apela.

### **E3. Tulong sa mga desisyon sa pagkakasakop at apela**

Puwede kayong humingi ng tulong sa alinman sa mga sumusunod:

- **Yunit ng CareAdvantage** sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- **Programang Ombuds ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077.**
- **Programang Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)** sa 1-800-434-0222.
- **Ang Help Center sa Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC)** para sa libheng tulong. Ang DMHC ay responsable sa pagsubaybay sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga taong may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay **1-888-466-2219**. Ang mga taong bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ay maaaring gumamit ng toll free na numero ng TDD, **1-877-688-9891**. Puwede rin ninyong bisitahin ang website ng DMHC sa [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).
- **Ang inyong doktor o ibang tagabigay ng serbisyo.** Ang inyong doktor o ibang tagabigay ng serbisyo ay puwedeng humiling ng desisyon sa pagkakasakop o apela sa inyong ngalan.
- **Isang kaibigan o miyembro ng pamilya.** Puwede kayong magbigay ng pangalan ng ibang tao na kikilos para sa inyo bilang inyong “kinatawan” at humiling ng desisyon sa pagkakasakop o mag-apela.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- **Isang abogado.** May karapatan kayong kumuha ng abogado, pero **hindi ninyo kinakailangang kumuha ng abogado** para humiling ng desisyon sa pagkakasakop o mag-apela.
  - Tumawag sa sarili ninyong abogado, o kunin ang pangalan ng isang abogado mula sa lokal na samahan ng mga abogado o iba pang serbisyo para sa referral. Mayroon ding mga pambatas na grupo na magbibigay sa inyo ng libreng legal na serbisyo kung kuwalipikado kayo.
  - Humiling ng abogado para sa legal na tulong sa Programang Ombuds ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077.

Punan ang form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan (Appointment of Representative) kung gusto ninyong may abogado o ibang tao na kakatawan sa inyo. Binibigyan ng pahintulot ng form na ito ang isang tao na kumilos para sa inyo.

Tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina at hingin ang form para sa “Pagtatalaga ng Kinatawan (Appointment of Representative)”. Makukuha rin ninyo ang form sa pamamagitan ng pagpunta sa [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o sa aming website sa [www.hpsm.org/member/your-representation](http://www.hpsm.org/member/your-representation). **Dapat ninyo kaming bigyan ng kopya ang aming plano ng nilagdaang form.**

#### **E4. Aling seksiyon sa kabanatang ito ang makakatulong sa inyo**

Mayroong apat na sitwasyon na may kinalaman sa mga desisyon sa pagkakasakop at apela. Ang bawat sitwasyon ay may iba’t ibang panuntunan at huling takdang araw. Magbibigay kami ng mga detalye para sa bawat isa sa hiwalay na seksiyon sa kabanatang ito. Tingnan ang seksiyon na naaangkop:

- **Seksiyon F**, “Pangangalagang medikal”
- **Seksiyon G**, “Mga inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part D”
- **Seksiyon H**, “Paghiling sa amin na sumakop ng mas mahabang pananatili sa ospital”
- **Seksiyon I**, “Paghiling sa amin na patuloy na sumakop ng ilang partikular na serbisyong medikal” (Nalalapat lang ang seksiyong ito sa mga serbisyong ito: pantahanang pangangalaga ng kalusugan, pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, at mga serbisyo ng Pasilidad para sa Malawakang Rehabilitasyon para sa Outpatient na Pasyente (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).)

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Kung hindi kayo sigurado kung aling seksiyon ang gagamitin, tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina. Kung kailangan pa ninyo ng tulong o impormasyon, pumunta sa **Kabanata 2** ng *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

---

## F. Pangangalagang medikal

Ipinapaliwanag ng seksiyong ito kung ano ang dapat gawin kung may problema kayo sa pagkuha ng pagkakasakop para sa pangangalagang medikal o kung gusto ninyong ibalik namin ang inyong ibinayad para sa aming bahagi sa gastusin sa inyong pangangalaga.

Ang seksiyon na ito ay tungkol sa inyong mga benepisyo para sa pangangalagang medikal na inilalarawan sa **Kabanata 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*. Sa ilang pagkakataon, puwedeng malapat ang iba't ibang panuntunan sa inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part B. Kapag ganoon, ipinapaliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part B sa mga panuntunan para sa mga serbisyong medikal at produkto.

### F1. Gamit ang seksiyong ito

Ipinapaliwanag ng seksiyong ito kung ano ang magagawa ninyo sa anuman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa tingin ninyo ay sakop namin ang pangangalagang medikal na kailangan ninyo pero hindi ninyo ito nakukuha.

**Ano ang maaari ninyong gawin:** Puwede ninyong hilingin sa amin na gumawa ng desisyon sa pagkakasakop. Tingnan ang **Seksiyon F2**.

2. Hindi namin inaprubahan ang pangangalagang medikal na gustong ibigay sa inyo ng inyong doktor o iba pang tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, at sa tingin ninyo ay dapat namin itong ibigay.

**Ano ang maaari ninyong gawin:** Puwede ninyong iapela ang aming desisyon. Tingnan ang **Seksiyon F3**.

3. Nakakuha kayo ng pangangalagang medikal na sa tingin ninyo ay sakop namin, pero hindi namin babayaran.

**Ano ang maaari ninyong gawin:** Puwede ninyong iapela ang desisyon namin na hindi magbayad. Tingnan ang **Seksiyon F5**.

4. Kayo ay nakakuha ng at nagbayad para sa pangangalagang medikal na akala ninyo ay sakop namin, at gusto ninyong ibalik namin ang ibinayad ninyo.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Ano ang maaari ninyong gawin:** Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong ibinayad. Tingnan ang **Seksiyon F5**.

5. Binawasan o itinigil namin ang inyong pagkakasakop para sa ilang partikular na pangangalagang medikal, at sa tingin ninyo ay puwedeng makasama sa inyong kalusugan ang desisyon namin.

**Ano ang maaari ninyong gawin:** Puwede ninyong iapela ang aming desisyong bawasan o itinigil ang pangangalagang medikal. Tingnan ang **Seksiyon F4**.

- Kung ang pagkakasakop ay para sa pangangalaga sa ospital, pantahanang pangangalaga ng kalusugan, pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o CORF, ilalapat ang mga espesyal na panuntunan. Tingnan ang **Seksiyon H** o **Seksiyon I** para malaman ang higit pa.
  - Para sa lahat ng iba pang sitwasyong mas kinalaman sa pagbabawas o pagtigil ng inyong pagkakasakop para sa ilang partikular na pangangalagang medikal, gamitin ang seksiyong ito (**Seksiyon F**) bilang inyong gabay.
6. Nakakaranas kayo ng mga pagkaantala sa pangangalaga o hindi kayo makahanap ng doktor.

**Ano ang maaari ninyong gawin:** Puwede kayong magsampa ng reklamo. Tingnan ang **Seksiyon K2**.

## F2. Paghiling ng desisyon sa pagkakasakop

Kapag ang desisyon sa pagkakasakop ay may kinalaman sa inyong pangangalagang medikal, tinatawag itong “**pinagsamang pagpapasya ng organisasyon**”.

Kayo, ang inyong doktor, o ang inyong kinatawan ay puwedeng humiling ng desisyon sa pagkakasakop sa pamamagitan ng:

- pagtawag sa: 1-866-880-0606, TTY: 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1.
- pag-fax: 1-650-616-2190.
- pagsulat sa: CareAdvantage Unit  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd., Suite100  
South San Francisco, CA 94080

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## Karaniwang desisyon sa pagkakasakop

Kung nagbigay kami ng aming desisyon sa inyo, gagamitin namin ang mga “karaniwan” na deadline maliban kung sasang-ayon kami na gamitin ang “mabibilis” na deadline. Ang karaniwang desisyon sa pagkakasakop ay nangangahulugang bibigyan namin kayo ng sagot tungkol sa:

- Serbisyong medikal o produkto sa loob ng 14 na araw pagkatapos naming matanggap ang inyong apela. Para sa mga Knox-Keene plan, sa loob ng 5 araw na may pasok, at hindi lalampas sa 14 araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang kahilingan ninyo.
- Inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part B sa loob ng 72 oras matapos naming matanggap ang inyong kahilingan.

## Mabilis na desisyon sa pagkakasakop

Ang legal na termino para sa “mabilis na desisyon sa pagkakasakop” ay “**pinabilis na pagpapasya.**”

Kapag humiling kayo sa amin na gumawa ng desisyon sa pagkakasakop tungkol sa inyong pangangalagang medikal at nangangailangan ang inyong kalusugan ng mabilis na tugon, hilingin sa amin na gumawa ng “mabilis na desisyon sa pagkakasakop.” Ang mabilis na desisyon sa pagkakasakop ay nangangahulugang sasagutin namin kayo tungkol sa:

- Serbisyong medikal o produkto sa loob ng 72 araw pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan, o mas maaga kung nangangailangan ng mas mabilis na tugon ang inyong kondisyong medikal.
- Inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part B sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.

Para makakuha ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop, kailangan ninyong matugunan ang dalawang kahingian:

- Humihiling kayo ng pagkakasakop para sa mga medikal na item at/o serbisyong **hindi ninyo nakuha**. Hindi kayo makakahiling ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop tungkol sa pagbabayad para sa mga item o serbisyong nakuha na ninyo.
- Ang paggamit ng mga karaniwang deadline **ay posibleng magdulot ng malubhang pinsala sa inyong kalusugan** o makaapekto sa kakayahan ninyong kumilos.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Awtomatiko namin kayong bibigyan ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kinakailangan ito ng inyong kalusugan.** Kung humiling kayo nang walang suporta ng inyong doktor, kami ang magdedesisyon kung makakatanggap kayo ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop.

- Kung magdedesisyon kami na hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kahingian para sa mabilis na desisyon sa pagkakasakop, magpapadala kami ng sulat tungkol dito at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang deadline. Ipapaalam sa inyo ng sulat:
  - Awtomatiko namin kayong bibigyan ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop kung hihilingin ito ng inyong doktor.
  - Kung paano kayo makakapaghain ng “mabilis na pagrereklamo” tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang desisyon sa pagkakasakop sa halip na ang mabilis na desisyon sa pagkakasakop. Para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng pagrereklamo, kabilang ang mabilis na pagrereklamo, tingnan ang **Seksiyon K**.

**Kung ang sagot namin ay Hindi sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan,** magpapadala kami ng sulat na magpapaliwanag ng mga dahilan.

- Kung ang sagot namin ay **Hindi**, may karapatan kayong mag-apela. Ang pag-aapela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na repasuhin ang aming desisyon at baguhin ito kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami.
- Kung nagdesisyon kayong mag-apela, tutungo kayo sa Antas 1 ng proseso ng pag-aapela (tingnan ang **Seksiyon F3**).

Sa mga limitadong pagkakataon, puwede naming ipawalang-saysay ang inyong kahilingan para sa desisyon sa pagkakasakop, na nangangahulugang hindi namin rerepasuhin ang kahilingan. Kabilang sa mga halimbawa kung kailan ipapawalang-saysay ang isang kahilingan:

- kung hindi kompleto ang kahilingan,
- kung may taong hihiling sa ngalan ninyo pero hindi legal na pinapahintulutang gawin iyon, o
- kung hihilingin ninyong bawiin ang inyong kahilingan.

Kung ipapawalang-saysay namin ang isang kahilingan para sa desisyon sa pagkakasakop, magpapadala kami sa inyo ng abiso na nagpapaliwanag kung bakit ipinawalang-saysay ang kahilingan at kung paano humiling ng pagrepaso ng pagpapawalang-saysay. Ang pagrepasong ito ay tinatawag na apela. Tatalakayin ang mga apela sa susunod na seksiyon.

---

**Kung may mga katanungan kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

### F3. Paghahain ng Apela sa Antas 1

**Para magsimula ng apela**, dapat kaming kontakin ninyo, ng inyong doktor, o ng inyong kinatawan. Tumawag sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

**Humiling ng karaniwang apela o mabilis na apela** sa pamamagitan ng pagsulat o pagtawag sa amin sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1.

- Kung hihilingin ng inyong doktor o iba pang tagareseta na ipagpatuloy ang isang serbisyo o produkto na nakukuha na ninyo sa panahon ng inyong apela, posibleng kailanganin ninyo silang tukuyin bilang inyong kinatawang kikilos sa ngalan ninyo.
- Kung may ibang tao maliban sa inyong doktor na mag-aapela para sa inyo, magsama ng form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan (Appointment of Representative) na nagpapahintulot sa taong itong katawanin kayo. Makukuha rin ninyo ang form sa pamamagitan ng pagpunta sa [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o sa aming website sa [www.hpsm.org/member/your-representation](http://www.hpsm.org/member/your-representation).
- Puwede naming tanggapin ang isang apela nang walang form, pero hindi namin puwedeng simulan o kumpletuhin ang aming pagrepaso hanggang sa matanggap namin ito. Kung hindi namin makukuha ang form bago ang aming deadline sa pagdedesisyon ng inyong apela:
  - Ipapawalang-saysay namin ang inyong kahilingan, at
  - Papadalhan namin kayo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng inyong karapatang hilingin sa IRO na repasuhin ang aming desisyong ipawalang-saysay ang inyong apela.
- Kailangan ninyong humiling ng apela sa loob ng 65 araw ng kalendaryo mula sa petsa ng sulat na ipinadala namin para sabihin sa inyo ang aming desisyon.
- Kung nahuli kayo sa deadline at may mabuting dahilan kaya nagkagayon, puwede namin kayong bigyan ng mas mahabang panahon para mag-apela. Ang mga halimbawa ng magandang dahilan ay kung kayo ay nagkaroon ng malubhang sakit o nagbigay kami sa inyo ng maling impormasyon tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela kapag kayo ay nag-apela.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Mayroon kayong karapatan na humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Kayo at ang inyong doktor ay puwedeng magbigay sa amin ng mga karagdagang impormasyon para suportahan ang inyong apela.

### **Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela.**

Ang legal na termino para sa “mabilis na apela” ay “**pinabilis na muling pagsasaalang-alang.**”

- Kung kayo ay mag-aapela sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa pagkakasakop sa pangangalaga na hindi ninyo natanggap, kayo at/o ang inyong doktor ang magdedesisyon kung kailangan ninyo ng mabilis na apela.

**Awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilisang apela kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan.** Kung humiling kayo nang walang suporta ng inyong doktor, kami ang magdedesisyon kung makakatanggap kayo ng mabilis na apela.

- Kung magdedesisyon kami na hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kahingian para sa mabilis na apela, magpapadala kami ng sulat tungkol dito at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang deadline. Ipapaalam sa inyo ng sulat:
  - Awtomatiko namin kayong bibigyan ng mabilis na apela kung hihilingin ito ng inyong doktor.
  - Kung paano kayo makakapaghain ng “mabilis na pagrereklamo” tungkol sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang apela sa halip na mabilis na apela. Para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa proseso ng pagrereklamo, kabilang ang mabilis na pagrereklamo, tingnan ang **Seksiyon K**.

**Kung sasabihin namin sa inyo na ititigil o babawasan namin ang mga serbisyo o produktong nakukuha na ninyo, puwede ninyong maipagpatuloy ang mga serbisyo o produktong iyon sa panahon ng inyong apela.**

- Kung magdedesisyon kaming baguhin o itigil ang pagkakasakop para sa isang serbisyo o produktong nakukuha ninyo, magpapadala kami sa inyo ng abiso bago kami kumilos.
- Kung hindi kayo sang-ayon sa aming desisyon, puwede kayong maghain ng Apela sa Antas 1.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Patuloy naming sasakupin ang serbisyo o produkto kung hihiling kayo ng Apela sa Antas 1 sa loob ng 10 araw ng kalendaryo sa petsa sa aming sulat o bago ang nilalayong petsa ng pagkakaroon ng bisa ng pagkilos, alinman ang mas matagal.
  - Kung makakaabot kayo sa deadline na ito, matatanggap ninyo ang serbisyo o produkto nang walang pagbabago habang naghihintay ang inyong apela sa Antas 1.
  - Makukuha rin ninyo ang lahat ng iba pang serbisyo o produkto (na hindi paksa ng inyong apela) nang walang pagbabago.
  - Kung hindi kayo mag-aapela bago ang mga petsang ito, ipagpapatuloy ang inyong serbisyo o gamit habang naghihintay kayo para sa inyong desisyon sa apela.

### **Isasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.**

- Kapag nirerepaso namin ang inyong apela, tinitingnan naming muli nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong hiling para sa desisyon sa pagkakasakop ng pangangalagang medikal.
- Sinusuri namin kung nasunod namin ang lahat ng panuntunan noong **Humindi** kami sa inyong kahilingan.
- Mangangalap pa kami ng mga karagdagang impormasyon kung kailangan namin. Maaaring kumontak kami sa inyo o sa inyong doktor upang makakuha ng karagdagang impormasyon.

### **May mga deadline para sa mabilis na apela.**

- Kapag ginamit namin ang mabilis na deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ito dahil sa inyong kalusugan.** Magbibigay kami ng sagot nang maaga kung kinakailangan ng inyong kalusugan.
  - Kung hindi namin maibibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras, kinakailangan naming ipadala sa Antas 2 ng proseso ng mga apela ang inyong kahilingan. Pagkatapos, susuriin ito ng isang IRO. Sa mga susunod na bahagi ng kabanatang ito sa Seksiyon F4, sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagkakasakop ng isang

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

serbisyo o item ng Medi-Cal, puwede kayong maghain mismo ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado kapag natapos na ang limitasyon sa oras. Sa California, ang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa Pagdinig ng Estado sa mga susunod na bahagi ng kabanatang ito.

- **Kung ang sagot namin ay Oo sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan**, kinakailangan naming magbigay ng pahintulot o ibigay ang pagkakasakop na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela, o mas maaga kung kailangan ito ng kalusugan ninyo.
- **Kung ang sagot namin ay Hindi sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan**, ipapadala namin ang inyong apela sa IRO para sa Apela sa Antas 2.

#### May mga deadline para sa karaniwang apela.

- Kapag ginamit namin ang mga karaniwang deadline, kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 30 araw** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela para sa pagkakasakop para sa mga serbisyong hindi ninyo natanggap.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part B na hindi ninyo natanggap, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela o mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
  - Kung hindi namin maibibigay sa inyo ang aming sagot bago ang deadline, kinakailangan naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos, susuriin ito ng isang IRO. Sa mga susunod na bahagi ng kabanatang ito, sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Kung ang problema ninyo ay tungkol sa pagkakasakop ng isang serbisyo o item ng Medi-Cal, puwede kayong maghain mismo ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado kapag natapos na ang limitasyon sa oras. Sa California, ang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para maghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni sa Pagdinig ng Estado sa mga susunod na bahagi ng kabanatang ito.

**Kung Oo ang sagot namin sa ilang bahagi o sa lahat ng kahilingan ninyo**, dapat naming awtorisahan o ibigay ang pagkakasakop na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang inyong hiling na apela, o sa lalong

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

madaling panahon ayon sa pangangailangan sa kalagayan ng kalusugan ninyo at sa loob ng 72 oras mula noong binago namin ang aming desisyon, o sa loob ng 7 araw ng kalendaryo mula sa petsa kung kailan namin nakuha ang inyong apela, kung ang hiling ninyo ay para sa isang inireresetang gamot sa Medicare Part B.

Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, **mayroon kayong mga karagdagang karapatan sa pag-aapela:**

- Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong hinihiling, papadalhan namin kayo ng sulat.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa pagkakasakop ng serbisyo o produkto ng Medicare, ipapaalam sa inyo ng sulat na ipinadala namin ang inyong kaso sa IRO para sa Apela sa Antas 2.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa pagkakasakop ng serbisyo o produkto ng Medi-Cal, ipapaalam sa inyo ng sulat kung paano kayo maghahain mismo ng Apela sa Antas 2.

#### **F4. Paghahain ng Apela sa Antas 2**

Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong Apela sa Antas 1, magpapadala kami sa inyo ng sulat. Ipapaalam sa inyo ng sulat na ito kung karaniwang sinasakop ng Medicare, Medi-Cal, o parehong programa ang serbisyo o produkto.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo o produkto na karaniwang sinasakop ng **Medicare**, awtomatiko naming ipapadala ang inyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng mga apela kapag nakompleto na ang Apela sa Antas 1.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo o produkto na karaniwang sinasakop ng **Medi-Cal**, puwede kayong maghain mismo ng Apela sa Antas 2. Ipapaalam sa inyo ng sulat kung paano ito gagawin. Magdaragdag din kami ng mas marami pang impormasyon sa mga susunod na bahagi ng kabanatang ito.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo o produkto na posibleng sakupin **pareho** ng **Medicare at Medi-Cal**, awtomatiko kayong makakakuha ng Apela sa Antas 2 sa Organisasyon para sa IRO. Bilang karagdagan sa awtomatikong Antas 2 na Apela, puwede rin kayong humiling ng Pagdinig ng Estado at Independiyenteng Pagrerepasong Medikal sa estado. Gayunpaman, hindi magiging available ang isang Independiyenteng Pagrerepasong Medikal kung nakapaghain na kayo ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Kung naging kuwalipikado kayo para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo noong inihain ninyo ang inyong Apela sa Antas 1, puwede ring magpapatuloy sa panahon ng Antas 2 ang inyong mga iniaapelang benepisyo para sa serbisyo, produkto, o gamot. Tingnan ang **Seksiyon F3** para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng inyong mga benepisyo sa panahon ng Mga Apela sa Antas 1.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo o bagay na karaniwang sakop lang ng Medicare, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay hindi na maipagpapatuloy sa panahon ng proseso ng mga apela sa Antas 2 sa IRO.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa serbisyong karaniwang sakop lang ng Medi-Cal, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay maipagpapatuloy kung magsusumite kayo ng Apela sa Antas 2 sa loob ng 10 araw pagkatapos matanggap ang aming sulat tungkol sa desisyon.

### **Kapag ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo o produktong karaniwang sakop ng Medicare**

Susuriin ng IRO ang inyong apela. Isa itong independiyenteng organisasyong kinuha ng Medicare.

Ang pormal na tawag sa “Organisasyon para sa Independiyenteng Pagrererepaso” (IRO) ay “**Independiyenteng Entidad sa Pagsusuri (Independent Review Entity o IRE)**,” na tinatawag minsan na “**IRE**”.

- Hindi konektado sa amin ang organisasyong ito at hindi rin ito ahensya ng pamahalaan. Pinili ng Medicare ang kumpanyang magiging IRO, at pinapangasiwaan ng Medicare ang trabaho nila.
- Ipapadala namin sa organisasyong ito ang impormasyon tungkol sa inyong apela (inyong “kaso”). May karapatan kayo sa libreng kopya ng inyong kaso.
- May karapatan kayo na magbigay sa IRO ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.
- Susuriing mabuti ng mga tagarepaso sa IRO ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

### **Kung nakakuha kayo ng mabilis na apela sa Antas 1, magkakaroon din kayo ng mabilis na apela sa Antas 2.**

- Kung nagkaroon kayo ng mabilis na apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakatanggap ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kayong bigyan ng

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

sagot ng IRO sa inyong Apela sa Antas 2 **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang inyong apela.

**Kung kayo ay nakakuha ng karaniwang apela sa Antas 1, magkakaroon din kayo ng karaniwang apela sa Antas 2.**

- Kung nagkaroon kayo ng karaniwang apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakatanggap ng karaniwang apela sa Antas 2.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa medikal na produkto o serbisyo, dapat kayong bigyan ng sagot ng IRO sa inyong Apela sa Antas 2 **sa loob ng 30 araw** pagkatapos matanggap ang inyong apela.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part B, dapat kayong bigyan ng sagot ng IRO sa inyong Apela sa Antas 2 **sa loob ng 7 araw** pagkatapos matanggap ang inyong apela.

Kung ibibigay ng IRO sa inyo ang sagot nito sa sulat at ipapaliwanag nito ang mga dahilan.

- **Kung ang sagot ng IRO ay Oo sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan para sa medikal na produkto o serbisyo**, dapat naming ipatupad kaagad ang desisyon:
  - Magbigay ng pahintulot sa pagkakasakop sa pangangalagang medikal **sa loob ng 72 oras, o**
  - Ibigay ang serbisyo sa loob ng **5 araw na may pasok** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
  - Ibigay ang serbisyo sa loob ng **72 oras** mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan.**
- **Kung ang sagot ng IRO ay Oo sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan para sa inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part B**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang pinagtatalunang inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part B:
  - **Sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
  - **Sa loob ng 24 oras** mula sa petsa kung kailan namin natanggap ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan.**

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- **Kung ang sagot ng IRO ay Hindi sa isang bahagi o kabuuan ng inyong apela**, nangangahulugan itong sumasang-ayon silang hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong kahilingan) para sa pagkakasakop para sa pangangalagang medikal. Tinatawag itong “paninindigan sa desisyon” o “pagtangi sa inyong apela.”
  - Kung nakatugon sa mga kahingian ang inyong kaso, kayo ay mamimili kung gusto ninyong dalhin sa mas mataas ang inyong apela.
  - May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuang bilang na limang antas.
  - Kung ang inyong Apela sa Antas 2 ay tinanggihan at natutugunan ninyo ang mga itinatakda para maipagpatuloy ang proseso ng mga apela, kailangan ninyong magdesisyon kung magpapatuloy sa Antas 3 at gumawa ng pangatlong apela. Ang mga detalye kung paano ito gagawin ay nakasulat sa abiso na inyong makukuha pagkatapos ng Apela sa Antas 2.
  - Pinapangasiwaan ng Hukom ng Batas Administratibo (Administrative Law Judge, ALJ) o abogado tagapagpasya ang isang Apela sa Antas 3. Tingnan ang **Seksiyon J** para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa Mga Apela sa Antas 3, 4, at 5.

### **Kapag ang inyong problema ay tungkol sa serbisyo o produktong karaniwang sakop ng Medi-Cal**

Mayroong dalawang mga paraan upang maghain ng Antas 2 na Apela para sa mga serbisyo at bagay ng Medi-Cal: (1) Paghahain ng reklamo o Independiyenteng Pagrerepasong Medikal o (2) Pagdinig ng Estado.

#### **1) Independiyenteng Pagrerepasong Medikal (Independent Medical Review)**

Puwede kayong maghain ng reklamo o humiling ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal (Independent Medical Review, IMR) sa Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California. Sa pamamagitan ng paghahain ng reklamo, susuriin ng DMHC ang aming desisyon at magpapasya ito. Ang IMR ay magagamit sa anumang serbisyo o bagay na sakop ng Medi-Cal na nagtataglay ng medikal na katangian. Ang IMR ay ang pagrerepaso sa inyong kaso ng mga eksperto na hindi kasali sa aming plano o bahagi ng DMHC. Kung pabor sa inyo ang pasya ng IMR, kailangan naming ibigay sa inyo ang serbisyo o bagay na hiniling ninyo. Wala kayong babayaran para sa IMR.

Maaari kayong maghain ng reklamo o mag-apply para sa IMR kung ang aming plano ay:

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Tinanggihan, binago, o pinaantala ang serbisyo o paggagamot ng Medi-Cal dahil napagpasyahan ng aming plano na hindi ito medikal na kinakailangan.
- Hindi sasakupin ang isang pagsubok o pagsisiyasat na paggagamot ng Medi-Cal para sa malubhang kondisyong medikal.
- Mga hindi pagkakasundo kung cosmetic o reconstructive ang katangian ng isang surgical na serbisyo o procedure.
- Hindi babayaran ang emerhensya o kagyat na serbisyo ng Medi-Cal na inyong natanggap na.
- Hindi nalutas ang inyong Antas 1 na Apela para sa isang serbisyo ng Medi-Cal sa loob ng 30 araw ng kalendaryo para sa karaniwang apela o 72 oras, o mas maaga, kung kailangan ito ng kalusugan ninyo, para sa mabilisang apela.

**TANDAAN:** Kung ang inyong tagabigay ng serbisyo ay naghain ng apela para sa inyo, ngunit hindi namin natanggap ang inyong form para sa Pagtatalaga ng Kinatawan (Appointment of Representative), kakailanganin ninyong muling ihain ang inyong apela sa amin bago kayo makapaghain ng Antas 2 ng IMR sa Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan maliban na lang kung ang inyong apela ay kinasasangkutan ng napipinto at seryosong banta sa inyong kalusugan, kabilang ang, pero hindi limitado sa, matinding kirot, potensyal na pagkawala ng buhay, kamay o paa, o pangunahing paggana ng katawan.

Mayroon kayong karapatan sa parehong IMR at Pagdinig ng Estado, ngunit hindi kayo kuwalipikado para sa isang IMR kung nakapaghain na kayo ng ebidensiya sa isang Pagdinig ng Estado o napailalim na kayo sa isang Pagdinig ng Estado para sa parehong isyu.

Sa karamihan ng kaso, dapat kayong maghain ng apela sa amin bago humingi ng IMR. Sumangguni sa pahina 15 para sa impormasyon tungkol sa aming proseso ng apela sa Antas 1. Kung hindi kayo sang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng reklamo sa DMHC o humingi ng IMR sa Help Center ng DMHC.

Kung ang inyong paggamot ay tinanggihan dahil ito ay isang pagsubok o pagsisiyasat, hindi ninyo kailangan sumali sa aming proseso ng apela bago kayo mag-apply para sa IMR.

Kung ang inyong problema ay agaran o kinasasangkutan ng agaran at matinding banta sa inyong kalusugan, maaari itong ipaalam kaagad sa DMHC nang hindi muna dadaan sa aming proseso ng apela.

Dapat kayong **mag-apply para sa IMR sa loob ng 6 na buwan** pagkatapos naming magpadala sa inyo ng nakasulat na desisyon tungkol sa inyong apela. Maaaring tanggapin ng DMHC ang inyong aplikasyon pagkalipas ng 6 buwan sa makatwirang dahilan, tulad ng

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





nagkaroon kayo ng kondisyong medikal na pumigil sa inyo sa paghiling ng IMR sa loob ng 6 na buwan, o hindi kayo nakatanggap ng sapat na abiso mula sa amin kaugnay ng proseso ng IMR.

Paano humiling ng IMR:

- Punan ang Form ng Aplikasyon sa Independiyenteng Pagreparasong Medikal/Form ng Reklamo na available sa: [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) o tawagan ang Help Center ng DMHC sa **1-888-466-2219**. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **1-877-688-9891**.
- Kung mayroon kayo, ilakip ang mga kopya ng mga liham o ibang mga dokumento hinggil sa mga serbisyo o bagay na aming tinanggihan. Mapapabilis nit ang proseso ng IMR. Ipadala lamang ang mga kopya ng mga dokumento, hindi mga orihinal. Ang Help Center ay hindi magsasauli ng anumang mga dokumento.
- Punan ang Form ng Awtorisadong Katulong kung may tumutulong sa inyong IMR. Makukuha ninyo ang form sa [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) o tawagan ang Help Center ng Departamento sa **1-888-466-2219**. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa **1-877-688-9891**.
- Ipadala sa koreo o i-fax ang inyong form at anumang mga kalakip na dokumento sa:  
 Help Center  
 Department of Managed Health Care  
 980 Ninth Street, Suite 500  
 Sacramento, CA 95814-2725  
 FAX: 916-255-5241
- Puwede rin ninyong isumite ang inyong Aplikasyon para sa Independiyenteng Pagreparasong Medikal/Form ng Reklamo at form ng Awtorisadong Assistant online: [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx)

Kung kuwalipikado kayo para sa IMR, rerepasuhin ng DMHC ang inyong kaso at magpapadala ito sa inyo ng sulat sa loob ng 7 araw sa kalendaryo na nagsasabi sa inyo na kuwalipikado kayo para sa IMR. Matapos tanggapin ang inyong aplikasyon at mga dokumento na nagbibigay ng suporta, gagawin ang desisyon sa IMR sa loob ng 30 araw sa kalendaryo. Dapat na matanggap ninyo ang desisyon sa IMR sa loob ng 45 araw sa kalendaryo pagkasumite ng sinagutang aplikasyon.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Kung agaran ang kaso ninyo at kuwalipikado kayo para sa IMR, rerepasuhin ng DMHC ang inyong kaso at magpapadala sa inyo ng sulat sa loob ng 48 oras pagkatapos matanggap ang isang kumpletong aplikasyon, at sasabihin nito sa inyo na kuwalipikado kayo para sa IMR. Matapos tanggapin mula sa inyong plano ang inyong aplikasyon at mga dokumento na nagbibigay ng suporta, gagawin ang desisyong IMR sa loob ng 3 araw sa kalendaryo. Dapat na matanggap ninyo ang desisyon sa IMR sa loob ng 7 araw sa kalendaryo pagkasumite ng sinagutang aplikasyon. Kung hindi kayo nasiyahan sa resulta ng IMR, maaari pa rin kayong humiling ng isang Pagdinig ng Estado.

Maaaring mas tumagal ang isang IMR kung hindi matatanggap ng DMHC ang lahat ng medikal na rekord na kinakailangan mula sa inyo o sa doktor na gumagamot sa inyo. Kung nagpapakonsulta kayo sa isang doktor na hindi kasama sa samahan ng inyong planong pangkalusugan, mahalagang makuha at maipadala ninyo sa amin ang inyong mga medikal na rekord mula sa doktor na iyon. Kailangan ng inyong planong pangkalusugan na makuha ang mga kopya ng inyong mga medikal na rekord mula sa mga doktor na nasa samahan.

Kung pinagpasyahan ng DMHC na hindi kuwalipikado para sa IMR ang inyong kaso, rerepasuhin ng DMHC ang inyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso nito ng pagrereklamo ng consumer. Dapat na malutas ang inyong reklamo sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkasumite ng sinagutang aplikasyon. Kung agaran ang inyong reklamo, mas mabilis itong malulutas.

## (2) Pagdinig ng Estado (State Hearing)

Puwede kayong humiling ng Pagdinig ng Estado para sa mga serbisyo o produktong sakop ng Medi-Cal. Kung ang inyong doktor o iba pang tagabigay ng serbisyo ay humihiling ng isang serbisyo o produktong hindi namin aaprubahan, o hindi na namin patuloy na babayaran ang isang serbisyo o produktong mayroon na kayo at tinanggihan namin ang inyong apela sa Antas 1, mayroon kayong karapatang humiling ng Pagdinig ng Estado.

Sa karamihan ng kaso, **mayroon kayong 120 araw para humiling ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos na maipadala sa inyo sa mail ang abisong “Liham ng Desisyon sa Apela (Appeal Decision Letter)”.

**TANDAAN:** Kung hihiling kayo ng Pagdinig ng Estado dahil ipinaalam namin sa inyo na babaguhin o ititigil na ang isang serbisyong kasalukuyan ninyong nakukuha, **mayroon kayong mas kakaunting araw para isumite ang inyong kahilingan** kung gusto ninyong patuloy na makuha ang serbisyong iyon habang hinihintay ang inyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang “Magpapatuloy pa ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng Ika-2 Antas na apela” sa pahina 19 para sa higit pang impormasyon.

May dalawang paraan para humiling ng Pagdinig ng Estado:

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

1. Puwede ninyong kumpletuhin ang "Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado" sa likod ng abiso ng aksiyon. Dapat ninyong ibigay ang lahat ng hinihinging impormasyon tulad ng inyong buong pangalan, tirahan, numero ng telepono, pangalan ng plano o county na nagsagawa ng pagkilos laban sa inyo, ang (mga) kasangkot na programang pangtulong, at detalyadong dahilan kung bakit gusto ninyo ng pagdinig. Pagkatapos ay maaari ninyong isumite ang inyong kahilingan sa isa sa mga paraang ito:
  - Para sa kagawaran ng kapakanan ng county (county welfare department) sa kinaroroonan na ipinapakita sa pabatid.
  - Sa California Department of Social Services:  
  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433  
Sacramento, California 94244-2430
  - Para sa Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado sa numero ng fax na 916-309-3487 o toll free sa 1-833-281-0903.
2. Puwede kayong tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyong Panlipunan ng California (California Department of Social Services) 1-800-743-8525. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349. Kung magdedesisyon kayong humiling ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng telepono, dapat ninyong mabatid na masyadong abala ang mga linya ng telepono.

Sasagutan man ninyo ang form ng "Paghiling ng Pagdinig ng Estado" sa pamamagitan ng mail, fax, o hihiling man kayo ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng telepono, kayo dapat mismo ang magsagawa ng Antas 2 na apela. Hindi HPSM ang maghahain ng apela para sa inyo. Susuriin ng Dibisyon ng Pagdinig ng Estado ang inyong apela at ipapaalam sa inyo ang kanilang desisyon alinsunod sa nakasaad sa ibaba.

Ibibigay sa inyo ng Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ang kanilang desisyon sa pamamagitan ng sulat at ipapaliwanag nito ang mga dahilan.

- Kung ang sagot ng Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ay **Oo** sa isang bahagi o kabuuan ng kahilingan para sa isang medikal na produkto o serbisyo, dapat naming pahintulutan o ibigay ang serbisyo o produkto **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang kanilang desisyon.
- Kung ang sagot ng Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ay **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong apela, nangangahulugan itong sumasang-ayon silang hindi namin dapat aprobahan ang inyong kahilingan (o bahagi ng inyong

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

kahilingan) para sa pagkakasakop para sa pangangalagang medikal. Tinatawag itong “paninindigan sa desisyon” o “pagtangga sa inyong apela.”

Kung ang desisyon ng IRO o Pagdinig ng Estado ay **Hindi** para sa kabuuan o isang bahagi ng inyong kahilingan, mayroon kayong mga karagdagang karapatan sa apela.

Kung ang inyong Apela sa Antas 2 ay napunta sa **IRO**, puwede lang kayong maghain ulit ng apela kung ang halaga sa dolyar ng serbisyo o produktong gusto ninyo ay nakakatugon sa isang partikular na pinakamaliit na halaga. Pinapangasiwaan ng ALJ o abogadong tagapagpasya ang isang Apela sa Antas 3. **Ipapaliwanag ng sulat na makukuha ninyo mula sa IRO ang mga karagdagang karapatan sa apela na posibleng mayroon kayo.**

Ilalarawan ng sulat na makukuha ninyo mula sa Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ang susunod na opsyon sa apela.

Tingnan ang **Seksiyon J** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan sa pag-aapela pagkatapos ng Antas 2.

## **F5. Mga problema sa pagbabayad**

Hindi namin pinapayagan ang aming mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan na singilin kayo para sa mga sakop na serbisyo at produkto. Totoo ito kahit na mas kaunti ang aming ibabayad sa tagabigay ng serbisyo kaysa sa sinisingil niya para sa isang sakop na serbisyo o produkto. Hindi kailanman hihilingin sa inyong bayaran ang balanse ng anumang singil. Ang halaga lang na dapat hilingin sa inyo na bayaran ninyo ay ang copay para sa mga inireresetang gamot sa Medicare Part D.

Kung makakatanggap kayo ng singil na mas mataas kaysa sa inyong copay para sa mga sakop na serbisyo at produkto, ipadala ang singil sa amin. Hindi dapat kayo ang magbabayad ng singil. Makikipag-ugnayan kami sa tagabigay ng serbisyo nang direkta at aayusin ang problema. Kung babayaran ninyo ang singil, puwede kayong makakuha ng refund mula sa aming plano kung sinunod ninyo ang mga panuntunan para makakuha ng mga serbisyo o produkto.

Para sa mga karagdagang impormasyon, tingnan ang **Kabanata 7** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*. Inilalarawan nito ang mga sitwasyon kung kailan posible ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong ibinayad o magbayad ng singil na nakuha ninyo mula sa isang tagabigay ng serbisyo. Nagsasabi rin ito kung paano maipapadala sa amin ang mga papeles na humihiling sa amin ng pagbayad.

Kung hihilingin ninyong ibalik ang ibinayad ninyo, kayo ay humihiling ng desisyon sa pagkakasakop. Titingnan namin kung ang binayaran ninyong serbisyo o produkto ay sakop at kung sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan sa paggamit ng inyong pagkakasakop.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Kung sakop ang serbisyo o produktong inyong binayaran at sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan, ipapadala namin sa inyo ang aming bahagi sa gastusin para sa serbisyo o produkto, kadalasan ay sa loob ng 30 araw sa kalendaryo, pero hindi lalampas sa 60 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- Kung hindi pa ninyo nababayaran ang mga serbisyo o produkto, ipapadala namin nang direkta ang bayad sa tagabigay ng serbisyo. Kapag ipinadala namin ang bayad, katulad din ito ng pagsasabi ng **Oo** sa inyong kahilingan para sa desisyon sa pagkakasakop.
- Kung ang isang serbisyo o produkto ay hindi sakop o hindi ninyo sinunod ang lahat ng panuntunan, magpapadala kami ng sulat sa inyo na ipinapaalam sa inyo na hindi namin babayaran ang serbisyo o produkto at ipapaliwanag kung bakit.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon hindi magbayad, **puwede kayong mag-apela**. Sundan ang proseso ng mga apela na inilalarawan sa **Seksiyon F3**. Kapag sumunod kayo sa mga tagubiling ito, tandaan:

- Kung kayo ay aapela para maibalik namin ang inyong ibinayad, kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 30 araw pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kung hihilingin ninyo sa aming ibalik ang ibinayad ninyo para sa pangangalagang medikal na inyong nakuha at binayaran, hindi kayo puwedeng humiling ng mabilis na apela.

Kung ang sagot namin sa inyong apela ay **Hindi** at karaniwang sakop ng **Medicare** ang serbisyo o produkto, ipapadala namin ang inyong kaso sa Organisasyon para sa IRO. Magpapadala kami sa inyo ng sulat kung mangyayari ito.

- Kung babaligtarin ng IRO ang aming desisyon at sasabihing dapat namin kayong bayaran, kailangan naming ipadala ang bayad sa inyo o sa tagabigay ng serbisyo sa loob ng 30 araw. Kung ang sagot sa inyong apela sa ay **Oo** sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala ang bayad sa inyo o sa tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa loob ng 60 araw.
- Kung ang sagot ng IRO sa inyong apela ay **Hindi**, nangangahulugan itong sumasang-ayon silang hindi namin dapat aprobahan ang inyong kahilingan. Tinatawag itong “paninindigan sa desisyon” o “pagtangi sa inyong apela.” Makakatanggap kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga karagdagang karapatan sa pag-aapela na posibleng mayroon kayo. Tingnan ang **Seksiyon J**

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa mga karagdagang antas ng pag-aapela.

Kung ang sagot namin sa inyong apela ay **Hindi** at karaniwang sakop ng Medi-Cal ang serbisyo o produkto, puwede kayong maghain mismo ng Apela sa Antas 2. Tingnan ang **Seksiyon F4** para sa mga karagdagang impormasyon.

---

## G. Mga inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part D

Kabilang sa inyong benepisyo bilang miyembro ng aming plano ang pagkakasakop para sa mga inireresetang gamot. Karamihan sa mga ito ay mga gamot sa Medicare Part D. Mayroong ilang gamot na hindi sakop ng Medicare Part D na posibleng sakop naman ng Medi-Cal. **Nalalapat lang ang seksiyong ito sa mga apela para sa gamot na sakop ng Medicare Part D.** Ang sasabihin namin ay “gamot” sa mga natitira pang bahagi ng seksiyong ito sa halip na pagsasabi palagi ng “gamot sa Medicare Part D”.

Para magkaroon ng pagkakasakop, kailangang gamitin ang inyong gamot para sa paggamit na aprobado at may katibayan ng bisa (medically accepted indication). Nangangahulugan iyon na ang gamot ay inaprubahan ng Administrasyon para sa Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration o FDA) o sinusupportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Tingnan ang **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa isang aprobado at may katibayan ng bisa sa paggamot.

### G1. Mga desisyon sa pagkakasakop at mga apela sa Medicare Part D

Narito ang mga halimbawa ng mga desisyon sa pagkakasakop na hinihiling ninyong gawin namin tungkol sa inyong mga gamot sa Medicare Part D:

- Puwede ninyong hilingin sa amin na gumawa ng eksepsiyon, kabilang ang paghiling sa amin na:
  - Sakupin ang isang gamot sa Medicare Part D na wala sa Listahan ng mga Gamot ng plano namin o
  - Isantabi ang isang limitasyon sa pagkakasakop namin sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa dami na puwede ninyong makuha)
- Tanungin sa amin kung ang gamot ay sakop para sa inyo (tulad kung ang inyong gamot ay nasa Listahan ng mga Gamot ng plano namin pero dapat namin itong aprubahan bago namin ito sakupin)

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**TANDAAN:** Kung sinasabi sa inyo ng parmasya ninyo na ang inyong reseta ay hindi puwedeng mapunan tulad ng nakasulat dito, bibigyan kayo ng parmasya ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano kami kokontakin para humiling ng desisyon sa pagkakasakop.

Ang inisyal na desisyon sa pagkakasakop tungkol sa inyong mga gamot sa Medicare Part D ay tinatawag na “**pagpapasya sa pagkakasakop**”

- Hinihiling ninyo sa amin na bayaran ang isang gamot na nabili na ninyo. Ito ay paghiling ng desisyon sa pagkakasakop tungkol sa pagbabayad.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa pagkakasakop na ginawa namin, puwede ninyong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa inyo ng seksiyong ito kung paano humingi ng mga desisyon sa pagkakasakop at kung paano mag-apela. Gamitin ang talaan sa ibaba para matulungan kayo.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Alin sa mga sitwasyong ito kayo nabibilang?**

<p>Kailangan ninyo ng gamot na wala sa aming Listahan ng mga Gamot o kailangan naming isantabi ang isang panuntunan o limitasyon sa gamot na aming sakop.</p>	<p>Gusto ninyong sakupin namin ang isang gamot sa aming Listahan ng mga Gamot, at sa palagay ninyo ay natutugunan ninyo ang mga panuntunan o limitasyon ng plano (tulad ng pagkuha ng paunang aprobasyon) para sa gamot na inyong kailangan.</p>	<p>Gusto ninyong ibalik namin ang inyong ibinayad para sa isang gamot na inyong natanggap at nabayaran na.</p>	<p>Sinabi namin sa inyong hindi namin sasakupin o babayaran ang isang gamot sa paraang gusto ninyo.</p>
<p><b>Puwede ninyong hilingin sa amin na gumawa ng eksepsiyon.</b> (Ito ay isang uri ng desisyon sa pagkakasakop.)</p>	<p><b>Puwede kayong humiling sa amin ng desisyon sa pagkakasakop.</b></p>	<p><b>Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong ibinayad.</b> (Ito ay isang uri ng desisyon sa pagkakasakop.)</p>	<p><b>Puwede kayong mag-apela.</b> (Nangangahulugan itong hinihiling ninyo sa aming balikan ang isang desisyon.)</p>
<p>Magsimula sa <b>Seksiyon G2</b>, at pagkatapos ay tingnan ang <b>Seksiyon G3 at G4</b>.</p>	<p>Tingnan ang <b>Seksiyon G4</b>.</p>	<p>Tingnan ang <b>Seksiyon G4</b>.</p>	<p>Tingnan ang <b>Seksiyon G5</b>.</p>

**G2. Mga eksepsiyon sa Medicare Part D**

Kung hindi namin sasakupin ang isang gamot sa paraang gusto ninyo, puwede kayong humiling sa amin na gumawa ng “eksepsiyon.” Kung tatanggihan namin ang hiling ninyo para sa eksepsiyon, puwede ninyong iapela ang aming desisyon.

Kapag humingi kayo ng eksepsiyon, kailangang ipaliwanag ng inyong doktor o iba pang tagareseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan ninyo ng eksepsiyon.

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Ang paghiling ng pagkakasakop ng isang gamot na wala sa aming Listahan ng mga Gamot o ng pag-alis ng limitasyon sa isang gamot ay tinatawag minsan na paghiling ng **“hindi kasama sa pormularyo”**

Narito ang ilang halimbawa ng mga eksepsiyon na puwede ninyong hilingin sa amin o ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta:

### 1. Pagsakop sa isang gamot na wala sa aming *Listahan ng mga Gamot*

- Kung sasang-ayon kami na gumawa ng eksepsiyon at sakupin ang isang gamot na wala sa aming Listahan ng mga Gamot, babayaran ninyo ang copay na nalalapat para sa mga gamot sa Antas 2 para sa mga branded na gamot o Antas 1 para sa mga generik na gamot.
- Hindi kayo puwedeng makakuha ng eksepsiyon sa itinatakdang halaga ng copay para sa gamot.

### 2. Pag-aalis ng limitasyon para sa isang nasasakop na gamot

- May mga karagdagang panuntunan o limitasyong mailalapat sa ilang partikular na gamot na nasa aming Listahan ng mga Gamot (tingnan ang **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa mga karagdagang impormasyon).
- Kabilang sa mga karagdagang panuntunan at limitasyon para sa ilang partikular na gamot ang:
  - Kinakailangan na gamitin ang generik na gamot sa halip na branded na gamot.
  - Pagkuha ng aming aprobasyon nang maaga bago kami sumang-ayon na sakupin ang gamot para sa inyo. Minsan, tinatawag itong “paunang awtorisasyon (PA).”
  - Kinakailangan na sumubok ng ibang gamot muna bago kami sumang-ayon na sakupin ang gamot na hinihiling ninyo. Minsan, tinatawag itong “step therapy (mga hakbang na kailangan sa paggamot).”
  - Limitasyon sa dami. Para sa ilang mga gamot, may mga limitasyon sa dami ng gamot na maaari kayong magkaroon.
- Kung papayagan namin ang isang eksepsiyon para sa inyo at kung may isasantabi kaming paghihigpit, puwede kayong humiling ng eksepsiyon sa halaga ng copay na kailangan ninyong bayaran.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- 3. Pagpapalit ng pagkakasakop ng isang gamot patungo sa mas mababang antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran).** Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng mga Gamot* ay nasa isa sa dalawang antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran). Sa pangkalahatan, kung mas mababa ang antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran), mas mababa ang hihingiin sa inyong halaga ng copay.

Ang paghiling na magbayad ng mas murang halaga para sa sakop na gamot na hindi mas pinipili ay tinatawag minsang paghiling ng **“hindi kasama sa pagbibigay ng antas (tiering exception).”**

- Karaniwan, ang Listahan ng mga Gamot namin ay kinabibilangan ng higit sa isang gamot para sa partikular na kondisyon. Tinatawag ang mga ito na mga “alternatibong” gamot.
- Kung ang alternatibong gamot para sa inyong kondisyong medikal ay nasa isang mas mababang antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) kaysa sa iniinom ninyo, puwede ninyong hilingin sa amin na sakupin ito sa halaga ng cost sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ng alternatibong gamot. Mapapababa nito ang halaga ng inyong copay para sa gamot.
- Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan ng eksepsiyon sa pagbibigay ng antas at lampas isa ang mas mababang antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) na may mga alternatibong gamot na hindi ninyo puwedeng inumin, ang pinakamababang halaga ang kadalasang babayaran ninyo.

### **G3. Mga bagay na mahalagang malaman tungkol sa paghiling para sa mga eksepsiyon**

**Dapat sabihin sa amin ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta ang mga medikal na dahilan.**

Ang inyong doktor o iba pang tagareseta ay dapat na magbigay sa amin ng pahayag na nagpapaliwanag ng mga medikal na dahilan para humiling ng eksepsiyon. Para sa mas mabilis na desisyon, isama ang impormasyong medikal mula sa inyong doktor o ibang nagbigay ng reseta kapag humingi kayo ng eksepsiyon.

Karaniwan, ang Listahan ng mga Gamot namin ay kinabibilangan ng higit sa isang gamot para sa partikular na kondisyon. Tinatawag ang mga ito na mga “alternatibong” gamot. Kung ang isang alternatibong gamot ay kasing bisa ng gamot na inyong hinihiling at hindi naman magdudulot ng masasamang epekto o iba pang problema sa kalusugan, karaniwang **hindi** namin aaprubahan ang inyong hiling para sa eksepsiyon. Kung hihiling kayo ng eksepsiyon sa

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

pagbibigay ng antas, sa pangkalahatan ay **hindi** namin aaprubahan ang inyong kahilingan sa eksepsiyon maliban kung hindi tatalab sa inyo ang lahat ng alternatibong gamot sa (mga) mas mababang antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) o kung magdudulot ang mga ito ng hindi kanais-nais na reaksiyon o iba pang panganib.

#### **Puwede kaming magsabi ng Oo o Hindi sa inyong kahilingan.**

- Kung ang sagot namin ay **Oo** sa inyong kahilingan para sa eksepsiyon, ang eksepsiyon ay karaniwang may bisa hanggang sa katapusan ng taon. Ito ay totoo hanggang patuloy na nagbibigay ng reseta ang inyong doktor at ang gamot ay patuloy na ligtas at mabisa para sa inyong kondisyon.
- Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa inyong kahilingan sa eksepsiyon, puwede kayong mag-apela. Tingnan ang **Seksiyon G5** para sa impormasyon sa kung paano mag-apela kung ang sagot namin ay **Hindi**.

Ang susunod na seksiyon ay nagsasabi kung paano humiling ng desisyon sa pagkakasakop, kabilang na ang eksepsiyon.

#### **G4. Paghiling ng desisyon sa pagkakasakop, kabilang ang eksepsiyon**

- Hilingin ang uri ng desisyon sa pagkakasakop na gusto ninyo sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-866-880-0606, pagsulat, o pag-fax sa amin. Kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong doktor (o ibang nagbigay ng reseta) ay maaaring gawin ito. Pakilagay ang inyong pangalan, impormasyon sa pagkontak, at impormasyon tungkol sa claim (paghahabol ng kabayaran).
- Kayo o ang inyong doktor (o iba pang tagareseta) o ibang tao na kumakatawan sa inyo ay puwedeng humiling ng desisyon sa pagkakasakop. Maaari ring isang abogado ang kumatawan sa inyo.
- Tingnan ang **Seksiyon E3** para malaman kung paano papangalanan ang isang tao bilang inyong kinatawan.
- Hindi ninyo kailangang magbigay ng nakasulat na pahintulot sa inyong doktor o iba pang tagareseta para humiling sa amin ng desisyon sa pagkakasakop sa inyong ngalan.
- Kung gusto ninyong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad ninyo para sa isang gamot, tingnan ang **Kabanata 7** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.
- Kung hihiling kayo ng eksepsiyon, bigyan kami ng “sumusuportang pahayag.” Kabilang sa sumusuportang pahayag ang mga medikal na dahilan ng inyong doktor o iba pang tagareseta para sa kahilingan sa eksepsiyon.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Puwedeng i-fax o ipadala sa amin sa mail ng inyong doktor o iba pang tagareseta ang sumusuportang pahayag. Puwede rin nilang sabihin sa amin sa telepono at pagkatapos ay i-fax o ipadala sa mail ang pahayag.

### **Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling sa amin ng “mabilis na desisyon sa pagkakasakop.”**

Gagamitin namin ang mga “karaniwang deadline” maliban kung sasang-ayon kami na gamitin ang “mabibilis na deadline.”

- Nangangahulugan ang **pamantayang desisyon sa pagkakasakop** na bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.
- Nangangahulugan ang **mabilis na desisyon sa pagkakasakop** na bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.

Ang “mabilis na desisyon sa pagkakasakop” ay tinatawag na “**pinabilis na pagpapasya sa pagkakasakop.**”

Puwede kayong makakuha ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop kung:

- Para ito sa isang gamot na hindi ninyo nakuha. Hindi kayo makakakuha ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop kung hihilingin ninyo sa aming ibalik ang ibinayad ninyo para sa isang gamot na nabili na ninyo.
- Lubhang maaapektuhan ang inyong kalusugan o kakayahang kumilos kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.

Kung sasabihan kami ng inyong doktor o iba pang tagareseta na kinakailangan ng inyong kalusugan ang mabilis na desisyon sa pagkakasakop, sasang-ayon kami at ibibigay namin ito sa inyo. Magpapadala kami sa inyo ng sulat na magpapaalam sa inyo.

- Kung hihiling kayo ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop nang walang suporta mula sa inyong doktor o iba pang tagareseta, kami ang magdedesisyon kung bibigyan kayo ng mabilis na desisyon sa pagkakasakop.
- Kung magdedesisyon kami na hindi natutugunan ng inyong kondisyong medikal ang mga itinatakda para sa mabilis na desisyon sa pagkakasakop, gagamitin namin ang mga karaniwang deadline.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Magpapadala kami sa inyo ng sulat na magpapaalam sa inyo na gagamitin namin ang karaniwang deadline. Ipapaalam din sa inyo ng sulat kung paano maghain ng reklamo tungkol sa aming dedsisyon.
- Puwede kayong maghain ng mabilis na pagrereklamo at makakuha ng tugon sa loob ng 24 na oras. Para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa paghahain ng reklamo, kabilang ang mabilis na pagrereklamo, tingnan ang **Seksiyon K**.

### **Mga deadline para sa mabilis na desisyon sa pagkakasakop**

- Kapag gagamitin namin ang mabilis na deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan. Kung hihiling kayo ng eksepsiyon, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming matanggap ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor. Ibibigay namin sa inyo ang sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa proseso ng mga apela sa Antas 2 para sa pagrepaso ng IRO. Tingnan ang **Seksiyon G6** para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa Apela sa Antas 2.
- Kung ang sagot namin ay **Oo** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang pagkakasakop sa loob ng 24 na oras pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor.
- Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, magpapadala kami sa inyo ng sulat na may mga dahilan. Ipapaalam din ng sulat na ito sa inyo kung paano mag-apela.

### **Mga deadline para sa pamantayang desisyon sa pagkakasakop tungkol sa isang gamot na hindi ninyo nakuha**

- Kapag gagamitin namin ang mga karaniwang deadline, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan. Kung hihiling kayo ng eksepsiyon, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor. Ibibigay namin sa inyo ang sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa proseso ng mga apela sa Antas 2 para sa pagrepaso ng IRO.
- Kung ang sagot namin ay **Oo** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang pagkakasakop sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor para sa isang eksepsiyon.
- Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, magpapadala kami sa inyo ng sulat na may mga dahilan. Ipapaalam din ng sulat na ito sa inyo kung paano mag-apela.

### **Mga deadline para sa karaniwang desisyon sa pagkakasakop tungkol sa isang gamot na nabili na ninyo**

- Kailangan naming ibigay ang aming sagot sa loob ng 14 araw ng kalendaryo matapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa proseso ng mga apela sa Antas 2 para sa pagrepaso ng IRO.
- Kung ang sagot namin ay **Oo** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, ibabalik namin ang ibinayad ninyo sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo.
- **Kung** ang sagot namin ay **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, magpapadala kami sa inyo ng sulat na may mga dahilan. Ipapaalam din ng sulat na ito sa inyo kung paano mag-apela.

### **G5. Paghahain ng Apela sa Antas 1**

Ang isang apela sa aming plano tungkol sa desisyon sa pagkakasakop ng gamot sa Medicare Part D ay tinatawag na “**muling pagpapasya**” ng plano.

- Simulan ang inyong **karaniwan** o **mabilis na apela** sa pamamagitan ng pagtawag sa **1-866-880-0606**, pagsulat, o pag-fax sa amin. Kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong doktor (o ibang nagbigay ng reseta) ay maaaring gawin ito. Pakilagay ang inyong pangalan, impormasyon sa pagkontak, at impormasyon tungkol sa inyong apela.
- Kailangan ninyong humiling ng apela **sa loob ng 65 araw ng kalendaryo** mula sa petsa ng sulat na ipinadala namin para sabihin sa inyo ang aming desisyon.

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Kung nahuli kayo sa deadline at may mabuting dahilan kaya nagkagayon, puwede namin kayong bigyan ng mas mahabang panahon para mag-apela. Ang mga halimbawa ng magandang dahilan ay kung kayo ay nagkaroon ng malubhang sakit o nagbigay kami sa inyo ng maling impormasyon tungkol sa deadline. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela kapag kayo ay nag-apela.
- Mayroon kayong karapatan na humingi sa amin ng libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Kayo at ang inyong doktor ay puwedeng magbigay sa amin ng mga karagdagang impormasyon para suportahan ang inyong apela.

### Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela.

Ang mabilis na apela ay tinatawag ding “**pinabilis na muling pagpapasya.**”

- Kung mag-aapela kayo sa isang desisyong ginawa namin tungkol sa isang gamot na hindi ninyo natanggap, kayo at ang inyong doktor o ibang tagareseta ang magdedesisyon kung kailangan ninyo ng mabilis na apela.
- Ang mga itinatakda para sa mabilis na apela ay katulad lang ng mga kahingian para sa mabilis na desisyon sa pagkakasakop . Tingnan ang **Seksiyon G4** para sa karagdagang impormasyon.

Isasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

- Rerepasuhin namin ang inyong apela at susuriin ulit namin nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan sa pagkakasakop.
- Susuriin namin kung nasunod namin ang mga panuntunan noong sumagot kami ng **Hindi** sa inyong kahilingan.
- Maaari kaming kumontak sa inyo o sa inyong doktor o ibang nagbigay ng reseta para sa karagdagang impormasyon.

### Mga deadline para sa mabilis na apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang mabilis na deadline, kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
  - Ibibigay namin sa inyo ang sagot nang mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Kung hindi namin maibibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras, kinakailangan naming ipadala sa Antas 2 ng proseso ng mga apela ang inyong kahilingan. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Tingnan ang **Seksiyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon para sa pagrepaso at sa proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung ang sagot namin ay **Oo** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, dapat naming ibigay ang pagkakasakop na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa inyo kung paano kayo makakapag-apela.

### Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang mga karaniwang deadline, kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 7 araw** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela para sa isang gamot na hindi ninyo natanggap.
- Magbibigay kami ng desisyon sa lalong madaling panahon kung hindi ninyo natanggap ang gamot at kinakailangan ito ng kalagayan ng inyong kalusugan. Kung naniniwala kayong kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela.
  - Kung hindi namin maibibigay sa inyo ang desisyon sa loob ng 7 araw, kailangan naming ipadala sa Antas 2 ng proseso ng mga apela ang inyong kahilingan. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Tingnan ang **Seksiyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon para sa pagrepaso at sa proseso ng mga apela sa Antas 2.

Kung ang sagot namin ay **Oo** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan:

- Kailangan naming **ibigay ang pagkakasakop** na sinang-ayunan naming ibigay nang mabilis ayon sa kinakailangan ng inyong kalusugan pero **hindi lalampas sa 7 araw** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kailangan naming **magpadala ng bayad sa inyo** para sa isang gamot na binili ninyo **sa loob ng 30 araw** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.

Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan:

- Magpapadala kami sa inyo ng sulat na magpapaliwanag ng mga dahilan at magsasabi sa inyo kung paano kayo makakapag-apela.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Kailangan naming ibigay sa inyo ang aming sagot tungkol sa pagbabalik ng ibinayad ninyo para sa isang gamot na binili ninyo **sa loob ng 14 na araw** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
  - Kung hindi kami makakapagbigay sa inyo ng desisyon sa loob ng 14 na araw, kakailanganin naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Tingnan ang **Seksiyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon para sa pagrepaso at sa proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung ang sagot namin ay **Oo** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, dapat namin kayong bayaran sa loob ng 30 araw pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, magpapadala kami sa inyo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at nagsasabi sa inyo kung paano kayo makakapag-apela.

## G6. Paghahain ng Apela sa Antas 2

Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa inyong Apela sa Antas 1, magagawa ninyong tanggapin ang aming desisyon o mag-apela ulit. Kung magdedesisyon kayong mag-apela ulit, gagamitin ninyo ang proseso ng mga apela sa Antas 2. Rerepasuhin ng **IRO** ang aming desisyon kapag ang sagot namin ay **Hindi** sa inyong unang apela. Ang organisasyong ito ang magdedesisyon kung dapat naming baguhin ang aming desisyon.

Ang pormal na tawag sa “Organisasyon para sa Independiyenteng Pagrerepaso” (IRO) ay “**Independiyenteng Entidad sa Pagsusuri (Independent Review Entity o IRE)**,” na tinatawag minsan na “**IRE**”.

Para maghain ng Apela sa Antas 2, kailangan ninyo, ng kinatawan ninyo, o ng inyong doktor o ibang tagareseta na kontakin ang IRO **sa pamamagitan ng sulat** at humiling ng pagrepaso ng inyong kaso.

- Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa inyong Apela sa Antas 1, ang sulat na ipapadala namin sa inyo ay may kasamang **mga tagubilin kung paano maghain ng Apela sa Antas 2** sa Organisasyon para sa IRO. Sasabihin ng mga tagubilin kung sino ang puwedeng maghain ng Apela sa Antas 2, kung ano ang mga susundin na deadline, at kung paano kokontakin ang organisasyon.
- Kapag nag-apela kayo sa IRO, magpapadala kami ng impormasyon na mayroon kami tungkol sa inyong apela sa organisasyong ito. Ang impormasyong ito

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



tinatawag na “kopya ng kaso”. **May karapatan kayo sa libreng kopya ng inyong kaso.** Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng libreng kopya ng inyong case file, tumawag sa 1-866-880-0606.

- May karapatan kayo na magbigay sa IRO ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Rerepasuhin ng IRO ang inyong Apela sa Antas 2 ng Medicare Part D at bibigyan kayo nito ng sagot sa pamamagitan ng sulat. Tingnan ang **Seksiyon F4** para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa IRO.

### **Mga deadline para sa mabilis na apela sa Antas 2**

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng mabilis na apela sa IRO.

- Kung sasang-ayon sila sa mabilis na apela, dapat nila kayong bigyan ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan sa pag-aapela.
- Kung ang sagot nila ay **Oo** sa isang bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan, kailangan naming ibigay ang inaprubahang pagkakasakop ng gamot **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos makuha ang desisyon ng IRO.

### **Mga deadline para sa karaniwang apela sa Antas 2**

Kung kayo ay may karaniwang apela sa Antas 2, kinakailangan kayong bigyan ng sagot ng IRO:

- **sa loob ng 7 araw** pagkatapos nilang makuha ang inyong apela para sa isang gamot na hindi niyo natanggap.
- **sa loob ng 14 na araw** pagkatapos matanggap ang inyong apela para sa pagbabayad para sa isang gamot na inyong binili.

Kung ang sagot ng IRO ay **Oo** sa bahagi o kabuuan ng inyong kahilingan:

- Kailangan naming ibigay ang inaprubahang pagkakasakop ng gamot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO.
- Kailangan naming ibalik ang ibinayad ninyo para sa isang gamot na binili ninyo sa loob ng 30 araw pagkatapos naming matanggap ang desisyon ng IRO.
- Kung ang sagot ng IRO sa inyong apela ay **Hindi**, nangangahulugan itong sumasang-ayon sila sa aming desisyong hindi aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag itong “paninindigan sa desisyon” o “pagtangi sa inyong apela”.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Kung ang sagot ng IRO ay **Hindi** sa inyong Apela sa Antas 2, mayroon kayong karapatan sa Apela sa Antas 3 kung ang halaga sa dolyar ng pagkakasakop sa gamot na hinihiling ninyo ay tumutugon sa pinakamababang halaga ng dolyar. Kung ang halaga sa dolyar ng pagkakasakop sa gamot na hinihiling ninyo ay mas mababa sa itinatakhang minimum, hindi kayo makakapag-apela ulit. Sa ganoong kaso, pinal na ang desisyon sa Apela sa Antas 2. Magpapadala sa inyo ng sulat ang IRO na magsasabi sa inyo ng pinakamababang halaga ng dolyar na kinakailangan para makapagpatuloy sa Apela sa Antas 3.

Kung ang halaga sa dolyar ng pagkakasakop na hinihiling ninyo ay nakakatugon sa kahingian, makakapamilya kayo kung gusto pa ninyong mag-apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2.
- Kung ang sagot ng IRO sa inyong Apela sa Antas 2 ay **Hindi** at natutugunan ninyo ang itinatakda para ipagpatuloy ang proseso ng mga apela, kayo:
  - Ang magdedesisyon kung gusto ninyong gumawa ng Apela sa Antas 3.
  - Tingnan ang sulat na ipinadala sa inyo ng IRO pagkatapos ng inyong Apela sa Antas 2 para sa mga detalye tungkol sa kung paano maghain ng Apela sa Antas 3.

Pinapangasiwaan ng ALJ o abogadong tagapagpasya ang mga Apela sa Antas 3. Tingnan ang **Seksiyon J** para sa impormasyon tungkol sa Mga Apela sa Antas 3, 4, at 5.

---

## H. Paghiling ng pagkakasakop para sa mas matagal na pamamalagi sa ospital

Kapag na-admit kayo sa isang ospital, mayroon kayong karapatan na makuha ang lahat ng serbisyo sa ospital na aming sakop na kinakailangan para tukuyin at gamutin ang inyong sakit o pinsala. Para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa pagkakasakop sa ospital ng aming plano, tingnan ang **Kabanata 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

Habang nananatili kayo sa ospital nang may pagkakasakop, makikipagtulungan sa inyo ang inyong doktor at kawani ng ospital para sa paghahanda sa araw ng paglabas ninyo sa ospital. Tutulong din sila sa pag-aayos ng pangangalaga na posibleng kailanganin ninyo paglabas ninyo.

- Ang araw nang pag-alis ninyo sa ospital ay tinatawag na “petsa ng paglabas sa ospital.”

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Sasabihin sa inyo ng doktor o kawani ng ospital ang petsa ng paglabas ninyo sa ospital.

Kung sa palagay ninyo kayo ay maagang pinapalabas sa ospital o nag-aalala kayo sa inyong pangangalaga kapag nakalabas na kayo sa ospital, puwede kayong humiling ng mas matagal na pananatili sa ospital. Ang seksiyon na ito ay nagsasabi sa inyo kung paano humiling.

Sa kabila ng mga apelang tinalakay sa **Seksiyon H** na ito, maaari rin kayong maghain ng reklamo at humiling ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal sa DMHC para sa patuloy ninyong pamamalagi sa ospital. Pakitingnan ang **Seksiyon F4** para malaman kung paano magsampa ng reklamo sa DMHC at humiling sa kanila ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal. Puwede kayong humingi ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal bilang karagdagan o sa halip na Antas 3 na Apela.

## H1. Alamin ang inyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos ninyong ma-admit sa ospital, may isang tao sa ospital, tulad ng nurse o caseworker, na magbibigay sa inyo ng nakasulat na abiso na tinatawag na “Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan.” Ang lahat ng may Medicare ay makakakuha ng kopya ng abiso kapag sila ay na-admit sa ospital.

Kung hindi ninyo matatanggap ang abisong ito, hingin ito sa kahit na sinong empleyado ng ospital. Kung kailangan ninyo ng tulong, tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina. Puwede rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras bawat araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

- **Basahin ang abiso** nang mabuti at magtanong kung hindi ninyo ito maintindihan. Sinasabi sa inyo ng abiso ang inyong mga karapatan bilang pasyente sa ospital, kabilang ang inyong mga karapatan na:
  - Makakuha ng mga serbisyong sakop ng Medicare habang at pagkatapos ng inyong pananatili sa ospital. Mayroon kayong karapatan na malaman kung ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito, at kung saan ninyo makukuha ang mga serbisyong ito.
  - Maging bahagi ng anumang desisyon tungkol sa tagal ng inyong pananatili sa ospital.
  - Malaman kung saan iuulat ang anumang alalahaning mayroon kayo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga sa ospital.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Mag-apela kung sa palagay ninyo ay masyadong maaga kayong pinapalabas sa ospital.
- **Lagdaan ang abiso** para ipakitang natanggap ninyo ito at nauunawaan ninyo ang inyong mga karapatan.
  - Kayo o ang sinumang kumakatawan sa inyo ay puwedeng lumagda sa abiso.
  - Ipinapakita **lang** ng paglagda sa abiso na nakuha ninyo ang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Ang paglagda ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon kayo sa petsa ng paglabas sa ospital na posibleng sinabi sa inyo ng inyong doktor o kawani ng ospital.
- **Itabi ang inyong kopya** ng nilagdaang abiso para mayroon kayong impormasyon kung kakailanganin ninyo ito.

Kung lalagdaan ninyo ang abiso nang mahigit dalawang araw bago ang araw ng paglabas ninyo sa ospital, makakakuha kayo ng panibagong kopya bago kayo lumabas sa ospital.

Puwede ninyong tingnan ang kopya ng abiso nang maaga kung inyong:

- Tatawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina
- Tatawagan ang Medicare sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras bawat araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Pumunta sa [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

## H2. Paghahain ng Apela sa Antas 1

Kung gusto ninyong sakupin namin ang inyong mga inpatient na serbisyo sa ospital nang mas matagal, mag-apela. Nirerepaso ng Quality Improvement Organization (QIO) ang Apela sa Antas 1 para malaman kung ang nakaplano ninyong petsa ng paglabas sa ospital ay angkop sa paggamot ninyo.

Ang QIO ay grupo ng mga doktor at iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng federal na pamahalaan. Sumusuri at tumutulong ang mga ekspertong ito na pagandahin ang kalidad para sa mga tao gamit ang Medicare. Hindi sila bahagi ng aming plano.

Sa California, Livanta ang QIO. Tawagan sila sa 1-877-588-1123. Nasa abiso rin ang impormasyon sa pagkontak, “Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong Mga Karapatan,” at sa **Kabanata 2**.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## Tawagan ang QIO bago kayo lumabas ng ospital at hindi tatagal sa inyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital.

- **Kung tatawag kayo bago kayo umalis**, puwede kayong manatili sa ospital pagkatapos ng inyong petsa ng nakaplanong paglabas sa ospital nang hindi nagbabayad para dito habang hinihintay ninyo ang desisyon ng QIO tungkol sa inyong apela.
- **Kung hindi kayo tatawag para mag-apela**, at magdedesisyon kayong manatili sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital, puwede ninyong bayaran ang lahat ng gastos para sa pangangalaga sa ospital na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital.
- Dahil sakop ng Medicare at Medi-Cal ang mga pananatili sa ospital, kung hindi diringgin ng Quality Improvement Organization ang inyong kahilingang ipagpatuloy ang inyong pananatili sa ospital, o naniniwala kayong nangangailangan ng agarang atensyon ang inyong sitwasyon, o may kaakibat na tuwiran at seryosong banta sa inyong kalusugan, o kung lubha kayong nahihirapan, puwede rin kayong maghain ng reklamo sa o humiling sa Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal. Pakitingnan ang **Seksiyon F4** para malaman kung paano maghain ng reklamo at humiling ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal sa DMHC.

**Humiling ng tulong kung kailangan ninyo.** Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ninyo ng tulong kahit kailan:

- Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222.

**Humiling ng mabilis na pagrepaso.** Kumilos nang mabilis at kontakin ang QIO para humiling ng mabilis na pagrepaso ng inyong paglabas sa ospital.

Ang legal na termino para sa “**mabilis na pagrepaso**” ay “**agad na pagrepaso**” o “**pinabilis na pagrepaso.**”

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## Ano ang nangyayari habang isinasagawa ang mabilis na pagrepaso

- Tatanungin kayo o ang kinatawan ninyo ng mga tagarepaso sa QIO kung bakit naniniwala kayo na dapat magpatuloy ang pagkakasakop pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital. Hindi ninyo kinakailangang sumulat ng pahayag, pero puwede ninyo itong gawin.
- Titingnan din ng mga tagarepaso ang inyong impormasyong medikal, makikipag-usap sila sa inyong doktor, at rerepasuhin nila ang impormasyong ibinigay ng ospital at ng aming plano sa kanila.
- Bago magtanghali ng araw pagkatapos sabihin sa aming plano ng mga tagasuri ang tungkol sa inyong apela, makakakuha kayo ng sulat na nagsasaad ng nakatakdang petsa ng inyong paglabas sa ospital. Nakalagay rin sa sulat ang mga dahilan kung bakit sa tingin ng inyong doktor, ng ospital, at namin na ito ang tamang petsa ng paglabas ninyo sa ospital na angkop sa paggamot ninyo.

Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay “**Detalyadong Abiso ng Paglabas sa Ospital.**” Puwede kayong makakuha ng halimbawa sa pamamagitan ng pagtawag sa Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina o sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras bawat araw, 7 araw sa isang linggo. (Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat ding tumawag sa 1-877-486-2048.) Puwede rin kayong sumangguni sa halimbawa ng abiso online sa [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nito, ibibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Oo**:

- Ibibigay namin ang inyong mga sakop na inpatient na serbisyo sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Hindi**:

- Naniniwala silang angkop sa paggamot ang inyong nakaplanong petsa ng paglabas sa ospital.
- Ang aming pagkakasakop para sa inyong mga inpatient na serbisyo sa ospital ay matatapos sa katanghalian pagkatapos ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Posibleng kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng pangangalaga sa ospital na matatanggap ninyo pagkatapos ng katanghalian sa araw pagkatapos ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.
- Puwede kayong gumawa ng Apela sa Antas 2 kung tatanggihan ng QIO ang inyong Apela sa Antas 1 **at** mananatili kayo sa ospital pagkatapos ng petsa ng inyong nakaplanong paglabas sa ospital.

### H3. Paghahain ng Apela sa Antas 2

Para sa isang Apela sa Antas 2, hilingin sa QIO na suriin ulit ang desisyong ginawa nila sa inyong Apela sa Antas 1. Tawagan sila sa 1-877-588-1123.

Kailangan ninyong hilingin ang pagrepasong ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa Antas 1 na Apela. Puwede ninyo **lang** hilingin ang pagrepasong ito kung mananatili kayo sa ospital pagkatapos ng araw kung kailan natapos ang inyong pagkakasakop para sa pangangalaga.

Gagawin ng mga tagarepaso ng QIO ang mga sumusunod:

- Suriin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Apela sa Antas 2 sa loob ng 14 na araw mula noong matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagrepaso.

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Oo**:

- Kailangan namin kayong bayaran para sa aming bahagi ng mga gastusin sa pangangalaga sa ospital mula tanghali sa araw pagkatapos ng petsa kung kailan tinanggihan ng QIO ang inyong Apela sa Antas 1.
- Ibibigay namin ang inyong mga sakop na inpatient na serbisyo sa ospital hangga't medikal na kinakailangan ang mga serbisyo.

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Hindi**:

- Sumasang-ayon sila sa kanilang desisyon tungkol sa inyong Apela sa Antas 1 at hindi na nila ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na magsasabi sa inyo kung ano ang magagawa ninyo kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at maghain ng Apela sa Antas 3.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Maaari din kayong maghain ng reklamo o humiling ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal sa DMHC para sa patuloy ninyong pamamalagi sa ospital. Pakitingnan ang **Seksiyon E4** para malaman kung paano magsampa ng reklamo sa DMHC at humiling sa kanila ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal.

Pinapangasiwaan ng ALJ o abogadong tagapagpasya ang mga Apela sa Antas 3. Tingnan ang **Seksiyon J** para sa impormasyon tungkol sa Mga Apela sa Antas 3, 4, at 5.

---

## I. Paghiling sa amin na patuloy na sakupin ang ilang partikular na serbisyong medikal

Ang seksiyong ito ay tungkol lang sa tatlong uri ng serbisyong posible ninyong nakukuha:

- mga serbisyo para sa pantahanang pangangalaga ng kalusugan
- dalubhasang pangangalaga sa loob ng pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, **at**
- rehabilitasyon na pangangalaga bilang outpatient sa isang CORF na inaprubahan ng Medicare. Karaniwan itong nangangahulugan na nakakatanggap kayo ng paggamot para sa sakit o aksidente, o kayo ay nagpapagaling mula sa isang malaking operasyon.

Sa alinman sa tatlong uri ng serbisyong ito, may karapatan kayong makakuha ng mga sakop na serbisyo hangga't sinasabi ng doktor na kailangan ninyo ang mga ito.

Kapag nagdesisyon kaming itigil ang pagsakop sa anuman sa mga ito, kailangan naming magsabi sa inyo **bago** matapos ang inyong mga serbisyo. Kapag natapos ang inyong pagkakasakop para sa serbisyong iyon, itigil kami sa pagbabayad nito.

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos na namin nang napakaaga ang pagkakasakop ng inyong pangangalaga, **puwede ninyong iapela ang aming desisyon**. Ang seksiyon na ito ay nagsasabi sa inyo kung paano mag-apela.

### I1. Advance na abiso bago matapos ang inyong pagkakasakop

Magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na abiso na matatanggap ninyo nang hindi bababa sa dalawang araw bago kami tumigil sa pagbabayad ng inyong pangangalaga. Tinatawag itong “Abiso ng Walang Pagkakasakop ng Medicare (Notice of Medicare Non-Coverage).” Ipapaalam sa inyo ng abiso ang petsa kung kailan kami itigil sa pagsakop sa inyong pangangalaga at kung paano iapela ang aming desisyon.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).





Kailangan ninyo o ng inyong kinatawan na lagdaan ang abiso para ipakita na natanggap ninyo ito. Ipinapakita **lang** ng paglagda sa abiso na nakuha ninyo ang impormasyon. Ang paglagda ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon kayo sa aming desisyon.

## I2. Paghahain ng Apela sa Antas 1

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos na namin nang napakaaga ang pagkakasakop ng inyong pangangalaga, puwede ninyong iapela ang aming desisyon. Ipinapaalam sa inyo ng seksiyong ito ang tungkol sa proseso ng Pag-aapela sa Antas 1 at kung ano ang gagawin.

- **Tugunan ang mga huling araw ng pagpasa.** Mahalaga ang mga huling araw ng pagpasa. Unawain at sundin ang mga deadline na naaangkop sa mga bagay na dapat ninyong gawin. Kailangan din ng plano namin na sumunod sa mga deadline. Kung sa tingin ninyo ay hindi kami umaabot sa mga deadline namin, puwede kayong magsampa ng reklamo. Tingnan ang **Seksiyon K** para sa impormasyon tungkol sa paghahain ng mga reklamo.
- **Humiling ng tulong kung kailangan ninyo.** Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ninyo ng tulong kahit kailan:
  - Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina.
  - Tawagan ang HICAP sa 1-800-434-0222.
- **Kontakin ang QIO.**
  - Tingnan ang **Seksiyon H2** o tingnan ang **Kabanata 2** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa mga karagdagang impormasyon tungkol sa QIO at kung paano sila kokontakin.
  - Hilingin sa kanilang repasuhin ang inyong apela at magdesisyon kung babaguhin ang desisyon ng aming plano.
- **Kumilos nang mabilis at humiling ng “fast-track na apela.** Tanungin ang QIO kung angkop sa paggamot na tapusin ang pagkakasakop ng inyong mga serbisyong medikal.

### Ang inyong deadline sa pagkontak sa organisasyong ito

- Kailangan ninyong kontakin ang QIO para simulan ang inyong apela bago ang katanghalian ng araw bago ang petsa ng pagkakaroon ng bisa sa “Abiso ng Walang Pagkakasakop ng Medicare” na ipinadala namin sa inyo.
- Kung hindi diringgin ng Quality Improvement Organization ang inyong kahilingang ipagpatuloy ang pagkakasakop sa inyong mga serbisyo para sa

---

**Kung may mga katanungan kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

pangangalagang pangkalusugan o kung sa inyong palagay ay agaran ang inyong sitwasyon, o may kaakibat na agaran at seryosong panganib sa inyong kalusugan o kung kayo ay may matinding kirot, maaari kayong maghain ng reklamo at humiling ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal sa Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California. Pakitingnan ang **Seksiyon F4** para malaman kung paano magsampa ng reklamo sa DMHC at humiling sa kanila ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal.

Ang legal na termino para sa nakasulat na abiso ay **“Abiso ng Walang Pagkakasakop ng Medicare.”** Para makakuha ng sample na kopya, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa mga numero sa ibaba ng pahina o tumawag sa Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras bawat araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. O kumuha ng kopya online sa [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/FFS-Expedited-Determination-Notices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/FFS-Expedited-Determination-Notices).

### Ano ang nagyayari sa isang fast-track na apela

- Tatanungin kayo o ang kinatawan ninyo ng mga tagarepaso sa QIO kung bakit naniniwala kayo na dapat magpatuloy ang pagkakasakop. Hindi ninyo kinakailangang sumulat ng pahayag, pero puwede ninyo itong gawin.
- Titingnan ng mga tagarepaso ang inyong impormasyong medikal, makikipag-usap sila sa inyong doktor, at rerepasuhin nila ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.
- Magpapadala rin ang aming plano sa inyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng mga dahilan ng pagpapatigil sa pagkakasakop sa inyong mga serbisyo. Matatanggap ninyo ang abiso sa katapusan ng araw kung kailan ipapaalam sa amin ng mga tagarepaso ang inyong apela.

Ang legal na termino para sa abisong paliwanag ay **“Detalyadong Paliwanag sa Hindi Pagkakasakop”**.

- Sasabihin sa inyo ng mga tagarepaso ang kanilang desisyon sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyon na kailangan nila.

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Oo**:

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Ibibigay namin sa iyo ang mga sakop na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Hindi**:

- Matatapos ang inyong pagkakasakop sa petsang sinabi namin sa inyo.
- Ititigil namin ang pagbabayad sa bahagi namin sa mga gastusin sa pangangalagang ito sa petsa sa abiso.
- Babayaran ninyo mismo ang buong halaga ng pangangalagang ito kung magdedesiyon kayong ipagpatuloy ang pantahanang pangangalaga ng kalusugan, pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, o mga serbisyo sa CORF pagkatapos ng petsa ng pagtatapos ng inyong pagkakasakop
- Kayo ang magdedesiyon kung gusto ninyong ipagpatuloy ang mga serbisyong ito at maghain ng Apela sa Antas 2.

### **I3. Paghahain ng Apela sa Antas 2**

Para sa isang Apela sa Antas 2, hilingin sa QIO na suriin ulit ang desisyong ginawa nila sa inyong Apela sa Antas 1. Tawagan sila sa 1-877-588-1123.

Kailangan ninyong hilingin ang pagrepasong ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos ng araw na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa Antas 1 na Apela. Puwede **lang** ninyong hilingin ang pagrepasong ito kung ipagpapatuloy ninyo ang pangangalaga pagkatapos ng petsa kung kailan natapos ang inyong pagkakasakop sa pangangalaga.

Gagawin ng mga tagarepaso ng QIO ang mga sumusunod:

- Suriin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Apela sa Antas 2 sa loob ng 14 na araw mula noong matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagrepaso.

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Oo**:

- Babayaran namin kayo para sa aming bahagi sa gastusin sa pangangalaga na inyong natanggap simula sa petsa kung kailan namin sinabing matatapos na ang inyong pagkakasakop.
- Magbibigay kami ng pagkakasakop para sa pangangalaga hangga't ito ay medikal na kinakailangan.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Kung ang sagot ng QIO sa inyong apela ay **Hindi**:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyon na tapusin na ang inyong pangangalaga at hindi na ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na magsasabi sa inyo kung ano ang magagawa ninyo kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at maghain ng Apela sa Antas 3.
- Maaari kayong maghain ng reklamo at humiling ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal sa DMHC para sa patuloy na pagkakasakop ng inyong mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan. Pakitingnan ang **Seksiyon F4** para malaman kung paano humiling ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal sa DMHC. Puwede kayong maghain ng reklamo at humingi ng Independiyenteng Pagrerepasong Medikal sa DMHC bilang karagdagan o sa halip na Antas 3 na Apela.

Pinapangasiwaan ng ALJ o abogadong tagapagpasya ang mga Apela sa Antas 3. Tingnan ang **Seksiyon J** para sa impormasyon tungkol sa Mga Apela sa Antas 3, 4, at 5.

---

## J. Dalhin ang inyong apela higit pa sa Ika-2 Antas

### J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at bagay ng Medicare

Kung kayo ay nagsagawa ng Apela sa Antas 1 at Apela sa Antas 2 para sa mga serbisyo o produkto ng Medicare, at tinanggihan ang parehong apela ninyo, posible kayong magkaroon ng karapatan para sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung ang halaga sa dolyar ng serbisyo o produkto ng Medicare na iniapela ninyo ay hindi nakakatugon sa isang partikular na pinakamaliit na halaga ng dolyar, hindi na kayo puwedeng mag-apela pa. Kung sapat ang taas ng halaga sa dolyar, puwede ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela. Ang sulat na matatanggap ninyo mula sa IRO para sa inyong Apela sa Antas 2 ay magpapaliwanag kung sino ang kokontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Apela sa Antas 3.

#### Apela sa Antas 3

Ang proseso ng Ika-3 Antas na Apela ay isang pgndinig ng ALJ. Ang taong nagdedesisyon ay ang ALJ o abogadong tagapagpasya na nagtatrabaho para sa federal na pamahalaan.

Kung ang sagot ng ALJ o abogadong tagapagpasya sa inyong apela ay **Oo**, mayroon kaming karapatang mag-apela ng desisyon sa Antas 3 na mainam sa inyo.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Kung nagdesisyon kami na **iapela** ang desisyon, papadalhan namin kayo ng kopya ng kahilingan ng Apela sa Antas 4 na may anumang kasamang dokumento. Maaari kaming maghintay sa desisyon sa Apela sa Antas 4 bago magbigay ng awtorisasyon o serbisyo na pinagtatalunan.
- Kung magdedesisyon kami na **hindi iapela** ang desisyon, dapat namin kayong pahintulutan o bigyan ng serbisyo sa loob ng 60 araw pagkatapos makuha ang desisyon ng ALJ o abogadong tagapagpasya.
  - Kung ang sagot ng ALJ o abogadong tagapagpasya sa inyong apela ay **Hindi**, posibleng hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.
- Kung magdedesisyon kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, ang proseso ng mga apela ay tapos na.
- Kung magdedesisyon kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, puwede kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagrepaso. Sasabihin sa inyo ng abisong makukuha ninyo kung ano ang susunod na gagawin para sa Apela sa Antas 4.

#### Apela sa Antas 4

Rerepasuhin ng Konseho sa Mga Apela sa Medicare (Konseho) ang inyong apela at bibigyan nila kayo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng federal na pamahalaan.

Kung ang Konseho ay magbibigay ng sagot na **Oo** sa inyong Apela sa Antas 4 o tatanggihan nila ang aming kahilingang repasuhin ang desisyon sa Apela sa Antas 3 na pabor sa inyo, mayroon kaming karapatang mag-apela sa Antas 5.

- Kung magdedesisyon kaming **iapela** ang desisyon, ipapaalam namin ito sa inyo sa pamamagitan ng sulat.
- Kung magdedesisyon kaming **hindi iapela** ang desisyon, dapat namin kayong pahintulutan o bigyan ng serbisyo sa loob ng 60 araw pagkatapos makuha ang desisyon ng Konseho.

Kung sasagot ang Konseho ng **Hindi** o tatanggihan nila ang kahilingan namin sa pagrepaso, posibleng hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magdedesisyon kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, ang proseso ng mga apela ay tapos na.
- Kung magdedesisyon kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, posibleng magawa ninyong magpatuloy sa susunod na antas

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

ng proseso ng pagrepaso. Ang abisong matatanggap ninyo ay magsasabi sa inyo kung makapagpatuloy kayo sa Apela sa Antas 5 at kung ano ang gagawin.

### **Apela sa Antas 5**

- Rerepasuhin ng hukom sa Federal District Court ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magdedesisyon ito kung **Oo** o **Hindi**. Ito ang pinal na desisyon. Wala nang iba pang antas ng pag-aapela na mas mataas sa Federal District Court.

### **J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal**

Mayroon din kayong iba pang karapatan sa pag-aapela kung ang inyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o produktong karaniwang sakop ng Medi-Cal. Ang sulat na makukuha ninyo mula sa Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ay magsasabi sa inyo kung ano ang gagawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

### **J3. Ang mga Antas ng Apela 3, 4, at 5 para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Medicare Part D**

Ang seksiyon na ito ay naaangkop sa inyo kung gumawa kayo ng Apela sa Antas 1 at Apela sa Antas 2, at ang parehong apela ay tinanggihan.

Kung ang halaga sa gamot na iniaapela ninyo ay nakatutugon sa partikular na halaga sa dolyar, puwede kayong makarating sa mga karagdagang antas ng apela. Ipinapaliwanag ng nakasulat na tugon na natanggap ninyo sa inyong Apela sa Antas 2 kung sino ang kokontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Apela sa Antas 3.

### **Apela sa Antas 3**

Ang proseso ng Ika-3 Antas na Apela ay isang pgnadinig ng ALJ. Ang taong nagdedesisyon ay ang ALJ o abogadong tagapagpasya na nagtatrabaho para sa federal na pamahalaan.

Kung ang sagot ng ALJ o abogadong tagapagpasya sa inyong apela ay **Oo**:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kailangan naming pahintulutan o ibigay ang inaprubahang pagkakasakop sa gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Kung ang sagot ng ALJ o abogadong tagapagpasya sa inyong apela ay **Hindi**, posibleng hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magdedesisyon kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, ang proseso ng mga apela ay tapos na.
- Kung magdedesisyon kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, puwede kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagrepaso. Sasabihin sa inyo ng abisong makukuha ninyo kung ano ang susunod na gagawin para sa Apela sa Antas 4.

#### **Apela sa Antas 4**

Rerepasuhin ng Konseho ang inyong apela at bibigyan nila kayo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng federal na pamahalaan.

Kung ang sagot ng Konseho sa inyong apela ay **Oo**:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kailangan naming pahintulutan o ibigay ang inaprubahang pagkakasakop sa gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 araw pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung ang sagot ng Konseho sa inyong apela ay **Hindi**, posibleng hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magdedesisyon kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, ang proseso ng mga apela ay tapos na.
- Kung magdedesisyon kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tumatanggi sa inyong apela, posibleng magawa ninyong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagrepaso. Ang abisong matatanggap ninyo ay magsasabi sa inyo kung makapagpatuloy kayo sa Apela sa Antas 5 at kung ano ang gagawin.

#### **Apela sa Antas 5**

- Rerepasuhin ng hukom sa Federal District Court ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magdedesisyon ito kung **Oo** o **Hindi**. Ito ang pinal na desisyon. Wala nang iba pang antas ng pag-aapela na mas mataas sa Federal District Court.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## K. Paano maghain ng reklamo

### K1. Anong mga uri ng problema ang mga dapat na ireklamo

Ang proseso ng pagrereklamo ay ginagamit lang sa ilang partikular na uri ng problema, tulad ng mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, tagal ng paghihintay, koordinasyon ng pangangalaga, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng problema na hinahawakan ng proseso ng pagrereklamo.

Reklamo	Halimbawa
<b>Kalidad ng inyong pangangalagang medikal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hindi kayo nasisiyahan sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng natanggap ninyong pangangalaga sa ospital.</li> </ul>
<b>Paggalang sa inyong pagiging pribado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sa inyong palagay, may hindi rumespeto sa inyong karapatan sa pagkapribado o nagbahagi ng kumpidensyal na impormasyon tungkol sa inyo.</li> </ul>
<b>Kawalan ng respeto, hindi magandang serbisyo sa customer, o iba pang hindi magandang pag-uugali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ang tagabigay ng serbisyo o kawani sa pangangalagang pangkalusugan ay bastos o hindi magalang sa inyo.</li> <li>Hindi maganda ang pagtrato sa inyo ng aming mga kawani.</li> <li>Sa palagay ninyo ay itinatakwil kayo sa aming plano.</li> </ul>
<b>Accessibility at tulong sa wika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hindi kayo makapunta at/o makakuha ng mga serbisyo at pasilidad para sa pangangalagang pangkalusugan sa opisina ng doktor o tagabigay ng serbisyo.</li> <li>Hindi nagbibigay ng tagasalin ang inyong doktor o tagabigay ng serbisyo para sa wikang sinasalita ninyo na hindi Ingles (tulad ng American Sign Language o Espanyol).</li> <li>Hindi kayo binibigyan ng inyong tagabigay ng serbisyo ng iba pang makatuwirang konsiderasyon na kailangan ninyo at hinihingi.</li> </ul>

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



Reklamo	Halimbawa
<b>Mga oras ng paghihintay</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nagkakaproblema kayo sa pagkuha ng appointment o naghihintay kayo nang masyadong matagal para makakuha nito.</li> <li>• Pinaghihintay rin kayo nang masyadong matagal ng mga doktor, pharmacist, o iba pang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan, Yunit ng CareAdvantage, o iba pang kawani ng plano.</li> </ul>
<b>Kalinisan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sa palagay ninyo ay hindi malinis ang klinika, ospital o opisina ng doktor.</li> </ul>
<b>Impormasyon na inyong makukuha mula sa amin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sa palagay ninyo ay bigo kami sa pagbigay sa inyo ng pabatid o liham na dapat ninyong natanggap.</li> <li>• Sa palagay ninyo, ang nakasulat na impormasyong ipinadadala namin sa inyo ay masyadong mahirap maunawaan.</li> </ul>
<b>Pagiging napapanahon na nauugnay sa mga desisyon sa pagkakasakop o apela</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sa palagay ninyo ay hindi namin naaabot ang aming mga deadline sa paggawa ng desisyon sa pagkakasakop o pagsagot sa inyong apela.</li> <li>• Naniniwala kayo na, pagkatapos makakuha ng desisyon o apela sa pagkakasakop na pabor sa inyo, hindi namin naaabot ang mga deadline sa pag-aproba o pagbibigay sa inyo ng serbisyo o pagbabalik ng ibinayad ninyo para sa ilang partikular na serbisyong medikal.</li> <li>• Hindi kayo naniniwalang ipinadala namin ang inyong kaso sa IRO nang nasa oras.</li> </ul>

**May iba't ibang uri ng mga reklamo.** Puwede kayong gumawa ng panloob na reklamo at/o panlabas na reklamo. Ang isang panloob na reklamo ay isinasampa sa at nirerepaso ng aming plano. Ang isang panlabas na reklamo ay isinasampa sa at nirerepaso ng isang organisasyong hindi nauugnay sa aming plano. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paggawa

**Kung may mga katanungan kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

ng panloob at/o panlabas na reklamo, puwede ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

Ang legal na termino para sa “reklamo” ay “**karaingan.**”

Ang legal na termino para sa “pagsasampa ng reklamo” ay “**paghahain ng karaingan.**”

## K2. Mga panloob na reklamo

Para gumawa ng panloob na reklamo, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606. Puwede ninyong gawin ang reklamo anumang oras maliban kung tungkol ito sa gamot sa Medicare Part D. Kung ang reklamo ay tungkol sa gamot sa Medicare Part D, dapat ninyo itong gawin **sa loob ng 60 araw** pagkatapos ninyong matukoy ang problemang gusto ninyong ireklamo.

- Kung may iba pang bagay na kailangan ninyong gawin, ipapaalam sa inyo ng Yunit ng CareAdvantage.
- Maaari ninyong isulat ang inyong reklamo at ipadala sa amin. Kung sinulat ninyo ang inyong reklamo, kami ay sasagot sa inyong reklamo sa pamamagitan din ng sulat.
- Upang simulan ang inyong karaingan, kayo, ang inyong doktor, ang iba pang tagabigay ng serbisyo, o ang inyong kinatawan, ay dapat na kumontak sa amin. Puwede ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
- Puwede kayong humiling sa amin ng “karaniwang karaingan” o ng “mabilis na karaingan.”
- Kung kayo ay humihiling ng karaniwang karaingan o mabilis na karaingan, maghain ng inyong karaingan sa pamamagitan ng pagsulat o tumawag sa amin.
- Puwede kayong magsumite ng nakasulat na karaingan sa mga sumusunod na address:

Grievance and Appeals Unit  
Health Plan of San Mateo  
801 Gateway Blvd., Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Puwede ninyong isumite ang inyong karaingan online sa: [grievance.hpsm.org/](http://grievance.hpsm.org/)
- Puwede rin ninyong ihain ang inyong karaingan sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa 1-888-576-7227, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.
- Magpapadala kami ng sulat sa inyo sa loob ng 5 araw pagkatapos matanggap ang inyong karaingan para ipaalam sa inyong natanggap namin ito.

**Ang legal na termino para sa “mabilis na pagrereklamo” ay “pinabilis na karaingan.”**

Kung posible, sasagutin namin kayo kaagad. Kung tumawag sa amin ng may reklamo, maaari kaming magbigay ng sagot sa parehong tawag sa telepono. Kung hinihingi ng kalagayan ng inyong kalusugan na kami ay mabilis na sumagot, gagawin namin iyon.

- Sinasagot namin ang karamihan sa mga reklamo sa loob ng 30 araw. Kung hindi kami magdedesisyon sa loob ng 30 araw dahil kailangan namin ng mga karagdagang impormasyon, aabisuhan namin kayo sa pamamagitan ng sulat. Nagbibigay rin kami ng balita sa katayuan at tinatayang oras bago ninyo makuha ang sagot.
- Kung kayo ay magrereklamo dahil tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang “mabilis na desisyon sa pagkakasakop” o isang “mabilis na apela,” awtomatiko namin kayong bibigyan ng “mabilis na pagrereklamo” at sasagot kami sa inyong reklamo sa loob ng 24 oras.
- Kung kayo ay magrereklamo dahil nagdagdag kami ng panahon para gumawa ng desisyon sa pagkakasakop o apela, awtomatiko namin kayong bibigyan ng “mabilis na pagrereklamo” at sasagot kami sa inyong reklamo sa loob ng 24 oras.

Kung hindi kami sumasang-ayon sa ilang bahagi o kabuuan ng inyong reklamo, ipapaalam namin ito sa inyo at ibibigay namin sa inyo ang mga dahilan namin. Sasagot kami kung kami ay sumasang-ayon sa reklamo o hindi.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

### K3. Mga panlabas na reklamo

#### Medicare

Puwede ninyong sabihin sa Medicare ang tungkol sa inyong reklamo o ipadala ito sa Medicare. Ang Form ng Pagreklamo sa Medicare (Medicare Complaint Form) ay makukuha sa: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). Hindi ninyo kailangang maghain ng reklamo sa <plan name> bago magsampa ng reklamo sa Medicare.

Sineseryoso ng Medicare ang inyong mga reklamo at ginagamit nito ang impormasyong ito para makatulong na mapaganda ang kalidad ng programa sa Medicare.

Kung mayroon kayong anupamang komento o alalahanin, o sa palagay ninyo ay hindi natutugunan ng planong pangkalusugan ang inyong problema, puwede rin kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay puwedeng tumawag sa 1-877-486-2048. Libre ang pagtawag.

#### Medi-Cal

**Puwede kayong magsampa ng reklamo sa Ombudsman ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal ng Departamento ng mga Serbisyo para sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Health Care Services) sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-452-8609. Maaaring tumawag sa 7-1-1 ang mga gumagamit ng TTY. Tumawag mula Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m.**

Puwede kayong magsampa ng reklamo sa Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California. Ang DMHC ay responsable sa pangangasiwa ng mga planong pangkalusugan. Maaari ninyong tawagan ang Help Center ng DMHC para humingi ng tulong hinggil sa mga reklamo sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Para sa mga hindi agarang usapin, puwede kayong maghain ng reklamo sa DMHC kung hindi kayo sang-ayon sa desisyon sa inyong apela sa Antas 1 o kung hindi nalutas ng plano ang inyong reklamo pagkalipas ng 30 araw sa kalendaryo. Gayunpaman, puwede ninyong kontakin ang DMHC nang hindi naghahain ng apela sa Antas 1 kung kailangan ninyo ng tulong sa isang reklamong may kaakibat na agarang isyu o may kaakibat na tuwiran at seryosong banta sa inyong kalusugan, kung lubha kayong nahihirapan, kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon ng aming plano tungkol sa inyong reklamo, o kung hindi nalutas ng aming plano ang inyong reklamo pagkatapos ng 30 araw.

Narito ang dalawang paraan upang humingi ng tulong mula sa Help Center:

- Tumawag sa **1-888-466-2219**. Ang mga taong bingi, mahina ang pandinig, o may kapansanan sa pagsasalita ay puwedeng gumamit ng toll free na tawag sa numero ng TTY, **1-877-688-9891**. Libre ang pagtawag.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Bisitahin ang website ng Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).

### **Opisina para sa mga Karapatang Sibil (Office for Civil Rights, OCR)**

Puwede kayong magreklamo sa Departamento ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao (Health and Human Services, HHS) OCR kung sa tingin ninyo ay hindi kayo pinakitunguhan nang patas. Halimbawa, puwede kayong magreklamo tungkol sa pag-access ng may kapansanan o tulong sa wika. Ang numero ng telepono ng OCR ay 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697. Puwede ninyong bisitahin ang [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para sa mga karagdagang impormasyon.

Puwede rin ninyong kontakin ang lokal na opisina ng OCR sa:

Regional Manager Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7<sup>th</sup> Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

Customer Response Center:  
1-800-368-1019  
Fax: 202-619-3818  
TTY: 1-800-537-7697  
Email: [ocrmail@hhs.gov](mailto:ocrmail@hhs.gov)

Puwede rin kayong magkaroon ng karapatan sa ilalim ng Americans with Disability Act (ADA) at sa ilalim ng anumang nalalapat na batas ng estado. Puwede ninyong kontakin ang Opisina ng Ombudsman (Office of the Ombudsman) sa 1-888-452-8609 o sumangguni sa Kabanata 2 ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

### **QIO**

Kapag ang inyong reklamo ay tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mayroon kayong dalawang mapagpipilian:

- Puwede kayong direktang magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa QIO.
- Puwede kayong magreklamo sa QIO at sa aming plano. Kung magreklamo kayo sa QIO, makikipagtulungan kami sa kanila para malutas ang inyong reklamo.

Ang QIO ay isang pangkat ng mga practicing na doktor at iba pang eksperto sa pangangalaga sa kalusugan na binabayaran ng federal na pamahalaan upang suriin at pahasayin ang

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



pangangalagang ibinibigay sa mga pasyenteng may Medicare. Para alamin pa ang tungkol sa QIO, tingnan ang **Seksiyon H2** o tingnan ang **Kabanata 2** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

Sa California, Livanta ang tawag sa QIO. Ang numero ng telepono ng Livanta ay 1-877-588-1123.

---

**Kung may mga katanungan kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606 TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## Kabanata 10: Pagtatapos ng inyong membership sa aming plano

---

### Introduksiyon

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano ninyo matatapos ang inyong membership sa aming plano at ang inyong mga pagpipilian sa pagkakasakop na pangkalusugan matapos ninyong umalis sa aming plano. Kapag umalis kayo sa aming plano, mananatili pa rin kayo sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't kuwalipikado kayo. Makikita ang mahahalagang salita at mga depinisyon ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## Talaan ng mga Nilalaman

A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong membership sa aming plano .....	3
B. Paano tapusin ang membership sa aming plano .....	4
C. Paano makakuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang hiwalay .....	5
C1. Ang mga serbisyo sa inyo ng Medicare .....	5
C2. Ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal .....	9
D. Ang inyong mga medikal na item, mga serbisyo, at mga gamot hanggang matapos ang inyong membership sa aming plano .....	10
E. Iba pang sitwasyon kung saan matatapos ang inyong membership sa aming plano .....	10
F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyong umalis sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa kalusugan .....	13
G. May karapatan kayong magreklamo kung tatapusin namin ang inyong membership sa aming plano .....	13
H. Paano makakakuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng inyong membership sa plano .....	13

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



---

## A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong membership sa aming plano

Karamihan sa mga taong may Medicare ang maaari lang magwakas ng membership sa mga partikular na bahagi ng taon. Dahil mayroon kayong Medi-Cal, may ilang opsyon kayo para tapusin ang inyong membership sa aming plano anumang buwan ng taon.

Bilang karagdagan, puwede ninyong tapusin ang inyong membership sa aming plano sa mga sumusunod na panahon bawat taon:

- Ang **Taunang Panahon ng Pagpapa-enroll**, na tatagal mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magtatapos ang inyong membership sa aming plano sa Disyembre 31 at magsisimula ang inyong membership sa bagong plano sa Enero 1.
- Ang **Bukas na Panahon ng Pagpapa-enroll (Open Enrollment Period) sa Medicare Advantage (MA)**, na tatagal mula Enero 1 hanggang Marso 31 at pati na rin sa mga bagong benepisyaryo ng Medicare na naka-enroll sa isang plano, mula sa buwan ng pagiging kuwalipikado sa Part A at Part B hanggang sa huling aaw ng ika-3 buwan ng pagiging kuwalipikado. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, magsisimula ang inyong membership sa bagong plano sa unang araw ng susunod na buwan.

Maaaring may iba pang sitwasyon kung saan kuwalipikado kayong gumawa ng pagbabago sa inyong pagkaka-enroll. Halimbawa, kapag:

- umalis kayo sa aming pinaglilingkurang lugar,
- nabago ang pagiging kuwalipikado ninyo para sa Medi-Cal o Karagdagang Tulong, o
- kung kakalipat lang ninyo, kung kasalukuyan kayong inaalagaan, o kung kakalabas lang ninyo sa isang pasilidad ng pangangalaga (nursing facility) o ospital ng matagalang pangangalaga.

Ang inyong membership ay magwawakas sa huling araw ng buwan kung kailan namin natanggap ang inyong kahilingang baguhin ang inyong plano. Halimbawa, kung nakuha namin ang inyong kahilingan sa Enero 18, ang pagkakasakop ng inyong plano ay magtatapos sa Enero 31. Magsisimula ang inyong bagong pagkakasakop sa unang araw ng susunod na buwan (Pebrero 1, sa halimbawang ito).

Kung aalis kayo sa aming plano, makakakuha kayo ng impormasyon tungkol sa inyong:

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Mga mapamimilian sa Medicare sa talahanayan sa **Seksiyon C1**.
- Mga opsyon at serbisyo sa Medi-Cal sa **Seksiyon C2**.

Makakakuha pa kayo ng impormasyon tungkol sa pagtigil ng inyong membership sa pamamagitan ng pagtawag sa: Yunit ng CareAdvantage sa numero sa ibaba ng pahinang ito. Nakalista rin ang numero para sa mga gumagamit ng TTY.

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para mahanap ang lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang [www.aging.ca.gov/HICAP](http://www.aging.ca.gov/HICAP). Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077.
- Ombudsman ng Pinamamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal 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](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov).

**TANDAAN:** Kung kayo ay nasa isang programa sa pamamahala ng gamot (drug management program o DMP), maaaring hindi kayo makakapagpalit ng plano. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa mga programa sa pamamahala ng gamot (drug management program).

---

## B. Paano tapusin ang membership sa aming plano

Kung magpapasya kayong wakasan ang inyong membership, puwede kayong mag-enroll sa ibang plano ng Medicare o lumipat sa Orihinal na Medicare. Gayunpaman, kung nais ninyong lumipat mula sa aming plano patungo sa Orihinal na Medicare ngunit hindi kayo pumili ng hiwalay na plano sa inireresetang gamot, dapat ninyong hilingin na maalis kayo sa pagkakalista sa aming plano. May dalawang paraan upang humiling na maalis sa pagkaka-enroll:

- Maaari kayong humiling sa pamamagitan ng pagsulat sa amin. Kontakin ang Yunit ng CareAdvantage sa numerong nakalista sa ibaba ng pahinang ito kung kailangan mo ng higit pang impormasyon kung paano ito gagawin.
- Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY (mga taong nahihirapang

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

makarinig o magsalita) ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kapag tumawag kayo sa 1-800-MEDICARE, maaari din kayong magpa-enroll sa ibang planong pangkalusugan o plano ng gamot ng Medicare. Makikita ang mga karagdagang impormasyon sa pagkuha ng inyong mga serbisyo sa Medicare kapag umalis kayo sa aming plano sa talahanayan sa pahina 6.

- Kasama sa Seksiyon C sa ibaba ang mga hakbang na magagawa ninyo para mag-enroll sa ibang plano, na magtatapos din ng inyong membership sa aming plano.

---

## C. Paano makakuha ng mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal nang hiwalay

May mga mapamimilian kayo sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal kung pipiliin ninyong umalis sa aming plano.

### C1. Ang mga serbisyo sa inyo ng Medicare

Mayroon kayong tatlong mapagpipilian para sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare na nakalista sa ibaba sa anumang buwan ng taon. Mayroon kayong karagdagang mapagpipilian na nakalista sa ibaba sa ilang partikular na pagkakataon sa taon kasama ang **Taunang Panahon ng Pagpapa-enroll** at ang **Bukas na Panahon ng Pagpapa-enroll sa Medicare Advantage** o iba pang sitwasyong inilalarawan sa **Seksiyon A**. Sa pamamagitan ng pagpili sa isa sa mga opsyong ito, awtomatiko ninyong tatapusin ang inyong membership sa aming plano.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

<p><b>1. Puwede kayong lumipat sa:</b></p> <p><b>Ang Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) ay isang uri ng plano ng Medicare Advantage. Para ito sa mga taong parehong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama-sama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa iisang plano. Inaayos ng mga Medi-Medi Plan ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa dalawang programa, kasama ang lahat ng serbisyong sakop ng Medicare at Medi-Cal.</b></p> <p><b>Tandaan:</b> Ang terminong Medi-Medi Plan ay ang pangalan para sa mga naka-integrate na dual eligible special needs plan (D-SNP) sa California.</p>	<p><b>Ito ang dapat gawin:</b></p> <p>Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.</p> <p>Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p><b>O</b></p> <p>Mag-enroll sa bagong Medi-Medi Plan.</p> <p>Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming Medicare na plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa bagong plano.</p> <p>Magbabago ang inyong plano sa Medi-Cal para tumugma sa inyong Medi-Medi Plan.</p>
---	---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

<p><b>2. Puwede kayong lumipat sa:</b></p> <p><b>Orihinal na Medicare na may nakahiwalay na planong Medicare para sa inireresetang gamot</b></p>	<p><b>Ito ang dapat gawin:</b></p> <p>Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.</p> <p>Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p><b>O</b></p> <p>Mag-enroll sa bagong plano sa inireresetang gamot ng Medicare.</p> <p>Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa Orihinal na Medicare.</p>
--	--

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

<p><b>3. Puwede kayong lumipat sa:</b></p> <p><b>Orihinal na Medicare na walang nakahiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare</b></p> <p><b>TANDAAN:</b> Kapag lumipat kayo sa Orihinal na Medicare at hindi kayo nagpa-enroll sa hiwalay na plano sa inireresetang gamot ng Medicare, maaari kayong i-enroll ng Medicare sa isang plano sa gamot, maliban na lang kung sinabi ninyo sa Medicare na hindi ninyo nais na sumali.</p> <p>Dapat na ihinto lamang ninyo ang pagkakasakop sa inireresetang gamot kung may pagkakasakop kayo ng gamot sa iba pang mapagkukunan, tulad ng taga-employo o unyon. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa kung kailangan ninyo ng pagsakop sa gamot, tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (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 karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>	<p><b>Ito ang dapat gawin:</b></p> <p>Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.</p> <p>Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa Orihinal na Medicare.</p>
--	--

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

<p><b>4. Puwede kayong lumipat sa:</b></p> <p>Anumang planong pangkalusugan ng Medicare sa ilang partikular na pagkakataon sa taon kasama ang <b>Taunang Panahon ng Pagpapa-enroll</b> at ang <b>Bukas na Panahon ng Pagpapa-enroll sa Medicare Advantage</b> o iba pang sitwasyong inilalarawan sa Seksiyon A.</p>	<p><b>Ito ang dapat gawin:</b></p> <p>Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.</p> <p>Kung kailangan ninyo ng tulong o karagdagang impormasyon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) ng California sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para maghanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pakibisita ang <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p><b>O</b></p> <p>Mag-enroll sa bagong Medicare na plano.</p> <p>Awtomatiko kayong aalisin sa pagkaka-enroll sa aming Medicare na plano kapag nagsimula na ang inyong pagkakasakop sa bagong plano.</p> <p>Maaaring magbago ang Medi-Cal na plano ninyo.</p>
---	--

## C2. Ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano makukuha ang inyong mga serbisyo sa Medi-Cal pagkatapos ninyong umalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Ang mga

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077. Itanong kung paano makakaapekto ang pagsali sa ibang plano o pagbalik sa Orihinal na Medicare sa pagkuha ninyo ng inyong pagkakasakop sa Medi-Cal. Kung kayo ay may mga katanungan tungkol sa inyong pagiging kuwalipikado sa Medi-Cal, dapat kayong makipag-ugnayan sa mga sumusunod:

- Kung kayo ay mayroong *Medi-Cal sa pamagitan ng Ahensiya ng Serbisyong Pantao ng County ng San Mateo*, kailangan ninyong tumawag sa 1-800-223-8383.
- Kung kayo ay mayroong *Medi-Cal sa pamamagitan ng mga benepisyo sa SSI*, dapat kayong makipag-ugnayan sa inyong lokal na tanggapan ng *Social Security Administration* sa 1-800-772-1213.

---

## **D. Ang inyong mga medikal na item, mga serbisyo, at mga gamot hanggang matapos ang inyong membership sa aming plano**

Kung aalis kayo sa aming plano, maaaring tumagal pa bago ang matapos inyong membership at magsimula ang inyong bagong pagkakasakop sa Medicare at Medi-Cal. Sa panahong ito, patuloy kayong makakakuha ng mga gamot na inirereseta sa inyo at pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magsimula ang inyong bagong plano.

- Gamitin ang aming mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan para makatanggap ng pangangalagang medikal.
- Gamitin ang mga parmasya ng aming samahan kabilang ang aming mga serbisyo sa mail-order na parmasya sa pagpapapuno ng inyong mga reseta.
- Kung maoospital kayo sa araw na matatapos ang inyong membership sa CareAdvantage, sasakupin ng aming plano ang pananatili ninyo sa ospital hanggang palabasin kayo sa ospital. Ito ay mangyayari kahit na ang inyong bagong pagkakasakop sa kalusugan ay nagumpisa na bago kayo nakaalis.

---

## **E. Iba pang sitwasyon kung saan matatapos ang inyong membership sa aming plano**

Ang mga ito ang mga sitwasyon kung saan dapat naming tapusin ang inyong membership sa aming plano:

- Kapag may puwang sa inyong pagkakasakop sa Medicare Part A at Medicare Part B.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



- Kapag hindi na kayo kuwalipikado para sa Medi-Cal. Ang aming plano ay para sa mga taong karapat-dapat kapwa sa Medicare at Medi-Cal. Tandaan: kung hindi na kayo kuwalipikado sa Medi-Cal, puwede kayong pansamantalang magpatuloy sa aming plano gamit ang mga benepisyo ng Medicare, pakitingnan ang impormasyon sa ibaba tungkol sa deeming period. Kung hindi kayo sakop ng Medi-Cal sa pamamagitan ng HPSM, tatapusin namin ang inyong pagkaka-enroll sa CareAdvantage simula sa unang araw ng ikalimang (5<sup>th</sup>) buwan pagkatapos magwakas ang inyong Medi-Cal. Halimbawa, kung natapos ang inyong Medi-Cal noong Hunyo 1, aalisin namin kayo sa pagkaka-enroll sa CareAdvantage kung hindi pa rin aktibo ang inyong Medi-Cal sa Oktubre 1. Kung mangyayari ito, awtomatiko kayong mae-enroll sa Orihinal na Medicare.
- Kung lilipat kayo palabas ng aming pinaglilingkurang lugar na San Mateo County.
- Kung malayo kayo sa pinaglilingkurang naming lugar nang higit sa anim na buwan. Puwede kayong manatiling naka-enroll sa plano nang hanggang 6 buwan simula sa umpisa ng inyong biyahe. Kung hindi kayo babalik sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano sa katapusan ng ika-6 na buwan, wawakasan namin ang inyong membership sa aming plano.
  - Kung lilipat kayo o kung lalayo kayo nang matagal, kailangan ninyong tawagan ang Yunit ng CareAdvantage para malaman kung ang lugar na lilipatan o pupuntahan ninyo ay sakop ng pinaglilingkurang lugar ng aming plano na San Mateo County.
  - Sumangguni sa **Kabanata 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa pagtanggap ng pangangalaga sa pamamagitan ng mga benepisyo namin sa bisita o naglalakbay kapag wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng aming plano.
- Kung makukulong o mabibilanggo kayo dahil sa kriminal na pagkakasala.
- Kung nagsinungaling kayo o nagtago ng impormasyon tungkol sa ibang insurance na mayroon kayo para sa inireresetang gamot.
- Kung hindi kayo mamamayan ng United States o labag sa batas ang pamamalagi ninyo sa United States.
  - Upang maging isang miyembro ng aming plano, dapat ay isa kayong mamamayan ng Estados Unidos o nasa Estados Unidos nang naaayon sa batas.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

- Aabisuhan kami ng Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) kung hindi kayo kuwalipikado na manatiling miyembro ayon sa batayang ito.
- Dapat namin kayong alisin sa pagkaka-enroll kung hindi kayo nakakatugon sa kahingiang ito.
- Kung hindi na kayo kuwalipikado para sa Medi-Cal o nagbago ang inyong sitwasyon sa paraang hindi na kayo kuwalipikado para sa CareAdvantage, maaaring patuloy ninyong tanggapin ang inyong mga benepisyo mula sa CareAdvantage sa loob ng karagdagang 4 na buwan. Ang karagdagang panahon ang siyang magbibigay daan para maiwasto ninyo ang inyong impormasyon para sa pagiging karapat-dapat kung naniniwala kayo na kuwalipikado pa rin kayo. Makakatanggap kayo ng sulat mula sa amin tungkol sa pagbabago sa inyong pagiging kuwalipikado kasama ang mga tagubilin upang maiwasto ang inyong impormasyon para sa pagiging kuwalipikado.
  - Upang manatiling miyembro ng CareAdvantage, dapat kayong maging kuwalipiikado muli sa loob ng 4 buwan na takdang panahon.
  - Kapag hindi kayo magiging kuwalipikado sa katapusan ng 4 na buwan, maaalis kayo sa pagkaka-enroll sa CareAdvantage.

Maaari namin paalisin kayo sa aming plano dahil sa mga sumusunog na dahilan lamang kung nakakuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare at Medi-Cal:

- Kung sinadya ninyong magbigay sa amin ng maling impormasyon noong kayo ay nagpapa-enroll sa aming plano at ang impormasyong iyon ay makakaapekto sa inyong pagiging kuwalipikado sa aming plano.
- Kung patuloy kayong kumilos sa isang paraan na makakasira at magiging mahirap sa amin na magbigay ng pangangalagang medikal para sa inyo at ibang miyembro ng aming plano.
- Kung hahayaan ninyo ang ibang tao na gamitin ang inyong ID Card ng Miyembro para makakuha ng pangangalagang medikal. (Maaaring hilingin ng Medicare sa Inspector General na imbestigahan ang inyong kaso kung tatapusin namin ang inyong membership sa dahilang ito.)

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

---

## F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyong umalis sa aming plano para sa anumang dahilang nauugnay sa kalusugan

Hindi namin kayo maaaring paalisin sa aming plano sa anumang dahilang may kinalaman sa inyong kalusugan. Kung sa tingin ninyo ay hinihiling namin sa inyong umalis sa aming plano sa anumang dahilang may kaugnayan sa kalusugan, **tumawag sa Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.

---

## G. May karapatan kayong magreklamo kung tatapusin namin ang inyong membership sa aming plano

Kung tinapos namin ang inyong membership sa aming plano, kailangan sabihin namin sa inyo sa pamamagitan ng sulat ang mga dahilan para sa pagtatapos ng inyong membership. Dapat din naming ipaliwanag kung paano kayo makakapaghain ng karaingan o makakapagreklamo tungkol sa aming desisyon na tapusin ang inyong membership. Puwede rin kayong sumangguni sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa impormasyon kung paano magreklamo.

---

## H. Paano makakakuha ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng inyong membership sa plano

Kung mayroon kayong mga tanong o kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa pagwawakas ng inyong membership, tumawag sa Yunit ng CareAdvantage sa numerong nakalista sa ibaba ng pahinang ito.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## Kabanata 11: Mga legal na pabatid

---

### Introduksiyon

Kasama sa kabanatang ito ang mga legal na abisong nalalapat sa inyong membership sa aming plano. Makikita ang mahahalagang salita at mga depinisyong ng mga ito ayon sa alpabetikong pagkakasunod-sunod sa huling kabanata ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

### Talaan ng mga Nilalaman

A. Abiso hinggil sa mga batas .....	2
B. Pabatid tungkol sa walang diksriminasyon.....	2
C. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang tagapagbayad at Medi-Cal bilang panghuling tagapagbayad .....	3
D. Abiso ng Medi-Cal tungkol sa pagbawi mula sa ari-arian (Notice about Medi-Cal estate recovery) .....	4

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

---

## A. Abiso hinggil sa mga batas

Maraming mga batas ang nalalapat sa *Aklat-Gabay ng Miyembro* na ito. Posibleng maapektuhan ng mga batas na ito ang inyong mga karapatan at responsibilidad kahit na hindi kasama o ipinaliwanag sa *Aklat-Gabay ng Miyembro* ang mga batas. Ang mga pangunahing batas na nalalapat ay ang mga federal at pang-estadong batas hinggil sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Posible ring mailapat ang iba pang batas ng federal na gobyerno at ng estado.

---

## B. Pabatid tungkol sa walang diksriminasyon

Hindi kami nandiskrimina at hindi namin iibahin ang pagtrato sa inyo batay sa inyong lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, sex, kasarian, edad, sekswal na oryentasyon, kapansanan sa pag-iisip o katawan, katayuan ng kalusugan, karanasan sa mga claim (paghahabol ng kabayaran), kasaysayang medikal, impormasyon hinggil sa genes, katibayan ng pagiging kuwalipikado para sa seguro, o heograpikong lokasyon sa loob ng pinagliliingkurang lugar. Dagdag pa rito, hindi kami nandiskrimina nang laban sa batas, nagsasantabi ng mga tao, o nagtatrato sa kanila nang naiiba nang dahil sa ninuno, pagkakakilanlan sa etnikong pangkat, pagkakakilanlan sa kasarian, katayuan sa pag-aasawa, o kondisyong medikal.

Kung gusto pa ninyo ng impormasyon o mayroon kayong mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na pagtrato:

- Tumawag sa Departamento ng mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao, Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-800-537-7697. Maaari din kayong bumisita sa aming website sa [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) para sa karagdagang impormasyon.
- Tumawag sa Departamento ng mga Serbisyo para sa Pangangalagang Pangkalusugan, Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay puwedeng tumawag sa 711 (Telecommunications Relay Service). Kung naniniwala kayong nagkaroon ng diskriminasyon laban sa inyo at nais ninyong maghain ng karaingan sa diskriminasyon, kontakin ang Tagapag-ugnay sa Karapatang Sibil ng HPSM. Puwede kayong maghain ng karaingan sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, nang personal, o sa electronic na paraan. Tumawag sa Tagapag-ugnay sa Karapatang Sibil ng HPSM sa 1-888-576-7227, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1. Puwede rin ninyong punuan ang isang pormularyo ng reklamo o magpadala sa:

Health Plan of San Mateo  
Attn: HPSM Civil Rights Coordinator  
801 Gateway Boulevard, Suite 100

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

South San Francisco, CA 94080

Makakakuha ng mga form para sa pagrereklamo sa: [grievance.hpsm.org](http://grievance.hpsm.org)

Kung ang inyong karainan ay tungkol sa diskriminasyon sa programa ng Medi-Cal, puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Departamento ng mga Serbisyo para sa Pangangalagang Pangkalusugan, Opisina para sa mga Karapatang Sibil, sa pamamagitan ng pagtawag, pagsulat, o sa electronic na paraan:

- Sa pamamagitan ng telepono: Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi kayo makapagsalita o makarinig nang maayos, pakitawagan ang 7-1-1 (Telecommunications Relay Service).
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form para sa reklamo o magpadala ng sulat sa:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

Makukuha ang mga form para sa pagrereklamo sa  
[www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- Sa paraang elektroniko: Magpadala ng email sa [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

Kung mayroon kayong kapansanan at kailangan ninyo ng tulong sa pag-access ng mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan o tagabigay ng serbisyo, tawagan ang Yunit ng CareAdvantage. Kung mayroon kayong reklamo, gaya ng problema sa pag-access sa wheelchair, maaaring makatulong ang Yunit ng CareAdvantage.

---

### **C. Abiso tungkol sa Medicare bilang pangalawang tagapagbayad at Medi-Cal bilang panghuling tagapagbayad**

Minsan kailangan may ibang tao munang magbabayad para sa mga serbisyong ipinagkakaloob namin sa inyo. Halimbawa, kung naaksidente ang sinasakyan ninyo o kung nasaktan kayo sa trabaho, ang insurance o ang Bayad-Pinsala para sa mga Manggagawa na muna dapat ang magbabayad.

Mayroon kaming karapatan at responsibilidad na magkolekta para sa mga sakop na serbisyo ng Medicare kung saan ang Medicare ay hindi ang unang tagapagbayad.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

Sumusunod ang kami sa mga federal at pang-estadong batas at regulasyon na may kaugnayan sa legal na pananagutan ng mga ikatlong partido para sa mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan sa mga miyembro. Susubukan naming gawin ang lahat ng makatwirang hakbang upang matiyak na ang Medi-Cal ang panghuling dudulugang tagapagbayad.

---

### **D. Abiso ng Medi-Cal tungkol sa pagbawi mula sa ari-arian (Notice about Medi-Cal estate recovery)**

Ang programang Medi-Cal ay dapat humiling ng balik-bayad mula sa mga probated estate ng ilang partikular na pumanaw na miyembro para sa mga benepisyo ng Medi-Cal na natanggap sa o pagkalipas ng kanilang ika-55 kaarawan. Kasama sa balik-bayad ang Bayad Kapital ng Serbisyo at mga premium (hulog sa seguro)/capitation payment (hindi nagbabagong halaga) sa pinamamahalaang pangangalaga at mga capitation payment (hindi nagbabagong halaga) para sa mga serbisyo sa pasilidad ng pangangalaga, pantahanan at nakabase sa komunidad na mga serbisyo, at mga nauugnay na serbisyo sa ospital at sa inireresetang gamot na natanggap noong ang miyembro ay inpatient sa isang pasilidad ng pangangalaga o noong tumatanggap siya ng pantahanan at nakabase sa komunidad na mga serbisyo. Ang balik-bayad ay hindi maaaring lumampas sa halaga ng probated estate ng miyembro.

Para sa karagdagang impormasyon, pumunta sa estate recovery website ng Departamento ng mga Serbisyo para sa Pangangalagang Pangkalusugan sa [www.dhcs.ca.gov/er](http://www.dhcs.ca.gov/er) o tumawag sa 916-650-0590.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bisitahin ang [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## Kabanata 12: Mga depinisyon ng mahahalagang salita

---

### Introduksiyon

Naglalaman ang kabanatang ito ng mga pangunahing terminong ginamit sa kabuuan ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* kasama ang mga depinisyon ng mga ito. Nakalista sa alpabetikong pagkakasunod-sunod ang mga termino. Kung hindi ninyo makita ang salitang hinahanap ninyo, o kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon bukod sa nakasaad sa kahulugan, makipag-ugnayan sa Yunit ng CareAdvantage.

---

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon**, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Agarang kinakailangang pangangalaga:** Ang pangangalaga na makukuha ninyo para sa hindi inaasahang pagkakasakit, injury, o kondisyon na hindi emergency ngunit nangangailangan ng agarang pangangalaga. Puwede kayong makakuha ng agarang kinakailangang pangangalaga sa mga tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan kapag imposibleng makapunta kayo sa isang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan dahil sa inyong oras, lugar, o sitwasyon (halimbawa, kapag wala kayo sa pinaglilingkurang lugar ng plano at nangangailangan kayo ng mga agarang serbisyong medikal na kinakailangan dahil sa isang hindi inaasahang kondisyon pero hindi isang medikal na emergency).

**Aklat-Gabay ng Miyembro at Impormasyon sa Pagsisiwalat:** Ang dokumentong ito, kasama ang inyong form sa pagpapa-enroll at anupamang kalakip, o riders, na nagpapaliwanag ng inyong pagkakasakop, kung ano ang dapat naming gawin, mga karapatan ninyo, at kung ano ang inyong dapat na gawin bilang miyembro ng aming plano.

**Antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran):** Isang grupo ng mga gamot na may parehong copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* (kilala rin bilang ang Listahan ng mga Gamot) ay nasa isa sa dalawang (2) antas sa cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran). Sa pangkalahatan, kapag mas mataas ang antas ng cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran), mas mahal ang gastos ninyo sa gamot.

**Apela:** Ang isang paraan para hamunin ninyo ang aming mga aksiyon kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami. Maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang desisyon sa pagkakasakop sa pamamagitan ng paghain ng apela. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ang mga apela, kabilang na kung paano gumawa ng apela.

**Biological na Produkto:** Isang inireresetang gamot na gawa mula sa mga natural at buhay na source gaya ng mga cell ng hayop, cell ng halaman, bacteria, o yeast. Mas kumplikado ang mga biological na produkto kumpara sa iba pang gamot at hindi ito makokopya nang eksakto, kaya tinatawag na mga biosimilar ang mga alternatibong anyo. (Tingnan din ang “Orihinal na Biological na Produkto” at “Biosimilar”).

**Biosimilar:** Isang biological na gamot na halos kapareho, pero hindi talaga katulad, ng orihinal na biological na produkto. Ang mga biosimilar ay kasingligtas at kasing-epektibo ng orihinal na biological na produkto. May ilang biosimilar na puwedeng ipalit sa orihinal na biological na produkto sa parmasya nang hindi na nangangailangan ng panibagong reseta. (Tingnan ang “Interchangeable na Biosimilar”).

**Copay:** Isang nakapirming halaga na babayaran ninyo bilang inyong bahagi sa gastusin tuwing kumuha kayo ng mga inireresetang gamot. Halimbawa, puwede kayong magbayad ng \$2 o \$5 para sa isang inireresetang gamot.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran):** A ng halaga na kailangan ninyong bayaran kapag kumuha kayo ng mga inireresetang gamot. Kabilang ang mga copay sa cost sharing (pagtutulungan sa kabayaran).

**Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services o DHCS):** Ang departamento ng estado sa California ang nangangasiwa ng Programa ng Medicaid (tinutukoy bilang Medi-Cal sa California).

**Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care o DMHC):** Ang departamento ng estado sa California na responsable para sa pangangasiwa ng mga planong pangkalusugan. Ang DMHC ay tumutulong sa mga taong may mga apela at reklamo sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Ang DMHC ay nagsasagawa rin ng mga Independiyenteng Pagrerepasong Medikal (Independent Medical Review, IMR).

**Desisyon sa pagkakasakop:** Isang desisyon hinggil sa kung anong mga benepisyo ang sakop namin. Kabilang dito ang mga desisyon hinggil sa mga sakop na gamot at serbisyo o ang halaga na babayaran namin para sa inyong mga serbisyong pangkalusugan. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* kung paano humiling sa amin ng desisyon sa pagkakasakop.

**Dual eligible special needs plan (D-SNP):** Planong pangkalusugan na naglilingkod sa mga indibidwal na kuwalipikado para sa parehong Medicare at Medicaid. Ang aming plano ay D-SNP.

**Eksepsiyon:** Pahintulot na makakuha ng pagkakasakop para sa isang gamot na hindi karaniwang sinasakop o gamitin ang gamot nang wala ang ilang partikular na panuntunan at limitasyon.

**Espesyalista:** Isang doktor na nagkakaloob ng pangangalaga sa kalusugan para sa isang partikular na sakit o bahagi ng katawan.

**Espesyalistang parmasya:** Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para matuto pa tungkol sa mga natatanging parmasya.

**Generik na gamot:** Isang inireresetang gamot na aprobadong pamahalaang federal na gamitin kapalit ng branded na gamot. Ang generik na gamot ay may parehong sangkap sa mga branded na gamot. Ito ay kadalasang mas mura at kasing epektibo rin ng branded na gamot.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Halaga ng pang-araw-araw na cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran):** Ang halaga na mailalapat kapag ang doktor ninyo ay nagreseta ng mas kaunti sa isang buwan na supply para sa ilang gamot ninyo at kailangan ninyong magbayad ng copay. Ang halaga ng pang-araw-araw na cost-sharing (pagtutulungan sa kabayaran) ay ang copay na hinati sa bilang ng mga araw sa supply ng isang buwan.

Narito ang isang halimbawa: Sabihin natin na ang inyong copay para sa isang buong buwang supply (supply para sa 30 araw) ng inyong gamot ay \$1.35. Ibig sabihin, ang halagang binabayaran ninyo para sa inyong gamot araw-araw ay wala pang \$0.05. Kung kukuha kayo ng 7 araw na supply ng gamot, ang magiging bayad ninyo ay wala pang \$0.05 kada araw na imultiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayarin na mas mababa sa \$0.35.

**Hospisyo:** Isang programa ng pangangalaga at suporta para matulungan ang mga taong may prognosis ng sakit na wala nang lunas upang matulungan silang mamuhay nang kumportable. Ang ibig sabihin ng terminal na prognosis ay medikal na sertipikado ang isang tao bilang may nakamamatay na sakit, ibig sabihin, mayroon siyang 6 na buwan pababa para mabuhay.

- Ang isang naka-enroll na may tinatayang kamatayan ay may karapatang pumili ng hospisyo.
- Ang pangkat ng mga propesyonal at tagapag-alaga na may pinagdaanang espesyal na pagsasanay ay nagbibigay ng pangangalaga para sa kabuuan ng pagkatao, kabilang ang pangkatawan, pang-damdamin, pakikipagkapwa, at pang-espirituwal na pangangailangan.
- Ipinag-aatas sa aming bigyan kayo ng listahan ng mga tagabigay ng serbisyo ng hospisyo sa inyong lugar.

**Hukom ng batas administratibo:** Isang hukom na nagsusuri ng antas 3 na apela.

**Independiyenteng Pagrerepasong Medikal (Independent Medical Review o IMR):** Kung hindi namin aaprubahan ang inyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, maaari kayong maghain ng apela. Kung hindi kayo sang-ayon sa aming desisyon at ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo ng Medi-Cal, kabilang ang mga supply at gamot sa DME, maaari kayong humiling ng IMR mula sa Departamento ng Pinamamahalaan na Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC) ng California. Ang IMR ay isang pagrepaso ng inyong kaso ng mga doktor na hindi bahagi ng aming plano. Kung pabor sa inyo ang desisyon sa IMR, kailangan naming ibigay ang hiniling ninyong serbisyo o paggamot. Wala kayong babayaran para sa IMR.

**Inpatient (pasyenteng naospital):** Ang terminong ginagamit kapag kayo ay pormal na namamalagi sa ospital para sa mga dalubhasang serbisyong medikal. Kung kayo ay hindi pormal na namamalagi sa ospital, maaari pa rin kayong maituring na pasyenteng hindi namamalagi sa ospital sa halip na inpatient kahit na kayo ay magdamag na mamamalagi sa ospital.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Integrated D-SNP:** Isang dual-eligible special needs plan na sakop ang Medicare at ang karamihan o lahat ng serbisyo ng Medi-Cal sa ilalim ng iisang planong pangkalusugan para sa ilang partikular na grupo ng mga indibidwal na kwalipikado para sa Medicare at Medi-Cal. Kilala ang mga indibidwal na ito bilang mga dobleng kuwalipikadong indibidwal na may kumpletong benepisyo.

**Interchangeable na Biosimilar:** Isang biosimilar na puwedeng ipalit sa parmasya nang hindi na nangangailangan ng panibagong reseta dahil natutugunan nito ang mga karagdagang kinakailangan kaugnay ng potensiyal para sa awtomatikong substitution. Ang awtomatikong substitution sa parmasya ay napapailalim sa batas ng estado.

**Karagdagang Tulong:** Programa sa Medicare na nakakatulong sa mga tao na may limitadong kita at resource na bawasan ang mga gastusin sa mga inireresetang gamot na sakop ng Medicare Part D, gaya ng mga premium (hulog sa seguro), deductible (halagang dapat munang bayaran ng nakaseguro bago magbayad ang kompanya ng seguro), at copay (kabahagi sa binabayaran). Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidiya para sa Mababang Kita (Low-Income Subsidy)” o “LIS”.

**Karaingan:** Isang reklamo na inyong ginawa laban sa amin o isa sa mga tagabigay ng serbisyo o parmasya na nasa aming samahan. Kabilang dito ang reklamo hinggil sa kalidad ng inyong pangangalaga o sa kalidad ng serbisyong ibinigay ng inyong planong pangkalusugan.

**Katulong sa pantahanang pangangalagang pangkalusugan:** Isang taong nagkakaloob ng mga serbisyo na hindi kailangan ang mga kakayahan ng isang may lisensyang nars o therapist, tulad ng tulong sa personal na pangangalaga (halimbawa, paliligo, paggamit ng banyo, pagsuot ng damit, o pagsasakatuparan ng mga iniutos na ehersisyo). Ang mga katulong sa pantahanang pangangalagang pangkalusugan ay walang lisensiya sa pangangalaga o pagbibigay ng therapy.

**Konseho ng mga Apela ng Medicare (Council):** Isang konsehong nagsusuri ng antas 4 na apela. Ang Konseho ay bahagi ng federal na pamahalaan.

**Listahan ng Mga Sakop na Gamot (Listahan ng mga Gamot):** Isang listahan ng mga gamot na inirereseta at mabibili nang walang reseta (over-the-counter, OTC) na sakop namin. Pinipili namin ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng mga doktor at parmasyutiko. Ipinababatid ng Listahan ng Gamot sa inyo kung mayroong anumang mga panuntunan na kailangan ninyong sundin upang makuha ang inyong mga gamot. Ang Listahan ng mga Gamot ay tinatawag din minsan bilang “pormularyo.”

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Malawakang Rehabilitasyon para sa Outpatient na Pasyente (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF):**

Isang pasilidad na karaniwang nagpapakaloob ng mga serbisyo ng rehabilitasyon pagkatapos magkasakit, maaksidente, o malaking operasyon. Ito ay nagpapakaloob ng sari-saring serbisyo, kabilang ang pisikal na terapiya, panlipunan o sikolohiyang serbisyo, terapiya sa paghinga, terapiya sa trabaho, terapiya sa pananalita, at pagtatasa ng pantahanang kapaligiran.

**Mali/hindi naaangkop na pagsingil:** Isang sitwasyon kung saan ang isang tagabigay ng serbisyo (tulad ng doktor o ospital) ay naningil sa inyo ng halagang mas malaki sa aming halaga sa cost sharing (pagtutulongan sa kabayaran) para sa mga serbisyo. Tawagan ang Yunit ng CareAdvantage kung makakatanggap kayo ng anumang singil na hindi ninyo maunawaan.

Bilang miyembro ng plano, babayaran lang ninyo ang mga halaga ng cost sharing (pagtutulongan sa kabayaran) ng aming plano para sa mga gamot na saklaw sa ilalim ng Medicare Part D. **Hindi** namin pinapayagan ang mga tagabigay ng serbisyo na singilin kayo nang mas malaki sa halagang ito. Para sa lahat ng iba pang serbisyo, dahil binabayaran namin ang buong gastusin para sa inyong mga serbisyo, **wala** kayong anumang cost sharing (pagtutulongan sa kabayaran). Hindi kayo dapat singilin ng mga tagabigay ng serbisyo para sa mga serbisyonang ito.

**Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME):** Ang ilang bagay na iniutos ng inyong doktor na gamitin sa sarili ninyong bahay. Halimbawa ng mga bagay na ito ang mga wheelchair, saklay, powered mattress system, supply sa diabetes, mga hospital bed na iniutos ng isang tagabigay ng serbisyo na gamitin sa bahay, mga intravenous (IV) infusion pump, speech generating device, oxygen equipment at mga supply, nebulizer, at walker.

**Medicaid (o Medical Assistance):** Isang programang pinapatakbo ng federal na pamahalaan at estado na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan na magbayad para sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastos. Medi-Cal ang Medicaid na programa para sa Estado ng California.

**Medi-Cal:** Ito ang pangalan ng programang Medicaid ng California. Pinamamahalaan ng estado ang Medi-Cal at binabayaran ito ng estado at ng pamahalaang federal.

- Tinutulongan nito ang mga tao na may limitadong kita at pinagkukunan ng yaman at/o tulong upang bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga gastusing medikal.
- Sakop nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi sakop ng Medicare.
- Nag-iiba-iba ang mga programa ng Medicaid sa bawat estado, pero ang halos lahat ng gastos sa pangangalaga sa kalusugan ay sakop kung kuwalipikado kayo kapwa sa Medicare at Medi-Cal.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Medicare Advantage:** Isang programa sa Medicare, kilala rin sa tawag na “Medicare Part C” o “MA,” na nag-aalok ng mga MA na plano sa pamamagitan ng mga pribadong kompanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kompanyang ito para sakupin ang mga benepisyo ninyo sa Medicare.

**Medicare Part A:** Sakop ng programa sa Medicare ang pangangalaga na medikal na kinakailangan mula sa ospital, pasilidad ng dalubhasang pangangalaga, tahanang pangkalusugan, at hospisyo.

**Medicare Part B:** Sakop ng programa sa Medicare ang mga serbisyo (tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo, mga operasyon, at mga pagbisita sa doktor) at mga supply (tulad ng mga may gulong na silya at mga pantulong sa paglalakad) na medikal na kinakailangan para sa paggamot ng sakit o kondisyon. Sakop din ng Medicare Part B ang mararaming serbisyo para sa pag-iwas at pag-eksamen ng sakit.

**Medicare Part C:** Ang programa sa Medicare, na kilala rin sa tawag na “Medicare Advantage” o “MA” na nagbibigay-daan sa mga kompanya ng pribadong insurance sa kalusugan na magbigay ng mga benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng MA na Plano.

**Medicare Part D:** Ang programa ng benepisyo para sa inireresetang gamot ng Medicare. “Part D” ang maikling tawag namin sa programang ito. Sakop ng Medicare Part D ang mga inireresetang gamot para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital, mga bakuna at ilang mga supply na hindi sakop ng Medicare Part A o Medicare Part B o Medicaid. Kasama sa aming plano ang Medicare Part D.

**Medicare:** Ang federal na programa sa insurance sa kalusugan ng mga tao na may edad 65 o mas matanda, ilang tao na mas bata sa 65 na may kapansanan, at mga tao na may end-stage renal disease (kadalasan ay ang mga taong may permanenteng sakit sa bato na nangangailangan ng dialysis o kidney transplant). Ang mga taong may Medicare ay maaaring makakuha ng kanilang pagkakasakop sa kalusugan sa Medicare sa pamamagitan ng Orihinal na Medicare o plano ng pinamamahalaang pangangalaga (sumangguni sa “Planong pangkalusugan”).

**Medikal na kinakailangan:** Ito ay naglalarawan sa mga serbisyo, mga supply, o mga gamot na kailangan ninyo upang maiwasan, makilala, o magamot ang isang kondisyong medikal o mapanatili ang kasalukuyang katayuan ng inyong kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na nakapagpigil sa inyong pananatili sa ospital o pasilidad ng pangangalaga. Pumapatungkol din ito sa mga serbisyo, supply, o gamot na nakakatugon sa mga tinatanggap na pamantayan sa medikal na kasanayan.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Medi-Medi Plan:** Ang Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) ay isang uri ng plano ng Medicare Advantage. Para ito sa mga taong parehong may Medicare at Medi-Cal, at pinagsasama-sama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa iisang plano. Inaayos ng mga Medi-Medi Plan ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa dalawang programa, kasama ang lahat ng serbisyong sakop ng Medicare at Medi-Cal.

**Mga aktibidad sa araw-araw na pamumuhay (activities of daily living, ADL):** Ang mga bagay na ginagawa ng mga tao sa isang karaniwang araw, tulad ng pagkain, paggamit ng palikuran, pagbibihis, paliligo, o pagsisipilyo.

**Mga antas (tier) ng gamot:** Mga grupo ng mga gamot na nasa aming Listahan ng mga Gamot. Mga halimbawa ng mga antas (tier) ng gamot ang generic at branded. Ang bawat gamot sa Listahan ng mga Gamot ng plano ay nasa isa sa dalawang (2) antas.

**Mga branded na gamot:** Ang inireresetang gamot na ginagawa at ibinebenta ng isang kompanya ng gamot na orihinal na gumawa ng gamot. Ang mga branded na gamot ay may parehong sangkap gaya ng generik na gamot. Ang mga generik na gamot ay karaniwang ginagawa at ibinebenta ng ibang mga kompanya ng gamot.

**Mga emerhensiya:** Ang medikal na emergency ay nagaganap kapag kayo, o iba pang tao na may katamtamang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na kayo ay may mga medikal na sintomas na nangangailangan ng agarang medikal na pansin para maiwasan ang kamatayan, kawalan ng bahagi ng katawan, o kawalan ng paggana o malubhang kapansanan ng bahagi ng katawan at kung buntis kayo, kayo ay naagasan. Ang medikal na mga sintomas ay posibleng karamdaman, pinsala, matinding pananakit, o medikal na kondisyon na mabilis na lumalala.

**Mga gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter, OTC):** Ang mga over-the-counter na gamot ay mga gamot na mabibili ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

**Mga gamot na sakop ng Part D ng Medicare:** Mga gamot na sakop ng Medicare Part D. Sadyang hindi isinasama ng kongreso ang ilang partikular na kategorya ng mga gamot sa pagkakasakop ng Medicare Part D. Maaaring sakupin ng Medicaid ang ilang sa mga gamot na ito.

**Mga gamot sa Part D:** Sumangguni sa “Mga gamot sa Medicare Part D.”

**Mga gastos mula sa sariling bulsa (out-of-pocket cost):** Ang kinakailangan sa cost sharing (pagtutulungan sa kabayaran) na babayaran ng mga miyembro para sa bahagi ng mga serbisyo o mga gamot na nakukuha nila ay tinatawag ding kinakailangang gastos na “mula sa bulsa.” Sumangguni sa depinisyon ng “cost sharing (pagtutulungan sa kabayaran)” sa itaas.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Mga Kasangkapang Prostetik at Orthotic:** Mga medikal na device na ino-order ng inyong doktor o iba pang tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa, mga suhay sa braso, likod, at leeg; mga artipisyal na braso o binti; mga artipisyal na mata; at mga aparato na kinakailangan upang palitan ang isang laman-loob o paggana ng katawan, kabilang ang mga supply sa ostomy at therapy ng enteral (pagpapakain gamit ang tubo) at parenteral (pagpapakain sa pamamagitan ng iniksiyon sa ugat) na nutrisyon.

**Mga limitasyon sa dami:** Limitasyon ng halaga ng gamot na maaari ninyong makuha. Maaari naming limitahan ang halaga ng gamot na aming sakop kada reseta.

**Mga nasasakupang gamot:** Ang termino na ginagamit namin na ang ibig sabihin ay lahat ng inireresetang gamot at gamot na mabibili nang walang reseta (over-the-counter, OTC) na sakop ng aming plano.

**Mga Opsyonal na Serbisyo ng Plano ng Pangangalaga (CPO Services):** Mga hindi obligadong karagdagang serbisyo sa ilalim ng inyong Pang-indibidwal na Plano ng Pangangalaga (Individualized Care Plan, ICP). Ang mga serbisyong ito ay hindi naglalayon na palitan ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na pinahihintulatang matanggap ninyo mula sa Medi-Cal.

**Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term Services and Supports, LTSS):** Ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta ay nakakatulong sa pagpapabuti ng pangmatagalang kondisyong medikal. Karamihan sa mga serbisyong ito ay tinutulungan kayong manatili sa inyong tahanan para hindi na ninyo kailangang pumunta sa isang pasilidad ng pangangalaga o ospital. Kasama sa LTSS na sakop ng aming plano ang Mga Serbisyong Nakabase sa Komunidad para sa Nasa Sapat na Gulang (Community-Bases Adult Services o CBAS), na kilala rin bilang pang-adult na day health care, Mga Pasilidad ng Pangangalaga (Nursing Facility, NF), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang mga IHSS at 1915(c) waiver program ay Medi-Cal LTSS na ibinibigay sa labas ng aming plano.

**Mga plano ng Medi-Cal:** Mga plano na sakop lang ang mga benepisyo ng Medi-Cal, tulad ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kasangkapang medikal, at transportasyon. Hiwalay ang mga benepisyo ng Medicare.

**Mga sakop na serbisyo:** Ang karaniwang terminong aming ginagamit para sa pagtukoy ng lahat ng pangangalaga sa kalusugan, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, mga gamot na inirereseta at mabibili nang walang reseta (over-the-counter), kagamitan, at ibang serbisyong sakop ng aming plano.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Mga sensitibong serbisyo:** Mga serbisyo kaugnay ng kalusugan ng pag-iisip o pag-uugali, sekswal at reproduktibong kalusugan, pagpapalano ng pamilya, mga impeksiyon na nakakahawa sa pamamagitan ng pakikipagtalik (sexually transmitted infections, STIs), HIV/AIDS, atakeng seksuwal at pagpapalaglag, disorder sa pag-abuso ng substance, pangangalaga sa gender affirmation at karahasan ng malapit na kapareha.

**Mga Sentro para sa Mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS):** Ang pederal na ahensya ng nangangasiwa sa Medicare. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 2** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* kung paano kontakin ang CMS.

**Mga Serbisyo na Nagbibigay ng Suporta sa Loob ng Tahanan (In Home Supportive Services, IHSS):** Tutulong ang IHSS na Programa na bayaran ang mga serbisyong ibinibigay sa inyo para ligtas kayong makapanatili sa sarili ninyong tahanan. Alternatibo ang IHSS sa out-of-home na pangangalaga, gaya ng mga nursing home (tahanan para sa pangangalaga) o mga board and care facility. Ang mga uri ng mga serbisyong puwedeng awtorisahan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo ng pansariling pangangalaga (gaya ng tulong sa pagdumi at pag-ihi, paliligo, paglilinis ng katawan, at mga paramedical na serbisyo), pagsama sa mga medikal na appointment, at pagbabantay bilang proteksyon para sa mga may problema sa pag-iisip. Ang mga ahensiya sa panlipunang serbisyo ng county ang nagbibigay ng IHSS.

**Mga serbisyo ng rehabilitasyon:** Paggamot na nakukuha ninyo upang matulungan kayong gumaling mula sa sakit, aksidente o malaking operasyon. Sumangguni sa **Kabanata 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para malaman ang higit pa tungkol sa mga serbisyo ng rehabilitasyon.

**Mga Serbisyong Nakabase sa Komunidad para sa Nasa Sapat na Gulang (Community-Based Adult Services, CBAS):** Programa ng serbisyo para sa pasyenteng hindi namamalagi sa ospital na nakabatay sa pasilidad na nagbibigay 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 serbisyo para sa mga kwalipikadong miyembro na nakakatugon sa mga nalalapat na pamantayan ng pagiging kuwalipikado.

**Mga serbisyong nasa eksklusyon (excluded services):** Mga gamot na hindi sakop ng planong pangkalusugan na ito.

**Mga serbisyong sakop ng Medicare:** Mga serbisyong nasasakop ng Medicare Part A at Medicare Part B. Ang lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kabilang ang aming plano, ay dapat sumakop sa lahat ng serbisyong sakop ng Medicare Part A at Medicare Part B.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano):** Isang tao na mayroong Medicare at Medi-Cal na karapat-dapat na makakuha ng mga sakop na serbisyo, na nakalista sa aming plano at ang pagkakalista ay kinumpirma ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

**Nursing home o facility (tahanan o pasilidad ng pangangalaga):** Isang pasilidad na nagkaloob ng pangangalaga sa mga taong hindi makakakuha ng kanilang pangangalaga sa bahay ngunit hindi naman kailangang nasa ospital.

**Ombudsman:** Isang tanggapan sa inyong estado na nagsisilbing tagapagtanggol sa inyong ngalan. Masasagot nila ang mga katanungan kung mayroon kayong problema o reklamo at matutulungan kayong maintindihan kung ano ang gagawin. Walang bayad ang mga serbisyo ng ombudsperson. Makakakita pa kayo ng impormasyon sa **Kabanata 2 at 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

**Organisasyon para sa Independiyenteng Pagrerepaso (IRO):** Isa itong independiyenteng organisasyong kinuha ng Medicare na nagrerepaso ng apela sa antas 2. Hindi ito konektado sa amin at hindi ito ahensiya ng gobyerno. Ang organisasyong ito ay magdedesisyon kung ang desisyon na ginawa naming ay tama o kung dapat itong baguhin. Nakikita ng Medicare ang trabaho nito. Ang pormal na tawag ay **Independiyenteng Entidad sa Pagsusuri**.

**Orihinal na Biological na Produkto:** Isang biological na produktong inaprubahan ng Administrasyon para sa Pagkain at Gamot (Food and Drug Administration, FDA) at nagsisilbing batayan ng mga manufacturer na gumagawa ng biosimilar na bersyon. Tinatawag din itong reference na produkto.

**Orihinal na Medicare (kinaugaliang Medicare o bayad kapalit ng serbisyo na Medicare):** Nag-aalok ang pamahalaan ng Orihinal na Medicare. Sa ilalim ng Orihinal na Medicare, ang mga serbisyo ay sakop sa pamamagitan ng mga pagbabayad sa mga doktor, ospital, at iba pang tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng mga halagang itinatakda ng Kongreso.

- Maaari kayong lumapit sa kahit sinong doktor, ospital, o iba pang tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. Ang Orihinal na Medicare ay may dalawang bahagi: Medicare Part A (insurance sa ospital) at Medicare Part B (medikal na insurance).
- Ang orihinal na Medicare ay makukuha kahit saan sa Estados Unidos.
- Kung ayaw ninyong sumali sa aming programa, maaari ninyong piliin ang Orihinal na Medicare

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Pag-alis sa enrollment:** Ang proseso ng pagtatapos ng inyong membership sa aming plano. Ang pag-alis sa pagkaka-enroll ay maaaring boluntaryo (sariling pagpili) o hindi boluntaryo (hindi ninyo pinili).

**Pagdinig ng Estado:** Kung ang inyong doktor o ibang tagabigay ng serbisyo ay hihiling ng isang serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin inaprubahan, o hindi namin itutuloy ang pagbabayad para sa isang serbisyo ng Medi-Cal na mayroon na kayo, maaari kayong humiling ng Pagdinig ng Estado. Kung ang Pagdinig ng Estado ay nagpasya nang pabor sa inyo, kailangan namin ibigay sa inyo ang serbisyong hiniling ninyo.

**Pagpapasya ng organisasyon:** Ang aming plano ang gagawa ng desisyon ng organisasyon kapag kami, o ang isa sa aming mga tagabigay ng serbisyo, ay magdedesisyon kung ang mga serbisyo ay sakop o kung magkano ang inyong dapat ibayad para sa mga sakop na serbisyo. Ang mga pagpapasya ng organisasyon ay tinatawag na “desisyon sa pagkakasakop.” Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ang mga desisyon sa pagkakasakop.

**Pagsasanay sa pangkulturang kakayahan:** Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang instruksyon para sa ating mga tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan na makatutulong sa kanilang mas maunawaan ang inyong kasaysayan, mga pinahahalagahan, at paniniwala, para maiangkop ang mga serbisyo sa inyong mga pangangailangang panlipunan, pangkultura, at panwika.

**Pagtatasa ng Panganib sa Kalusugan (Health Risk Assessment; HRA):** Pagsusuri ng inyong kasaysayang medikal at kasalukuyang kondisyon. Ginagamit ito para matuto pa tungkol sa inyong kalusugan at kung paano ito posibleng magbago sa hinaharap.

**Pamamahala ng Therapy ng Gamot (Medication Therapy Management o MTM):** Isang hiwalay na grupo ng serbisyo o grupo ng mga serbisyong ipinagkakaloob ng mga tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga parmasyutiko, para matiyak ang pinakamaiinam na kahihinatnan ng therapy para sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon.

**Pangangalaga sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (Skilled nursing facility, SNF):** Ang serbisyo ng dalubhasang pangangalaga at mga serbisyo ng rehabilitasyon na ipinagkakaloob sa isang patuloy, arawan, sa isang pasilidad ng dalubhasang pangangalaga. Ang mga halimbawa ng pangangalaga mula sa pasilidad ng dalubhasang pangangalaga ay kinabibilangan ng physical therapy o iniksiyon sa ugat (IV) na maaari lamang ibigay ng rehistradong nars o doktor.

**Pangangalagang Kalusugan ng Pag-uugali:** Isang pangkalahatang terminong tumutukoy sa mga serbisyo sa kalusugan ng isip at problema sa paggamit ng substance.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Pang-emergency na pangangalaga:** Mga sakop na serbisyo na ipinagkakaloob ng sinanay na tagabigay ng serbisyo upang magbigay ng mga pang-emergency na serbisyo at kinakailangan para umasikaso sa isang medikal na emerhensya o emerhensya sa kalusugan ng pag-uugali.

**Pang-indibidwal na Plano ng Pangangalaga (Individualized Care Plan, o ICP):** Isang plano para sa mga serbisyong makukuha ninyo at kung paano ninyo makukuha ang mga ito. Maaaring kasama sa inyong plano ang mga medikal na serbisyo, mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

**Pangkat ng pag-aalaga:** Sumangguni sa “Pangkat para sa Pangangalaga na Binubuo ng Iba't Ibang Disiplina (Interdisciplinary Care Team).”

**Pangkat ng Pangangalaga na Binubuo ng Iba't Ibang Disiplina (Interdisciplinary Care Team; ICT o Pangkat ng Pangangalaga):** Ang pangkat sa pag-aalaga na maaaring may kasamang mga doktor, mga nars, mga tagapayo, o ibang pangkalusugang propesyonal na naroon upang matulungan kayong makakuha ng pangangalaga na kailangan ninyo. Tutulungan din kayo ng inyong pangkat sa pag-aalaga sa pagbuo ng plano sa pangangalaga.

**Parmasya ng samahan:** Isang parmasya (tindahan ng gamot) na sumang-ayon sa pagpuno ng mga reseta ng mga miyembro ng aming plano. Tinatawag namin silang “mga parmasya ng samahan” dahil sila ay sumang-ayon na makipagtrabaho sa aming plano. Sa karamihan ng mga kaso, ang inyong mga reseta ay sakop lang namin kung pupunan ang mga ito sa isa sa mga parmasya ng samahan.

**Parmasyang wala sa samahan:** Parmasya na hindi sumang-ayong makipagtulungan sa aming plano upang mapagtugma o magkaloob ng mga sakop na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi sakop ng aming plano ang karamihan ng gamot na inyong nakukuha mula sa mga parmasyang wala sa samahan maliban sa ilang mga kondisyon.

**Part A:** Sumangguni sa “Medicare Part A.”

**Part B:** Sumangguni sa “Medicare Part B.”

**Part C:** Sumangguni sa “Medicare Part C.”

**Part D:** Sumangguni sa “Medicare Part D.”

**Pasilidad ng dalubhasang pangangalaga (Skilled nursing facility, SNF):** Isang pasilidad ng pangangalaga na may mga kawani at kasangkapan upang makapagkaloob ng dalubhasang pangangalaga at, sa karamihan ng mga kaso, mga dalubhasang serbisyo ng rehabilitasyon at iba pang kaugnay na mga serbisyong pangkalusugan.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.

**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Paunang awtorisasyon (prior authorization, PA):** Isang pahintulot na dapat ninyong makuha mula sa amin bago kayo makakuha ng partikular na serbisyo o gamot, o kumonsulta sa tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan. Kapag hindi muna kayo makakakuha ng aprobasyon, posibleng hindi sakupin ng aming plano ang serbisyo o gamot.

Masasakop lang ng aming plano ang ilang serbisyong medikal na nasa samahan kung makakakuha ng PA mula sa amin ang inyong doktor o iba pang tagabigay ng serbisyo na nasa samahan.

- Minarkahan sa **Kabanata 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ang mga sakop na serbisyong nangangailangan ng PA ng aming plano.

Masasakop lang ng aming plano ang ilang gamot kung makakakuha kayo ng PA mula sa amin.

- Minarkahan sa *Listahan ng Mga Sakop na Gamot* ang mga sakop na gamot na nangangailangan ng PA ng aming plano at naka-post sa aming website ang mga patakaran.

**Personal na impormasyong pangkalusugan (tinatawag ding Protektadong impormasyong pangkalusugan) (Protected Health Information, PHI):**

Impormasyon tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan, gaya ng inyong pangalan, address, social security number, mga pagbisita sa doktor, at kasaysayang medikal. Sumangguni sa aming Abiso sa mga Pamamalakad Hinggil sa Pagkapribado para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung paano namin pinoprotektahan, ginagamit, at ibinabahagi ang inyong PHI, pati na sa mga karapatan ninyo pagdating sa inyong PHI.

**Pinaglilingkurang lugar:** Ang lugar kung saan tinatanggap ng planong pangkalusugan ang mga miyembro kung nililimitahan nito ang membership batay kung saan nakatira ang mga tao. Para sa mga planong may limitasyon kung aling mga doktor at ospital ang maaari ninyong gamitin, karaniwang ito ang lugar kung saan kayo ay nakakatanggap ng mga regular (hindi pang-emergency) na serbisyo. Ang mga tao lang na nakatira sa aming pinaglilingkurang lugar ang makaka-enroll sa aming plano.

**Pinansiyal na Suporta mula sa Seguridad Panlipunan (Supplemental Security Income, SSI):** Isang buwanang benepisyo na binabayaran ng Social Security sa mga tao na may mga mababang kita at resource na mga may kapansanan, bulag, o may edad na 65 pataas. Ang mga benepisyo sa SSI ay hindi pareho ng benepisyo sa Social Security.

**Plano sa Pangangalaga:** Sumangguni sa “Pang-indibidwal na Plano ng Pangangalaga (Individualized Care Plan).”

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

**Planong pangkalusugan:** Isang organisasyong binubuo ng mga doktor, mga ospital, mga parmasya, mga tagabigay ng mga pangmatagalang serbisyo, at iba pang mga tagabigay ng serbisyo. Mayroon din itong mga tagapag-ugnay ng pangangalaga upang tulungan kayong pamahalaan ang lahat ng inyong tagabigay ng serbisyo at mga serbisyo. Silang lahat ay nagtutulungan upang ipagkaloob ang pangangalagang kailangan ninyo.

**Programa na Kasama ang Lahat ng Serbisyo ng Pangangalaga para sa Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE):** Isang programa na pinagsama ang pagkakasakop ng mga benepisyo ng Medicare at Medicaid para sa mga taong edad 55 at mas matanda na nangangailangan ng mas mataas na antas ng pangangalaga sa bahay.

**Programa ng Medicare sa Pag-iwas sa Diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP):** Isang nakaayos na programa sa pagbabago sa pag-uugali at gawi sa kalusugan na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa diyeta, mas mataas na pisikal na aktibidad, at mga estratehiya sa paglutas ng mga hamon para sa tuloy-tuloy na pagbabawas ng timbang at malusog na pamumuhay.

**Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP):** Isang programang nagbibigay ng libre at obhetibong impormasyon at pagpapayo tungkol sa Medicare. Ipinapaliwanag sa **Kabanata 2** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* kung paano kontakin ang Programa ng Pagpapayo at Pagtataguyod ng Segurong Pangkalusugan.

**Programa ng pagtulong para sa gamot sa AIDS (AIDS Drug Assistance Program, ADAP):** Isang programang tumutulong sa mga kuwalipikadong indibidwal na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa mga gamot sa HIV na nakakasagip ng buhay.

**Programa sa Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program o DMP):** Isang programang nagtitiyak na ligtas ang paggamit ng mga miyembro ng mga inireresetang opioid at iba pang medikasyong madalas inaabuso.

**Programang Mail Order:** Ang ilang plano ay maaaring mag-alok ng programang mail-order na nagbibigay-daan sa inyong makakuha ng hanggang 3 buwang supply ng mga inireresetang gamot sa inyo na direktang ipadadala sa inyong bahay. Maaaring isa itong sulit at madaling paraan para punan ang mga resetang regular ninyong tinatanggap.

**Quality improvement organization (QIO):** Isang grupo ng mga doktor at ibang mga dalubhasa sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong upang mapabuti ang kalidad ng pangangalaga sa mga taong may Medicare. Ang federal na pamahalaan ang magbabayad sa QIP upang suriin at pahusayin ang pangangalaga na ibinibigay sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa QIO.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Real Time Benefit Tool:** Isang portal o computer application kung saan makakapaghanap ang mga enrollee ng kompleto, tumpak, napapanahon, at klinikal na naaangkop na impormasyon tungkol sa mga sakop na gamot at benepisyo na partikular sa naka-enroll. Kasama rito ang mga cost sharing (pagtutulungan sa kabayaran), mga alternatibong gamot na puwedeng gamitin bilang lunas sa mga kalagayan ng kalusugan na ginagamot ng isang partikular na gamot, at mga paghihigpit sa pagkakasakop (paunang awtorisasyon, step therapy (mga hakbang na kailangan sa paggamot), mga limitasyon sa dami) na nailalapat sa mga alternatibong gamot.

**Referral:** Ang referral ay ang pag-aproba ng inyong tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) o ang pag-aproba namin na lumapit sa isang tagabigay ng serbisyo bukod pa sa inyong PCP. Kung hindi muna kayo magpapaaproba, maaaring hindi namin sakupin ang mga serbisyo. Hindi ninyo kailangan ng referral para magpakonsulta sa ilang espesyalista, gaya ng mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan. Makakakita kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga referral sa **Kabanata 3 at 4** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro*.

**Reklamo:** Isang nakasulat o pasalitang pahayag na nagsasabi na mayroon kayong problema o alalahanin tungkol sa inyong mga sakop na serbisyo o pangangalaga. Kabilang dito ang anumang mga alalahanin tungkol sa kalidad ng kalidad ng serbisyo, kalidad ng pangangalaga sa inyo, ang aming mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan, o mga parmasya ng aming samahan. Ang pormal na pangalan para sa “pagrereklamo ay “pagsasampa ng karaingan.”

**Sentro para sa operasyon sa outpatient (Ambulatory Surgical Center):** Ang isang pasilidad na nagkakaloob ng outpatient na opera sa mga pasyenteng hindi nangangailangan ng pangangalaga sa ospital at hindi inaasahan na mangangailangan ng higit sa 24 oras na pangangalaga.

**Share of cost (pagtutulungan sa kabayaran):** Ang bahagi ng inyong mga gastos sa pangangalaga sa kalusugan na maaaring bayaran ninyo bawat buwan bago maging epektibo ang mga benepisyo sa inyo. Ang halaga ng inyong pagtutulungan sa kabayaran ay iba-iba depende sa inyong kita at pinagkukunan ng yaman at/o tulong.

**Step therapy (Mga hakbang na kailangan sa paggamot):** Isang panuntunan sa pagkakasakop na nag-aatas sa inyong subukan muna ang ibang gamot bago namin sakupin ang gamot na hinihiling ninyo.

**Subsidiya para sa Mababang Kita (Low-income Subsidy o LIS):** Sumangguni sa “Karagdagang Tulong.”

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

### **Tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan o Pasilidad na wala sa samahan:**

Ang tagabigay ng serbisyo o pasilidad na hindi empleyado, pag-aari, o pinamamahalaan ng aming plano at hindi nakakontra para magpakaloob ng mga sakop na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* ang mga tagabigay ng serbisyo na nasa labas ng samahan.

**Tagabigay ng serbisyo na nasa samahan:** Ang "tagabigay ng serbisyo" ay ang pangkalahatang katawagan na ginagamit namin para sa mga doktor, mga nars, at iba pang mga tao na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama din sa terminong ito ang mga ospital, mga ahensiya ng kalusugang pantahanan, mga klinika, at iba pang mga lugar na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo para sa pangangalagang pangkalusugan, medikal na kagamitan, at pangmatagalang serbisyo at suporta.

- Sila ay lisensiyado o sertipikado ng Medicare at ng Estado para magpakaloob ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan.
- Tinatawag namin silang “tagabigay ng serbisyo na nasa samahan” kapag sumang-ayon silang makipagtulungan sa aming planong pangkalusugan, tanggapin ang aming bayad, at hindi singilin ng karagdagang halaga ang mga miyembro.
- Habang kayo ay miyembro ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan upang makakuha ng mga sakop na serbisyo. Ang mga tagabigay ng serbisyo na nasa samahan ay tinatawag ding “tagapagbigay-serbisyo ng plano.”

### **Tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP):**

Ang doktor o iba pang tagabigay ng serbisyo na una ninyong ginamit para sa karamihan sa mga problemang pangkalusugan. Tinitiyak nila na kayo ay makakakuha ng pangangalaga na inyong kailangan upang manatiling malusog.

- Maaari rin silang makipag-usap sa iba pang mga doktor at mga tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan tungkol sa inyong pangangalaga at i-refer kayo sa kanila.
- Sa karamihan sa mga planong pangkalusugan ng Medicare, kailangan ninyong magpakonsulta sa tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga bago kayo maaaring magpakonsulta sa iba pang tagabigay ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
- Sumangguni sa **Kabanata 3** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa impormasyon tungkol sa pagtanggap ng pangangalaga mula sa mga tagabigay ng serbisyo sa pangunahing pangangalaga.

**Tagapag-ugnay ng Pangangalaga:** Isang pangunahing tao na nakikipagtulungan sa inyo, sa planong pangkalusugan, at sa inyong mga tagabigay ng serbisyo upang masiguro na nakukuha ninyo ang lahat ng kinakailangan na pangangalaga.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



**Para sa karagdagang impormasyon,** bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



**Taong naka-enroll sa Medicare-Medi-Cal:** Isang tao na kuwalipikado na masakop sa Medicare at Medicaid. Ang taong naka-enroll sa Medicare-Medicaid ay tinatawag ding “dobleng kuwalipikadong benepisyaryo.”

**Unang yugto ng pagkakasakop:** Ang yugto bago umabot ng \$2,000 ang inyong kabuuang gastusin para sa mga gamot sa Medicare Part D. Kabilang dito ang mga halaga na binayaran ninyo, ang ibinayad ng aming plano para sa inyo, at ang subsidiya para sa mababang kita (low-income subsidy). Kayo ay magsisimula sa yugtong ito kapag napunan ang inyong unang reseta para sa taon. Sa yugtong ito, babayaran namin ang bahagi ng mga gastusin para sa inyong mga gamot, at babayaran ninyo ang inyong bahagi.

**Yugto ng Pagkakasakop ng napakalaking gastos sa gamot (Catastrophic Coverage):** Ang yugto ng benepisyo ng gamot sa Medicare Part D kung saan ang aming plano ang magbabayad ng lahat ng inyong gastusin sa gamot hanggang sa katapusan ng taon. Magsisimula kayo sa yugtong ito kapag nakagastos na kayo (o ang iba pang kuwalipikadong partido sa ngalan ninyo) ng \$2,000 para sa Part D na mga sakop na gamot sa loob ng taon. Wala kayong babayaran.

**Yunit ng CareAdvantage:** Isang departamento sa aming plano na responsable sa pagsagot sa inyong mga tanong tungkol sa inyong membership, mga benepisyo, mga karaingan, at mga apela. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng inyong *Aklat-Gabay ng Miyembro* para sa higit pang impormasyon tungkol sa Yunit ng CareAdvantage.

---

**Kung may mga tanong kayo,** pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).

## Health Plan of San Mateo Yunit ng CareAdvantage

<b>TUMAWAG SA</b>	<p>1-866-880-0606</p> <p>Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang aming mga oras ay Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.</p> <p>Ang Yunit ng CareAdvantage ay may mga libreng serbisyo rin ng tagasaling-wika para sa mga hindi nakapagsasalita ng Ingles.</p>
<b>TTY</b>	<p>1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1</p> <p>Nangangailangan ang numerong ito ng espesyal na kagamitang telepono at para lamang sa mga taong may kapansanan sa pandinig o pagsasalita.</p> <p>Libre ang mga tawag sa numerong ito. Ang mga oras ay Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. – 8:00 p.m.</p>
<b>FAX</b>	(650) 616-2190
<b>SUMULAT</b>	<p>CareAdvantage Unit Health Plan of San Mateo 801 Gateway Blvd., Suite 100 South San Francisco, CA 94080</p> <p>Email: <a href="mailto:CareAdvantageSupport@hpsm.org">CareAdvantageSupport@hpsm.org</a></p>
<b>WEBSITE</b>	<a href="http://www.hpsm.org/careadvantage">www.hpsm.org/careadvantage</a>

**Kung may mga tanong kayo**, pakitawagan ang Yunit ng CareAdvantage sa 1-866-880-0606, TTY 1-800-735-2929 o i-dial ang 7-1-1, Lunes hanggang Linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. Libre ang pagtawag.



Para sa karagdagang impormasyon, bumisita sa [www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage).



# Kalusugan ay para sa lahat



801 Gateway Boulevard, Suite 100  
South San Francisco, CA 94080

tel 866.880.0606 toll-free

tel 650.616.0050 local

fax 650.616.0060

tty 800.735.2929 or dial 7-1-1

[www.hpsm.org/careadvantage](http://www.hpsm.org/careadvantage)

Call Center Hours:  
Monday through Sunday  
8:00 a.m. to 8:00 p.m.