



Ebidensya ng Saklaw

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

Los Angeles at San Diego Counties

Enero 1, 2026 – Disyembre 31, 2026

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

H2819_26_364A_001_C_TA Approved 08262025

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



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

Enero 1, 2026 – Disyembre 31, 2026

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

Panimula ng *Handbook ng Miyembro*

Ipinapaalam sa inyo ng *Handbook ng Miyembro* na ito, na kilala rin bilang ang *Ebidensya ng Saklaw*, ang tungkol sa inyong saklaw sa ilalim ng aming plano hanggang sa Disyembre 31, 2026. Ipinapaliwanag nito ang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (karamdaman sa kalusugan ng isip at mga problema sa paggamit ng mga droga at alak) saklaw sa mga iniresetang gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta. Makikita ang mahahalagang termino at ang kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa **Kabanata 12** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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

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

Available ang dokumentong ito nang libre sa Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese-Traditional, Chinese-Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish o Spanish Creole, Tagalog, at Vietnamese.

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

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

Abiso ng Pagiging Available ng Mga Serbisyo ng Tulong sa Wika at Mga Karagdagang Tulong at Serbisyo

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



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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

简体中文标语 (Chinese)

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



ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413

(TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Bei taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

Русский слоган (Russian)

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

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.



แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



Iba pang mga wika

Maaari ninyong makuha ang *Handbook ng Miyembro* na ito at ang iba pang mga materyales ng plano sa iba pang wika na wala kayong kailangang bayaran. Nagbibigay ang Blue Shield TotalDual Plan ng mga nakasulat na pagsasaling-wika mula sa mga kwalipikadong tagasalin. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY 711). Libre ang tawag. Basahin ang *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman ang higit pa tungkol sa mga serbisyo ng tulong sa wika para sa pangangalagang pangkalusugan, tulad ng mga serbisyo ng interpreter at pagsasaling-wika.

Iba pang format

Maaari ninyong makuha ang impormasyong ito sa napapanahong paraan sa iba pang mga anyo, tulad ng braille, malaking titik na may 20-point na font, audio na format, at mga format na naa-access sa elektronikong pamamaraan (file CD) nang walang gastos sa inyo. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY 711). Libre ang tawag.

Mga serbisyo ng interpreter

Nagbibigay ang Blue Shield TotalDual Plan ng mga serbisyo sa interpretation, kabilang ang sign language, mula sa isang kwalipikadong interpreter sa loob ng 24 na oras nang walang gastos sa inyo. Hindi ninyo kailangang gumamit ng isang miyembro ng pamilya o kaibigan para magsilbi bilang isang interpreter. Hindi namin hinihikayat ang paggamit ng mga menor de edad na magsilbi bilang mga interpreter, maliban na lamang kung ito ay isang emergency. Available ang mga serbisyo ng interpreter, wika, at kultura nang libre. Available ang tulong 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Para sa tulong sa wika, o upang makuha ang handbook na ito sa ibang wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY 711). Libre ang tawag.

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



Mga Disclaimer

- ❖ Ang mga benepisyo at/o mga copayment ay maaaring magbago sa pagsapit ng Enero 1, 2027.
- ❖ Ang benepisyo sa Pagkain at Produkto na nabanggit ay isang Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa May Hindi Gumagaling na Karamdaman (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). Hindi lahat ng miyembro ng plano ay kwalipikado. Ang pagiging karapat-dapat ay nakadepende sa kahulugan ng "enrollee na may hindi gumagaling na karamdaman". Kabilang sa mga kwalipikadong hindi gumagaling na kundisyon ang mga sumusunod, pero maaaring may iba pa: Mga sakit sa cardiovascular; Hindi gumagaling na pagpalya ng puso; Diabetes mellitus; Labis ang timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome; at Hindi gumagaling na sakit sa бага. Pakitingnan ang *Handbook ng Miyembro* ng Plano para sa kumpletong listahan ng mga kwalipikadong hindi gumagaling na kundisyon at mga kahilingan sa pagiging karapat-dapat.
- ❖ Ang aming mga saklaw na gamot, network ng botika, at/o network ng provider ay maaaring magbago sa anumang panahon. Makakatanggap kayo ng paunawa tungkol sa anumang mga pagbabago na maaaring makaapekto sa inyo nang hindi kukulangin sa 30 araw nang maaga.
- ❖ Responsibilidad ng aming plano na makipag-ugnayan ukol sa mga benepisyo para sa inyo ng Medi-Cal (Medicaid).
- ❖ Ang Blue Shield of California ay isang HMO D-SNP plan na may kontrata sa Medicare at may kontrata sa California State Medicaid Program. Nakadepende ang enrollment sa Blue Shield of California sa pag-renew ng kontrata.
- ❖ Ang saklaw sa ilalim ng Blue Shield TotalDual Plan ay kwalipikadong saklaw sa kalusugan na tinatawag na "minimum na mahalagang saklaw." Tinutugunan nito ang indibidwal na ibinabahaging kinakailangan na responsibilidad ng Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Pumunta sa website ng Internal Revenue Service (IRS) sa www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para sa higit pang impormasyon tungkol sa kahilingang ibinahaging responsibilidad sa indibiduwal.
- ❖ Ang Amazon Pharmacy ay hindi kaanib sa Blue Shield of California at kinontrata ng Blue Shield upang magbigay ng paghahatid sa bahay ng mga inireresetang gamot sa mga miyembro ng Blue Shield.



Kabanata 1: Pagsisimula bilang isang miyembro

Panimula

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

Talaan ng mga Nilalaman

A. Welcome sa aming plano	13
B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal	13
B1. Medicare	13
B2. Medi-Cal	13
C. Mga pakinabang ng aming plano	14
D. Ang lugar ng serbisyo ng aming plano	15
E. Paano kayo magiging karapat-dapat na maging miyembro ng plano	15
F. Ano ang dapat asahan kapag unang beses kayong sumali sa isang planong pangkalusugan	16
G. Ang iyong pangkat ng pangangalaga at plano ng pangangalaga	17
G1. Team ng pangangalaga.....	17
G2. Plano ng pangangalaga.....	17
H. Buod ng mahahalagang gastos.....	18
H1. Premium ng plano.....	18
H2. Halaga ng Pagbabayad sa Reseta ng Medicare	18
I. Ang <i>Handbook ng Miyembro</i> na Ito	19
J. Iba pang mahalagang impormasyong makukuha ninyo mula sa amin	19

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 11



J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro	19
J2. <i>Direktoryo ng Provider at Parmasya</i>	20
J3. <i>Listahan ng Mga Saklaw na Gamot</i>	22
J4. Ang Paliwanag ng Mga Benepisyo (Explanation of Benefits, EOB)	22
K. Panatiling napapanahon ang inyong talaan ng membership	23
K1. Pagkapribado ng protektadong impormasyong pangkalusugan (personal health information, PHI).....	23



A. Welcome sa aming plano

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

B. Impormasyon tungkol sa Medicare at Medi-Cal

B1. Medicare

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

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

B2. Medi-Cal

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

Nagpapasya ang bawat estado:

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

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

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



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

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

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

C. Mga pakinabang ng aming plano

Makukuha na ninyo ngayon mula sa aming plano ang lahat ng inyong mga sakop na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, kasama ang mga gamot. **Wala kayong karagdagang babayaran para makasali sa planong pangkalusugan na ito.**

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

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

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



Mga bagong miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan: Sa karamihan ng mga pagkakataon, ipapatala kayo sa Blue Shield TotalDual Plan para sa inyong mga benepisyo sa Medicare sa Ika-1 araw ng buwan pagkatapos ninyong humiling na mapatala sa Blue Shield TotalDual Plan. Maaari pa rin kayong makatanggap ng mga serbisyo ng Medi-Cal mula sa dati ninyong planong pangkalusugan ng Medi-Cal para sa isang karagdagang buwan. Pagkatapos nito, matatanggap ninyo ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Blue Shield TotalDual Plan. Walang magiging patlang sa inyong saklaw ng Medi-Cal. Mangyaring tawagan kami sa numero sa ibaba ng pahina kung mayroon kayong anumang mga tanong.

D. Ang lugar ng serbisyo ng aming plano

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

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

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

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

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

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

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

Tumawag sa Customer Service para sa higit pang impormasyon.

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



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

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

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

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

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

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

- Hinihiling ninyo, ng inyong kinatawan, o ng inyong provider na hayaan kayong patuloy na gamitin ang inyong kasalukuyang provider.
- Napapatunayan naming nagkaroon kayo ng umiiral na ugnayan sa isang pangunahing provider o provider ng espesyalidad na pangangalaga, na may ilang pagbubukod. Kapag sinasabi naming "umiiral na ugnayan," nangangahulugan itong nagpatingin kayo sa isang provider na wala sa network kahit isang beses man lang para sa pagbisitang hindi emergency sa loob ng 12 buwan bago ang petsa ng inyong paunang enrollment sa aming plano.
 - Tinutukoy namin ang umiiral na ugnayan sa pamamagitan ng pagsusuri sa inyong available na impormasyong pangkalusugan o sa impormasyong ibinibigay ninyo sa amin.
 - Mayroon kaming 30 araw upang tumugon sa inyong kahilingan. Maaari ninyong hilingin sa amin na magpasya nang mas mabilis, at dapat kaming tumugon sa loob ng 15 araw. Maaari ninyong gawin ang kahilingang ito sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Kung kayo ay nanganganib na mapinsala, dapat kaming tumugon sa loob ng 3 araw.
 - Kayo o ang inyong provider ay dapat magpakita ng dokumentasyon ng isang umiiral na ugnayan at sumasang-ayon sa mga partikular na tuntunin kapag gumagawa kayo ng kahilingan.

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



Tandaan: Maaari ninyong gawin ang kahilingang ito para sa mga provider ng Matibay na Kagamitang Medikal (Durable Medical Equipment, DME) sa loob ng hindi bababa sa 90 araw hanggang sa magpahintulot kami ng bagong pag-aarkila ng DME at magkaroon ng nasa network na provider na maghahatid ng bagay na inaarkila. Bagama't hindi ninyo maaaring gawin ang kahilingang ito para sa mga provider ng transportasyon o iba pang mga tagapagbigay ng suporta, maaari kayong humiling ng mga serbisyo ng transportasyon o iba pang mga pansuportang serbisyo na hindi kasama sa aming plano.

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

G. Ang iyong pangkat ng pangangalaga at plano ng pangangalaga

G1. Team ng pangangalaga

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

Ang isang coordinator ng pangangalaga ay taong sinanay upang tulungan kayong pamahalaan ang pangangalagang kailangan ninyo. Makakakuha kayo ng isang coordinator ng pangangalaga kapag nag-enroll kayo sa aming plano. Ire-refer din kayo ng taong ito sa iba pang mga mapagkukunan sa komunidad na maaaring hindi ipinagkaloob ng aming plano at makikipagtulungan sa inyong team ng pangangalaga sa pakikipag-coordinate ng inyong pangangalaga. Tawagan kami sa mga numero sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong coordinator ng pangangalaga at team ng pangangalaga.

G2. Plano ng pangangalaga

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 17



Kalakip sa inyong plano ng pangangalaga ang:

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

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

H. Buod ng mahahalagang gastos

Maaaring kasama sa inyong mga gastusin ang sumusunod:

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

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

H1. Premium ng plano

Bilang isang miyembro ng inyong plano, magbabayad kayo ng buwanang premium ng plano. Para sa 2026, ang buwanang premium para sa Blue Shield TotalDual Plan ay \$10.00. Gayunpaman, magbabayad kayo ng \$0 kada buwan hangga't mayroon kayong Part D na Tulong sa Maliit ang Kita, na kilala rin bilang “Karagdagang Tulong,” at kumpletong saklaw ng Medi-Cal.

H2. Halaga ng Pagbabayad sa Reseta ng Medicare

Kung kalahok kayo sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare, makakakuha kayo ng pagsingil mula sa inyong plano para sa inyong mga gamot (sa halip na bayaran ang botika). Ang inyong buwanang bill ay batay sa kung ano ang dapat ninyong bayaran para sa anumang mga resetang nakukuha ninyo, kasama ang balanse ng inyong nakaraang buwan, na hinati sa bilang ng mga buwang natitira sa taon.

Sinasabi ng **Kabanata 2**, Seksyon M3 ang higit pa tungkol sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa halagang sinisingil bilang bahagi ng opsyon sa pagbabayad na ito, maaari ninyong sundin ang mga hakbang sa **Kabanata 9** upang makapagsagawa ng reklamo o apela.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 18



I. Ang Handbook ng Miyembro na Ito

Ang *Handbook ng Miyembro* na ito ay bahagi ng aming kontrata sa inyo. Nangangahulugan ito na dapat nating sundin ang lahat ng panuntunan sa dokumentong ito. Kung sa tingin ninyo ay may ginawa kami na labag sa mga panuntunang ito, maaari kayong umapela sa aming pasya. Para sa impormasyon tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

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

May bisa ang kontrata sa mga buwang naka-enroll kayo sa aming plano sa pagitan ng Enero 1, 2026 at Disyembre 31, 2026.

J. Iba pang mahalagang impormasyong makukuha ninyo mula sa amin

Kasama sa iba pang mahalagang impormasyong ibinibigay namin sa inyo ang inyong ID Card ng Miyembro, impormasyon tungkol sa kung paano maa-access ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*, ang *Listahan ng mga Covered na Gamot*, na kilala rin bilang *Listahan ng Gamot o Formulary*.

J1. Ang Inyong ID Card ng Miyembro

Sa ilalim ng aming plano, mayroon kayong isang card para sa inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal, kabilang ang Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-Term Services and Supports, LTSS), ilang partikular na serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali, at mga reseta. Ipakita ang card na ito kapag kukuha kayo ng anumang mga serbisyo o reseta. Narito ang isang sample ng ID Card ng Miyembro:

				blueshieldca.com/medicare	
Member Name: [Member Name] Member ID: [Member ID] Care Coordinator Phone: (888) 548-5765 PCP: [PCP Name]		RxBIN: 026696 RxPCN: 77993322 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER \$0/\$0/\$0 H2819-001		Customer Service Pharmacy Help Desk Transportation NurseHelp 24/7 Send Medical Claims To:	
PCP Ph: [PCP Phone] [IPA Name]				Send Rx Claims To: In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service areas the member received services.	
				Blue Shield of California P.O. Box 272640, Chico, CA 95927-2640 Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon San Juan, PR 00909-4830	

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

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

Hangga't miyembro kayo ng aming plano, hindi ninyo kailangang gamitin ang inyong pula, puti, at asul na Medicare card o ang inyong Medi-Cal card para makatanggap ng karamihan ng mga serbisyo. Itabi ang mga card na iyon sa isang ligtas na lugar, sakaling kakailanganin ninyo ang mga ito sa ibang pagkakataon. Kapag ipapakita ninyo ang inyong Medicare card sa halip ng inyong ID Card ng Miyembro, maaaring singilin ng provider ang Medicare sa halip na ang aming plano, at maaaring makatanggap kayo ng bill. Maaaring hilingin sa inyo na ipakita ninyo ang inyong Medicare card kung kailangan ninyo ng mga serbisyo sa ospital, mga serbisyo ng hospice, o lumahok sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare (tinatawag ding mga klinikal na pagsubok). Sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman kung ano ang dapat gawin kung makatanggap kayo ng bill mula sa isang provider.

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

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

J2. Direktoryo ng Provider at Parmasya

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

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

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 20



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

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

Kahulugan ng mga provider na nasa network

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

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

Kahulugan ng mga parmasyang nasa network

- Ang mga parmasyang nasa network ay mga parmasyang sumasang-ayon na punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Gamitin ang *Direktoryo ng Provider at Parmasya* upang hanapin ang parmasyang nasa network na gusto ninyong gamitin.

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



- Maliban sa panahon ng emergency, dapat ninyong punan ang mga reseta mula sa isang parmasyang nasa network namin kung gusto ninyong matulungan ng aming plano na bayaran ang mga ito.

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

J3. Listahan ng Mga Saklaw na Gamot

May *Listahan ng Mga Covered na Gamot* ang aming plano. Tinatawag namin itong “*Listahan ng Gamot*” bilang maikling palayaw. Sinasabi nito sa inyo kung aling mga gamot ang sinasakop ng aming plano. Ang mga gamot na nasa listahang ito ay pinili ng aming plano sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Dapat matugunan ng *Listahan ng Gamot* ang mga kinakailangan ng Medicare. Ang mga gamot na may napagkasunduang mga presyo sa ilalim ng Programa ng Medicare tungkol sa Napagkasunduang Presyo ng Gamot ay isasama sa inyong *Listahan ng Gamot* maliban na lamang kung ang mga ito ay inalis at pinalitan tulad ng inilarawan sa **Kabanata 5, Seksyon E**. Inaprubahan ng Medicare ang *Listahan ng Gamot* ng Blue Shield TotalDual Plan.

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

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

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

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

Nakasaad sa EOB ang kabuuang halagang nagastos ninyo, o ng ibang tao sa ngalan ninyo, para sa inyong mga Medicare Part D na gamot at ang kabuuang halagang binayaran namin para sa bawat isa sa inyong Medicare Part D na gamot sa buwang iyon. Ang EOB na ito ay hindi isang pagsingil. Ang EOB ay may higit na impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom ninyo. Nagbibigay ng higit na impormasyon ang **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito tungkol sa EOB at kung paano ito makakatulong sa inyo na mapangasiwaan ang inyong saklaw ng gamot.

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 22



K. Panatiling napapanahon ang inyong talaan ng membership

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

Kailangan namin ang impormasyong ito para tiyaking tama ang inyong impormasyon sa aming mga talaan. Ginagamit ng mga doktor, ospital, pharmacist, at iba pang mga provider sa network ng aming plano ang inyong talaan sa pagiging miyembro upang malaman kung anong mga serbisyo at gamot ang sinasaklaw at halaga ng inyong pagbabahagi ng gastos. Dahil dito, napakahalagang tulungan ninyo kaming panatilihing napapanahon ang inyong impormasyon.

Sabihin kaagad sa amin ang tungkol sa sumusunod:

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

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

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

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



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

Kabanata 2: Mahahalagang numero ng telepono at mapagkukunan

Panimula

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

Talaan ng mga Nilalaman

A. Customer Service.....	26
B. Ang Inyong Coordinator ng Pangangalaga	29
C. Programa ng Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).....	31
D. Nurse Advice Call Line	32
E. Behavioral Health Crisis Line	33
F. Quality Improvement Organization (QIO).....	34
G. Medicare	35
H. Medi-Cal	37
I. Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal at Tanggapan ng Ombudsman para sa Kalusugan ng Isip.....	38
J. Mga Serbisyonang Panlipunan ng County	39
K. Ahensya sa Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County.....	41
L. Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California	42



M. Mga Programa para Makatulong sa mga Taong Makapagbayad para sa mga Gamot	43
M1. Karagdagang Tulong mula sa Medicare	43
M2. AIDS Drug Assistance Program (ADAP).....	44
M3. Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare	44
N. Social Security.....	45
O. Railroad Retirement Board (RRB).....	46
P. Iba pang mapagkukunan.....	47
Q. Medi-Cal Dental	48



A. Customer Service

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

Makipag-ugnayan sa Customer Service para humingi ng tulong tungkol sa:

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

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



- Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang isang pagpapasyang ginawa namin tungkol sa inyong saklaw at paghiling sa amin na baguhin ito kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami o hindi kayo sumasang-ayon sa pasya.
- Upang malaman ang higit pa tungkol sa paggawa ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o makipag-ugnayan sa Customer Service.
- mga reklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
 - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o sa sinumang tagabigay (kasama ang wala sa network o nasa network na tagabigay). Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa aming plano. Maaari rin kayong magreklamo sa amin o sa Organisasyon ng Pagpapabuti ng Kalidad (Quality Improvement Organization (QIO) tungkol sa kalidad ng pangangalagang natanggap ninyo (sumangguni sa **Seksyon F**).
 - Maaari kayong tumawag sa amin at ipaliwanag ang inyong reklamo. sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).
 - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa isang pagpapasya sa saklaw patungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan, maaari kayong umapela (sumangguni sa seksyon sa itaas).
 - Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online na form sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O maaari kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang humingi ng tulong.
 - Maaari kayong magreklamo tungkol sa aming plano sa Medicare Medi-Cal Ombuds Program sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-855-501-3077.
 - Upang malaman ang higit pa tungkol sa paggawa ng reklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- mga pagpapasya sa saklaw tungkol sa inyong mga gamot
 - Ang isang pasya sa saklaw tungkol sa inyong mga gamot ay isang pasya tungkol sa:
 - inyong mga benepisyo at mga saklaw na gamot, o
 - halagang babayaran namin para sa inyong mga gamot.



- Maaaring masaklaw ng Medi-Cal Rx ang mga gamot na hindi saklaw ng Medicare, tulad ng mga over-the-counter (OTC) na gamot at mga partikular na vitamin. Mangyaring pumunta sa website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa karagdagang impormasyon. Maaari rin kayong tumawag sa Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273.
- Para sa higit pa tungkol sa mga pagpapasya sa saklaw tungkol sa inyong mga gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- mga apela tungkol sa inyong mga gamot
 - Ang apela ay isang paraan upang hilingin sa amin na baguhin ang isang pagpapasya sa saklaw.
 - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paggawa ng apela tungkol sa inyong mga gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- mga reklamo tungkol sa inyong mga gamot
 - Maaari kayong magreklamo tungkol sa amin o anumang parmasya. Kabilang dito ang paggawa ng reklamo tungkol sa inyong mga gamot.
 - Kung ang inyong reklamo ay tungkol sa isang pagpapasya sa saklaw tungkol sa inyong mga gamot, maaari kayong maghain ng apela. (Sumangguni sa seksyon sa itaas.)
 - Maaari kayong magpadala ng reklamo tungkol sa aming plano sa Medicare. Maaari kayong gumamit ng online na form sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. O maaari kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) upang humingi ng tulong.
 - Para sa higit pa tungkol sa paggawa ng reklamo tungkol sa inyong mga gamot, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- kabayaran para sa pangangalagang pangkalusugan o mga gamot na binayaran na ninyo
 - Para sa higit pa tungkol sa kung paano hihilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad, o para bayaran ang isang bill na natanggap ninyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
 - Kung hiniling ninyo sa amin na bayaran ang isang pagsingil at hindi namin ibinigay ang anumang bahagi ng inyong kahilingan, maaari ninyong i-apela ang aming pasya. Sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.



B. Ang Inyong Coordinator ng Pangangalaga

Ang isang Coordinator ng Pangangalaga ay taong espesyal na sinanay upang matulungan kayo na makuha ninyo ang inyong mga benepisyo at serbisyo ng Medicare at Medi-Cal. Ang inyong Coordinator ng Pangangalaga ay magiging bahagi ng inyong Pangkat ng Pangangalaga, at magsisilbi siyang pangunahing contact para sa inyo. Pagkatapos mag-enroll, tatawagan kayo ng isang Coordinator ng Pangangalaga upang kumpletuhin ang inyong Pagtatasa sa Panganib sa Kalusugan at Plano sa Pangangalaga para sa Indibiduwal. Ito ang mga tool na gagamitin ng inyong Coordinator ng Pangangalaga na makakatulong sa pagtukoy at pag-personalize ng inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan na aangkop sa iyo. Maaari kayong makipag-ugnayan sa inyong Coordinator ng Pangangalaga sa pamamagitan ng pagtawag sa numero sa ibaba.

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

Makipag-ugnayan sa inyong coordinator ng pangangalaga para makatanggap ng tulong tungkol sa:

- mga tanong tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan
- mga tanong tungkol sa pagkuha ng mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali (sakit sa pag-iisip at problema sa paggamit ng bawal na gamot)
- mga tanong tungkol sa mga benepisyo sa ngipin
- mga tanong tungkol sa transportasyon patungo sa mga medikal na appointment
- mga tanong tungkol sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long-term Services and Supports, LTSS), kabilang ang Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Adult (Community-Based Adult Services, CBAS) at Mga Pasilidad ng Pag-aalaga (Nursing Facilities, NF)

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



Maaaring magawa ninyong makuha ang mga serbisyong ito:

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

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

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

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



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

Ang Programa ng Tulong ng Estado sa Insurance sa Kalusugan (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) ay isang programa ng pamahalaan na may mga sinanay na tagapayo sa bawat estado na nagbibigay ng libreng tulong, impormasyon, at mga sagot sa inyong mga tanong tungkol sa Medicare. Sa California, ang SHIP ay tinatawag na Programa ng Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). Maaaring sagutin ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong at matutulungan kayong maunawaan kung ano ang dapat gawin upang pangasiwaan ang inyong problema. Mayroong mga may kasanayang tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo.

Ang HICAP ay isang independiyenteng programa ng estado (hindi konektado sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan) na tumatanggap ng pera mula sa pederal na pamahalaan upang makapagbigay ng libreng lokal na pagpapayo tungkol sa insurance sa kalusugan para sa mga taong may Medicare.

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

Makipag-ugnayan sa HICAP para sa tulong tungkol sa:

- mga tanong tungkol sa Medicare
- Maaaring sagutin ng mga counselor ng HICAP ang inyong mga tanong tungkol sa pagpapalit sa isang bagong plano at tulongan kayong:
 - maunawaan ang inyong mga karapatan,
 - maunawaan ang inyong mga pagpipilian sa plano,
 - sagutin ang mga tanong tungkol sa pagpapalit sa ibang plano,
 - magreklamo tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan o paggamot, **at**
 - malutas ang mga isyu sa pagsingil o mga claim.

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



D. Nurse Advice Call Line

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

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

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



E. Behavioral Health Crisis Line

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

Makipag-ugnayan sa Behavioral Health Crisis Line para sa tulong sa:

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

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



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

F. Quality Improvement Organization (QIO)

May samahang tinatawag na Commence Health ang aming estado. Isa itong grupo ng mga doktor at iba pang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na paghusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Ang Commence Health ay isang independiyenteng organisasyon. Hindi ito konektado sa aming plano.

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

Makipag-ugnayan sa Commence Health para sa tulong sa:

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

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



G. Medicare

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

Ang pederal na ahensyang namamahala sa Medicare ay ang Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS. Nakikipagkontrata ang ahensya na ito sa mga organisasyon ng Medicare Advantage kabilang ang aming plano.

TUMAWAG SA	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Libre ang mga pagtawag sa numerong ito, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo.
TTY	1-877-486-2048. Libre ang tawag na ito. Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
LIVE NA PAG-CHAT	Mag chat nang live sa www.Medicare.gov/talk-to-someone
SUMULAT	Sumulat sa Medicare sa PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

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



WEBSITEwww.medicare.gov

- Makatanggap ng impormasyon tungkol sa mga planong pangkalusugan at gamot ng Medicare sa inyong lugar, kabilang ang kung magkaano ang kailangang bayaran para sa mga ito at kung anong mga serbisyo ang kanilang ibinibigay.
- Maghanap ng mga kalahok na doktor o iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan at mga supplier ng Medicare.
- Alamin kung ano ang sinasaklaw ng Medicare, kabilang ang mga serbisyong pang-iwas sa sakit (tulad ng mga screening, iniksyon, o bakuna, at taunang “wellness” na mga pagbisita).
- Makatanggap ng impormasyon at mga form ng apela tungkol sa Medicare.
- Makatanggap ng impormasyon tungkol sa kalidad ng pangangalagang ibinibigay ng mga plano, nursing home, ospital, doktor, ahensya ng kalusugan sa bahay, pasilidad ng dialysis, sentro ng hospice, pasilidad ng inpatient na rehabilitasyon, at mga ospital ng pangmatagalang pangangalaga.
- Maghanap ng mga kapaki-pakinabang na website at mga numero ng telepono.

Upang makapag-sumite ng reklamo sa Medicare, pumunta sa www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Sineseryoso ng Medicare ang inyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito upang makatulong sa pagpapahusay sa kalidad ng programa ng Medicare.



H. Medi-Cal

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

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

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

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

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



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

Tumutulong ang Tanggapan ng Ombudsman na lutasin ang mga problema mula sa puntong walang pinapanigan upang masiguro na matatanggap ng aming mga miyembro ang lahat ng medikal na kinakailangang sinasaklaw na serbisyo. Sila ay makikinig, sasagutin ang inyong mga tanong, susuriin ang inyong sitwasyon, ipaliliwanag ang mga patakaran at pamamaraan, magbibigay ng impormasyon, payo, at opsyon, at magrekumenda ng mga naaangkop na referral. Trabaho nila na tumulong na makabuo ng mga patas na solusyon sa mga problemang kaugnay sa pagtanggap ng pangangalagang pangkalusugan. Hindi sila konektado sa aming plano o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Libre ang mga serbisyo nila.

TUMAWAG SA	1-888-452-8609 Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m.
TTY	1-800-430-7077 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
EMAIL	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
WEBSITE	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

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



J. Mga Serbisyong Panlipunan ng County

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

Makipag-ugnayan sa inyong ahensiya ng mga Serbisyong Panlipunan ng County upang makapag-apply para sa Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay, na makatutulong sa pagbayad para sa mga serbisyong ibinibigay sa inyo upang manatili kayong ligtas sa sarili ninyong tahanan. Maaaring kalakip sa mga uri ng serbisyo ang tulong sa paghahanda ng pagkain, paliligo, pagbibihis, labada, pamimili o transportasyon.

Makipag-ugnayan sa inyong ahensiya ng mga Serbisyong Panlipunan ng Country para sa anumang mga tanong tungkol sa inyong pagiging kuwalipikado sa Medi-Cal.

TUMAWAG SA	1-866-613-3777 Libre ang tawag na ito. Ang Kagawaran ng Mga Serbisyong Panlipunan sa Publiko ng Los Angeles County ay may isang Customer Service Center (CSC) na naglalaan ng serbisyo sa 33 Tanggapan ng Distrito. Ang mga oras na bukas ang tanggapan ay Lunes hanggang Biyernes, maliban sa mga holiday, mula 7:30 a.m. hanggang 6:30 p.m.
TTY	1-877-735-2929 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
WEBSITE	https://dpss.lacounty.gov
TUMAWAG SA	1-866-262-9881 Libre ang pagtawag na ito. Available ang mga kinatawan ng County of San Diego Health and Human Services sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Available ang Access Self-Service line nang 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Kailangang ipasok ng mga tumatawag ang kanilang Social Security Number (SSN) para magamit ang sistemang ito.

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



TTY	1-619-589-4459 Ang numerong ito ay para sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito.
SUMULAT	County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
WEBSITE	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html



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

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

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

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

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

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

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



L. Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

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

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

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



M. Mga Programa para Makatulong sa mga Taong Makapagbayad para sa mga Gamot

Ang website ng Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ay nagbibigay ng impormasyon tungkol sa kung paano mapabababa ang inyong mga gastos sa gamot. Para sa mga taong limitado ang kita, mayroon ding iba pang mga programa na tutulong, gaya ng inilarawan sa ibaba.

M1. Karagdagang Tulong mula sa Medicare

Dahil karapat-dapat kayo para sa Medi-Cal, kwalipikado kayo at tumatanggap kayo ng “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare upang mabayaran ang inyong mga gastos sa plano sa gamot. Wala kayong kinakailangang gawin para matanggap ang “Karagdagang Tulong” na ito.

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

Kung sa tingin ninyo ay maling halaga ang binabayaran ninyo para sa inyong reseta sa isang botika, may proseso ang aming plano upang makatulong na makakuha ng ebidensya ng inyong tamang halaga ng copayment. Kung mayroon na kayong ebidensya ng tamang halaga, matutulungan namin kayong maibahagi sa amin ang ebidensyang ito.

- Maaari kayong tumawag sa Serbisyo sa Customer, ipaalam sa kanila na sa tingin ninyo ay masyadong mataas ang ibinabayad ninyo para sa mga inireresetang gamot at ibigay ang inyong impormasyon sa Medi-Cal. Itinuturing ang inyong pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal na Pinakamahusay na Makakuhang Ebidensya upang ma-i-update ang inyong Karagdagang Tulong at mapababa ang inyong copay sa reseta kung maaari. Hindi garantisado ang pagpapababa ng mga copayment sa inireresetang gamot.
- Kapag natanggap namin ang ebidensyang nagpapakita ng tamang antas ng copayment, i-a-update namin ang aming sistema upang mabayaran ninyo ang tamang halaga ng copayment oras na natanggap ninyo ang inyong susunod na reseta. Kung sobra ang ibinayad ninyo sa inyong copayment, ibalik namin sa inyo ang iyong sobrang ibinayad sa pamamagitan ng tseke o sa pamamagitan ng isang kredito sa copayment sa hinaharap. Kung hindi kinolekta ng botika ang inyong copayment at may utang kayo sa kanila, maaaring magbayad kami nang direkta sa botika. Kung binayaran ng estado sa ngalan ninyo, maaaring magbayad kami nang direkta sa estado. Tawagan ang Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina kung mayroon kayong mga tanong.

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



M2. AIDS Drug Assistance Program (ADAP)

Tinutulungan ng ADAP ang mga taong karapat-dapat sa ADAP na may HIV/AIDS na magkaroon ng access sa nakakaligtas ng buhay na mga gamot ng HIV. Ang Medicare Part D na mga gamot na makikita rin sa formulary ng ADAP ay kuwalipikado para sa tulong sa pagbabahagi ng gastos sa reseta sa pamamagitan ng California ADAP. Para sa higit pang impormasyon, makipag-ugnayan sa California ADAP sa (844) 421-7050, 8 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes o pumunta sa kanilang website sa https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx. Tandaan: Upang maging karapat-dapat para sa ADAP na pinatatakbo sa inyong estado, kailangang matugunan ng mga indibiduwal ang ilang partikular na mga pamantayan, kabilang ang pagkakaroon ng katunayan ng pagiging residente ng estado at kalagayan ng HIV, mababang kita (ayon sa pagtukoy ng estado), at kalagayang walang insurance/kulang sa insurance. Kung magbabago kayo ng mga plano, mangyaring ipaalam ito sa lokal na manggagawa ng enrollment sa ADAP upang patuloy kayong makatanggap ng tulong para sa impormasyon tungkol sa pagiging karapat-dapat, mga saklaw na gamot, o kung paano magpa-enroll sa programa, mangyaring tumawag sa California ADAP sa (844) 421-7050, 8 a.m. hanggang 5 p.m., Lunes hanggang Biyernes o pumunta sa kanilang website sa: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

M3. Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare

Ang Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare ay isang opsyon sa pagbabayad na nakikipagtulungan sa inyong kasalukuyang saklaw ng gamot upang matulungan kayong mapamahalaan ang inyong mga gastusing mula sa sariling bulsa para sa mga gamot na saklaw ng aming plano sa pamamagitan ng pagkalat ng mga ito sa buong taon ng kalendaryo (Enero-Disyembre). Ang sinumang may plano ng gamot ng Medicare o planong pangkalusugan ng Medicare na may saklaw ng gamot (tulad ng isang Medicare Advantage plan na may saklaw ng gamot) ay maaaring gamitin ang opsyon sa pagbabayad na ito. **Maaaring makatulong sa inyo ang opsyon sa pagbabayad na ito na mapamahalaan ang inyong mga gastos, ngunit hindi ito nakakatipid sa inyo ng pera o nakaopagpapababa ng inyong mga gastos sa gamot. Kung kalahok kayo sa Plano sa Pagbabayad ng Reseta ng Medicare at mananatili sa parehong plano, wala kayong kailangang gawin upang maipagpatuloy ang opsiyong ito.** Ang “Karagdagang Tulong” mula sa Medicare at tulong mula sa inyong SPAP at ADAP, para sa mga kwalipikado, ay mas kapaki-pakinabang kaysa sa paglahok sa opsyon sa pagbabayad na ito, gaano man ang antas ng inyong kinikita, at ang mga plano na may saklaw ng gamot ay dapat maghandog ng opsyon sa pagbabayad na ito. Upang malaman ang higit pa tungkol sa opsyon sa pagbabayad na ito, tawagan ang Customer Service sa numero ng telepono sa ibaba ng pahina o pumunta sa www.medicare.gov.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 44



N. Social Security

Tinutukoy ng Social Security ang pagiging karapat-dapat sa Medicare at pinangangasiwaan ang enrollment sa Medicare.

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

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

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



O. Railroad Retirement Board (RRB)

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

TUMAWAG SA	1-877-772-5772 Libre ang mga tawag sa numerong ito. I-click ang “0” upang makipag-usap sa isang kinatawan ng RRB mula 9 a.m. hanggang 3:30 p.m., Lunes, Martes, Huwebes at Biyernes, at mula 9 a.m. hanggang 12 p.m. sa Miyerkules. I-click ang “1” upang ma-access ang automated na RRB Help Line at makakuha ng naka-record na impormasyon nang 24 na oras sa isang araw, kabilang ang sabado at linggo at mga holiday.
TTY	1-312-751-4701 Ang numerong ito ay para sa mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita. Dapat ay mayroon kayong espesyal na kagamitan sa telepono upang matawagan ito. Hindi libre ang mga tawag sa numerong ito.
WEBSITE	www.rrb.gov

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



P. Iba pang mapagkukunan

Naghahandog ang Programa ng Medicare Medi-Cal na Ombudsman ng LIBRENG tulong sa mga taong nahihirapang makakuha ng o makapanatili ng saklaw sa kalusugan at para lutasin ang mga problema sa kanilang mga planong pangkalusugan.

Kung mayroon kayong mga problema sa:

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

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



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

Q. Medi-Cal Dental

Ang ilang partikular na mga serbisyo sa ngipin ay maaaring makuha sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental; kasama ang, ngunit hindi limitado sa, mga serbisyong tulad ng:

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

Ang mga benepisyo sa ngipin ay maaaring makuha sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental na May Bayad na Serbisyo (Fee-For-Service, FFS) at Pinapamahalaang Pangangalaga ng Ngipin (Dental Managed Care, DMC).

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

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

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



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

Panimula

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

Talaan ng mga Nilalaman

A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider.....	51
B. Mga patakaran para sa pagkuha ng mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano	51
C. Ang inyong coordinator ng pangangalaga.....	53
C1. Ano ang isang coordinator ng pangangalaga	53
C2. Paano kayo makipag-ugnayan sa inyong coordinator ng pangangalaga	54
C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong coordinator ng pangangalaga	54
D. Pangangalaga mula sa mga provider.....	54
D1. Pangangalaga mula sa isang provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP)	54
D2. Pangangalaga mula sa mga espesyalista at iba pang mga provider na nasa network ...	57
D3. Kung aalis ang isang provider sa aming plano	58
D4. Mga provider na wala sa network	59
E. Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term services and supports, LTSS)	60
F. Mga serbisyo sa kalusugan ng pag-uugali (sakit sa pag-iisip at pag-abuso sa paggamit ng ipinagbabawal na gamot)	61
F1. Mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na ibinigay ng Medi-Cal sa labas ng aming plano	62



G. Mga serbisyo sa transportasyon	65
G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon.....	65
G2. Di-medikal na transportasyon.....	67
H. Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency, kapag agarang kinakailangan, o sa panahon ng kalamidad	68
H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency	68
H2. Agarang kailangang pangangalaga	70
H3. Pangangalaga sa panahon ng isang kalamidad.....	71
I. Paano kung direkta kayong sinisingil para sa mga saklaw na serbisyo.....	71
I1. Ano ang dapat gawin kung hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo.....	72
J. Saklaw ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral	72
J1. Kahulugan ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral	72
J2. Pagbabayad sa mga serbisyo kapag lumahok kayo sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral	73
J3. Higit pa tungkol sa mga klinikal na pananaliksik na pag-aaral	73
K. Paano sinasaklaw ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan.....	74
K1. Kahulugan ng panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan	74
K2. Pangangalaga mula sa isang panrelihiyong hindi medikal na institusyon ng pangangalagang pangkalusugan	74
L. Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME).....	75
L1. DME bilang isang miyembro ng aming plano.....	75
L2. Pagmamay-ari ng DME kung lilipat kayo sa Original Medicare	75
L3. Mga benepisyo ng oxygen equipment bilang isang miyembro ng aming plano	76
L4. Oxygen equipment kapag lilipat kayo sa Original Medicare o ibang Medicare Advantage (MA) plan	77



A. Impormasyon tungkol sa mga serbisyo at provider

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

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

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

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

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

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

- Ang pangangalagang inyong natatanggap ay dapat na kasama sa aming Medikal na Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro na ito*.
- Dapat na **medikal na kinakailangan** ang pangangalaga. Sa medikal na kinakailangan, ang ibig naming sabihin ay ang mga serbisyong makatwiran at kinakailangan upang ma-diagnose at magamot ang inyong medikal na kundisyon. Kailangan ang medikal na kinakailangang pangangalaga upang makaiwas ang mga tao sa pagkakaroon ng malubhang sakit o kapansanan at mabawasan ang matinding sakit sa pamamagitan ng paggamot ng sakit, karamdaman, o pinsala.

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



- Para sa mga medikal na serbisyo, dapat ay mayroon kayong **provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP)** na nasa network na nagbibigay at nangangasiwa sa inyong pangangalaga. Bilang isang miyembro ng plano, dapat kayong pumili ng provider na nasa network upang maging inyong PCP (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon D1** ng kabanatang ito).
 - Sa kadalasan, kinakailangan muna kayong aprubahan ng aming plano bago kayo makapagpatingin sa isang provider na hindi ninyo PCP o gumamit ng ibang mga provider sa network ng aming plano. Ito'y tinatawag na **rekumendasyon**. Kapag hindi kaayo naaprubahan, maaaring hindi namin saklawin ang mga serbisyo.
 - Ang mga PCP ng aming plano ay kaakibat sa mga grupong medikal. Kapag pumili kayo ng inyong PCP, pinipili rin ninyo ang kaakibat na grupong medikal. Nangangahulugan itong ire-refer kayo ng inyong PCP sa mga espesyalista at serbisyong kaakibat din sa kanilang grupong medikal. Isang samahan ng mga doktor ng pangunahing pangangalaga at mga espesyalista ang grupong medikal na nilikha upang makakapagkaloob sa inyo ng koordinadong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
 - Hindi ninyo kailangan ng mga referral mula sa inyong PCP para sa pang-emergency na pangangalaga o agarang kailangang pangangalaga, para magpatingin sa provider ng kalusugan ng isang babae, o para sa alinman sa iba pang mga serbisyong nakalista sa **Seksyon D1** ng kabanatang ito.
- **Dapat ninyong kunin ang inyong pangangalaga mula sa mga nasa network na provider** (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon D** ng kabanatang ito). Sa kadalasan, hindi namin sinasaklaw ang pangangalaga mula sa isang provider na hindi nakikipagtulungan sa aming planong pangkalusugan. Ang ibig sabihin nito ay kakailanganin ninyong bayaran ang provider nang buong halaga para sa mga serbisyong matatanggap ninyo. Narito ang ilang sitwasyon kung kailan hindi nalalapat ang panuntunang ito:
 - Sinasaklaw namin ang pang-emergency na pangangalaga o agarang kailangang pangangalaga mula sa wala sa network na provider (para sa higit pang impormasyon, pumunta sa **Seksyon H** ng kabanatang ito).
 - Kung kailangan ninyo ng pangangalagang sinasaklaw ng aming plano at hindi ito maibibigay ng aming mga nasa network na provider, maaari kayong tumanggap ng pangangalaga mula sa isang wala sa network na provider. Mangangailangan ito ng pahintulot at dapat itong makuha mula sa plano bago tumanggap ng pangangalaga. Sa sitwasyong ito, sasaklawin namin ang pangangalaga na parang nakuha ninyo ito mula sa isang nasa network na provider o nang walang gastos sa inyo. Para sa impormasyon tungkol sa pagkuha ng pag-apruba upang gumamit ng wala sa network na provider, pumunta sa **Seksyon D4** ng kabanatang ito.



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

Iba pang Saklaw sa Kalusugan: Dapat na gamitin ng mga miyembro ng Medi-Cal ang lahat ng iba pang saklaw sa kalusugan (other health coverage, OHC) bago ang Medi-Cal kapag maaaring makuha ang kaparehong serbisyo sa ilalim ng inyong saklaw sa kalusugan dahil ang Medi-Cal ang itinuturing na pinakahuling tagabayad. Nangangahulugan ito na sa karamihan ng mga kaso, ang Medi-Cal ang pangalawang tagabayad sa Medicare OHC, na sumasaklaw sa mga pinapayagang gastos na hindi binabayaran ng aming plano o ng iba pang OHC hanggang sa rate ng Medi-Cal.

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

C. Ang inyong coordinator ng pangangalaga

C1. Ano ang isang coordinator ng pangangalaga

Ang coordinator ng pangangalaga ay isang taong espesyal na sinanay upang matulungan kayong matanggap ang inyong mga benepisyo at serbisyo ng Medicare at Medi-Cal. Ang inyong coordinator ng pangangalaga ay magiging bahagi ng inyong pangkat ng pangangalaga, at magsisilbi siyang pangunahing contact ninyo at pagkukunan ng impormasyon. Pagkatapos mag-enroll, tatawagan kayo ng isang coordinator ng pangangalaga upang ipakilala ang kaniyang sarili at tulungan kayong kumpletuhin ang Pagtatasa sa Panganib sa Kalusugan upang tukuyin ang mga kailangan ninyong pangangalagang pangkalusugan.

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



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

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

C3. Paano ninyo mapapalitan ang inyong coordinator ng pangangalaga

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

D. Pangangalaga mula sa mga provider

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

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

Ang kahulugan ng PCP at ano ang ginagawa ng PCP para sa inyo

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

- Mga x-ray
- Mga pagsusuri sa laboratoryo
- Mga therapy
- Pangangalaga mula sa mga doktor na mga espesyalista
- Pagpapaospital
- Follow-up na pangangalaga

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



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

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

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

Ang inyong gustong PCP

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

Upang pumili ng PCP, maaari ninyong:

- Gamitin ang inyong *Direktoryo ng Provider at Parmasya*. Tingnan ang index ng “Mga Doktor ng Pangunahing Pangangalaga” na makikita sa likod ng direktoryo upang mahanap ang doktor na gusto ninyo. (Ang index ay nakaayos ayon sa alpabeto ng mga apelyido ng mga doktor.); o
- Pumunta sa aming website sa [blueshieldca.com/find-a-doctor](https://www.blueshieldca.com/find-a-doctor) at hanapin ang PCP na inyong ninanais; o
- Tumawag sa Serbisyo sa Customer ng Blue Shield TotalDual Plan para sa tulong (naka-print sa ibaba ng pahinang ito ang numero ng telepono at mga oras na bukas ang tanggapan).

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 55



Opsyon para palitan ang inyong PCP

Maaari ninyong palitan ang inyong PCP para sa anumang dahilan, kahit kailan. Posible ring umalis ang inyong PCP sa network ng aming plano. Kung umalis ang inyong PCP sa aming network, matutulungan namin kayong maghanap ng bagong PCP sa aming network.

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

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

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

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

Mga serbisyong maaari ninyong matanggap na walang kailangang pag-apruba mula sa inyong PCP

Sa kadalasan, mangangailangan kayo ng pag-apruba mula sa inyong PCP bago makapagpatingin sa iba pang mga provider. Ang pag-aprubang ito ay tinatawag na **rekomendasyon**. Maaari kayong makatanggap ng mga serbisyong tulad ng mga nakalista sa ibaba nang hindi mangailangang humihingi ng paunang pag-apruba mula sa inyong PCP:

- Mga pang-emergency na serbisyo mula sa mga nasa network na provider o mga wala sa network na provider
- Mga agarang kinakailangang sinasaklaw na serbisyo na nangangailangan ng agarang medikal na atensiyon (ngunit hindi isang emergency) kung pansamantala kayong nasa labas ng lugar ng serbisyo ng aming plano, o kung hindi ito makatuwiran dahil sa oras ng araw, lugar na kinalalagyan at sitwasyon na makakuha ang serbisyong ito mula sa mga nasa network na provider. Ang mga halimbawa ng agarang kinakailangang serbisyo ay hindi inaasahang mga medikal na karamdaman at kapinsalaan o hindi inaasahang paglala ng mga umiiral na kundisyon. Ang medikal na kinakailangang karaniwang pagbisita sa provider (tulad ng mga taunang pagpapatingin) ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan kahit na nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng aming plano o ang aming network ay pansamantalang hindi available.

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



- Mga serbisyo ng dialysis sa bato na nakukuha ninyo sa isang sertipikado ng Medicare na pasilidad ng dialysis kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng aming plano. Kung tumawag kayo sa Customer Service bago kayo umalis sa lugar ng serbisyo, matutulungan namin kayong makatanggap ng dialysis habang nasa malayo kayo.
- Mga iniksyon para sa trangkaso at bakuna sa COVID-19 at pati na rin ang bakuna sa hepatitis B at pulmonya hangga't kinukuha ninyo ang mga ito mula sa isang nasa network na provider.
- Karaniwang pangangalagang pangkalusugan ng mga babae at mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya. Kasama rito ang mga pagsusuri ng suso, mammogram na screening (x-ray ng suso), Pap test, at pagsusuri sa pelvis hangga't kinukuha ninyo ang mga ito mula sa isang provider na nasa network.

Bilang karagdagan pa, kung kayo ay Miyembro na American Indian, maaari kayong makatanggap ng Mga Saklaw na Serbisyo mula sa isang Indian na Provider ng Pangangalagang Pangkalusugan na pinili ninyo, nang hindi nangangailangan ng referral mula sa isang PCP sa Network o ng Paunang Pahintulot.

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

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

- Mga oncologist na nangangalaga sa mga pasyenteng may cancer.
- Mga cardiologist na nag-aalaga sa mga pasyenteng may mga problema sa puso.
- Mga orthopedist na nag-aalaga sa mga pasyenteng may mga problema sa buto, kasu-kasuan, o kalamnan.

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

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 57



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

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

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

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

D3. Kung aalis ang isang provider sa aming plano

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

- Kahit na ang aming network ng mga provider ay nagbabago sa loob ng taon, kailangang mabigyan namin kayo ng tuluy-tuloy na kakayahang makakuha ng mga kwalipikadong provider.
- Ipapaalam namin sa inyo na ang inyong provider ay aalis sa aming plano upang magkaroon kayo ng sapat na oras para makapili ng isang bagong provider.
 - Kung ang inyong provider ng pangunahing pangangalaga o provider ng kalusugan ng pag-uugali ay umalis sa aming plano, aabisuhan namin kayo nito kung nagpatingin kayo sa provider na iyon sa loob ng nakaraang tatlong taon.
 - Kung ang alinman sa inyong mga iba pang provider ay umalis sa aming plano, aabisuhan namin kayo kung nakatalaga kayo sa provider, kasalukuyang tumatanggap ng pangangalaga mula sa kanya, o nagpatingin sa kanya sa loob ng nakaraang tatlong buwan.



- Tutulungan namin kayong pumili ng isang bagong kwalipikadong nasa network na provider upang patuloy na mapamahalaan ang inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.
- Kung kayo ay kasalukuyang sumasailalim sa medikal na paggamot o mga therapy sa inyong kasalukuyang provider, may karapatan kayong humiling na patuloy na makatanggap ng medikal na kinakailangang paggamot o mga therapy. Makikipagtulungan kami sa inyo upang patuloy kayong makakatanggap ng pangangalaga.
- Bibigyan namin kayo ng impormasyon tungkol sa mga available na panahon ng enrollment at mga opsyon na maaaring mayroon kayo para sa pagbabago ng mga plano.
- Kung hindi kami makakahanap ng isang kwalipikadong espesyalista sa network na malapit sa inyo, kailangan naming magpaayos ng isang espesyalistang wala sa network para mabigyan kayo ng inyong pangangalaga kapag ang provider na nasa network o benepisyo ay hindi available o hindi sapat para matugunan ang inyong mga medikal na pangangailangan.
- Kapag nalaman ninyo na ang isa sa inyong mga provider ay aalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa amin. Matutulungan namin kayong pumili ng isang bagong provider upang mapamahalaan ang inyong pangangalaga.
- Kung sa palagay ninyo ay hindi namin napalitan ang dati ninyong provider ng isang kuwalipikadong provider o na hindi namin pinamamahalaan ng mabuti ang inyong pangangalaga, may karapatan kayong magsampa ng reklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga sa Quality Improvement Organization (QIO), isang karaingan tungkol sa kalidad ng pangangalaga, o pareho nito. (Sumangguni sa **Kabanata 9** para sa higit pang impormasyon.)

D4. Mga provider na wala sa network

Kung kailangan ninyo ng pangangalagang medikal na inaatas ng Medicare at/o Medi-Cal na saklawin ng aming plano at hindi maibibigay ng mga provider sa aming network ang pangangalagang ito, maaari ninyong kunin ang pangangalagang ito mula sa isang provider na wala sa network. Ang inyong PCP ang responsable sa pagsusumite ng request o kahilingan para sa paunang pahintulot ng mga serbisyo na wala sa network. Dapat kayong kumuha ng pahintulot mula sa plano o sa konektadong grupong medikal ng inyong PCP bago kumuha ng pangangalaga mula sa isang Provider na wala sa network maliban kung tumatanggap kayo ng mga pang-emergency o agarang kailangang pangangalaga na serbisyo. Bilang karagdagan, dapat saklawin ng mga plano ang mga serbisyo sa dialysis para sa mga miyembro ng ESRD na naglakbay sa labas ng lugar ng serbisyo ng mga plano o kapag ang provider



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

ay pansamantalang hindi available o hindi naa-access at hindi ma-access ang mga nakakontratang ESRD provider. Sa sitwasyong ito, pareho ang ibabayad ninyo tulad ng sa ibabayad ninyo kung kinuha ninyo ang pangangalaga mula sa isang provider na nasa network.

Kung gagamit kayo ng isang wala sa network na provider, dapat na tinatanggap ng provider ang Medicare at/o Medi-Cal.

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

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

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

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

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

Maaaring magawa ninyong makuha ang mga serbisyong ito:

- Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Matatanda (Community-Based Adult Services, CBAS)
- Sanay na pag-aalaga

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 60



- Physical therapy
- Occupational therapy
- Speech therapy
- Mga medikal na serbisyong panlipunan
- Pangangalaga ng kalusugan sa bahay

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

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

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

May karapatan kayong makatanggap ng medikal na kinakailangang mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal. Nagbibigay kami ng access sa mga serbisyo para sa kalusugan ng pag-uugali na sinasaklaw ng pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Hindi nagbibigay ang aming plano ng mga pantanging serbisyo ng Medi-Cal para sa kalusugan ng isip o mga serbisyong kaugnay sa sakit dulot ng pag-aabuso sa nakapipinsalang substansiya, ngunit ang mga serbisyong ito ay maaaring makuha sa pamamagitan ng Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) at Departamento ng Kalusugan ng

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 61



Publiko ng Los Angeles County (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH), at Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali (Behavioral Health Services) ng County ng San Diego.

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

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

- mga serbisyo sa kalusugan ng isip
- mga serbisyo ng suporta sa gamot
- mga serbisyo sa intensive na paggamot sa araw
- rehabilitasyon sa araw
- mga serbisyo ng pamamagitan sa krisis
- mga serbisyo ng pagpapahupa ng krisis
- mga serbisyo sa paggamot sa tirahan ng mga nasa hustong gulang
- mga serbisyo sa paggamot sa tirahan sa panahon ng krisis
- mga serbisyo sa pasilidad ng psychiatric na kalusugan
- mga psychiatric na inpatient na serbisyo sa ospital
- naka-target na pamamahala ng kaso
- muling Pagpasok na Kaugnay sa Katarungan
- masusing paggamot sa komunidad (assertive community treatment, ACT)
- forensic na masusing paggamot sa komunidad (forensic assertive community treatment, FACT)
- koordinadong espesyalidad na pangangalaga (coordinated specialty care, CSC) para sa unang kaganapan ng psychosis (first episode psychosis, FEP)



- mga Serbisyo ng clubhouse
- mga Serbisyo ng pinahusay na manggagawang pangkalusugan sa komunidad (community health worker, CHW)
- suportadong Pagtatrabaho
- mga therapeutic na serbisyo sa pag-uugali
- pagsasaayos ng matinding pangangalaga o intensive care coordination
- mga intensive na serbisyo sa bahay (intensive home-based services)

Kasama sa mga serbisyo ng Drug Medi-Cal na ipinagkakaloob ng Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County (LACDMH) at Departamento ng Kalusugan ng Publiko ng Los Angeles County (LACDPH), at Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng San Diego ang:

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

Makukuha ninyo ang mga serbisyong Organisadong Sistema ng Pagpapadala ng Gamot ng Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) sa pamamagitan ng Departamento ng Kalusugan ng Isip ng Los Angeles County (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) at ng Departamento ng Kalusugan ng Publiko ng Los Angeles County (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH), and at ng Mga Serbisyo Para sa Kalusugan ng Pag-uugali ng County ng San Diego kung matutugunan ninyo ang pamantayan para makatanggap ng mga serbisyong ito. Kasama sa Mga Serbisyo ng DMC-ODS ang:

- serbisyo para sa outpatient na paggamot
- mga serbisyong intensive na outpatient na paggamot



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

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

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

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

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

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



Proseso upang Matukoy ang Mga Serbisyon Medikal na Kinakailangan

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

Proseso ng Rekomendasyon sa pagitan ng Blue Shield TotalDual Plan at ng County

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

Proseso ng Resolusyon ng Problema

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

G. Mga serbisyo sa transportasyon**G1. Hindi Pang-emergency na Medikal na Transportasyon**

May karapatan kayo sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon kung mayroon kayong mga pangangailangang medikal na hindi nagpapahintulot sa inyong makagamit ng kotse, bus, o taxi para makapunta sa inyong mga appointment. Makakapagbibigay ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon para sa mga saklaw na serbisyo gaya ng mga appointment para sa medikal, ngipin, kalusugan ng isip, pag-abuso ng droga o alak, at parmasya. Kung kailangan pa rin ninyo ng hindi pang-emergency na medikal na transportasyon oras na nagamit na ninyo ang 48 one-way na biyahe na ibinigay namin sa inyo, maaari kayong makipag-usap sa inyong provider at humiling ng mga karagdagang biyahe. Ang inyong provider o ang aming vendor ng transportasyon, ang Call The Car, ang magpapasya ng pinakamahasag na uri ng transportasyon para matugunan ang inyong mga pangangailangan. Kung kailangan ninyo ng medikal na transportasyong hindi pang-emergency, magresetasila nito sa pamamagitan ng pagkumpleto ng isang form at isusumite ito sa Blue Shield TotalDual Plan para sa pag-apruba. Depende sa inyong medikal na pangangailangan, ang pag-apruba ay may bisa para sa isang taon. Muling susuriin ng inyong provider ang inyong pangangailangan para sa medikal na transportasyong hindi pang-emergency para sa muling pag-apruba bawat 12 buwan.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 65



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

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

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

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

Mga limitasyon sa medikal na transportasyon

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 66



G2. Di-medikal na transportasyon

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

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

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

Kung minsan, maaari kayong ma-reimburse para sa mga biyaheng sakay ng pribadong sasakyan na isinasayos ninyo. Kailangang aprubahan muna ito ng Blue Shield TotalDual Plan **bago** kayo kumuha ng masasakyan, at dapat ninyong sabihin sa amin kung bakit hindi kayo makakuha ng masasakyan sa iba pang paraan, gaya ng pagsakay ng bus. Maaari ninyo itong sabihin sa amin sa pamamagitan ng pagtawag o pag-email, sa personal. **Hindi kayo mare-reimburse kung kayo mismo ang nagmamaneho.**

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

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

Upang humiling ng masasakyan para sa mga pinahintulutang serbisyo, tumawag sa Call The Car sa 1-877-433-2178 (TTY: 711) nang hindi bababa sa dalawampu't apat (24) na oras nang maaga bago sumapit ang inyong appointment. Maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para magpa-schedule, i-edit, subaybayan at kanselahin ang mga reservation. Para sa **mga agarang appointment**, tumawag sa lalong madaling panahon. Ihanda ang inyong ID Card ng Miyembro kapag kayo ay tatawag. Mangyari rin kayong tumawag kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon.

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 67



Mga limitasyon sa di-medikal na transportasyon

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

Hindi naaangkop ang hindi medikal na transportasyon kung:

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

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

H1. Pangangalaga sa isang medikal na emergency

Ang medikal na emergency ay isang medikal na kundisyong may mga sintomas na tulad ng karamdaman, matinding pananakit, malubhang pinsala, o isang medikal na kundisyong mabilis na lumalala. Napakalala ng kundisyon na, kung hindi ito makakakuha ng agarang atensiyong medikal, maaaring asahan ninyo o ng sinumang may average na kaalaman sa kalusugan at medisina na magresulta sa:

- seryosong panganib sa inyong buhay o sa inyong hindi pa naipapanganak na sanggol; o
- pagkawala ng o malubhang kapinsalaan sa mga paggana ng katawan; o
- malalang pagpalya ng anumang organo o parte ng katawan; o
- Sa kaso ng isang buntis na babae na may aktibong paghilab ng tiyan, kung:
 - Walang sapat na panahon para ligtas kayong mailipat sa ibang ospital bago ang panganganak.
 - Ang paglipat sa ibang ospital ay maaaring magdulot ng panganib sa inyong kalusugan o kaligtasan o sa inyong hindi pa naipapanganak na sanggol.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 68



Kung mayroon kayong medikal na emergency:

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

Mga saklaw na serbisyo sa isang medikal na emergency

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

Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng ambulansya papunta sa emergency room sa mga sitwasyon na kung saan ang anumang iba pang paraan ng pagbibiyahen ay maaaring malagay sa panganib ang inyong kalusugan. Sinasaklaw din namin ang mga serbisyong medikal sa panahon ng emergency. Upang malaman ang higit pa, sumangguni sa Chart ng mga Benepisyo sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Ang mga provider na nagbigay sa inyo ng pang-emergency na pangangalaga ang nagdedesiyon kung stable na ang inyong kundisyon at tapos na ang medikal na emergency. Patuloy nila kayong gagamutin at makikipag-ugnayan sila sa amin para makapagplano kung mangangailangan kayo ng follow-up na pangangalaga para bumuti.

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 69



Pagkuha ng pang-emergency na pangangalaga kung hindi ito emergency

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

Gayunpaman, pagkatapos sabihin ng doktor na hindi ito isang emergency, sasaklawin lamang namin ang inyong karagdagang pangangalaga kung:

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

H2. Agarang kailangang pangangalaga

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

Agarang kailangang pangangalaga sa lugar ng serbisyo ng aming plano

Sinasaklaw lamang namin ang agarang kinakailangang pangangalaga kung:

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

Kung hindi maaari o hindi makatuwiran na kumuha ng isang provider na nasa network dahil sa iyong panahon, lugar o situwasyon, sasaklawin namin ang agarang kailangang pangangalaga na inyong tinatanggap mula sa isang wala sa network na provider.

Para sa pinakabagong listahan ng mga center ng agarang pangangalaga na konektado sa grupo ng inyong doktor, mangyaring makipag-ugnayan sa inyong PCP. Makakahanap din kayo ng mga sentro ng agarang pangangalaga sa inyong lugar sa pamamagitan ng pagpunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor.

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

Kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng aming plano, maaaring hindi kayo makakuha ng pangangalaga mula sa isang provider na nasa network. Sa sitwasyong iyon, sinasaklaw ng aming plano ang agarang kailangang pangangalaga na makukuha ninyo mula sa sinumang provider. Gayunpaman, ang mga medikal na kinakailangang karaniwang pagbisita sa isang provider, tulad ng mga taunang pagpapatingin, ay hindi itinuturing na agarang kinakailangan, kahit na kung nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng aming plano o kung ang aming network ng plano ay pansamantalang hindi available.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 70



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

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

H3. Pangangalaga sa panahon ng isang kalamidad

Kapag idinideklara ng gobernador ng California, ng Kalihim ng Kalusugan at Serbisyong Pantao ng Estados Unidos, o ng presidente ng Estados Unidos ang isang kalagayan ng kalamidad o emergency sa inyong heograpikong lugar, may karapatan pa rin kayo sa pangangalaga mula sa aming plano.

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

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

I. Paano kung direkta kayong sinisingil para sa mga saklaw na serbisyo

Kung nagbayad kayo ng mas malaki pa kaysa sa inyong pagbabahagi ng gastos sa plano para sa mga saklaw na serbisyo o kung nakatanggap kayo ng bill para sa buong halaga ng saklaw na medikal na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng Handbook ng Miyembro na ito upang malaman kung ano ang dapat gawin.

Hindi ninyo dapat bayaran ng inyong sarili ang pagsingil. Kung gagawin ninyo ito, maaaring hindi namin maibalik ang ibinayad ninyo.

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



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

Sinasaklaw ng aming plano ang lahat ng mga serbisyo:

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

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

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

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

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

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

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

Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral (tinatawag ding klinikal na pagsubok) ay isang paraan kung saan sinusuri ng mga doktor ang mga bagong uri ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot. Ang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inapruhan ng Medicare ay karaniwang humihiling ng mga boluntaryo para maging bahagi sa pag-aaral. Kapag kayo ay bahagi ng isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral, maaari kayong manatiling naka-enroll sa aming plano at patuloy na tanggapin ang natitirang bahagi ng pangangalaga sa inyo (pangangalagang hindi nauugnay sa pag-aaral) sa pamamagitan ng aming plano.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 72



Kung nais ninyong lumahok sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral na inaprubahan ng Medicare, **hindi** ninyo kinakailangang sabihin ito sa amin o humingi ng pag-apruba mula sa amin o mula sa inyong provider ng pangunahing pangangalaga. Ang mga provider na nagbibigay sa inyo ng pangangalaga bilang bahagi ng pag-aaral ay **hindi** kailangang maging mga nasa network na provider. Hindi ito nalalapat sa mga sinasaklaw na benepisyo na nangangailangan ng klinikal na pagsubok o registry upang masuri ang benepisyo, kabilang ang ilang benepisyo na nangangailangan ng saklaw na may pagsulong ng ebidensya (mga NCD-CED) at pagbubukod ng isang pinag-aaralang aparato (investigational device exemption, IDE) na mga pag-aaral. Ang mga benepisyong ito ay maaari ring sumailalim sa paunang pahintulot at iba pang mga panuntunan ng plano.

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

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

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

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

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

Kung bahagi kayo ng isang pag-aaral na **hindi** inaprubahan ng Medicare, kayo ang magbabayad ng anumang mga gastos para sa pagsali sa pag-aaral.

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

Mas marami pa kayong malalaman tungkol sa pagsali sa isang klinikal na pananaliksik na pag-aaral kung babasahin ninyo ang “Medicare at Mga Klinikal na Pananaliksik na Pag-aaral” sa website ng Medicare

(www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf))

. Maaari din kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 73



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

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

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

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

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

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

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

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

- Dapat ay sertipikado ng Medicare ang pasilidad na magbibigay ng pangangalaga.
- Sinasaklaw lamang ng aming plano ang mga aspeto ng pangangalaga na hindi panrelihiyon.

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



- Kung tumatanggap kayo ng mga serbisyo mula sa institusyong ito na ibibigay sa inyo sa isang pasilidad:
 - Dapat ay mayroon kayong kundisyong medikal na magbibigay-daan sa inyong kumuha ng mga saklaw na serbisyo para sa inpatient na pangangalaga sa ospital o pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga.
 - Dapat kayong kumuha ng pag-apruba mula sa amin bago kayo ipasok sa pasilidad dahil kung hindi ay **hindi** sasaklawin ang inyong pananatili.

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

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

L1. DME bilang isang miyembro ng aming plano

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

Sinasaklaw ng Medi-Cal ang paggamit sa loob at labas ng bahay (hal., mga aparato ng Mobility na sinasaklaw sa ilalim ng Medi-Cal para magamit sa komunidad). Ang Medicare, ang pangunahing tagabayad para sa karapat-dapat sa dalawa na mga indibidwal, ay nililimitahan ang pagsaklaw ng DME sa mga kagamitang kailangan para magamit sa bahay. Sinasaklaw ng Medi-Cal ang ilang DME na kinakailangan para magamit kapwa sa bahay at sa komunidad. Bilang isang miyembro ng DSNP na ito, may karapatan ang mga miyembro sa buong sakop ng DME na sinasaklaw sa ilalim ng pamantayan ng kapwa Medicare at Medi-Cal.

Mayroon kayong ilang mga DME na bagay, tulad ng prosthetics.

Iba pang mga uri ng DME na dapat ninyong rentahan. Bilang miyembro ng aming plano, kalimitang **hindi** ninyo magiging pagmamay-ari ang mga nirentahang DME na bagay, gaano niyo man katagal itong nirentahan.

Sa mga ilang limitadong sitwasyon, inililipat namin ang pagmamay-ari ng DME na bagay sa inyo. Tawagan ang Serbisyo sa Customer sa numero ng telepono sa ibaba ng pahina para sa higit pang impormasyon.

Kahat na mayroon kayong DME para sa hanggang sa 12 buwan nang magkakasunod sa ilalim ng Medicare bago kayo sumali sa aming plano, **hindi** kayo ang nagmamay-ari ng kagamitan.

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

Sa Original Medicare na programa, ang mga taong nagrerenta ng mga partikular na uri ng DME ay nagiging may-ari na nito pagkalipas ng 13 buwan. Sa isang Medicare Advantage (MA) na

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 75



plano, maaaring magtakda ang plano ng bilang ng mga buwan na dapat rentahan ng mga tao ang partikular na mga uri ng DME bago nila magiging pagmamay-ari.

Bilang miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan hindi mo kailangang magbayad para sa sakop na DME hangga't ito ay medikal na kinakailangan at inaprubahan ng iyong doktor. Karaniwang hindi ka magmamay-ari ng mga nirentahang DME item kahit gaano karaming copayment ang nagawa mo na para sa item habang miyembro ng aming plan, kahit na nakagawa ka na ng hanggang 12 na magkakasunod na pagbabayad para sa item na DME sa ilalim ng Original Medicare bago ka sumali sa aming plan. Sa ilalim ng ilang partikular na limitadong pagkakataon, ililipat namin sa iyo ang pagmamay-ari ng item na DME. Tumawag sa Customer Service para sa karagdagang impormasyon.

Tandaan: Mahahanap ninyo ang mga kahulugan ng Original Medicare at MA Plans sa Kabanata 12. Makakahanap din kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga ito sa handbook na *Medicare at Kayo 2026*. Kung wala kayong kopya ng booklet na ito, makukuha ninyo ito sa website ng Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

Kung wala na kayong Medi-Cal, kakailanganin ninyong magsagawa ng 13 pagbabayad nang magkakasunod sa ilalim ng Original Medicare, o kakailanganin ninyong gawin ang dami ng mga pagbabayad nang magkakasunod na itinakda ng MA na plano upang mapagmay-ari ang DME na bagay kung:

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

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

- Kakailanganin ninyong magsagawa ng 13 bagong mga pagbabayad nang magkakasunod sa ilalim ng Original Medicare, o ng dami ng mga bagong pagbabayad nang magkakasunod na itinakda ng MA na plano upang mapagmay-ari ang DME na bagay,
- Walang mga pagbubukod dito kapag bumalik kayo sa Original Medicare o sa isang MA na plano

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

Kung kwalipikado kayo para sa oxygen equipment na saklaw ng Medicare, sinasaklaw namin ang:

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 76



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

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

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

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

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

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

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

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



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



Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 78

Kabanata 4: Chart ng mga benepisyo

Panimula

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

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



Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang inyong mga saklaw na serbisyo at ang inyong mga gastusing mula sa sariling bulsa ...	81
B. Mga panuntunan laban sa mga provider na naniningil sa inyo para sa mga serbisyo.....	81
C. Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano.....	81
D. Ang Chart ng mga Benepisyo ng aming plano.....	87
E. Chart ng Pamamaraan sa mga Saklaw na Benepisyo sa Ngipin.....	161
F. Mga Suporta sa Komunidad.....	169
G. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano	172
G1. Paglipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT).....	172
G2. Medi-Cal Dental.....	173
G3. Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS)	174
G4. 1915(c) Mga Serbisyonang Base sa Bahay at Komunidad (Home and Community Based Services, HCBS) na mga Programa na may Waiver	174
G5. Mga Serbisyo ng Country para sa Kalusugan ng Pag-uugali na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Sakit na Pag-abuso sa Paggamit ng Substance)	178
H. Mga benepisyong hindi saklaw ng aming plano, ng Medicare, o ng Medi-Cal.....	182



A. Ang inyong mga saklaw na serbisyo at ang inyong mga gastusing mula sa sariling bulsa

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

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

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

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

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

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

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

C. Tungkol sa Chart ng Mga Benepisyo ng aming plano

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

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



Binabayaran namin ang mga serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo kapag natutugunan ang mga sumusunod na pamantayan. Hindi kayo magbabayad ng anuman para sa mga serbisyong nakalista sa Chart ng mga Benepisyo hangga't natutugunan ninyo ang mga pangangailangang inilalarawan sa ibaba.

- Naglalaan kami ng mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal alinsunod sa mga panuntunang itinakda ng Medicare at Medi-Cal.
- Ang mga serbisyo kabilang ang medikal na pangangalaga, mga serbisyong kaugnay sa kalusugan ng pag-uugali at paggamit ng nakakasugapang sangkap, mga pangmatagalang serbisyo at suporta, mga supply, kagamitan, at mga gamot ay dapat na “medikal na kinakailangan.” Ang kahulugan ng medikal na kinakailangan ay ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan ninyo upang maiwasan, masuri, o magamot ang isang medikal na kundisyon o upang mapanatili ang inyong kasalukuyang kalagayan ng kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na pumipigil sa inyong pumunta sa isang ospital o pasilidad ng pag-aalaga. Nangangahulugan din na natutugunan ng mga serbisyo, supply o gamot ang mga kinikilalang pamantayan ng medikal na kasanayan. Ang isang serbisyo ay medikal na kinakailangan kapag ito ay makatwiran at kinakailangan upang protektahan ang buhay, upang maiwasan ang malubhang karamdaman o malubhang kapansanan, o upang mabawasan ang matinding pananakit.
- Para sa mga bagong enrollee, sa loob ng unang 90 araw, maaaring hindi namin kayo hilingin na kumuha ng paunang pag-apruba para sa anumang aktibong kurso ng paggamot, kahit na ang kurso ng paggamot na para sa isang serbisyo na nagsimula sa isang wala sa network na provider.
- Kukunin ninyo ang pangangalaga sa inyo mula sa isang provider na nasa network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Sa karamihan ng kaso, ang pangangalagang makukuha ninyo mula sa isang wala sa network na provider ay hindi sasaklawin maliban na lamang kung ito ay isang pang-emergency na pangangalaga o kailangang-kailangang pangangalaga o maliban na lamang kung ang inyong plano o nasa network na provider ay nagbigay sa inyo ng referral. Ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ay may higit pang impormasyon tungkol sa paggamit ng mga nasa network at wala sa network na provider.
- Mayroon kayong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) o isang pangkat ng pangangalaga na nagbibigay at namamahala ng inyong pangangalaga. Sa karamihan ng kaso, kinakailangang bigyan muna kayo ng pag-apruba ng inyong PCP bago kayo makakagamit ng isang provider na hindi ninyo PCP o makakagamit ng iba pang mga provider sa network ng aming plano. Ito'y tinatawag na rekomendasyon. Ang **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ay may higit pang impormasyon tungkol sa pagkuha ng referral at kung kailan **hindi** ninyo kailangan ng referral.

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



- Sinasaklaw lang namin ang ilang serbisyong nakalista sa Chart ng Mga Benepisyo kung kumuha muna ng pag-apruba mula sa amin ang inyong doktor o iba pang nasa network na provider. Tinatawag itong paunang pahintulot. Nakamarkang italiko ang mga saklaw na serbisyo sa Chart ng Mga Benepisyo na nangangailangan ng paunang pahintulot (prior authorization, PA).
- Kung nagbibigay ang inyong plano ng pag-apruba sa PA para sa isang serye ng paggamot, dapat may bisa ang pag-apruba hangga't medikal na makatuwiran at kinakailangan upang maiwasan ang abala sa pangangalaga batay sa pamantayan ng saklaw, medikal na kasaysayan ninyo, at mga rekomendasyon ng gumagamot na provider.
- Kung mawala ang inyong mga benepisyo ng Medi-Cal, sa loob ng 6 na buwan kung kailan ikaw ay itinuturing na kuwalipikado, magpapatuloy ang benepisyo ng Medicare para sa inyo sa planong ito. Gayunpaman, maaaring hindi saklawin ang inyong serbisyo ng Medi-Cal. Makipag-ugnayan sa tanggapan ng pagiging kuwalipikado sa inyong county o Health Care Options para sa impormasyon tungkol sa inyong pagiging kuwalipikado sa Medi-Cal. Maaari ninyong panatilihin ang inyong mga benepisyo sa Medicare, ngunit hindi ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal.

Mahalagang Impormasyon ng Benepisyo para sa Mga Miyembrong may Ilang Hindi Gumagaling na Kundisyon.

- Kung mayroon kayong alinman sa (mga) hindi gumagaling na kundisyon na nakalista sa ibaba at natutugunan ang ilang partikular na medikal na pamantayan, maaari kayong maging karapat-dapat para sa benepisyo ng Pagkain at Produkto. Ang benepisyo ng Pagkain at Produkto ay isang Espesyal na Karagdagang Benepisyo para sa May Hindi Gumagaling na Karamdaman (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). Hindi lahat ng miyembro ng plano ay kwalipikado. Nakadepende ang pagiging karapat-dapat sa pagtugon sa kahulugan ng isang “enrollee na may hindi gumagaling na kundisyon” at may hindi kukulangin sa isa sa mga kwalipikadong hindi gumagaling na kundisyon ng Plano sa ibaba:
- Hindi gumagaling na sakit ng pag-inom ng alak at iba pang sakit ng paggamit ng mga nakapipinsalang sangkap (substance use disorders, SUDs)
- Mga autoimmune na sakit:
 - Polyarteritis nodosa
 - Polymyalgia rheumatica
 - Polymyositis
 - Dermatomyositis
 - Rheumatoid arthritis
 - Systemic lupus erythematosus
 - Psoriatic arthritis
 - Scleroderma



- Cancer
- Mga cardiovascular na sakit:
 - Mga cardiac na arrhythmia
 - Coronary artery disease
 - Peripheral vascular na sakit
 - Valvular na sakit sa puso
- Hindi gumagaling na pagpalya ng puso
- Dementia
- Diabetes mellitus
- Labis ang timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome
- Hindi gumagaling na gastrointestinal na sakit:
 - Hindi Gumagaling na Sakit sa Atay
 - Hindi alcoholic na tabang sakit sa atay (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)
 - Hepatitis B
 - Hepatitis C
 - Pancreatitis
 - Irritable bowel syndrome
 - Inflammatory bowel disease
- Chronic kidney disease (CKD):
 - CKD na nangangailangan ng dialysis/End-stage na sakit sa bato (End-stage renal disease, ESRD)
 - CKD na hindi nangangailangan ng dialysis
- Mga malalang hematologic na sakit:
 - Aplastic anemia
 - Hemophilia
 - Immune thrombocytopenic purpura
 - Myelodysplastic syndrome
 - Sickle-cell na sakit (hindi kasama ang sickle-cell na katangian)
 - Hindi gumagaling na venous thromboembolic na sakit
- HIV/AIDS
- Mga hindi gumagaling na sakit sa baga:
 - Hika, Hindi gumagaling na bronchitis



- Cystic Fibrosis
- Emphysema
- Pulmonary fibrosis
- Pulmonary hypertension o alta presyon
- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
- Mga kundisyong hindi gumagaling at nagdudulot ng kapansanan sa kalusugan ng isip:
 - Mga bipolar disorder
 - Mga major depressive disorder
 - Paranoid disorder
 - Schizophrenia
 - Schizoaffective disorder
 - Post-traumatic stress disorder (PTSD)
 - Mga eating disorder
 - Mga anxiety disorder
- Mga neurologic disorder:
 - Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)
 - Epilepsy
 - Malawak na paralysis (iyon ay, hemiplegia, quadriplegia, paraplegia, monoplegia)
 - Huntington's disease
 - Multiple sclerosis
 - Parkinson's disease
 - Polyneuropathy
 - Fibromyalgia
 - Chronic fatigue syndrome
 - Mga kapinsalaan sa spinal cord
 - Spinal stenosis
 - Neurologic na kakulangang nauugnay sa stroke
- Stroke
- Pangangalaga pagkatapos ng pag-transplant ng organ
- Mga immunodeficiency at immunosuppressive na disorder
- Mga kundisyong nauugnay sa kapansanan sa kamalayan (cognitive impairment):
 - Alzheimer's disease
 - Mga intelektwal na kapansanan sa mga kapansanan sa pag-unlad



- Traumatic na mga kapinsalaan sa utak
- Nakapagdudulot ng sakit sa pag-iisip na nauugnay sa kapansanan sa kamalayan (cognitive impairment)
- Banayad na kapansanan sa kamalayan (cognitive impairment)
- Mga kundisyong nauugnay sa mga kahirapan sa kakayahang makakilos at nangangailangan ng mga katulad na serbisyo kabilang ang mga sumusunod:
 - Mga kapinsalaan sa spinal cord
 - Paralysis
 - Pagkawala ng braso o hita
 - Stroke
 - Arthritis
- Mga hindi gumagaling na kundisyon na nakaaapekto sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, paghipo, at pag-amoy
- Mga kundisyong nangangailangan ng patuloy na mga serbisyo ng therapy upang mapanatili o hindi mawala ang paggana ng mga indibidwal
 - Malalaman ng Plano kung karapat-dapat kayo para sa benepisyo ng Pagkain at Produkto sa pamamagitan ng paggamit ng impormasyon mula sa inyong doktor o sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa inyong doktor para sa isang nilagdaang pahayag tungkol sa inyong kwalipikadong hindi gumagaling na kundisyon.
 - Ang Healthy Benefits+ ay panggastos na card na may kargang allowance ng benepisyo upang makatulong sa pagbabayad sa mga saklaw na item at serbisyo. Sa sandaling kayo ay itinuturing na karapat-dapat, makakatanggap kayo ng sulat mula sa tagapangasiwa ng benepisyo na may kasamang inyong sariling pinasadyang card ng benepisyo. Ipapaalam sa inyo ng sulat na ito na nailagay na sa inyong card ang halaga ng allowance. Magbibigay din ito ng impormasyon kung paano ma-access ang higit pang mga detalye sa benepisyo sa pamamagitan ng telepono, website o mobile app.
 - Para sa mga tanong tungkol sa benepisyong ito, maaari kayong tumawag sa tagapangasiwa ng benepisyo sa (855) 572-6341 [TTY: 711], 8 a.m. hanggang 8 p.m. PT, Linggo hanggang Sabado, Oktubre 1 hanggang Marso 31, at Lunes hanggang Biyernes, Abril 1 hanggang Setyembre 30. Maaari rin kayong pumunta online sa HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA para sa higit na detalye.
- Sumangguni sa hanay na “Tulong sa ilang partikular na hindi gumagaling na kundisyon” sa Chart ng mga Benepisyo para sa karagdagang impormasyon.
- Makipag-ugnayan sa amin para sa karagdagang impormasyon.

Lahat ng serbisyong ukol sa pang-iwas ay libre. Ipinapakita ng mansanas na ito 🍏 ang mga preventive na serbisyo sa Chart ng mga Benepisyo.



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

D. Ang Chart ng mga Benepisyo ng aming plano

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Acupuncture Binabayaran namin ang hanggang dalawang mga serbisyo ng outpatient acupuncture sa anumang isang buwan ng kalendaryo, o mas madalas kung medikal na kinakailangan ang mga ito. Binabayaran din namin ang hanggang 12 pagbisita sa acupuncture sa loob ng 90 araw kung mayroon kayong hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likuran, na tinukoy bilang: • nagtatagal nang 12 linggo o mas matagal; • hindi tiyak (walang matutukoy na sistematikong dahilan, tulad ng hindi nauugnay sa metastatic, pamamaga o pamumula, o nakakahawang sakit); • hindi nauugnay sa operasyon, at • hindi nauugnay sa pagbubuntis. Bukod dito, binabayaran namin ang karagdagang walong session ng acupuncture para sa hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likuran kung nagpapakita kayo ng improvement. Maaaring hindi kayo makakuha ng higit sa 20 acupuncture na paggamot para sa hindi gumagaling na pananakit sa ibabang bahagi ng likuran kada taon. Kailangang ihinto ang mga acupuncture na paggamot kung hindi kayo bumubuti o kung mas lumala kayo. Mga Kinakailangan ng Provider: Ang mga doktor (tulad ng tinukoy sa 1861(r)(1) ng Social Security Act (ang Act)) ay maaaring magbigay ng acupuncture alinsunod sa mga naaangkop na iniaatas ng estado. Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Acupuncture (ipinagpatuloy) Mga katulong na doktor (physician assistants, PAs), mga nurse practitioner (NPs)/klinikal na nurse specialist (CNS) (tulad ng natukoy sa 1861(aa) (5) ng Act), at mga pantulong na mga tauhan ay maaaring magbigay ng acupuncture kung natutugunan nila ang lahat ng naaangkop na iniaatas ng estado at may: • isang master's o doctoral na antas ng degree sa acupuncture o Oriental Medicine mula sa isang paaralan na kinikilala ng Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM); at, • isang kasalukuyang, buo, aktibo, at walang limitasyong lisensya na gampanan ang propesyon ng acupuncture sa isang Estado, Teritoryo, o Commonwealth (ibig sabihin., Puerto Rico) ng Estados Unidos, o District of Columbia. Ang mga katulong na kawang nagbibigay ng acupuncture ay dapat na nasa ilalim ng naaangkop na antas ng pangangasiwa ng isang doktor, PA, o NP/CNS na iniaatas ng aming mga regulasyon sa 42 CFR §§ 410.26 at 410.27. Ang mga saklaw na serbisyo ay ibinibigay sa pamamagitan ng American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) ng mga kalahok na provider. Para sa higit pang impormasyon, o upang makahanap ng kalahok na provider ng ASH Plans, maaari kayong tumawag sa ASH Plans sa (800) 678-9133 [TTY: 711], Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 8 p.m., Abril 1 hanggang Setyembre 30 at Linggo hanggang Sabado, 8 a.m. hanggang 8 p.m., Oktubre 1 hanggang Marso 31. Maaari din kayong tumawag sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan o pumunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor upang makahanap ng provider na kasali sa ASH Plans.	



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Agarang kailangang pangangalaga Ang agarang kailangang pangangalaga ay pangangalagang ibinibigay upang gamutin ang: • isang hindi emergency na nangangailangan ng kaagad na medikal na pangangalaga, o • isang hindi inaasahang karamdaman, o • isang pinsala, o • isang kundisyong nangangailangan kaagad ng pangangalaga. Kung kinakailangan ninyo ng agarang kailangang pangangalaga, dapat muna ninyong subukin kung maaari ninyong makuha ito mula sa isang nasa network na provider. Gayunman, maaari kayong gumamit ng mga wala sa network na provider kapag hindi kayo makapunta sa mga nasa network na provider dahil sa inyong panahon, lugar, o sitwasyon, hindi ito maaari, o hindi makatuwiran, na makakuha ng mga serbisyo mula sa mga provider na nasa network (halimbawa, kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng plano at nangangailangan ng medikal na agarang serbisyo para sa hindi pa natingnang kundisyon ngunit hindi isang medikal na emergency). *Pandaigdigang saklaw Wala kayong pinagsamang taunang limitasyon para sa pang-emergency na pangangalaga o mga serbisyong agarang kinakailangang pangangalaga sa labas ng Estados Unidos at ang kanyang mga teritoryo ay hindi nalalapat sa pinakamataas na limitasyon ng perang galing sa bulsa. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	\$0 20% na coinsurance para sa padaigdigang agarang saklaw (kinakansela ang coinsurance kung na-admit sa isang ospital sa loob ng isang araw para sa kaparehong kundisyon)



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Inpatient na pangangalaga: Mga saklaw na serbisyo sa isang ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF) sa panahon ng isang hindi saklaw ng pananatili ng inpatient Hindi kami magbabayad para sa inyong inpatient na pananatili kung nagamit na ninyo ang lahat ng inyong inpatient na benepisyo o kung ang pananatili ay hindi makatwiran at medikal na kinakailangan. Gayunpaman, sa mga ilang sitwasyon na kung saan ang inpatient na pangangalaga ay hindi saklaw, maaari naming bayaran ang mga serbisyong inyong natanggap habang kayo ay nasa isang ospital o nursing na pasilidad. Upang malaman ang higit pa, makipag-ugnayan sa Customer Service. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • mga serbisyo ng doktor • mga pagsusuri sa diagnostic, tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo • X-ray, radium at isotope therapy, kabilang ang mga materyales at serbisyo ng technician • mga bendang pang-operasyon • mga splint, cast at iba pang mga aparatong ginagamit para sa mga bali ng buto at pinsala sa kasukasuan • mga prosthetic at orthotic device, maliban sa dental, kabilang ang pagpapalit o mga pagpapaayos sa mga ganoong device. Ang mga ito ay device na lubos o bahaging pumapalit sa: ○ isang organ sa loob ng katawan (kabilang ang kadikit na tissue), o ○ ang paggana ng sira o pumapalyang organ sa loob ng katawan. • mga brace para sa binti, braso, likod at leeg, mga truss at mga artipisyal na binti, braso at mata. Kabilang dito ang mga pagsasaayos, pagkukumpuni at pagpapalit na kinakailangan dahil sa pagkasira, pagkaluma, pagkawala o pagbabago ng inyong kundisyon • physical therapy, speech therapy at occupational therapy <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Inpatient na pangangalaga sa ospital (ipinagpatuloy) Kung kailangan ninyo ng transplant, susuriin ng isang sentro ng transplant na aprubado ng Medicare ang inyong kaso at magpapasiya kung kandidato kayo para sa isang transplant. Ang mga provider ng pag-transplant ay maaaring nasa lokal o nasa labas ng lugar ng serbisyo. Kung tatanggapin ng mga lokal na provider ng pag-transplant ang presyo ng Medicare, makukuha ninyo ang mga serbisyo ng pag-transplant sa lokal o sa labas ng kinagawiang lugar ng pangangalaga para sa inyong komunidad. Kung ang aming plano ay nagbibigay ng mga serbisyo ng pag-transplant sa labas ng kinagawiang lugar ng pangangalaga para sa aming komunidad at pinili ninyong doon sumailalim ng pag-transplant, kami ang mag-aasikaso o magbabayad para sa mga gastos na kaugnay sa tutulugan at biyahe para sa inyo at sa isa pang indibiduwal. • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay • mga serbisyo ng doktor Tandaan: Upang maging isang inpatient, ang inyong provider ay dapat na sumulat ng isang order na nagsasabing pormal kayong tinatanggap bilang isang inpatient ng ospital. Kahit na nanatili kayo sa ospital nang magdamag, maaari pa rin kayong ituring bilang isang “outpatient.” Kung hindi kayo sigurado kung kayo ay isang inpatient o outpatient, magtanong sa kawani ng ospital. Kumuha ng karagdagang impormasyon sa fact sheet ng Medicare na <i>Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare</i>. Ang fact sheet ay matatagpuan sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay maaaring tumawag sa 1-877-486-2048. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	

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



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Karagdagang mga serbisyong pangkalusugan sa pamamagitan ng telepono (telehealth)* Nagkakaloob ang Teladoc Health ng mga konsultasyon sa Doktor sa pamamagitan ng telepono o video nang 24/7/365. Maaaring mag-diagnose at manggamot ang mga Doktor ng Teladoc ng mga pangunahing medikal na kundisyon at maaari din silang magreseta ng mga partikular na gamot. Ang Teladoc Health ay karagdagang serbisyo na hindi nilalayong palitan ang pangangalaga mula sa inyong Provider ng Pangunahing Pangangalaga. Paki-log in sa blueshieldca.com/teladochealth o sa app ng Blue Shield of California para humiling ng pagbisita. Kung mayroon kayong mga tanong, maaari kayong makipag-ugnayan sa Teladoc Health sa pamamagitan ng telepono sa 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711], 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, 365 araw sa isang taon. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	\$0
 “Maligayang Pagdating sa Medicare” na pagbisitang pang-iwas sa sakit Sinasaklaw namin ang isang beses na “Welcome sa Medicare” na pagbisitang pang-iwas sa sakit. Kasama sa pagbisita ang: • isang pagsusuri ng inyong kalusugan, • edukasyon at pagpapayo tungkol sa mga preventive na serbisyo na kailangan ninyo (kabilang ang mga screening at iniksyon), at • mga referral para sa iba pang pangangalaga kung kailangan ninyo ito. Tandaan: Sinasaklaw lang namin ang “Welcome sa Medicare” na pagbisitang pang-iwas sa sakit sa loob ng unang 12 buwan na mayroon kayong Medicare Part B. Kapag gumawa kayo ng inyong appointment, sabihin sa tanggapan ng inyong doktor na gusto ninyong i-schedule ang inyong “Welcome sa Medicare” na pagbisitang pang-iwas sa sakit.	\$0

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



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Matibay na kagamitang medikal (durable medical equipment, DME) at mga kaugnay na supply Sumangguni sa Kabanata 12 ng <i>Handbook ng Miyembro</i> na ito para sa kahulugan ng “Matibay na Kagamitang Medikal (Durable medical equipment, DME).” Sinasaklaw namin ang mga sumusunod na bagay: • mga wheelchair, kabilang ang mga electric na wheelchair • mga saklay • mga powered mattress na sistema • tuyong pressure pad para sa mattress • mga supply para sa diabetes • mga kama na pang-ospital na inorder ng isang provider na gagamitin sa bahay. • intravenous (IV) na mga infusion pump at pole • mga aparatong nakapagsasalita • kagamitang nagbibigay ng oxygen at mga supply • mga nebulizer • mga walker • standard na may kurbang hawakan o quad na baston at mga kapalit na supply • cervical traction (sa itaas ng pinto) • bone stimulator • kagamitan para sa pangangalaga sa dialysis May iba pang mga bagay na maaaring saklaw. Kami ang magbabayad para sa lahat ng medikal na kinakailangang DME na karaniwang binabayaran ng Medicare at Medi-Cal. Kung ang aming supplier sa inyong lugar ay walang partikular na tatak o tagagawa, maaari ninyo silang tanungin kung maaari ba silang magpa-special order nito para sa inyo. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at ito ay responsibilidad ng inyong provider.</i>	\$0



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

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Medikal na nutrisyong therapy Ang benepisyong ito ay para sa mga taong may diabetes o sakit sa bato na walang dialysis. Ito ay para din sa pagkatapos ng pag-transplant ng bato kapag ini-refer ng inyong doktor. Babayaran namin ang tatlong oras ng mga serbisyo sa one-on-one na pagpapayo sa loob ng unang taon na tumatanggap kayo ng mga serbisyo sa medikal na nutrisyon na therapy sa ilalim ng Medicare. Maaari naming aprubahan ang karagdagang mga serbisyo kung medikal na kinakailangan. Babayaran namin ang dalawang oras ng mga serbisyo sa one-on-one na pagpapayo kada taon pagkatapos nito. Kung magbabago ang kundisyon, paggamot o diagnosis ninyo, makakakuha kayo ng karagdagang oras ng paggamot sa pamamagitan ng referral ng isang doktor. Dapat ireseta ng doktor ang mga serbisyong ito at i-renew ang referral kada taon kung kailangan ninyong magpagamot sa susunod na kalendaryong taon. Maaari naming aprubahan ang karagdagang mga serbisyo kung medikal na kinakailangan.	\$0



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

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga chiropractic service (saklaw ng Medicare) Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: - mga pagsasaayos sa gulugod upang maitama ang pagkakananay Mga chiropractic service (hindi saklaw ng Medicare)* Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: - mga pauna at kasunod na pagsusuri - Pagsasaayos Gamit ang Chiropractic - Pandagdag na mga therapy - Mga x-ray (chiropractic lang) Ang mga serbisyong hindi saklaw ng Medicare ay ibinibigay sa pamamagitan ng American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) ng mga kalahok na provider. Ang mga saklaw na serbisyo ay dapat na tukuyin ng ASH Plans bilang medikal na kinakailangan. Para sa higit pang impormasyon, o upang makahanap ng kalahok na provider ng ASH Plans, maaari kayong tumawag sa ASH Plans sa (800) 678-9133 [TTY: 711], Lunes hanggang Biyernes, 5 a.m. hanggang 8 p.m., Abril 1 hanggang Setyembre 30 at Linggo hanggang Sabado, 8 a.m. hanggang 8 p.m., Oktubre 1 hanggang Marso 31. Maaari din ninyong tawagan ang Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan o pumunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor upang makahanap ng provider na kasali sa ASH Plans. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	\$0 \$0 (limitado ang saklaw sa hanggang 12 pagbisita bawat taon para sa mga hindi saklaw na serbisyo ng Medicare.)



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga gamot sa Medicare Part B Ang mga gamot na ito ay sinasaklaw sa ilalim ng Part B ng Medicare. Binabayaran ng aming plano ang mga sumusunod na gamot: - mga gamot na hindi ninyo karaniwang ibinibigay sa inyong sarili at iniiniksyon o ini-infuse habang kumukuha kayo ng mga serbisyo ng doktor, ospital na outpatient, o ambulatory na sentro ng operasyon - insulin na ibinigay sa pamamagitan ng isang bagay ng durable medical equipment (tulad ng isang medikal na kinakailangang insulin pump) - iba pang mga gamot na iniinom ninyo sa pamamagitan ng durable medical equipment (tulad ng mga nebulizer) na pinahintulutan ng aming plano - ang gamot para sa Alzheimer na Leqembi (generic lecanemab) na itinuturok sa ugat (intravenous, IV) - mga clotting factor na ibinibigay ninyo sa inyong sarili sa pamamagitan ng iniksyon kung mayroon kayong hemophilia - mga gamot na transplant/immunosuppressive: Sinasaklaw ng Medicare ang transplant drug therapy kung binayaran ng Medicare ang organ transplant ninyo. Dapat ay mayroon kayong Part A sa panahon ng saklaw na transplant, at dapat ay mayroon kayong Part B sa panahon na kumuha kayo ng mga immunosuppressive na gamot. Sinasaklaw ng Medicare Part D ang mga immunosuppressive na gamot kung hindi sinasaklaw ang mga ito ng Part B - mga iniiniksyong gamot sa osteoporosis. Babayaran namin ang mga gamot na ito kung kayo ay nakapirmi sa bahay, may bali sa buto na pinatunayan ng isang doktor na nauugnay sa post-menopausal osteoporosis, at hindi ninyo kayang ma-iniksyon ang gamot ng inyong sarili - ilang mga antigen: Sinasaklaw ng Medicare ang mga antigen kung inihahanda ito ng doktor at isang tao (maaaring ikaw, ang pasyente) na tinagubilinan ang nagtuturok sa mga ito sa ilalim ng naaangkop na pangangasiwa Ang benepisyo ng ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga gamot sa Medicare Part B (ipinagpatuloy) - mga ilang gamot na laban sa cancer sa bibig: Sinasaklaw ng Medicare ang ilang gamot para sa cancer na iniinom ninyo kung ang parehong gamot ay maaaring makuha sa itinuturok na anyo o ang gamot ay isang prodrug (isang gamot na, kapag nainom, ay nagreresulta sa loob ng katawan sa kaparehong aktibong sangkap na matatagpuan sa itinuturok na gamot). Habang available ang mga bagong gamot sa oral cancer, maaaring saklawin ng Part B ang mga ito. Kung hindi saklaw ng Part B ang mga ito, ang Part D ang may saklaw - mga gamot na laban sa pagduduwal na iniinom: Sinasaklaw ng Medicare ang mga gamot na laban sa pagduduwal na ginagamit ninyo bilang bahagi ng isang anti-cancer chemicaltherapeutic na rehimen kung itinuturok ang mga ito bago, habang, o sa loob ng 48 oras ng chemotherapy o ginagamit bilang buong therapeutic na kapalit para sa isang intravenous anti-nausea na gamot - ilang partikular na gamot na iniinom para sa End-Stage na Sakit sa Bato (End-Stage Renal Disease, ESRD) na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part B - calcimimetic at phosphate na mga binder na gamot sa ilalim ng sistema ng pagbabayad ng ESRD, kasama na ang mga itinuturok na gamot na Parsabiv®, at ang iniinom na gamot na Sensipar - ilang partikular na gamot para sa pag-dialysis sa bahay, kabilang ang heparin, ang antidote para sa heparin (kapag medikal na kinakailangan) at mga ipinapahid na anesthetics - mga erythropoiesis-stimulating agent: Sinasaklaw ng Medicare ang iniiniksyon na erythropoietin kung mayroon kang ESRD o kailangan ninyo ang gamot na ito upang gamutin ang anemia na may kaugnayan sa iba pang mga kundisyon (tulad ng Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera®, o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) - IV immune globulin para sa paggamot sa bahay ng mga primary immune deficiency disease - parenteral at enteral na nutrisyon (IV at tube feeding) Ang benepisyo ng ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga gamot sa Medicare Part B (ipinagpatuloy) Saklaw din namin ang ilan sa mga bakuna sa ilalim ng aming Medicare Part B at karamihan sa mga bakuna na pang-adult sa ilalim ng aming benepisyo sa Medicare Part D na gamot. Ipinaliliwanag ng Kabanata 5 ng <i>Handbook ng Miyembro</i> na ito ang aming benepisyo sa gamot. Ipinapaliwanag nito ang mga panuntunang dapat ninyong sundin para masaklaw ang mga reseta. Ipinapaliwanag ng Kabanata 6 ng <i>Handbook ng Miyembro</i> na ito kung magkaano ang babayaran ninyo para sa inyong mga gamot sa pamamagitan ng aming plano. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	
Mga inpatient na serbisyo sa isang psychiatric na ospital Babayaran namin ang mga serbisyo sa pag-alaga sa kalusugan ng isip na nangangailangan ng pananatili sa ospital. • Kung kailangan ninyo ng mga inpatient na serbisyo sa isang kahiwalay na psychiatric na ospital, babayaran namin ang unang 190 araw. Pagkatapos noon, ang lokal na ahensiyang kaugnay sa kalusugan ng isip sa county ang nagbabayad para sa medikal na kinakailangang mga inpatient na psychiatric na serbisyo. Ang pahintulot para sa pangangalaga na lampas sa 190 araw ay ipagbibigay-alam sa lokal na ahensya ng kalusugan ng isip sa county. ○ Ang 190 araw na limitasyon ay hindi inilalapat sa inpatient na mga serbisyo sa kalusugan ng isip na ibinibigay sa isang psychiatric unit ng isang general na ospital. • Kung kayo ay 65 taong gulang o mas matanda pa, babayaran namin ang mga serbisyong natanggap ninyo mula sa Institusyon ng mga Sakit sa Pag-iisip (Institute for Mental Diseases, IMD). <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga pagsusuri sa screening para sa cardiovascular na sakit (sa puso) Babayaran namin ang mga pagsusuri sa dugo upang matingnan para sa cardiovascular na sakit isang beses bawat limang taon (60 buwan). Tinitingnan din ng mga pagsusuri sa dugo na ito ang mga sakit dahil sa mataas na panganib ng sakit sa puso.	\$0



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

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Mga programa ng edukasyon sa kalusugan at kagalingan* Nag-aalok kami ng maraming programa na nakatuon sa ilang partikular na kundisyon ng kalusugan. Kabilang dito ang mga: • mga klase ng edukasyon sa kalusugan; • mga klase ng edukasyon sa nutrisyon; • pagtigil ng paninigarilyo at paggamit ng tabako; at • nursing hotline Mga programang makatutulong sa inyong manatiling malusog. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: • nakasulat na mga materyales para sa edukasyon sa kalusugan, kabilang ang mga newsletter • mga programang pang-edukasyon Mga Programang Pang-edukasyon na nakatuon sa mga kundisyon ng kalusugan na tulad ng: • mataas na presyon ng dugo • cholesterol • hika • espesyal na diet Mga programa ng edukasyong idinisenyo upang mapabuti ang inyong kalusugan at uri ng pamumuhay, kabilang ang: • pagkontrol ng timbang • kabutihan ng kundisyon • pangangasiwa ng stress NurseHelp 24/7 Magkaroon ng kumpidensyal na one-on-one na pag-uusap online sa isang rehistradong nurse, 24 oras sa isang araw. Kapag mayroon kayong alalahaning medikal, isang tawag lang sa aming walang bayad na hotline ang kokonekta sa inyo sa isang rehistradong nurse na makikinig sa inyong mga alalahanin at tutulungan kayong makahanap ng solusyon. Tumawag sa 1-877-304-0504 (TTY: 711) 24 oras kada araw, 7 araw kada linggo. Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga programa ng edukasyon sa kalusugan at kagalingan* (ipinagpatuloy) SilverSneakers® Fitness Saklaw kayo para sa benepisyo ukol sa fitness sa pamamagitan ng SilverSneakers na kung saan kabilang ang: • Isang pambansang network ng mga kalahok na gym at mga lokasyon ng komunidad na may mga klase ng fitness ng grupo at mga kagamitan sa mga piling lokasyon - mag-enroll sa maraming mga lokasyon hangga't nais ninyo • Mga live na online na klase at workshop sa pamamagitan ng SilverSneakers LIVE™ 7 araw/linggo, umaga, hapon, at gabi • On-demand na mga online na ehersisyo, mga video sa kagalingan at programa ng ehersisyo sa pamamagitan ng SilverSneakers On-Demand™ 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo • Mobile app na access sa mga programa sa fitness, pagsubaybay sa aktibidad, at iyong ID ng Miyembro sa pamamagitan ng SilverSneakers GO™ 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo • Koneksyon sa komunidad at suporta sa kagalingan nang personal at virtual sa pamamagitan ng SilverSneakers Community and Burnalong® Upang makapagsimulang gamitin ang benepisyo, hanapin ang inyong numero ng ID ng SilverSneakers, mga lokasyon ng fitness, at mga klase sa silversneakers.com. Kung mayroon kayong mga karagdagang tanong tungkol sa inyong benepisyo, tumawag sa 1-888-423-4632 [TTY: 711] Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. ET. Kapag pumunta kayo sa kalahok na lokasyon ng fitness na inyong pinili, i-enroll kayo ng kawani sa kanilang sistema sa pamamagitan ng inyong numero ng ID ng SilverSneakers. Maaari din kayong humiling ng isang paglilibot sa lokasyon upang makita ang lahat ng mga kagamitan at kung saan matatagpuan ang mga silid-aralan. Naghahandog ng mga kit sa bahay para sa mga miyembrong gustong magsimulang mag-ehersisyo sa bahay o para sa mga hindi makakapunta sa isang lokasyon ng fitness dahil sa kapinsalaan, karamdaman o pagiging nakapirmi sa bahay. Palaging makipag-usap sa inyong doktor bago magsimula ng isang programa ng pageehersisyo. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	

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

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga home infusion na therapy Binabayaran ng aming plano ang mga home infusion therapy, na tinutukoy bilang ang mga gamot o biyolohikong mga sangkap na idinadaan sa ugat o kaya inilalagay sa ilalim ng balat at ibinibigay sa inyo sa bahay. Ang mga sumusunod ay kinakailangan upang makapagsagawa ng home infusion: • ang gamot o biyolohikong sangkap, tulad ng isang antiviral o immune globulin; • kagamitan, tulad ng isang pump; at • mga supply, tulad ng tubo o catheter. Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng infusion sa bahay na kasama ang, ngunit hindi limitado sa: • mga propesyonal na serbisyo, kabilang ang mga nursing na serbisyo, na ibinibigay alinsunod sa inyong plano ng pangangalaga; • pagsasanay ng miyembro na hindi pa kasama sa DME na benepisyo; • remote na pagsubaybay; at • mga serbisyong pagsubaybay para sa pabibigay ng home infusion therapy at home infusion na mga gamot na mula sa isang kwalipikadong supplier ng home infusion therapy. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0 na copay para sa bawat saklaw na pagbisitang kaugnay sa infusion therapy sa bahay



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Mga Pagbabakuna Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • bakuna para sa pulmonya • mga iniksyon para sa trangkaso/influenza, isang beses bawat panahon ng trangkaso/influenza sa taglagas at taglamig, na may karagdagang iniksyon para sa trangkaso/influenza kung medikal na kinakailangan • bakuna para sa hepatitis B kung mayroong kayong mataas o katamtamang panganib na magkaroon ng hepatitis B • Mga COVID-19 na bakuna • bakuna para sa Human Papilloma Virus (HPV) • iba pang mga bakuna kung nanganganib kayo at natutugunan ng mga ito ang mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part B Babayaran namin ang iba pang mga bakunang tumutugon sa mga panuntunan sa pagsaklaw ng Medicare Part D. Sumangguni sa Kabanata 6 ng <i>Handbook ng Miyembro</i> na ito upang malaman ang higit pa. Kami rin ang magbabayad para sa lahat ng bakuna para sa mga may sapat na gulang ayon sa rekomendasyon ng Tagapayong Komite para sa Mga Kasanayan sa Pagbabakuna (Advisory Committee on Immunization Practice, ACIP).	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga outpatient na pagsusuring diagnostic at therapeutic na serbisyo at supply Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga medikal na kinakailangang serbisyong hindi nakalista dito: • Mga x-ray • radiation (radium at isotope) na therapy, kasama ang mga materyales at supply ng technician • mga supply na kaugnay sa operasyon, gaya ng mga benda • mga splint, cast at iba pang mga aparatong ginagamit para sa mga bali ng buto at pinsala sa kasukasuan • mga pagsusuri sa laboratoryo • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay • mga diagnostic na hindi paggawa na pagsusuri sa laboratoryo na tulad ng mga CT scan, MRI, EKG, at PET scan kapag inorder ang mga ito ng inyong doktor o ng iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan upang magamot ang isang medikal na kundisyon • iba pang mga outpatient na pagsusuring diagnostic <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at isang referral at responsibilidad ito ng provider mo.</i>	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga outpatient na serbisyo ng rehabilitasyon Babayaran namin ang physical therapy, occupational therapy at speech therapy. Makukuha ninyo ang mga outpatient na serbisyo ng rehabilitasyon mula sa mga outpatient na departamento ng ospital, tanggapan ng independent na therapist, kumprehensibong outpatient na pasilidad ng rehabilitasyon (mga CORF), at iba pang mga pasilidad. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga outpatient na serbisyo sa ospital Babayaran namin ang mga medikal na kinakailangang serbisyo na matatanggap ninyo sa outpatient na departamento ng isang ospital para sa pagsusuri o paggamot sa isang karamdaman o pinsala, tulad ng: • Mga serbisyo sa isang departamento para sa emergency o outpatient na klinika, gaya ng mga outpatient na operasyon o mga serbisyo ng pag-oobserba ○ Tinutulungan ng mga serbisyo sa pagmamasid ang inyong doktor na malaman kung kinakailangan ninyong ma-admit sa ospital bilang isang “inpatient.” ○ May panahon na maaari kayong nasa ospital nang magdamag at itinuturing pa ring isang “outpatient.” ○ Makakakuha kayo ng karagdagang impormasyon tungkol sa pagiging inpatient o outpatient sa dokumentong ito: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Mga pagsusuri sa mga Laboratoryo at pagsusuring diagnostic na sisingilin ng ospital • Pangangalaga sa kalusugan ng isip, kasama ang pangangalaga sa isang programa sa sandaling pagpapaospital, kung pinatunayan ng isang doktor na kakailanganin ang inpatient na paggamot kung wala ito • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na sisingilin ng ospital • Mga medikal na supply, gaya ng mga splint at cast • Ang mga screening at serbisyo ng pang-iwas ng problema ay nakalista sa buong Chart ng mga Benepisyo • Mga ilang gamot na hindi ninyo maaaring maibigay sa inyong sarili <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga Over-the-Counter (OTC) na Bagay* Karapat-dapat kayo sa tatluhan-buwanang allowance na \$120 para sa mga OTC na gamot at mga supply na nakalista sa OTC Items na katalogo. Ang mga bagay tulad ng aspirin, mga vitamin, mga gamot para sa sipon at ubo, at mga bendahe ay sinasaklaw sa ilalim ng benepisyong ito. Ang mga bagay tulad ng mga pampaganda at mga food supplement ay hindi saklaw ng benepisyong ito. Ang katalogo ng mga OTC na bagay at mga tagubilin sa pag-order ay available online sa blueshieldca.com/medicareOTC. Maaari kayong umorder ng mga bagay sa pamamagitan ng telepono sa (888) 628-2770 [TTY: 711], Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 9:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PST, o sa online sa blueshieldca.com/medicareOTC. Ipapadala sa inyo ang inyong mga order nang walang dagdag na bayad. Magbigay ng humigit-kumulang 7 araw ng trabaho para sa delivery. Ang benepisyong ito ay magkakabisa sa unang araw ng bawat ikatatlong buwan. Maaari kang magsagawa ng dalawang order kada ika-tatlong buwan at hindi mo maaaring gamitin ang iyong hindi nagamit na allowance sa susunod na ika-tatlong buwan. May ilang mga limitasyong ilalapat. Tingnan ang katalogo ng mga OTC na Bagay para sa higit pang impormasyon. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamalaking limitasyon ng perang mula sa bulsa ng plano.	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga prosthetic at orthotic na device at mga kaugnay na supply Pagpapalit ng mga prosthetic device ng lahat o ilang bahagi ng parte ng katawan o ang ginagawa nito. Kabilang dito ang, ngunit hindi limitado sa: • pagsusuri, pagsusukat, o pagsasanay sa paggamit ng mga prosthetic at orthotic na device • mga colostomy bag at supply na may kaugnayan sa pangangalaga sa colostomy • enteral at parenteral na nutrisyon, kabilang ang mga supply kit para sa pagkain, infusion pump, tubing at adaptor, solutions, at mga supply para sa pag-iiniksiyon ng sarili • mga pacemaker • mga brace • mga prosthetic na sapatos • mga artipisyal na braso at binti • mga prostheses na suso (kabilang ang surgical na brassiere pagkatapos ng mastectomy) • prostheses na gagamitin bilang kapalit ng lahat o bahagi ng labas na parte ng mukha na tinanggal o nagkaroon ng kapansanan bilang resulta ng sakit, pinsala, o depektong naroroon na mula pa nang pagkabata • incontinence cream at mga diaper Babayaran namin ang ilang supply na may kaugnayan sa mga prosthetic at orthotic na device. Babayaran din namin ang pagkukumpuni o pagpapalit ng mga prosthetic at orthotic na device. Nag-aalok kami ng ilang saklaw pagkatapos ng pag-alis ng katarata o operasyon sa katarata. Sumangguni sa “Pangangalaga sa paningin” na matatagpuan mamaya sa chart na ito para sa mga detalye. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0



Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Mga pulmonary na serbisyo ng rehabilitasyon Babayaran namin ang mga pulmonary na programa ng rehabilitasyon para sa mga miyembrong may bahagya hanggang matinding chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Dapat ay mayroon kayong isang referral para sa pulmonary na rehabilitasyon mula sa doktor o provider na gumagamot ng COPD. <i>Maaaring kailanganin ng paunang pahintulot at ito ay ang responsibilidad ng inyong provider.</i>	\$0
	Mga screening na pagsusuri para sa prostate cancer Para sa mga lalaking 50 taong gulang o mas matanda pa, binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo isang beses kada 12 buwan: • isang digital na rectal exam • isang prostate specific antigen (PSA) na pagsusuri	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyo at supply para sa sakit sa bato Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Mga serbisyo sa edukasyon tungkol sa sakit sa bato upang maituro ang pangangalaga sa bato at matulungan kayong makagawa ng mabuting desisyon tungkol sa inyong pangangalaga. Dapat ay mayroon kayong stage IV na chronic kidney disease, at dapat ay i-refer kayo ng inyong doktor. Sasaklawin namin ang hanggang sa anim na sesyon ng mga serbisyo sa edukasyon tungkol sa sakit sa bato. • Mga outpatient na dialysis na paggamot, kabilang ang mga dialysis na paggamot kapag pansamantalang wala sa lugar ng serbisyo, tulad ng ipinapaliwanag sa Kabanata 3 ng <i>Handbook ng Miyembro</i> na ito, o kapag ang inyong provider para sa serbisyong ito ay pansamantalang wala o nagbabakasyon. • Mga inpatient na dialysis na paggamot kung tinanggap kayo bilang isang inpatient sa isang ospital para sa espesyal na pangangalaga • Pagsasanay sa pag-dialysis sa sarili, kabilang ang pagsasanay para sa inyo at sa sinumang tutulong sa inyo sa inyong mga dialysis na paggamot sa bahay • Kagamitan at mga supply para sa pag-dialysis sa bahay • Ilang partikular na serbisyo sa suporta sa bahay, gaya ng mga kinakailangang pagbisita ng mga may kasanayang manggagawa para sa dialysis upang suriin ang inyong pag-dialysis sa bahay, upang tumulong sa mga emergency at upang suriin ang inyong mga kagamitan sa dialysis at supply ng tubig. Babayaran ng Medicare Part B ang ilang gamot para sa dialysis. Para sa impormasyon, sumangguni sa “Mga Medicare Part B na gamot” sa chart na ito. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga Serbisyonong Doula Para sa mga indibidwal na buntis, babayaran namin ang hanggang sa siyam na beses na pagbisita ng isang doula sa panahon ng bago manganak at kaagad-agad na pagkaanak at pati na rin sa suporta sa panahon ng labor at panganganak. Maaari ring magbigay ng hanggang sa siyam na karagdagang postpartum.	\$0
Mga serbisyo ng ambulansiya Kabilang sa mga sinasaklaw na serbisyo ng ambulansiya, pang-emergency man ito o hindi, ang panlupa at panghimpapawid (eroplano at helicopter) na pamamaraan. Dadalhin kayo ng ambulansya sa pinakamalapit na lugar na makapagbibigay sa inyo ng pangangalaga. Dapat ay lubusang malala ang inyong kundisyon na maaaring malagay sa panganib ang inyong buhay o kalusugan ng iba pang paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga. Dapat ay aaprubahan namin ang mga serbisyo ng ambulansiya para sa iba pang kaso (hindi pang-emergency). Sa mga kasong hindi pang-emergency, maaari kaming magbayad para sa isang ambulansya. Dapat ay sapat na malala ang inyong kundisyon na maaaring malagay sa panganib ang inyong buhay o kalusugan kapag gumamit ng iba pang mga paraan ng pagpunta sa isang lugar ng pangangalaga. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • medikal na kinakailangang pangangalagang pangkalusugan o mga serbisyo ng operasyon na ibinibigay sa mga lugar na tulad ng: • opisina ng doktor • sertipikadong ambulatory na surgical center • outpatient na departamento ng ospital • konsultasyon, pagsusuri, at paggamot ng isang espesyalista • mga pangunahing pagsusuri sa pandinig at balanse na ibibigay ng iyong provider ng pangunahing pangangalaga, kung iniatas ito ng inyong doktor upang malaman kung kailangan ninyo ng paggamot • Mga ilang telehealth na serbisyo, kabilang ang mga serbisyo ng doktor upang magamot ang mga hindi pang-emergency na kundisyon tulad ng mga sintomas ng sipon at trangkaso, mga allergy, bronchitis, respiratory infection, mga problema sa sinus, pantal, impeksyon sa mata, migraine at iba pa. ○ Maaari ninyong matanggap ang mga serbisyong ito sa pamamagitan ng personal na pagbisita o sa pamamagitan ng telehealth. Kung pinili ninyong tanggapin ang isa sa mga serbisyong ito sa pamamagitan ng telehealth, kinakailangang gumamit kayo ng isang provider na nasa network na nagbibigay ng serbisyo sa pamamagitan ng telehealth. ○ Sumangguni sa seksyong “Karagdagang mga telehealth na serbisyo” sa Chart ng mga Benepisyo para sa karagdagang impormasyon. • mga telehealth na serbisyo para sa buwanang huling yugto ng sakit sa bato (end-stage renal disease, ESRD) mga may kaugnayang pagbisita para sa mga miyembro ng home dialysis sa isang naka-base sa ospital o critical access na naka-base sa ospital na sentro ng renal dialysis, pasilidad ng renal dialysis, o sa bahay • mga telehealth na serbisyo upang ma-diagnose, masuri, o gamutin ang mga sintomas ng stroke • mga telehealth na serbisyo para sa mga miyembrong may sakit sa paggamit ng droga o alak o kasabay na nagaganap na sakit sa kalusugan ng isip Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor (ipinagpatuloy) • mga telehealth na serbisyo para sa pagsusuri, pagtatasa, o paggamot ng mga sakit sa kalusugan ng isip kung: ○ mayroon kayong pagbisita nang personal sa loob ng 6 na buwan bago ang inyong unang telehealth na pagbisita ○ mayroon kayong pagbisita nang personal tuwing 12 buwan habang tumatanggap ng mga telehealth na serbisyong ito ○ may mga pagbubukod na maaaring gawin sa nabanggit sa itaas para sa mga ilang sitwasyon • mga telehealth na serbisyo para sa kalusugan ng isip na mga pagbisita na ibinibigay ng mga rural na health clinic at mga pederal na kwalipikadong health center. • mga virtual na pag-check-in (halimbawa, sa pamamagitan ng telepono o video chat) kasama ng inyong doktor sa loob ng 5-10 minuto kung ○ kayo ay hindi isang bagong pasyente at ○ ang pag-check-in ay hindi kaugnay sa isang pagbisita sa tanggapan sa nakaraang 7 araw at ○ ang pag-check-in ay hindi magreresulta sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamaagang kasunod na makukuhang appointment • Pagtatasa ng video at/o mga imahe na inyong ipinadala sa inyong doktor at pagbibigay-kahulugan at follow-up ng inyong doktor sa loob ng 24 na oras kung: ○ kayo ay hindi isang bagong pasyente at ○ ang pagsusuri ay hindi kaugnay sa isang pagbisita sa tanggapan sa nakaraang 7 araw at ○ ang pagtatasa ay hindi magreresulta sa isang pagbisita sa tanggapan sa loob ng 24 na oras o sa pinakamaagang kasunod na makukuhang appointment • Ang konsultasyon na ginagawa ng inyong doktor patungo sa iba pang mga doktor sa pamamagitan ng telepono, ng Internet, o ng elektronikong talaan ng kalusugan kung kayo ay hindi isang bagong pasyente • Ang ikalawang opinyon ng iba pang provider na nasa network bago ang operasyon Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	

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

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyo ng doktor/provider, kabilang ang mga pagbisita sa tanggapan ng doktor (ipinagpatuloy) - Hindi regular na pangangalaga sa ngipin. Nililimitahan ang mga saklaw na serbisyo sa: - operasyon sa panga o mga nauugnay na bahagi - pag-aayos sa mga bali sa panga o buto sa mukha - pagbunot ng ngipin bago ang mga radiation na paggamot sa neoplastic cancer - mga serbisyong sasaklawin kapag ibinigay ng isang doktor - Maaaring kailanganin ang paunang awtorisasyon at responsibilidad ito ng iyong provider.	
Mga serbisyo ng programang paggamot ng Opioid (Opioid treatment program, OTP) Binabayaran ng aming plano ang mga sumusunod na serbisyo sa paggamot ng sakit kaugnay ng sobrang paggamit ng opioid (opioid use disorder, OUD) sa pamamagitan ng isang OTP na kinabibilangan ng mga sumusunod na serbisyo: - mga intake na aktibidad - papana-panahong pagtatasa: - mga gamot na inaprubahan ng FDA at, kung naaangkop, ang pangangasiwa at pagbibigay ng mga gamot na ito sa inyo - pagpapayong kaugnay sa paggamit ng droga, tabako, o alkohol - indibidwal at pang-grupong therapy - pagtatasa para sa mga droga o kemikal sa inyong katawan (toxicology testing)	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso Binabayaran namin ang mga serbisyo ng rehabilitasyon ng puso gaya ng pag-eehersisyo, pagtuturo, at pagpapayo. Dapat matugunan ng miyembro ang mga partikular na kundisyon at may rekomendasyon ng doktor. Sinasaklaw din namin ang mga intensive na programa ng rehabilitasyon ng puso, na mas matindi kaysa sa mga programa ng rehabilitasyon ng puso. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyong bahagyang pagpapaospital at mga maigting na serbisyong outpatient Ang bahagyang pagpapaospital ay isang nakaayos na programa ng aktibong psychiatric na paggamot. Inihahandog ito bilang isang outpatient na serbisyo sa ospital o ng isang community mental health center na mas matindi kaysa sa pangangalagang natatanggap ninyo sa tanggapan ng inyong doktor, therapist, lisensiyadong therapist sa pag-aasawa at pamilya (licensed marriage and family therapist, LMFT), o sa tanggapan ng lisensiyadong propesyonal na tagapayo. Makakatulong itong hindi kayo manatili sa ospital. Ang matinding serbisyong outpatient ay isang sistematikong programa ng paggamot sa pamamagitan ng aktibong therapy ng kalusugan ng pag-uugali (pangkaisipan) na ibinibigay bilang outpatient na serbisyo sa ospital, sa isang community mental health center, isang pederal na kwalipikadong health center, o isang rural na health clinic na mas matindi kaysa sa natatanggap na pangangalaga sa opisina ng doktor, therapist, LMFT, or mga lisensiyadong propesyonal na tagapayo ngunit hindi gaanong matindi kung ikukumpara sa bahagyang pagpapaospital. Tandaan: Dahil walang mga sentro ng kalusugang pangkaisipan sa komunidad sa aming network, sinasaklaw lamang namin ang bahagyang pagpapaospital bilang isang serbisyong outpatient ng ospital. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Nasa Tamang Gulang (Community Based Adult Services, CBAS) Ang CBAS ay isang outpatient at batay sa pasilidad na programa ng serbisyo kung saan dumadalo ang mga tao alinsunod sa isang schedule. Naghahatid ito ng sanay na pag-aalaga, mga social service, therapy (kabilang ang occupational, physical at speech), personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/caregiver, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon at iba pang mga serbisyo. Binabayaran namin ang CBAS kung matutugunan ninyo ang mga pamantayan sa pagiging karapat-dapat. Tandaan: Kung hindi available ang isang pasilidad ng CBAS, maaari naming ipagkaloob ang mga serbisyong ito nang magkahiwalay.	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya Pinapayagan kayo ng batas na pumili ng sinumang provider – ito man ay provider na nasa network o wala sa network – para sa mga ilang partikular na serbisyo sa pagpapalano ng pamilya. Nangangahulugan ito na sinumang doktor, anumang klinika, ospital, pamilya o tanggapan ng pagpapalano ng pamilya. Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • pagsusuri at medikal na paggamot para sa pagpapalano ng pamilya • mga pagsusuri sa laboratoryo at diagnostic na pagsusuri para sa pagpapalano ng pamilya • mga paraan ng pagpapalano ng pamilya (IUC/IUD, mga implant, iniksiyon, mga pill sa pagkontrol sa pagbubuntis, patch, o ring) • mga supply sa pagpapalano ng pamilya na may reseta (condom, sponge, foam, film, diaphragm, cap) • mga limitadong serbisyo sa pag-aanak gaya ng pagpapayo at edukasyon tungkol sa pamamaraan ng pag-aanak, at/o pagpapayo tungkol sa kalusugan bago magbuntis, pagsusuri, at paggamot sa mga impeksyon na naipapasa sa sex (sexually transmitted infections, STIs) • pagpapayo at pagsusuri para sa HIV at AIDS, at iba pang mga kundisyong may kaugnayan sa HIV • permanenteng pangontra sa pagbubuntis (Kinakailangang kayo ay 21 taong gulang o mas matanda pa upang piliin ang pamamaraang ito ng pagpapalano ng pamilya. Kinakailangan ninyong pumirma ng isang form ng pahintulot para sa pederal na sterilization nang hindi kukulangin sa 30 araw, ngunit hindi hihigit sa 180 araw bago ang petsa ng operasyon.) • pagpapayo tungkol sa genes Babayaran din namin ang ilang iba pang mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya. Gayunpaman, dapat kayong gumamit ng isang provider na nasa aming network ng provider para sa mga sumusunod na serbisyo: • paggamot para sa mga medikal na kundisyon ng pagkabaog (Hindi kasama sa serbisyong ito ang mga artipisyal na paraan upang mabuntis.) • paggamot para sa AIDS at iba pang mga kundisyong may kaugnayan sa HIV • genetic na pagsusuri	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyo sa pandinig Babayaran namin ang mga pagsusuri sa pandinig at balanse na gagawin ng inyong provider. Sasabihin sa inyo ng mga pagsusuring ito kung kailangan ninyo ng medikal na paggamot. Sinasaklaw ang mga ito bilang isang pangangalagang outpatient kapag natanggap ninyo ang mga ito mula sa isang doktor, audiologist o iba pang kwalipikadong provider. • Ang mga diagnostic na pandinig at pagtatasa ng balanseng isinasagawa ng inyong PCP upang malaman kung nangangailangan kayo ng medikal na paggamot ay saklaw bilang pangangalagang outpatient kapag ginawa ito ng isang doktor, audiologist, o iba pang kuwalipikadong provider. • Mga serbisyo sa pandinig na makukuha mo bilang karagdagan sa mga saklaw ng Medicare at MediCal (hindi saklaw ng Medicare)* Mayroon kayong taunang allowance na \$1,500 para sa: ○ Isang karaniwang (hindi saklaw ng Medicare) pagsusuri sa pandinig ○ Hanggang sa dalawang hearing aid at dalawang hearing aid fitting at mga pagsusuri (na nalalapat para sa dalawang taingang pinagsama). ○ Maaari ninyong kunin ang mga serbisyong ito sa provider ng hearing aid na inyong pinili. ○ Ang allowance na ito ay hindi puwedeng idagdag sa susunod na taon. Hindi maaaring pagsamahin ang mga allowance para sa mga serbisyo sa pandinig na hindi saklaw ng Medicare at ang Pagkain at Produkto. Ang bawat benepisyo ay may hiwalay na allowance. Makakatanggap kayo ng sulat mula sa tagapangasiwa ng benepisyo gamit ang inyong personalized na card ng benepisyo. Ipapaalam sa inyo ng sulat na ito na nailagay na sa inyong card ang halaga ng allowance. Magbibigay din ito ng impormasyon kung paano ma-access ang higit pang mga detalye sa benepisyo sa pamamagitan ng telepono, website o mobile app. Ang Healthy Benefits+ ay panggastos na card na may kargang allowance ng benepisyo upang makatulong sa pagbabayad sa mga saklaw na item at serbisyo. Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyo sa pandinig (ipinagpatuloy) Para sa mga tanong tungkol sa benepisyong ito, maaari kayong tumawag sa tagapangasiwa ng benepisyo sa (855) 572-6341 [TTY: 711], 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras, Linggo hanggang Sabado, Ika-1 ng Oktubre hanggang Ika-31 ng Marso, at Lunes hanggang Biyernes, Ika-1 ng Abril hanggang Ika-30 ng Setyembre. Maaari rin kayong pumunta online sa HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA para sa higit na detalye. *Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano. Bilang karagdagan, sa mga serbisyo sa pagdinig na hindi sakop ng Medicare na inilarawan sa seksyong ito, babayaran din namin ang para sa mga hearing aid kapag inireseta ng isang doktor o iba pang kwalipikadong provider, kabilang ang: • mga mold, supply, at insert • mga pagkukumpuni • isang pangunang grupo ng mga baterya • anim na beses na pagbisita para sa pagsasanay, pagsasaayos at pagsusukat sa parehong vendor pagkatapos ninyong makuha ang hearing aid • panahon ng pagsubok na pag-renta hearing aid • mga device na nakatutulong sa pagdinig, sa labas na isinusuot na bone conduction na mga device sa pandinig • audiology na kaugnay sa hearing aid at mga serbisyo pagkatapos ng pagsusuri	



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

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



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyo sa problema sa paggamit ng sangkap na outpatient Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • screening at pagpapayo para sa pang-aabuso ng alkohol • paggamot sa pang-aabuso ng droga • panggrupo o pang-indibidwal na pagpapayo ng isang kwalipikadong clinician • subacute na detoxification sa isang programa para sa pagkalulong na may tirahan • mga serbisyo sa alak at/o droga sa isang sentro ng matinding outpatient na paggamot • paggamot sa pamamagitan ng extended-release na Naltrexone (vivitrol) <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0 para sa bawat indibidwal o pang-grupong therapy na pagbisita



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyo sa ngipin Binabayaran namin ang partikular na mga serbisyo ng ngipin, kalakip ngunit hindi limitado sa, mga paglilinis, mga pasta, at mga pustiso. Ang hindi namin sinasaklaw ay maaaring makuha sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental, na inilalarawan sa Seksyon G2 sa ibaba. Binabayaran namin ang ilang serbisyo sa ngipin kapag ang serbisyo ay isang mahalagang bahagi ng partikular na paggamot ng pangunahing medikal na kundisyon ng benepisyaryo. Kasama sa mga halimbawa ng muling pagbubuo ng panga pagkatapos ng pagkabali o pinsala, pagbunot ng ngipin na isinagawa para sa paghahanda sa radiation treatment para sa cancer na kinabibilangan ng panga, o mga pagsusuri ng bibig bago sumailalim ng organ transplant. Bilang karagdagan, sinasaklaw namin ang ilang komprehensibong serbisyo sa ngipin*. Ang Chart ng Pamamaraan sa mga Benepisyo sa Ngipin (na makikita sa kabanatang ito kasunod ng Chart ng mga Benepisyo) ay nagpapakita ng mga partikular na pamamaraan sa ngipin na sakop ng benepisyong ito. Ang mga nakalistang pamamaraan ay mga saklaw na benepisyo kapag ibinibigay ito ng isang in-network na lisensiyadong dentista at kapag kinakailangan at nakaugalian ayon sa mga pamantayang pangkalahatang tinatanggap ng mga dentista. Ang impormasyon kung papaano makukuha ang mga sinasaklaw na serbisyo ay matatagpuan pagkatapos ng Chart ng Pamamaraan sa mga Benepisyo sa Ngipin. Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	\$0 para sa mga serbisyo sa ngipin na saklaw ng Medicare



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga serbisyo sa ngipin (ipinagpatuloy) Hindi lahat ng saklaw na serbisyo ay angkop para sa lahat. Kailangang magtiwala kayo sa inyong dentista sa network para tukuyin ang angkop na pangangalaga para sa inyo. Maaaring malapgt ang mga limitasyon ng benepisyo, paunang pahintulot at/o rekomendasyon sa ilang partikular na serbisyo sa ngipin. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano. Available ang ilang partikular na serbisyo sa ngipin sa pamamagitan ng Medi-Cal Dental. Makikita ang higit pang impormasyon sa website na SmileCalifornia.org. Kasama sa Medi-Cal Dental ngunit hindi limitado sa mga ito, mga serbisyong tulad ng: • mga pangunahing eksaminasyon, mga X-ray, paglilinis, at fluoride na paggamot • mga restoration at crown • root canal therapy • partial at kumpletong mga pustiso, mga adjustment, repair, at reline Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga benepisyo sa ngipin na available sa Medi-Cal Dental, o kung kailangan ninyo ng tulong sa paghahanap ng dentistang tumatanggap ng Medi-Cal, makipag-ugnayan sa linya ng customer service sa 1-800-322-6384 (Para sa mga gumagamit ng TTY, tumawag sa 1-800-735-2922). Libre ang tawag. Ang mga kinatawan ng Medi-Cal Dental Services Program ay maaaring makausap upang matulungan kayo simula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Maaari din ninyong puntahan ang website na smilecalifornia.org/ para sa higit pang impormasyon.	



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

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Mga Serbisyo ukol sa Pang-iwas ng Hika Makakatanggap kayo ng pagtuturo ukol sa hika at isang pagtatasa ng kalagayan ng tahanan para sa mga trigger na karaniwang makikita sa tahanan para sa mga taong may hindi mahusay na kinontrol na hika.	\$0
Outpatient na operasyon Babayaran namin ang outpatient na operasyon at mga serbisyo sa mga outpatient na pasilidad ng ospital at mga ambulatory na surgical center. Tandaan: Kung sumasailalim kayo ng operasyon sa isang pasilidad ng ospital, dapat ninyong kausapin ang inyong provider upang malaman kung kayo ay magiging isang inpatient o outpatient. Maliban kung ang provider ay sumulat ng isang tagubilin na i-admit kayo bilang isang inpatient sa ospital, kayo ay isang outpatient. Kahit na nanatili kayo sa ospital nang magdamag, maaari pa rin kayong ituring bilang isang outpatient. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0 para sa bawat pagbisita sa isang ambulatory na surgical center o outpatient na pasilidad ng ospital.



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Outpatient na pagsusuri sa ospital Babayaran namin ang mga outpatient na serbisyo ng pagmamasid sa ospital upang matukoy kung kailangan ninyong ma-admit bilang isang inpatient o maaaring ma-discharge. Dapat matugunan ng mga serbisyo ang pamantayan ng Medicare at dapat na maituring ito bilang makatwiran at kinakailangan. Ang mga serbisyo sa pagmamasid ay sinasaklaw lamang kapag iniatas ng isang doktor o ibang tao na pinahintulutan ng batas ng estado at mga panuntunan ng kawani ng ospital na tanggapin ang mga pasyente sa ospital o umorder ng mga outpatient na pagsusuri. Tandaan: Maliban na lamang kung ang provider ay may nakasulat na tagubilin na i-admit kayo bilang isang inpatient sa ospital, kayo ay isang outpatient. Kahit na nanatili kayo sa ospital nang magdamag, maaari pa rin kayong ituring bilang isang outpatient. Kung hindi kayo sigurado kung kayo ay isang outpatient, magtanong sa kawani ng ospital. Kumuha ng karagdagang impormasyon sa dokumento ng Medicare na <i>Mga Benepisyo sa Ospital ng Medicare</i>. Ang fact sheet na ito ay matatagpuan sa Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0



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

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Outpatient na pangangalaga sa kalusugang pangkaisipan Babayaran namin ang mga serbisyo sa kalusugan ng isip na ibinibigay ng: • isang psychiatrist o doktor na lisensyado ng estado • isang klinikal na psychologist • isang klinikal na social worker • isang klinikal na espesyalistang nurse • isang lisensiyadong propesyonal na counselor (licensed professional counselor, LPC) • isang lisensiyadong para sa mag-asawa at pamilya (licensed marriage and family therapist, LMFT) • isang nurse practitioner (NP) • isang assistant ng doktor (physician assistant, PA) • sinumang iba pang propesyonal sa pangangalaga sa kalusugan ng isip na kwalipikado sa Medicare ayon sa pinapayagan sa ilalim ng mga naaangkop na batas ng estado Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • mga serbisyo sa klinika • paggamot sa araw • mga serbisyong psychosocial na rehabilitasyon • bahagyang pagpapaospital o matinding mga programa para sa outpatient • pagsusuri at paggamot sa kalusugan ng isip ng indibidwal at grupo • psychological na pagsusuri kapag klinikal na isinasaad na aralin ang isang kinalabasan ng kalusugan ng isip • mga serbisyong outpatient upang masubaybayan ang gamot na pang-therapy • mga laboratoryo, gamot, supply at suplemento na pang-outpatient • psychiatric na konsultasyon <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Pagbisita para sa pagpapababa sa panganib ng cardiovascular (puso) na sakit (therapy para sa sakit sa puso) Binabayaran namin ang isang pagbisita bawat taon, o higit pa kung medikal na kinakailangan, sa inyong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) upang makatulong na mapababa ang inyong panganib ng sakit sa puso. Sa panahon ng pagbisita, maaaring gawin ng inyong doktor na: • talakayin ang paggamit ng aspirin, • suriin ang inyong presyon ng dugo, at/o • bigyan kayo ng mga mungkahi upang masigurong kumakain kayo nang tama.	\$0
Pagpapadala ng pagkain sa bahay* Pagkatapos ma-discharge mula sa inpatient na ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga, sinasaklaw namin ang: • 22 pagkain at 10 meryenda para sa bawat pag-discharge • Ang mga pagkain at meryenda ay hahatiin hanggang sa dalawang magkahiwalay na delivery kung kailangan • Ang saklaw ay limitado sa dalawang pag-discharge kada taon Para sa karagdagang impormasyon, tawagan ang Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan (ang mga numero ng telepono ay matatagpuan sa likod na pabalat ng dokumentong ito). * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon ng perang galing sa bulsa.	\$0 para sa bawat saklaw na pagpapadala ng pagkain sa bahay

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pagsasanay, mga serbisyo at supply para sa sariling pamamahala sa diabetes Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo para sa lahat ng may diabetes (gumagamit man sila ng insulin o hindi): • Mga supply upang subaybayan ang inyong glucose sa dugo, kabilang ang sumusunod: ○ isang monitor ng glucose sa dugo ○ mga test strip ng glucose sa dugo ○ mga lancet device at lancet ○ mga solution na kumontrol ng glucose para sa pagsusuri sa katumpakan ng mga test strip at monitor • Para sa mga taong may diabetes na may malalang diabetic foot disease, binabayaran namin ang sumusunod: ○ isang pares ng therapeutic custom-molded shoes (kasama ang mga insert), kalakip ang fitting, at dalawang karagdagang pares ng mga insert bawat taon sa kalendaryo, o ○ isang pares ng depth shoes, kasama ang fitting at tatlong pares ng mga insert bawat taon (hindi kasama ang mga hindi naka-customize na naalis na insert na ibinibigay kasama ng ganoong mga sapatos) Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Pagsasanay, mga serbisyo at supply para sa sariling pamamahala sa diabetes (ipinagpatuloy) Sa ilang sitwasyon, binabayaran namin ang pagsasanay upang makatulong sa inyong pamahalaan ang inyong diabetes. Upang malaman ang higit pa, makipag-ugnayan sa Customer Service. Para sa mga test strip at monitor ng glucose sa dugo, ang piniling manufacturer ay Abbott. Hindi hihilingin sa inyong doktor na kumuha muna ng pahintulot (na minsan ay tinatawag na “paunang pahintulot”) mula sa plano para sa FreeStyle® (gawa ng Abbott) na mga test strip at monitor ng glucose sa dugo. Ang mga test strip at monitor ng glucose sa dugo mula sa lahat ng iba pang mga manufacturer ay mangangailangan na ang inyong doktor ay kumuha muna ng pahintulot (na minsan ay tinatawag na “paunang pahintulot”) mula sa plano. Ang mga tuluy-tuloy na sensor ng monitor ng glucose/receiver ay mangangailangan ng paunang pahintulot. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	
 Pagsukat sa bone mass Binabayaran namin ang mga partikular na pamamaraan para sa mga kwalipikadong miyembro (karaniwan, isang taong nanganganib na mawalan ng bone mass o nanganganib na magkaroon ng osteoporosis). Tinutukoy ng mga pamamaraang ito ang bone mass, kinakalkula ang bone loss o inaalam ang kalidad ng buto. Binabayaran namin ang mga serbisyo nang isang beses kada 24 na buwan, o mas madalas kung ito ay medikal na kinakailangan. Binabayaran din namin ang isang doktor upang tumingin at magkomento sa mga resulta.	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Pagtigil sa paninigarilyo at paggamit ng tabako Ang pagpapayo sa pagtigil ng paninigarilyo at paggamit ng tabako ay sinasaklaw para sa mga outpatient at na-ospital na pasyente na nakatutugon sa mga pamantayang ito: • gumagamit ng tabako, kahit na sila man ay nagpapakita o hindi ng mga palatandaan o sintomas ng karamdaman na may kaugnayan sa tabako • ay may kakayahan at alerto sa panahon ng pagpapayo • ang isang kwalipikadong doktor o iba pang practitioner na kinikilala ng Medicare ang nagbibigay ng pagpapayo Sinasaklaw namin ang dalawang pagtatangka sa pagtigil bawat taon (ang bawat pagtatangka ay maaaring may kasamang hindi hihigit sa apat na intermediate o intensive na session, na may hanggang sa walong session bawat taon).	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Palliative na Pangangalaga Sinasaklaw ng aming plano ang palliative na pangangalaga. Ang palliative na pangangalaga ay para sa mga taong may seryosong sakit. Nagbibigay ito ng pangangalagang nakatuon sa pasyente at pamilya na nagpapahusay ng kalidad ng buhay sa pamamagitan ng pag-agap, pag-iwas, at paggamot sa pagdurusa. Ang Palliative na Pangangalaga ay hindi isang hospice, at dahil dito ay hindi ninyo kinakailangang magkaroon ng tinatayang haba ng buhay na anim na buwan o mas maiksi pa upang maging kuwalipikado sa palliative na pangangalaga. Ibinibigay ang palliative na pangangalaga kasabay ng panlunas/regular na pangangalaga. Kasama sa palliative na pangangalaga ang mga sumusunod: • maagang pagpapalano sa pangangalaga • pagsusuri at konsultasyon sa palliative na pangangalaga • isang plano ng pangangalaga kabilang ang lahat ng awtorisadong pangangalagang hospice at curative, kabilang ang kalusugan ng isip at mga medikal na serbisyong panlipunan • mga serbisyo mula sa iyong itinalagang pangkat ng pangangalaga • pagsasaayos ng pangangalaga • pamamanihala ng pananakit at sintomas Hindi kayo maaaring magkasabay na makatanggap ng pangangalaga sa hospice at palliative na pangangalaga kung kayo ay mahigit sa 21 taong gulang. Kung tumatanggap kayo ng palliative na pangangalaga at natutugunan ninyo ang pagiging karapat-dapat para sa pangangalaga sa hospice, maaari kayong humiling na lumipat sa pangangalaga sa hospice kahit kailan.	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pangangalaga ng ahensya sa kalusugan sa bahay Bago kayo makakuha ng mga serbisyong pangkalusugan sa bahay, dapat sabihin sa amin ng isang doktor na kailangan ninyo ang mga ito, at dapat ibigay ang mga ito ng isang ahensya sa kalusugan sa bahay. Kinakailangang nakapirmi kayo sa bahay, ang ibig sabihin nito ay ang paglabas ng bahay ay isang napakahirap na aktibidad. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring ang iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • part-time o hindi regular na sanay na pag-aalaga (skilled nursing) at mga serbisyong nagbibigay ng pangkalusugang tulong sa bahay (home health aide services) (sasaklawin sa ilalim ng pangangalagang pangkalusugan sa bahay na benepisyo, ang kabuuan ng pinagsamang skilled nursing at home health aide service ay dapat na mas mababa sa 8 oras kada araw at 35 oras kada linggo.) • physical therapy, occupational therapy at speech therapy • mga serbisyong medikal at serbisyong panlipunan • medikal na kagamitan at mga supply <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0 para sa bawat saklaw na pagbisitang kaugnay sa kalusugan sa bahay



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pangangalaga sa paningin, hindi saklaw ng Medicare (mula sa isang provider na nasa network)* Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: • Karaniwang pagsusuri ng mata, kabilang ang refraction at reseta para sa mga lens sa salamin sa mata. Kung nagrekumenda ang provider ng karagdagang mga pamamaraan, kayo ang may pananagutan sa pagbabayad para sa mga karagdagang gastos. Ang mga pagtatasa para sa contact lens ay nangangailangan ng karagdagang bayad. Responsibilidad ninyo ang pagbabayad para sa karagdagang gastos. • Mga frame ng salamin sa mata. • Mga lens ng salamin sa mata o mga contact lens. Kung pipiliin ninyo ang mga lens ng salamin sa mata, maaari kayong pumili ng single, lined bifocal, lined trifocal, at lenticular na mga lens. Kung pipiliin ninyo ang iba pang mga lens na hindi nakalista o mga add-on na paggamot, kayo ang may pananagutan para sa pagbabayad ng mga karagdagang gastos, kahit na kung ang kabuuang gastos ay mananatili sa loob ng allowance. Ang paunang pahintulot (maagang pag-apruba) ay HINDI kinakailangan. Gamitin ang <i>Direktoryo ng Paningin (Vision Directory)</i> o pumunta sa blueshieldca.com/find-a-doctor upang makahanap ng provider na kasali sa network ng Vision Service Plan (VSP) (Blue Shield Vision Plan Administrator). *Ang mga serbisyo ay hindi nalalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	\$0 para sa isang pagsusuri bawat taon kapag gumamit kayo ng nasa network na provider. \$0 para sa mga frame ng salamin sa mata (na may presyong hanggang sa regular na halaga ng tingi na \$365) bawat taon kapag gumamit kayo ng nasa network na provider. Kung pumili kayo ng mga frame ng salamin sa mata na ang halaga ay higit sa \$365, kayo ang may pananagutan sa sobrang halaga. \$0 para sa <u>alinman</u> sa isang pares ng iniresetang lens ng salamin sa mata (anuman ang laki o kapal) O para sa contact lens (hanggang sa \$365 para sa serbisyo at mga materyales ng contact lens) kada taon kapag gumamit kayo ng nasa network na provider. Kung ang presyo ng serbisyo at mga materyal ay higit sa \$365, kayo ang may pananagutan sa sobrang halaga.

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pangangalaga sa paningin, hindi saklaw ng Medicare (mula sa isang provider na nasa network)* • Karaniwang pagsusuri ng mata, refraction at reseta para sa mga lens sa salamin sa mata. • Mga frame at lens (kabilang ang single, lined bifocal, lined trifocal, at lenticular na lens) para sa salamin sa mata o mga contact lens. Maaari kayo, kung ninanais ninyo, na magpatingin sa isang optometrist o sa isang optician na hindi isang nasa network na provider ng Blue Shield TotalDual Plan. Gayunpaman, maaaring hindi kayo makakatanggap ng magkaparehong serbisyo mula sa isang provider na nasa network kung ikukumpara sa isang provider na wala sa network. Kung pumili kayo ng isang provider na wala sa network, karapat-dapat kayong makatanggap ng bahagyang reimbursement para sa mga serbisyong ibinigay, maliban na lamang kung narating na ninyo ang limitasyon ng inyong benepisyo para sa serbisyo ng paningin na inyong ginagamit. Tumawag sa Serbisyo Sa Customer upang humiling ng isang form ng pag-reimburse at para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghiling ng pag-reimburse. Ang paunang pahintulot ay HINDI kinakailangan. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	Kayo ay ire-reimburse nang hanggang sa \$30 para sa isang eksaminasyon kada taon. Kayo ay ire-reimburse nang hanggang sa \$35 para sa isang pares ng frame ng salamin sa mata kada taon. Kayo ay ire-reimburse nang hanggang sa \$35 para sa <u>alinman</u> sa isang pares ng iniresetang lens ng salamin sa mata (kahit anuman ang laki o kapal) O para sa mga contact lens kada taon.



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

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF): Para sa kahulugan ng pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, pumunta sa Kabanata 12. Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo, at maaaring mga iba pang mga serbisyong hindi nakalista dito: • isang bahagyangpribado na silid, o isang pribadong silid kung ito ay medikal na kinakailangan • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo ng sanay na pag-aalaga • physical therapy, occupational therapy at speech therapy • mga gamot na makukuha ninyo bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga, kasama ang mga sangkap na natural na nasa katawan, gaya ng mga blood-clotting factor Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF) (ipinagpatuloy) • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay • mga medikal at pang-operasyon na supply na ibinibigay ng mga SNF • mga pagsusuri sa laboratoryo na ibinibigay ng mga SNF • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga kasangkapan, tulad ng mga wheelchair, na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga serbisyo ng doktor/provider Karaniwang tumatanggap kayo ng pangangalaga ng SNF mula sa mga pasilidad ng network. Sa ilalim ng mga ilang partikular na kundisyon, maaari kayong makatanggap ng pangangalaga mula sa pasilidad na wala sa aming network. Maaari kayong kumuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga para sa bayad ng aming plano: • isang nursing na pasilidad o komunidad ng mga nagretiro na may tuluy-tuloy na pangangalaga kung saan kayo ay nanirahan bago kayo pumunta sa ospital (hangga't nagbibigay ito ng pangangalaga sa nursing na pasilidad) • isang nursing na pasilidad na kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa panahon na lumabas kayo ng ospital <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pangangasiwa ng mga hindi gumagaling na pananakit at mga serbisyo ng paggamot Sinasaklaw na mga buwanang serbisyo para sa mga taong may hindi gumagaling na pananakit (hindi nawawala o paulit-ulit na pananakit na mas matagal sa 3 buwan). Maaaring kasama sa mga serbisyo ang pagtatasa ng pananakit, pamamahala ng gamot, at pagsasaayos ng pangangalaga at pagpapalano.	Ang cost sharing para sa serbisyong ito ay mag-iiba-iba depende sa mga indibidwal na serbisyong ibinibigay sa ilalim ng kurso ng paggamot. \$0
Pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga Ang nursing na pasilidad (nursing facility, NF) ay isang lugar na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi makatanggap ng pangangalaga sa bahay ngunit hindi kinakailangang nasa ospital. Kabilang sa mga serbisyong binabayaran namin ang, ngunit hindi limitado sa, mga sumusunod: • bahagyang pribadong silid (o isang pribadong silid kung isa itong medikal na kinakailangan) • mga pagkain, kabilang ang mga espesyal na diyeta • mga serbisyo ng pag-aalaga • physical therapy, occupational therapy at speech therapy • respiratory therapy o therapy na kaugnay ng paghinga • mga gamot na ibinibigay sa inyo bilang bahagi ng inyong plano ng pangangalaga. (Kabilang dito ang mga substance na natural na makikita sa katawan, gaya ng mga blood-clotting factor.) Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga (ipinagpatuloy) • dugo, kabilang ang pag-iimbak at pagbibigay • mga medikal at pang-operasyon na supply na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga pagsusuri sa laboratoryo na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • Mga x-ray at iba pang mga serbisyo ng radiology na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • ang paggamit ng mga kasangkapan, tulad ng mga wheelchair na karaniwang ibinibigay ng mga pasilidad ng pag-aalaga • mga serbisyo ng doktor/practitioner • durable medical equipment • mga serbisyo sa ngipin, kabilang ang mga pustiso • mga benepisyo para sa paningin • mga pagsusuri sa pandinig • pangangalagang chiropractic • mga serbisyo sa podiatry Karaniwang tinatanggap ninyo ang inyong pangangalaga mula sa mga pasilidad na nasa network. Gayunpaman, magagawa ninyong kunin ang pangangalaga sa inyo mula sa pasilidad na wala sa aming network. Maaari kayong kumuha ng pangangalaga mula sa mga sumusunod na lugar kung tatanggapin nila ang mga halaga para sa bayad ng aming plano: • isang pasilidad ng pag-aalaga o komunidad ng mga nagretiro na may tuluy-tuloy na pangangalaga kung saan kayo nakatira bago kayo pumunta sa ospital (hangga't nagbibigay ito ng pangangalaga sa pasilidad ng pag-aalaga). • isang pasilidad ng pag-aalaga kung saan nakatira ang inyong asawa o kinakasama sa panahong lumabas kayo ng ospital.	



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

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pangangalaga sa hospice May karapatan kayong pumili ng hospice kung napagpasyahan ng inyong provider at ng medikal na direktor ng hospice na mayroon kayong terminal na prognosis. Ibig sabihin nito ay mayroon kayong sakit na nagtataning sa buhay at inaasahang may natitira na lamang na anim buwan o mas maiksi pa para mabuhay. Maaari kayong kumuha ng pangangalaga mula sa anumang programa ng hospice na sertipikado ng Medicare. Dapat kayong tulungan ng aming plano na makahanap ng mga programa ng hospice na sertipikado ng Medicare sa lugar ng serbisyo ng plano, kabilang ang mga programang pagmamay-ari namin, kinokontrol namin, o may interes kami sa pananalapi. Ang inyong doktor sa hospice ay maaaring isang nasa network na provider o isang wala sa network na provider. Kasama sa mga saklaw na serbisyo ang: • mga gamot upang gamutin ang mga sintomas at pananakit • panandaliang respite na pangangalaga • pangangalaga sa bahay Para sa mga serbisyo ng hospice at mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B na may kaugnayan sa inyong terminal na prognosis na sinisingil sa Medicare: • Babayaran ng Original Medicare (sa halip na ng aming plano) ang inyong provider ng hospice para sa inyong mga serbisyo sa hospice at anumang mga serbisyo ng Part A o B na may kaugnayan sa inyong sakit na nagtataning sa buhay. Habang kayo ay nasa programa ng hospice, sisingilin ng inyong provider ng hospice ang Original Medicare para sa mga serbisyong binabayaran ng Original Medicare. Para sa mga serbisyong saklaw ng aming plano ngunit hindi saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B: • Saklaw ng aming plano ang mga serbisyong hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B. Sinasaklaw namin ang mga serbisyo kahit man ang mga ito ay may kaugnayan o wala sa inyong terminal na prognosis. Wala kayong babayaran para sa mga serbisyong ito. Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	Kapag nag-enroll ka sa isang sertipikadong programang pang-hospice ng Medicare, ang iyong mga serbisyo sa hospice at ang iyong mga serbisyo sa Part A at Part B na nauugnay sa inyong terminal na prognosis ay babayaran ng Original Medicare, hindi ng Blue Shield TotalDual Plan. \$0 para sa mga serbisyo ng konsultasyon sa hospice (isang beses lang)

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pangangalaga sa hospice (ipinagpatuloy) Para sa mga gamot na maaaring saklaw ng Medicare Part D na benepisyo ng aming plano: • Ang mga gamot ay hindi kailanman saklaw ng kapwa hospice at ng aming plano sa magkasabay na panahon. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa Kabanata 5 ng <i>Handbook ng Miyembro</i> na ito. Tandaan: Kung mayroon kayong seryosong sakit, maaari kayong maging karapat-dapat sa palliative na pangangalaga, na naglalan sa pamamagitan ng isang team ng pangangalaga sa pasyente na nakasentro sa pamilya upang gumanda ang kalidad ng buhay. Maaari kayong makatanggap ng palliative na pangangalaga kasabay ng panlunas/regular na pangangalaga. Pakitingnan ang seksiyon ng Palliative na Pangangalaga sa ibaba para sa higit pang impormasyon. Tandaan: Kung kailangan ninyo ng pangangalagang hindi mula sa hospice, dapat ninyong tawagan ang inyong coordinator sa pangangalaga at/o ang Customer Service upang maisaayos ang mga serbisyo. Ang pangangalagang hindi pang-hospice ay ang pangangalagang hindi nauugnay sa inyong terminal na prognosis. Sinasaklaw ng aming plano ang mga serbisyo ng konsultasyon sa hospice (isang beses lang) para sa isang miyembrong may sakit na may taning ang buhay na hindi pinili ang benepisyo ng hospice. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pang-emergency na pangangalaga Ang pang-emergency na pangangalaga ay nangangahulugang ang mga serbisyo na: • ibinibigay ng isang provider na may kasanayan upang makapagbigay ng mga pang-emergency na serbisyo, at • kinakailangan upang suriin o gamutin ang isang medikal na emergency. Ang medikal na emergency ay isang karamdaman, kapinsalaan, matinding pananakit, o medikal na kundisyon na mabilis na lumalala. Napakalala ng kundisyon na, kung hindi ito makakakuha agarang atensyong medikal, maaari itong asahan ng sinumang may average na kaalaman sa kalusugan at medisina na magresulta sa: • seryosong panganib sa inyong kalusugan o sa inyong hindi pa naipapanganak na sanggol; o • malalang pinsala sa mga paggana ng katawan; o • malalang hindi maayos na paggana ng anumang organ ng katawan o • pagkawala ng isang paa o braso, o pagkawala ng paggana ng isang paa o braso. • Sa kaso ng isang buntis na babae na may aktibong paghilab ng tiyan, kung: ○ Walang sapat na panahon para ligtas kayong mailipat sa ibang ospital bago ang panganganak. ○ Ang paglipat sa ibang ospital ay maaaring magdulot ng panganib sa inyong kalusugan o kaligtasan o sa inyong hindi pa naipapanganak na sanggol. *Pandaigdigang saklaw Wala kayong pinagsamang taunang limitasyon para sa pang-emergency na pangangalaga o mga agarang kailangang serbisyo sa labas ng Estados Unidos at sa teritoryo nito bawat taon. *Ang mga serbisyo sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano.	\$0 Kung tumanggap kayo ng pang-emergency na pangangalaga mula sa ospital na wala sa network at pagkatapos na matugunan ang emergency ay nangangailangan pa ng inpatient na pangangalaga, kinakailangan ninyong lumipat sa isang ospital na nasa network upang maipagpatuloy na mabayaran ang inyong pangangalaga. Maaari lamang kayong manatili sa ospital na wala sa network para sa inyong inpatient na pangangalaga kung inaprubahan ng aming plano ang inyong pananatili doon. 20% na coinsurance para sa pandaigdigang pang-emerhensiya ng saklaw (kinakansela ang coinsurance kung na-admit sa isang ospital sa loob ng isang araw ng kaparehong kundisyon)

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Pinangangasiwaang pagueehersisyong therapy (supervised exercise therapy, SET) Binabayaran namin ang SET para sa mga miyembrong may sintomas ng peripheral artery na sakit (peripheral artery disease, PAD) na may referral para sa PAD mula sa doktor na responsable sa PAD na paggamot. Babayaran ng aming plano ang: • nang hanggang sa 36 na mga sesyon sa isang 12-linggong panahon kung ang lahat ng mga SET na pangangailangan ay nakakamit • isang karagdagang 36 na sesyon sa hinaharap kung napagpasiyahang medikal na kinakailangan ng isang provider ng pangangalagang pangkalusugan Ang SET na programa ay dapat na: • 30 hanggang sa 60-minutong mga sesyon ng isang therapeutic na pagsasanay na ehersisyong programa para sa PAD sa mga miyembrong dumaranas ng pamumulikat sa hita dahil sa hindi magandang pagdaloy ng dugo (claudication) • sa isang ospital na outpatient na sitwasyon o sa isang tanggapan ng doktor • na galing sa kwalipikadong mga tauhan na siyang naniniguro na ang benepisyo ay higit pa sa negatibo at mga sinanay sa ehersisyong therapy para sa PAD • sa ilalim ng direktang pangangasiwa ng isang doktor, assistant ng doktor, o nurse practitioner/klinikal na nurse na espesyalistang sinanay sa kapwa basic at advanced na mga pamamaraan sa life support <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Pre-exposure prophylaxis (PrEP) para sa pag-iwas sa HIV Kung wala kayong HIV, ngunit tinutukoy ng inyong doktor o iba pang practitioner ng pangangalagang pangkalusugan na nasa mas mataas ang panganib ninyo na magkaroon ng HIV, sinasaklaw namin ang pre-exposure prophylaxis (PrEP) na gamot at mga kaugnay na serbisyo. Kung kwalipikado kayo, kasama sa mga sinasaklaw na serbisyo ang: • Gamot na iniinom o itinuturok na aprubado ng FDA. Kung tumatanggap kayo ng itinuturok na gamot, sinasaklaw din namin ang bayad para sa pag-iniksyon ng gamot. • Hanggang sa 8 indibidwal na sesyon ng pagpapayo (kabilang ang pagtatasa sa panganib ng pagkakaroon ng HIV, pagbabawas ng panganib ng pagkakaroon ng HIV, at pagsunod sa gamot) bawat 12 buwan. • Hanggang sa 8 screening para sa HIV bawat 12 buwan. • Isang beses na screening para sa hepatitis B na virus.	\$0
 Programang Medicare sa Pag-iwas ng Diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Binabayaran ng aming plano ang mga serbisyo ng MDPP para sa mga karapat-dapat na tao. Ang MDPP ay idinisenyo upang matulungan kayong mapalimit ang malusog na kaugalian. Nagbibigay ito ng praktikal na pagsasanay sa: • pangmatagalang pagbabago sa uri ng pagkaing kinakain, at • pinalimit na pisikal na aktibidad, at • mga paraan upang mapanatili ang pagbabawas ng timbang at malusog na uri ng pamumuhay.	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Screening at pagpapayo para sa pang-aabuso ng alkohol Binabayaran namin ang isang screening para sa pang-aabuso ng alkohol (SABIRT) para sa mga nasa hustong gulang na umaabuso ng alkohol ngunit hindi naka-depende sa alkohol. Kasama dito ang mga buntis na babae. Kung positibo ang pag-screen sa inyo para sa pang-aabuso ng alkohol, makakakuha kayo ng hanggang sa apat na maiikli at harapang session ng pagpapayo kada taon (kung may kakayahan kayong kumilos at alerto sa panahon ng pagpapayo) sa tulong ng isang kwalipikadong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) o practitioner sa isang kinalalagyan ng pangunahing pangangalaga.	\$0
 Screening at pagpapayo para sa mga sekswal na naipapasang impeksyon (Sexually transmitted infection, STI) Babayaran namin ang mga screening para sa chlamydia, gonorrhea, syphilis, at hepatitis B. Sinasaklaw ang mga screening na ito para sa mga buntis at para sa ilan na mas mataas ang panganib na magkaroon ng STI. Dapat na iutos ng isang provider ng pangunahing pangangalaga ang mga pagsusuri. Sinasaklaw namin ang mga pagsusuring ito ng isang beses bawat 12 buwan o sa mga partikular na pagkakataon habang buntis. Babayaran din namin ang hanggang dalawang session ng harapan at masinsinang pagpapayo sa pag-uugali kada taon para sa mga sekswal na aktibong nasa hustong gulang na may mataas na panganib na magkaroon ng mga STI. Ang bawat session ay maaaring tumagal nang 20 hanggang 30 minuto. Babayaran namin ang mga sesyon ng pagpapayo na ito bilang isang serbisyong pang-iwas sa sakit lamang kung ibinigay ng isang provider ng pangunahing pangangalaga. Dapat gawin ang mga session sa isang setting ng pangunahing pangangalaga, gaya ng tanggapan ng doktor.	\$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Screening at therapy para sa labis na katabaan upang panatilihin mababa ang timbang Kung mayroon kayong body mass index na 30 o higit pa, babayaran namin ang pagpapayo upang makatulong sa inyong magbawas ng timbang. Dapat ninyong kunin ang pagpapayo sa setting ng pangunahing pangangalaga. Sa ganoong paraan, maaari itong pamahalaan gamit ang inyong kumpletong plano ng pag-iwas. Makipag-usap sa inyong provider ng pangunahing pangangalaga upang malaman ang higit pa.	\$0
	Screening para sa abdominal aortic aneurysm Binabayaran namin ang isang beses na ultrasound na screening para sa mga taong nanganganib na magkaroon nito. Sinasaklaw lamang ng aming plano ang screening na ito kung mayroon kayong partikular na mga sanhi ng panganib at kung makakakuha kayo ng isang referral para dito mula sa inyong doktor, assistant ng doktor, nurse na practitioner, o klinikal na espesyalistang nurse.	\$0
	Screening para sa breast cancer (mga mammogram) Binabayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • isang baseline na mammogram sa pagitan ng mga edad na 35 at 39 • isang mammogram na screening kada 12 buwan para sa mga babaeng 40 taong gulang at mas matanda pa • mga klinikal na pagsusuri ng suso nang isang beses bawat 24 na buwan	\$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Screening para sa cervical at vaginal cancer Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • para sa lahat ng babae: Mga pap test at pagsusuri sa pelvis isang beses bawat 24 na buwan • para sa mga babaeng may mataas na panganib na magkaroon ng cervical o vaginal cancer: isang Pap test bawat 12 buwan • para sa mga babaeng nagkaroon na ng abnormal na Pap test sa loob ng huling tatlong taon at nasa perpektong edad ng pagkakaroon ng anak: isang Pap test bawat 12 buwan • para sa mga babaeng 30-65 taong gulang: pagsusuri para sa human papillomavirus (HPV) o pagsusuri para sa Pap plus HPV, isang beses kada 5 taon	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Screening para sa colorectal cancer Babayaran namin ang mga sumusunod na serbisyo: • Walang pinakamababa o pinakamataas na limitasyon sa edad ang colonoscopy at saklaw ito nang isang beses kada 120 buwan (10 taon) para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib, o 48 buwan pagkatapos ng dating flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib para sa colorectal cancer, at isang beses kada 24 na buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib pagkatapos ng dating colonoscopy na screening. • Saklaw ang computed tomography colonography para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda pa na hindi mataas ang panganib ng colorectal cancer kapag lumipas na ang hindi kukulangin sa 59 na buwan kasunod ng buwan ng kung saan isinagawa ang huling screening ng computed tomography colonography, o kapag lumipas na ang 47 buwan kasunod ng buwan ng kung saan isinagawa ang huling flexible sigmoidoscopy na screening o colonoscopy na screening. Para sa mga pasyenteng may mataas na panganib na magkaroon ng colorectal cancer, maaaring gawin ang pagbabayad para sa screening computed tomography colonography na isinagawa pagkatapos ng hindi kukulangin sa 23 buwan ang nakalipas kasunod ng buwan kung saan isinagawa ang huling screening computed tomography colonography o ang huling colonoscopy na screening. • Flexible sigmoidoscopy para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda pa. Isang beses kada 120 buwan para sa mga pasyenteng hindi mataas ang panganib pagkatapos na makatanggap ang pasyente ng colonoscopy na screening. Isang beses kada 48 buwan para sa mga pasyenteng mataas ang panganib mula sa huling flexible sigmoidoscopy o computed tomography colonography. • Screening fecal-occult blood tests para sa mga pasyenteng 45 taong gulang at mas matanda pa. Isang beses bawat 12 buwan. Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Screening para sa colorectal cancer (ipinagpatuloy) • Multitarget stool DNA para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi natutugunan ang pamantayan sa pagiging mataas ang panganib. Isang beses bawat 3 taon. • Blood-based Biomarker Tests para sa mga pasyenteng 45 hanggang 85 taong gulang at hindi natutugunan ang pamantayan sa pagiging mataas ang panganib. Isang beses bawat 3 taon. • Kabilang sa mga pagsusuri sa screening para sa colorectal cancer ang follow-up screening colonoscopy kapag positibo ang resulta ng hindi invasive na stool-based colorectal cancer screening test na saklaw ng Medicare. • Kasama sa mga pagsusuri sa screening para sa colorectal cancer ang nakaplanong flexible sigmoidoscopy o screening colonoscopy na screening na kinasasangkutan ng pag-alis ng tissue o iba pang bagay, o iba pang pamamaraan na ibinigay na may kaugnayan sa, bilang resulta ng, at sa parehong klinikal na kaganapan na tulad ng screening test.	
 Screening para sa depresyon Binabayaran namin ang isang screening para sa depresyon kada taon. Dapat isagawa ang screening sa setting ng pangunahing pangangalaga na makakapagbigay ng follow-up na paggamot at/o mga rekomendasyon.	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Screening para sa diabetes Binabayaran namin ang screening na ito (kasama ang mga pagsusuri sa glucose kapag nag-aayuno) kung mayroon kayo ng alinman sa mga sumusunod na dahilan ng panganib: • mataas na presyon ng dugo (alta presyon) • kasaysayan ng abnormal na mga antas ng cholesterol at triglyceride (dyslipidemia) • labis na katabaan • kasaysayan ng mataas na asukal sa dugo (glucose) Maaaring saklawin ang mga pagsusuri sa ilang kaso, gaya ng kung kayo ay labis ang timbang at may kasaysayan ng diabetes sa pamilya. Maaari kayong maging kuwalipikado sa hanggang dalawang screening para sa diabetes kada 12 buwan kasunod ng petsa ng inyong pinakahuling screening para sa diabetes.	\$0



Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Screening para sa Hepatitis C Virus na impeksyon Sinasaklaw namin ang isang screening para sa Hepatitis C kung ang inyong doktor ng pangunahing pangangalaga o iba pang kwalipikadong provider ng pangangalagang pangkalusugan ay umorder ng isa at natutugunan ninyo ang isa sa mga kundisyong ito: • Mataas ang inyong panganib dahil gumagamit kayo o gumamit kayo ng ipinagbabawal na iniiniksiyong mga gamot. • Sumailalim kayo ng pagsasalin ng dugo bago ang taong 1992. • Ipinanganak kayo sa pagitan ng 1945-1965. Kung ipinanganak kayo sa pagitan ng 1945-1965 at hindi itinuturing na mataas ang panganib, babayaran namin ang para sa isang beses na screening. Kung kayo ay nasa mataas na panganib (halimbawa, patuloy kayong gumagamit ng ipinagbabawal na iniiniksiyong mga gamot pagkatapos ng inyong dating negatibong resulta ng pagsusuri sa screening ng Hepatitis C), sinasaklaw namin ang mga taunang screening.	\$0
 Screening para sa HIV Babayaran namin ang isang pagsusuring screening para sa HIV bawat 12 buwan para sa mga taong: • humiling ng pagsusuring screening para sa HIV, o • may mataas na panganib na magkaroon ng HIV na impeksyon. Kung kayo ay buntis, magbabayad kami ng hanggang sa tatlong pagsusuring screening para sa HIV sa panahon ng pagbubuntis. Nagbabayad rin kami para sa (mga) karagdagang HIV na screening kapag inirekumenda ng inyong provider.	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
 Screening para sa lung cancer na may mababang dosis ng computed tomography (low dose computed tomography, LDCT) Babayaran ng aming plano ang screening para sa cancer sa baga tuwing 12 buwan kung kayo: • ay 50-77 ang edad, at • mayroong pagpapayo at pinagsamang paggawa ng desisyon na pagbisita ng inyong doktor o iba pa kuwalipikadong provider, at • nagsigarilyo nang hindi kukulangin sa 1 pakete kada araw sa loob ng 20 taon nang walang senyales o sintomas ng cancer sa baga o nagsisigarilyo ngayon o huminto sa loob ng huling 15 taon Pagkatapos ng unang screening, babayaran ng aming plano ang isa pang screening kada taon kasama ng isang nakasulat na order mula sa inyong doktor o iba pang kuwalipikadong provider. Kung pinili ng provider na magbigay ng pagpapayo sa screening para sa cancer sa baga at pinagsamang paggawa ng desisyon na pagbisita para sa mga screening ng cancer sa baga, dapat matugunan ng pagbisita ang pamantayan ng Medicare para sa mga naturang pagbisita.	\$0
 Taunang pagbisita ukol sa kagalingan Maaari kayong taunang magpatingin. Ito ay upang gumawa o i-update ang plano ng pag-iwas batay sa inyong mga kasalukuyang dahilan ng panganib. Binabayaran namin ito nang isang beses kada 12 buwan. Tandaan: Ang inyong unang taunang pagbisita ukol sa kagalingan ay hindi maaaring isagawa sa loob ng 12 buwan ng inyong pagbisita sa Welcome to Medicare. Gayunpaman, hindi niyo kailangan ng pagbisita sa Welcome to Medicare upang makakuha ng mga taunang pagbisita ukol sa kagalingan pagkatapos niyong magkaroon ng Part B sa loob ng 12 buwan.	\$0

Saklaw na Serbisyo		Ang binabayaran ninyo
	Taunang pagbisita ukol sa kagalingan Maaari kayong taunang magpatingin. Ito ay upang gumawa o i-update ang plano ng pag-iwas batay sa inyong mga kasalukuyang salik ng panganib. Binabayaran namin ito nang isang beses kada 12 buwan. Tandaan: Ang inyong unang taunang pagbisita ukol sa kagalingan ay hindi maaaring isagawa sa loob ng 12 buwan ng inyong pagbisita sa Welcome to Medicare. Gayunpaman, hindi niyo kailangan ng pagbisita sa Welcome to Medicare upang makakuha ng mga taunang pagbisita ukol sa kagalingan pagkatapos niyong magkaroon ng Part B sa loob ng 12 buwan.	\$0
	Taunang pisikal na pagsusuri Ang isang karaniwang pisikal na pagsusuri kada 12 buwan maliban pa sa inyong pagbisita ukol sa kagalingan ay saklaw namin. Kasama sa pagbisitang ito ang komprehensibong pagsusuri ng inyong medikal na kasaysayan at kasaysayan ng pamilya, isang detalyadong pagtatasa mula ulo hanggang sa daliri ng paa at iba pang serbisyo, maaaring naaangkop ang mga rekomendasyon.	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Transportasyon: Hindi medikal na transportasyon* Pinapayagan ng benepisyong ito ang transportasyon sa mga serbisyong medikal sa pamamagitan ng kotse, taxi o iba pang mga anyo ng pampubliko/pampribadong transportasyon. Ang transportasyon ay kinakailangan para sa layunin ng pagkuha ng kinakailangang medikal na pangangalaga na sinasaklaw ng Medi-Cal, kabilang ang paglalakbay sa mga appointment sa ngipin at upang kumuha ng mga gamot. Ang transportasyon para sa mga serbisyo ay pinagsamang sinasaklaw ng Medi-Cal at Medicare. Mayroon kayong hanggang sa pinagsamang limitasyon ng 48 one-way na biyahe patungo sa mga lokasyong inaprubahan ng plano na may kaugnayan sa kalusugan bawat taon para sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon at hindi medikal na transportasyon. Hindi maaaring lumampas sa 70 milya ang bawat biyahe. Sinasaklaw ng Medi-Cal ang walang limitasyong mga biyahe sa mga inaprubahang lokasyon pagkatapos magamit ang inyong 48 one-way na biyahe. Ang mga pagsasaayos para sa transportasyon ay inaasikaso ng Call The Car. Ang mga miyembro ay dapat na makipag-ugnayan sa Call The Car sa (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Ang pagsasaayos para sa transportasyon ay dapat gawin nang hindi bababa sa 24 na oras nang maaga. Naghahandog ang Call The Car ng isang mobile application (CTC-Go) na maaaring gamitin ng mga miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan upang makoordina ang kanilang transportasyon sa pangangalagang pangkalusugan. Binibigyan kayo ng CTC-Go ng pagkakataong mapag-aralan ang paparating na o kaya ang mga nakaraang reservation, bigyan ng grado ang inyong karanasan sa transportasyon, subaybayan ang progreso ng inyong driver, kanselahin ang isang umiiral na reservation, at magpa-schedule ng isang bagong reservation. Ang CTC-Go ay maaaring matagpuan sa iOS at Android. Hanapin sa inyong app store ang “CTC’Go” at i-download ang application. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Transportasyon: Hindi pang-emergency na medikal na transportasyon* Pinapayagan ng benepisyong ito ang medikal na transportasyon para sa isang serbisyong sinasaklaw ng inyong plano at ng Medicare. Maaaring kasama dito ang: mga serbisyo ng medikal na transportasyon na ambulansiya, litter van, wheelchair van, at pakikipag-ugnayan sa para transit. Mayroon kayong hanggang sa pinagsamang limitasyon ng 48 one-way na biyahe patungo sa mga lokasyong inaprubahan ng plano na may kaugnayan sa kalusugan bawat taon para sa hindi pang-emergency na medikal na transportasyon at hindi medikal na transportasyon. Hindi maaaring lumampas sa 70 milya ang bawat biyahe. Sinasaklaw ng Medi-Cal ang walang limitasyong mga biyahe sa mga inaprubahang lokasyon pagkatapos magamit ang inyong 48 one-way na biyahe. Pinapahintulutan ang mga anyo ng transportasyon kapag: • Tinutukoy ng inyong medikal na provider ang inyong medikal at/o pisikal na kundisyon na hindi kayo pinapayagan na maglakbay sa pamamagitan ng bus, pampasaherong kotse, taxi o iba pang pampubliko o pribadong transportasyon, at • kinakailangan ang paunang pahintulot at kakailanganin ninyong tumawag sa inyong plano upang makapag-ayos ng masasakyan. Ang mga pagsasaayos para sa transportasyon ay inaasikaso ng Call The Car. Ang mga miyembro ay dapat na makipag-ugnayan sa Call The Car sa (855) 200-7544 [TTY: 711] 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para magpa-schedule, i-edit, subaybayan, at kanselahin ang mga reservation para sa sidewalk, pinto hanggang pinto, at wheelchair. Hindi maaaring gamitin ang CTC Go mobile app para sa transportasyon ng gurney at kailangan ninyong tumawag para gumawa ng ganoong reservation. Ang pagsasaayos para sa transportasyon ay dapat gawin nang hindi bababa sa 24 na oras nang maaga. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon sa gastusing mula sa sariling bulsa ng plano. <i>Maaaring kailanganin ang paunang pahintulot at responsibilidad ito ng inyong provider.</i>	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Tulong sa ilang partikular na hindi gumagaling na kundisyon Pagkain at Produkto* Kasama sa planong ito ang benepisyo ng Pagkain at Produkto para sa mga Miyembro na may ilang (mga) hindi gumagaling na kundisyon. Ito ay isang: • Buwanang allowance ng \$60 para sa pagbili ng malulusog at masustansiyang pagkain at produkto. Ang mga inaprubahang item ay maaaring bilhin sa mga lokal na inaprubahang tagatingi upang tulungan ang mga miyembro sa pagpapanatili ng malusog na diyeta upang suportahan ang kanilang mga pangangailangan sa nutrisyon. • Hindi maaaring malipat ang allowance na ito sa mga susunod na buwan. Upang maging karapat-dapat para sa benepisyong ito (hindi lahat ng Miyembro ay magiging kwalipikado), dapat ay mayroon kayong hindi kukulangin sa isa sa mga sumusunod na hindi gumagaling na kundisyon: • Hindi gumagaling na sakit ng pag-inom ng alak at iba pang sakit ng paggamit ng mga nakapipinsalang sangkap (substance use disorders, SUDs) • Mga autoimmune na sakit: ○ Polyarteritis nodosa ○ Polymyalgia rheumatica ○ Polymyositis ○ Dermatomyositis ○ Rheumatoid arthritis ○ Systemic lupus erythematosus ○ Psoriatic arthritis ○ Scleroderma • Cancer Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	\$0

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Tulong sa ilang partikular na mga hindi gumagaling na kundisyon (ipinagpatuloy) • Mga cardiovascular na sakit: ○ Mga cardiac na arrhythmia ○ Coronary artery disease ○ Peripheral vascular na sakit ○ Valvular na sakit sa puso • Hindi gumagaling na pagpalya ng puso • Dementia • Diabetes mellitus • Labis ang timbang, labis na katabaan, at metabolic syndrome • Hindi gumagaling na gastrointestinal na sakit: ○ Hindi Gumagaling na Sakit sa Atay ○ Hindi alcoholic na tabang sakit sa atay (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) ○ Hepatitis B ○ Hepatitis C ○ Pancreatitis ○ Irritable bowel syndrome ○ Inflammatory bowel disease • Chronic kidney disease (CKD): ○ CKD na nangangailangan ng dialysis/End-stage na sakit sa bato (End-stage renal disease, ESRD) ○ CKD na hindi nangangailangan ng dialysis • Mga malalang hematologic na sakit: ○ Aplastic anemia ○ Hemophilia ○ Immune thrombocytopenic purpura ○ Myelodysplastic syndrome Ang benepisyong ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	



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

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Tulong sa ilang partikular na mga hindi gumagaling na kundisyon (ipinagpatuloy) ○ Sickle-cell na sakit (hindi kasama ang sickle-cell na katangian) ○ Hindi gumagaling na venous thromboembolic na sakit ● HIV/AIDS ● Mga hindi gumagaling na sakit sa baga: ○ Hika, Hindi gumagaling na bronchitis ○ Cystic Fibrosis ○ Emphysema ○ Pulmonary fibrosis ○ Pulmonary hypertension o alta presyon ○ Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) ● Mga kundisyong hindi gumagaling at nagdudulot ng kapansanan sa kalusugan ng isip: ○ Mga bipolar disorder ○ Mga major depressive disorder ○ Paranoid disorder ○ Schizophrenia ○ Schizoaffective disorder ○ Post-traumatic stress disorder (PTSD) ○ Mga eating disorder ○ Mga anxiety disorder ● Mga neurologic disorder: ○ Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) ○ Epilepsy ○ Malawak na paralysis (iyon ay, hemiplegia, quadriplegia, paraplegia, monoplegia) ○ Huntington's disease Ang benepisyo ng ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Tulong sa ilang partikular na mga hindi gumagaling na kundisyon (ipinagpatuloy) ○ Multiple sclerosis ○ Parkinson's disease ○ Polyneuropathy ○ Fibromyalgia ○ Chronic fatigue syndrome ○ Mga kapinsalaan sa spinal cord ○ Spinal stenosis ○ Neurologic na kakulangang nauugnay sa stroke ● Stroke ● Pangangalaga pagkatapos ng pag-transplant ng organ ● Mga immunodeficiency at immunosuppressive na disorder ● Mga kundisyong nauugnay sa kapansanan sa kamalayan (cognitive impairment): ○ Alzheimer's disease ○ Mga intelektwal na kapansanan sa mga kapansanan sa pag-unlad ○ Traumatic na mga kapinsalaan sa utak ○ Nakapagdudulot ng sakit sa pag-iisip na nauugnay sa kapansanan sa kamalayan (cognitive impairment) ○ Banayad na kapansanan sa kamalayan (cognitive impairment) ● Mga kundisyong nauugnay sa mga kahirapan sa kakayahang makakilos at nangangailangan ng mga katulad na serbisyo kabilang ang mga sumusunod: ○ Mga kapinsalaan sa spinal cord ○ Paralysis ○ Pagkawala ng braso o hita ○ Stroke ○ Arthritis ● Mga hindi gumagaling na kundisyon na nakaaapekto sa paningin, pandinig (pagkabingi), panlasa, paghipo, at pag-amoy Ang benepisyo ito ay ipinagpapatuloy sa susunod na pahina	

Saklaw na Serbisyo	Ang binabayaran ninyo
Tulong sa ilang partikular na mga hindi gumagaling na kundisyon (ipinagpatuloy) Mga kundisyong nangangailangan ng patuloy na mga serbisyo ng therapy upang mapanatili o hindi mawala ang paggana ng mga indibidwal Malalaman ng plano kung karapat-dapat ka para sa benepisyo sa Pagkain at Produkto sa pamamagitan ng paggamit ng impormasyon mula sa iyong doktor o sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa iyong doktor para sa isang nilagdaang pahayag tungkol sa iyong hindi gumagaling na kundisyon. Hindi maaaring pagsamahin ang mga allowance para sa mga serbisyo sa pandinig na hindi saklaw ng Medicare at ang Pagkain at Produkto. Ang bawat benepisyo ay may hiwalay na allowance. Ang Healthy Benefits+ ay panggastos na card na may kargang allowance ng benepisyo upang makatulong sa pagbabayad sa mga saklaw na item at serbisyo. Sa sandaling kayo ay itinuturing na karapat-dapat, makakatanggap kayo ng sulat mula sa tagapangasiwa ng benepisyo na may kasamang inyong sariling pinasadyang card ng benepisyo. Ipapaalam sa inyo ng sulat na ito na nailagay na sa inyong card ang halaga ng allowance. Magbibigay din ito ng impormasyon kung paano ma-access ang higit pang mga detalye sa benepisyo sa pamamagitan ng telepono, website o mobile app. Para sa mga tanong tungkol sa benepisyong ito, maaari kayong tumawag sa tagapangasiwa ng benepisyo sa (855) 572-6341 [TTY: 711], 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras, Linggo hanggang Sabado, Oktubre 1 hanggang Marso 31, at Lunes hanggang Biyernes, Abril 1 hanggang Setyembre 30. Maaari rin kayong pumunta online sa HealthyBenefitsPlus.com/BlueShieldCA para sa higit na detalye. * Ang mga serbisyo ay hindi inilalapat sa pinakamataas na limitasyon ng perang galing sa balsa.	

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



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

Chart ng Pamamaraan sa Mga Benepisyo sa Ngipin

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

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

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

Mahalaga: May ilang mga serbisyo sa ngipin na hindi saklaw sa kahit anumang kundisyon (na kilala rin bilang Mga di-kasama) at may ilang mga serbisyo sa ngipin na saklaw lamang sa ilalim ng partikular na mga kundisyon (kilala rin bilang Mga Limitasyon). Mangyaring tingnan ang hanay ng “Mga pangkalahatang limitasyon” sa **Chart ng Pamamaraan sa mga Benepisyo sa Ngipin** sa ibaba at ang “Mga pangkalahatang pagbubukod” na nakalista pagkatapos ng **Chart ng Pamamaraan sa mga Benepisyo sa Ngipin** para sa higit pang impormasyon.

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

Ang mga serbisyo ay nakalista sa code ng pamamaraan ng American Dental Association (ADA) base sa kasalukuyang dental na terminolohiya. Iniaatas ng pederal na batas ang paggamit ng ADA code upang maiulat ang mga dental na mga pamamaraan. Ang mga code ng pamamaraan ay maaaring baguhin sa papana-panahon ng ADA. Samakatuwid, maaaring baguhin ng Plano ang listahan ng code na ito alinsunod sa pangangailangan ng batas. Maaari kayong makakuha ng kasalukuyang bersiyon ng listahan ng code ng ADA sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa customer service department ng Dental Plan Administrator (DPA) sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado't Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

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



Code ng ADA	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa inyo	Ano ang dapat ninyong bayaran	Mga karaniwang limitasyon
Mga Serbisyong Diagnostic			
D0140	limitadong pagsusuri ng bibig – nakatuon sa problema	\$0	1 bawat taon sa kalendaryo
D0190	Screening ng pasyente	\$0	1 (D0190 o D0191) bawat taon sa kalendaryo
D0191	pagtatasa ng pasyente	\$0	1 (D0190 o D0191) bawat taon sa kalendaryo
Mga Restorative na Serbisyo			
D2720	Crown - resin na may high noble metal	\$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2722	Crown - resin na may noble metal	\$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2750	Crown - porcelain na pinagsama sa high noble metal	\$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2752	Crown - porcelain na pinagsama sa noble metal	\$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2790	Crown - full cast high noble metal	\$0	2 bawat taon sa kalendaryo
D2792	Crown - full cast noble metal	\$0	2 bawat taon sa kalendaryo
Periodontics			
D4240	Gingival flap procedure, kabilang ang root planning - apat o higit pang magkakadikit na ngipin o bounded spaces na ngipin kada quadrant	\$0	Isa (D4240 o D4241) kada quadrant bawat 3 taon sa kalendaryo
D4241	Gingival flap procedure - kabilang ang root planing - isa hanggang tatlong magkakadikit na ngipin o bounded spaces na ngipin kada quadrant	\$0	Isa (D4240 o D4241) kada quadrant bawat 3 taon sa kalendaryo
D4266	Ginabayang regeneration ng tissue, natural na ngipin – resorable barrier, sa bawat site	\$0	Isang (D4266 o D4267) bawat ngipin bawat 3 taon sa kalendaryo
D4267	Ginabayang regeneration ng tissue, natural na ngipin – hindi resorbable na barrier, bawat site	\$0	Isang (D4266 o D4267) bawat ngipin bawat 3 taon sa kalendaryo
Prosthodontics (natatanggal)			
D5221	Immediate maxillary partial na pustiso - resin base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	\$0	Isang bahagyang maxillary na pustiso (D5221, D5223, D5225 o D5227) bawat 5 taon sa kalendaryo
D5222	Immediate mandibular partial na pustiso - resin base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	\$0	Isang bahagyang mandibular na pustiso (D5222, D5224, D5226 o D5228) bawat 5 taon sa kalendaryo
D5223	Immediate maxillary partial na pustiso - cast metal framework na may mga resin denture na base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	\$0	Isang bahagyang maxillary na pustiso (D5221, D5223, D5225 o D5227) bawat 5 taon sa kalendaryo

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



Code ng ADA	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa inyo	Ano ang dapat ninyong bayaran	Mga karaniwang limitasyon
D5224	Immediate mandibular partial na pustiso - cast metal framework na may mga resin denture na base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	\$0	Isang bahagyang mandibular na pustiso (D5222, D5224, D5226 o D5228) bawat 5 taon sa kalendaryo
D5225	Maxillary partial na pustiso - flexible base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	\$0	Isang bahagyang maxillary na pustiso (D5221, D5223, D5225 o D5227) bawat 5 taon sa kalendaryo
D5226	Mandibular partial na pustiso - flexible base (kabilang ang retentive/clasping na mga materyales, mga rest at ngipin)	\$0	Isang bahagyang mandibular na pustiso (D5222, D5224, D5226 o D5228) bawat 5 taon sa kalendaryo
D5227	Agarang maxillary partial na pustiso – flexible base (kabilang ang anumang mga clasp, rest at ngipin)	\$0	Isang bahagyang maxillary na pustiso (D5221, D5223, D5225 o D5227) bawat 5 taon sa kalendaryo
D5228	Immediate mandibular partial na pustiso – flexible base (kabilang ang anumang mga clasp, rest at ngipin)	\$0	Isang bahagyang mandibular na pustiso (D5222, D5224, D5226 o D5228) bawat 5 taon sa kalendaryo
D5670	Palitan ang lahat ng ngipin at acrylic sa cast metal na framework (maxillary)	\$0	1 beses bawat 6 na buwan
D5671	Palitan ang lahat ng ngipin at acrylic sa cast metal na framework (mandibular)	\$0	1 beses bawat 6 na buwan
D5710	Rebase kumpletong maxillary na pustiso	\$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
D5711	Rebase kumpletong mandibular na pustiso	\$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
D5720	Rebase maxillary partial na pustiso	\$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
D5721	Rebase mandibular partial na pustiso	\$0	1 bawat taon sa kalendaryo (hindi saklaw sa loob ng 6 buwan ng paunang pagpasok)
Prosthodontics (permanente)			

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

Code ng ADA	Paglalarawan ng mga serbisyo ng ADA na saklaw para sa inyo	Ano ang dapat ninyong bayaran	Mga karaniwang limitasyon
D6240	Pontic - porcelain na pinagsama sa high noble metal	\$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon
D6242	Pontic - porcelain na pinagsama sa noble metal	\$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon
D6250	Pontic - resin na may high noble metal	\$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon
D6252	Pontic - resin na may noble metal	\$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon
D6750	Retainer crown - porcelain na pinagsama sa high noble metal	\$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon
D6752	Retainer crown - porcelain na pinagsama sa noble metal	\$0	1 bawat ngipin bawat 5 taon

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

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

Pagkuha ng Pangangalaga sa Ngipin

Panimula

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

Bago Tumanggap ng Mga Serbisyo sa Ngipin

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

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 164



TANDAAN: Ang katayuan ng isang dentistang nasa network ay maaaring magbago. Responsibilidad ninyong siguraduhin na ang inyong dentista ay kasalukuyang nasa network, kung sakali mang mayroong anumang pagbabago sa listahan ng nakakontratang mga dentista. Maaaring makakuha ng listahan ng mga dentistang nasa network sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa customer service department ng DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Sabado't Linggo mula Abril 1 hanggang Setyembre 30.

Ang Pagbisita sa Inyong Dentista

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

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

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

Mga Copayment ng Miyembro

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

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 165



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

Ang pagpili ng pangunahing pangangalaga na dentista

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

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

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

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

Pang-emergency na pangangalaga sa ngipin

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

Pagkuha ng ikalawang opinyon para sa pangangalaga sa ngipin

Maaari kayong humiling ng ikalawang opinyon kung hindi kayo sumasang-ayon o nagdududa kayo sa pagsusuri at/o sa desisyon sa pagtukoy sa plano ng paggamot ng inyong dentista na nasa network. Maaari ding hilingin ng DPA na kumuha kayo ng ikalawang opinyon upang

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 166



maberipika ang pangangailangan at pagiging angkop ng paggamot sa ngipin o ang pagsasakatuparan ng mga benepisyo.

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

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

Pangangasiwa ng mga benepisyo

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

Kung ang Planong ito ay sekundaryo, ito'y magbabayad ng mas mababa sa:

- Ang halagang dapat nitong binayaran kung walang ibang saklaw na benepisyong dental, o;
- Ang kabuuang gastos ng Miyembro mula sa sariling bulsa na maaaring bayaran sa ilalim ng pangunahing benepisyong dental na plano hangga't ang mga benepisyong ay saklaw sa ilalim ng Planong ito.

Ang Miyembro ay dapat na magbigay sa DPA at ang DPA ay maaaring magsiwalat upang makakuha mula sa alinmang kumpanya ng insurance o iba pang organisasyon, anumang impormasyon tungkol sa Miyembro na kinakailangan upang mapangasiwaan ang pagsasaayos ng mga benepisyong. Ang DPA ay, sa kanyang sariling pagpapasya, ang maghuhusga kung ang anumang pag-reimburse sa isang kumpanya ng insurance o iba pang organisasyon ay naaangkop sa ilalim ng probisyon ng pangangasiwa ng mga benepisyong inilalarawan dito, at

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 167



anumang naturing pag-reimburse na ibinayad ay itinuturing na mga benepisyo sa ilalim ng kontratang ito. Ang DPA ay magkakaroon ng karapatang bawiin mula sa isang dentista, Miyembro, kumpanya ng insurance o iba pang organisasyon, ayon sa desisyon ng DPA, ang halaga ng anumang benepisyong ibinayad ng DPA na humihigit sa kanyang mga obligasyon sa ilalim ng probisyon ng pangangasiwa ng mga benepisyong inilalarawan dito.

Ang proseso ng karaingan at apela

Ang aming pangako sa inyo ay upang hindi lamang masiguro ang kalidad ng pangangalaga, ngunit pati na rin ang kalidad ng paggamot na proseso. Ang kalidad ng paggamot na ito ay nagsisimula sa mga propesyonal na serbisyong ibinibigay ng mga nasa network na dentista patungo sa kagandahang-loob na ipinaabot sa inyo ng aming mga kinatawan sa telepono. Kung mayroon kayong tanong o reklamo tungkol sa pagiging kuwalipikado, ang pagtanggap ng mga serbisyong dental o mga claim, ang mga patakaran, pamamaraan o pagpapatakbo ng DPA o ang kalidad ng mga serbisyo sa ngipin na isinagawa ng isang dentista na nasa network, mayroon kayong karapatan na maghain ng karaingan o apela sa Blue Shield TotalDual Plan. Mangyaring pumunta sa **Kabanata 9** (*Ano ang dapat gawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga pagpapasya sa saklaw, apela, reklamo)*) para sa higit pang impormasyon kung paano maghain ng karaingan o apela. Kung mayroon kayong mga tanong, tawagan ang DPA sa **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo (maliban sa mga holiday) mula Oktubre 1 hanggang Marso 31 at tuwing Lunes hanggang Biyernes mula Abril 1 hanggang Setyembre 30. Maaari din kayong makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan (ang mga numero ng telepono ay matatagpuan sa likod na pabalat ng dokumentong ito).

Mga karaniwang di-kasama para sa dental na HMO Plan

1. Anumang pamamaraan na hindi partikular na nakalista sa *Chart ng Pamamaraan sa mga Benepisyo sa Ngipin*.
2. Anumang pamamaraan na sa propesyonal na opinyon ng dentista na nasa network:
 - a. ay may hindi magandang prognosis para sa isang matagumpay na resulta at makatuwirang katatagan base sa kundisyon ng ngipin o ngipin at/o mga nakapalibot na appliance, o
 - b. ay kasalungat sa karaniwang katanggap-tanggap na mga pamantayan sa pagdedentista.
3. Mga serbisyong para lang sa pagpapaganda ng hitsura o para sa mga kundisyon na resulta ng mga depektong namana o lumitaw sa paglaki, tulad ng cleft palate, mga hindi tamang pag-develop ng itaas o ibabang bahagi ng panga, mga nawawalang ngipin mula ipinanganak at ngiping hindi maganda ang kulay o walang enamel.
4. Nawala o ninakaw na mga appliance tulad ng buo o bahaging mga pustiso at mga crown.
5. Mga pamamaraan, appliance o restoration kung ang layunin ay upang baguin ang vertical dimension, o kaya upang mag-diagnose o gamutin ang abnormal na mga kundisyon ng temporomandibular joint (TMJ).

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 168



6. Precious metal para sa naaalis na mga appliance, metallic o permanenteng mga soft base para sa kumpletong mga pustiso, porcelain na ngipin ng pustiso, mga precision abutment para sa naaalis na mga partial o fixed partial na pustiso (mga overlay, implant, at appliance na kaugnay ng mga binanggit) at personalization at characterization ng kumpleto at partial na mga pustiso.
7. Implant na sinusuportahan ng mga dental appliance at attachment, implant placement, pagpapanatili, pagtanggal at lahat ng iba pang serbisyong nauugnay sa isang dental implant.
8. Mga konsultasyon para sa mga hindi saklaw na benepisyo.
9. Mga serbisyo sa ngipin na natanggap mula sa alinmang dental office maliban sa itinalagang dentista sa network o isang paunang pinahintulatang espesyalista sa ngipin.
10. Lahat ng mga kaugnay na singil para sa pagpasok, paggamit, o pananatili sa isang ospital, outpatient na sentro ng operasyon, pasilidad ng pinahabang pangangalaga, o iba pang katulad na pasilidad ng pangangalaga.
11. Mga inireresetang gamot.
12. Mga gastos sa ngipin dahil sa anumang pamamaraan sa ngipin na nagsimula bago ang pagiging kuwalipikado ng Miyembro sa Blue Shield TotalDual Plan. Kabilang sa mga halimbawa ang: mga ngipin na inihanda para sa mga crown at buo o bahaging mga pustiso na kinuha ang isang impression.
13. Myofunctional at parafunctional na mga appliance at/ o therapy.

F. Mga Suporta sa Komunidad

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

Kasama sa mga halimbawa ng Mga Suporta ng Komunidad na inaalok namin ay ang mga medikal na pansuportang pagkain at pagkain o pagkaing medikal na iniaangkop, tulong para sa inyo o sa inyong caregiver, o hawakan sa shower at mga rampa. Ang Mga Suporta sa Komunidad ay mga opsyonal na serbisyo (hindi mga benepisyo) na inaalok ng Blue Shield Promise Health Plan sa mga karapat-dapat na miyembro ng Medi-Cal. Nagbibigay ang mga serbisyong ito ng suporta sa mga miyembro sa ibabaw at higit pa sa Mga Pangmatagalang Serbisyo at Suporta (Long Term Care Support Services, LTSS) upang pahasayin at suportahan ang pangangalaga ng mga miyembro. Mag-kaiiba ang mga serbisyong ito batay sa mga pangangailangan ng mga miyembro at sa pamantayan ng pagiging karapat-dapat ng Blue Shield Promise Health Plan.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 169



Kailangan ng paunang pahintulot. Nagbibigay ang Blue Shield Promise Health Plan ang Mga Suporta sa Komunidad sa mga kwalipikadong miyembro na nasa mga county ng Los Angeles at San Diego:

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

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



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

Kung kailangan ninyo ng tulong o gusto ninyong malaman kung aling Mga Suporta sa Komunidad ang maaaring available para sa inyo, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY 711) o tumawag sa inyong provider ng pangangalagang pangkalusugan.

Impormasyon para sa mga miyembro

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

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

G. Mga benepisyong saklaw sa labas ng aming plano

Hindi namin sinasaklaw ang mga sumusunod na serbisyo, ngunit makukuha ang mga ito sa pamamagitan ng bayad-para sa serbisyo ng Medi-Cal.

G1. Paglipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT)

Ang programang Paglipat sa Komunidad ng California (California Community Transitions, CCT) ay gumagamit ng lokal na Mga Namumunong Organisasyon (Lead Organizations) upang matulungan ang karapat-dapat na mga benepisyaryo ng Medi-Cal, na nanirahan sa isang inpatient na pasilidad nang hindi kukulangin sa 60 magkakasunod na araw, na makalipat pabalik sa, at nananatiling ligtas sa, isang komunidad na kinalalagyan. Pinopondohan ng CCT na programa ang mga serbisyong nag-kokoordina ng paglipat sa panahong bago lumipat at sa 365 araw pagkatapos na lumipat upang matulungan ang mga benepisyaryo na makabalik sa isang komunidad na kinalalagyan.

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

Para sa mga serbisyong nag-kokoordina ng paglipat ng CCT

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

Para sa mga serbisyong walang kaugnayan sa inyong CCT na paglipat

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

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

Walang pagbabago sa benepisyong saklaw sa gamot

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 172



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

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

G2. Medi-Cal Dental

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

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

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

Sa county ng Los Angeles, maaari kayong makakuha ng mga benepisyo sa ngipin ng Medi-Cal sa pamamagitan ng Dental Managed Care (DMC) na plano. Kung nais ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga plano sa ngipin ng Medi-Cal o gustong gumawa ng mga pagbabago, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-800-430-4263 (sa mga user ng TTY, tumawag sa 1-800-430-7077), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Libre ang tawag. Makikita din ang mga contact sa DMC sa: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. www.hpsm.org/dental

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 173



G3. Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In-Home Supportive Services, IHSS)

- Ang IHSS Program ay tutulong sa pagbabayad sa mga naka-enroll na provider ng pangangalaga para sa mga serbisyong ibinigay sa inyo upang mananatili kayong ligtas sa sarili ninyong tahanan. Ang IHSS ay itinuturing na isang alternatibo sa pangangalaga sa labas ng bahay, tulad ng mga pasilidad ng nursing home o paninirahan at pangangalaga (board and care).
- Upang makatanggap ng mga serbisyo, isinasagawa ang pagtatasa upang matukoy kung aling mga uri ng serbisyo ang maaaring pahintulutan para sa bawat kalahok batay sa kanilang mga pangangailangan. Ang mga uri ng serbisyong maaaring pahintulutan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo ng personal na pangangalaga (tulad ng pangangalaga sa bituka at pantog, paliligo, mga serbisyo ng pag-aayos ng sarili at paramedical), pagsama sa mga medikal na appointment, at pangangasiwang nagbibigay ng proteksyon para sa may kapansanan sa pag-iisip.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na mag-apply para sa IHSS sa ahensiya ng serbisyong panlipunan ng inyong county. Maaari ding makipag-ugnayan sa opisina ng IHSS sa Los Angeles sa (888) 944-4477 at ang opisina ng IHSS sa San Diego sa (800) 339-4661 para mag-apply.

G4. 1915(c) Mga Serbisyong Base sa Bahay at Komunidad (Home and Community Based Services, HCBS) na mga Programa na may Waiver

Assisted Living Waiver (ALW)

- Binibigyan ng Assisted Living Waiver (ALW) ang mga karapat-dapat sa Medi-Cal na mga benepisyaryo ng pagpipilian ng pagtira sa isang kinalalagyang tulong na pamumuhay bilang isang alternatibo sa pangmatagalang paglagay sa isang pasilidad ng pag-aalaga. Ang layunin ng ALW ay upang mapadali ang palipat mula sa pasilidad ng pag-aalaga pabalik sa isang parang-nasa-tahanan at komunidad na kalagayan o hadlangan ang pag-admit sa sanay na nursing para sa mga benepisyaryong may nalalapit nang pangangailangang mailagay sa pasilidad ng pag-aalaga.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa ALW ay maaaring manatiling naka-enroll sa ALW habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong Ahensiya ng Pagsasaayos ng Pangangalaga ng ALU upang makoordina ang mga serbisyong inyong tinatanggap.



- Ang ALW ay kasalukuyang makukuha lamang sa mga sumusunod na county: Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Los Angeles, Orange, Riverside, Sacramento, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Clara, at Sonoma.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na mag-apply para sa ALW. Maaari kayong makahanap ng mga lokal na ahensiya na maaaring i-coordinate ang inyong pangangalaga sa ALW na programa dito: dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf.

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

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

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

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

- Ang HCBA na Waiver ay nagbibigay ng mga serbisyo ng pangangasiwa ng pangangalaga sa mga taong nanganganib na mapapunta sa isang nursing home o dalhin sa isang institusyon. Ang mga serbisyo ng pangangasiwa ng pangangalaga ay ibinibigay ng isang Pangkat ng Tagapangasiwa ng Pangangalaga na may iba't ibang disiplina at binubuo ng isang nurse at social worker. Kino-koordina ng pangkat ang mga serbisyo ng Waiver at Plano ng Estado services (tulad nang medikal, kalusugan ng pag-uugali, Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay, atbp.), at nagsasaayos para sa iba pang mga pangmatagalang serbisyo at suportang matatagpuan sa lokal na komunidad. Ang pamamahala ng pangangalaga at mga Waiver na serbisyo ay ibinibigay sa tinitirahan ng kalahok na naka-base sa komunidad. Ang tirahang ito ay maaaring pribadong pag-aari, nakuha sa pamamagitan ng isang kasunduan ng pag-upa ng nangungupahan, o tirahan ng isang miyembro ng pamilya ng kalahok.



- Ang mga miyembrong naka-enroll sa HCBA Waiver ay mananatiling naka-enroll sa HCBA Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyo ibinigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong ahensiya ng waiver ng HCBA upang ma-koordina ang mga serbisyo ng inyong tinatanggap.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na mag-apply para sa HCBA.
 - Depende sa inyong zip code sa Los Angeles County, ang alinman sa Partners in Care o ang Access LT ay ang inyong lokal na ahensiya ng HCBA. Upang malaman kung aling ahensiya ang tumutulong sa zip code na nakatira, bisitahin ang:
[https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)
 - Tawagan ang Mga Partner sa Pangangalaga sa (800) 251-6764
 - Tawagan ang Access TLC sa (800) 852-9887
 - Ang San Ysidro Health ay ang lokal na HCBA Agency ng San Diego County. Tumawag sa San Ysidro Health sa (833) 503-5910, 8:00 am hanggang 5:00 pm, Lunes hanggang Biyernes.

Medi-Cal Waiver Program (MCWP)

- Ang Programa ng Waiver ng Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) ay nagbibigay ng masusing pamamahala ng kaso at direktang mga serbisyo ng pangangalaga sa mga taong may HIV bilang alternatibo sa pangangalaga sa nursing na pasilidad o sa pagpapaospital. Ang pangangasiwa ng kaso ay isang pamamaraan ng pangkat na nakatuon sa kalahok, na binubuo ng isang rehistradong nurse at manggagawang panlipunang namamahala ng kaso. Ang mga tagapamahala ng kaso ay nakikipagtulungan sa kalahok at (mga) provider ng pangunahing pangangalaga, pamilya, (mga) caregiver, at iba pang mga provider ng serbisyo, upang matasa ang mga pangangailangan ng pangangalaga para mapanatili ang kalahok sa kanyang bahay at komunidad.
- Ang mga layunin ng MCWP ay upang: (1) makapagbigay ng nakabase sa bahay at komunidad na mga serbisyo para sa mga taong may HIV na kung saan ay maaaring mangailangan ng mga serbisyo ng institusyon; (2) tulungan ang mga kalahok sa pangangasiwa ng HIV na kalusugan; (3) pabutihin ang kakayahang makakuha ng suportang panlipunan at suporta sa kalusugan ng pag-uugali at (4) ikoordina ang mga provider ng serbisyo at iwasan ang pagkakadoble-doble ng mga serbisyo.



- Ang mga miyembrong naka-enroll sa MCWP Waiver ay mananatiling naka-enroll sa MCWP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong ahensiya ng waiver ng MCWP upang ma-koordina ang mga serbisyong inyong tinatanggap.
- Matutulungan kayo ng inyong tagapangasiwa ng pangangalaga na mag-apply para sa MCWP. Ang AIDS Regional Information and Evaluation System (ARIES) ay bukas nang Lunes hanggang Biyernes, mula 8:00 AM hanggang 5:00 PM (Pacific Time). Upang marating ang Help Desk:
 - Tumawag sa 1-866-411-ARIES (2743) o
 - Magsumite ng kahilingan sa ARIES Help Desk sa aries@cdph.ca.gov at isama ang inyong pangalan, ahensiya, numero ng telepono, tanong/problema. HUWAG magsasama ng anumang impormasyon ng kliyente.

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

- Ang Programa ng Maraming Layuning Serbisyo sa mga Nakatatanda (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) nagbibigay ng mga serbisyo ng pangangasiwa ng kapwa panlipunan at pangangalagang pangkalusugan upang matulungan ang mga indibidwal na manatili sa kanilang tahanan at komunidad.
- Habang ang karamihan sa mga kalahok sa programa ay tumatanggap din ng Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay, ang MSSP ay nagbibigay ng patuloy na pagsasaayos ng pangangalaga, iniuugnay ang mga kalahok sa iba pang kinakailangang mga serbisyo sa komunidad at dulugan sa komunidad, nakikipag-coordinate sa mga provider ng pangangalagang pangkalusugan, at bumibili ng ilang kinakailangang serbisyo na hindi maaaring makuha upang mapigilan o maantala ang pagpapadala sa isang institusyon. Ang kabuuang taunang pinagsamang pangangasiwa ng halaga ng pag-aalaga at iba pang mga serbisyo ay dapat na mas mababa kaysa sa gastos ng pagtanggap ng pangangalaga sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga.
- Ang isang pangkat ng mga propesyonal sa kalusugan at serbisyong panlipunan ay nagbibigay sa bawat kalahok ng MSSP ng kumpletong pagtatasa sa kalusugan at psychosocial na pagtatasa para matukoy ang kinakailangang mga serbisyo. Nakikipagtulungan naman ang pangkat sa kalahok ng MSSP, sa kanyang doktor, pamilya, at iba pa upang makagawa ng plano sa pangangalaga para sa indibidwal. Kasama sa mga serbisyo ang:
 - pamamahala sa pangangalaga
 - day care para sa mga may sapat na gulang



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

- maliliit na mga pagkukumpuni/pagpapanatili sa bahay
- pandagdag na tulong sa mga gawain sa bahay, personal na pangangalaga, at mga serbisyo sa pangangasiwa ng proteksiyon
- mga serbisyo sa pamamahinga
- mga serbisyo sa transportasyon
- mga serbisyo sa pagpapayo at therapeutic services
- mga serbisyo sa pagkain
- mga serbisyo sa komunikasyon.
- Ang mga miyembrong naka-enroll sa MSSP Waiver ay mananatiling naka-enroll sa MSSP Waiver habang tumatanggap din ng mga benepisyong ibinibigay ng aming plano. Nakikipagtulungan ang aming plano sa inyong MSSP na provider upang ma-coordinate ang mga serbisyon ng inyong tinatanggap.
- Matutulungan kayo ng inyong coordinator ng pangangalaga na makapag-apply para sa MSSP. Maaari ninyong mahanap ang MSSP na provider sa inyong lugar sa pamamagitan ng pagtawag sa Kagawaran ng California sa Pagtanda (California Department of Aging) sa 1-800-510-2020 o sa pamamagitan ng pagpili ng inyong county sa Maghanap ng mga Serbisyo (Find Services) sa Aking County (My County) na pahina sa website ng California Department of Aging:
https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty.

G5. Mga Serbisyo ng Country para sa Kalusugan ng Pag-uugali na Ibinibigay sa Labas ng Aming Plano (Mga Serbisyo sa Kalusugan ng Isip at Sakit na Pag-abuso sa Paggamit ng Substance)

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

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

- mga serbisyo sa kalusugan ng isip
- mga serbisyo ng suporta sa gamot

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 178



- mga serbisyo sa intensive na paggamot sa araw
- rehabilitasyon sa araw
- mga serbisyo ng pamamagitan sa krisis
- mga serbisyo ng pagpapahupa ng krisis
- mga serbisyo sa paggamot sa tirahan ng mga nasa hustong gulang
- mga serbisyo sa paggamot sa tirahan sa panahon ng krisis
- mga serbisyo sa pasilidad ng psychiatric na kalusugan
- mga psychiatric na inpatient na serbisyo sa ospital
- naka-target na pamamahala ng kaso
- mga therapeutic na serbisyo sa pag-uugali
- pagsasaayos ng matinding pangangalaga o intensive care coordination
- mga intensive na serbisyo sa bahay (intensive home-based services)
- muling pagpasok na kaugnay sa katarungan
- masusing paggamot sa komunidad (assertive community treatment, ACT)
- forensic na masusing paggamot sa komunidad (forensic assertive community treatment, FACT)
- koordinadong espesyalidad na pangangalaga (coordinated specialty care, CSC) para sa unang kaganapan ng psychosis (first episode psychosis, FEP)
- mga serbisyo ng clubhouse
- pinahusay na mga serbisyo ng manggagawang pangkalusugan sa komunidad (community health worker, CHW)

Ang mga serbisyo ng Organisadong Sistema ng Pagpapadala ng Drug Medi-Cal ay maaaring makuha sa pamamagitan ng ahensya para sa kalusugan ng pag-uugali sa inyong county kung matutugunan ninyo ang pamantayan upang makatanggap ng mga serbisyong ito. mga serbisyong intensive na outpatient na paggamot

- paggamot sa sakit dulot ng paggamit ng nakakasugapang sangkap habang nagbubuntis



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

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

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

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

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

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

- Line para sa Krisis at Referral ng County (mangyaring tingnan ang **Kabanata 2, Seksyon K** ng handbook na ito para sa numero ng telepono at mga oras kung kailan bukas ang tanggapan)

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 180



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

Proseso upang Matukoy ang Mga Serbisyon Medikal na Kinakailangan

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

Proseso ng Rekomendasyon sa pagitan ng Blue Shield TotalDual Plan at ng County

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

Proseso ng Resolusyon ng Problema

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 181



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

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

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

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

Bilang karagdagan pa sa anumang mga pagbubukod o limitasyong inilalarawan sa Chart ng mga Benepisyong, hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga sumusunod na bagay at serbisyo:

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 182



- full-time na pangangalaga ng tapag-alaga sa inyong bahay
- mga bayaring sinisingil ng inyong mga malapit na kamag-anak o miyembro ng inyong sambahayan.
- ang mga elektibo o boluntaryong pamamaraan o serbisyo ng pagpapahusay (kabilang ang pagbawas ng timbang, paghaba ng buhok, sekswal na pagganap, atletikong pagganap, mga layuning pampaganda, paglaban sa pagtanda at pagganap ng pag-iisip), maliban na lamang kapag medikal na kinakailangan.
- cosmetic surgery o iba pang gawaing may kinalaman sa cosmetic, maliban na lamang kung kinakailangan ito dahil sa isang pinsalang dulot ng aksidente o upang mapabuti ang bahagi ng katawan na mali ang hugis. Gayunpaman, babayaran namin ang reconstruction ng suso pagkatapos ng mastectomy at ang paggamot sa kabilang suso upang tumugma dito.
- routine foot care, except as described in the Podiatry services in the Benefits Chart in Section D.
- mga orthopedic na sapatos, maliban na lamang kung bahagi ng isang leg brace ang mga sapatos at kasama sa halaga ng brace, o ang mga sapatos ay para sa taong may sakit na diabetic foot disease.
- mga device na pang-suporta sa paa, maliban sa mga orthopedic o therapeutic na sapatos para sa mga taong may sakit na diabetic foot disease
- radial keratotomy, LASIK na operasyon, at iba pang mga pantulong sa malabong paningin.
- pagbabalik sa mga sterilization na pamamaraan
- mga serbisyong naturopath (ang paggamit ng mga natural o alternatibong paggamot).
- mga serbisyong ibinibigay sa mga betarano sa mga pasilidad ng Veterans Affairs (VA). Gayunpaman, kapag tumanggap ang isang beterano ang mga serbisyong pang-emergency sa ospital ng VA at mas malaki ang pagbabahagi ng gastos ng VA kaysa sa pagbabahagi ng gastos sa ilalim ng aming plano, babayaran namin ang beterano para sa kaibhan ng halaga. Kayo pa rin ang may pananagutan para sa mga halaga ng inyong pagbabahagi ng gastos.



Kabanata 5: Pagkuha ng inyong mga outpatient na gamot

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito ang mga panuntunan para sa pagkuha ng inyong mga outpatient na gamot. Ito ang mga gamot na ino-order ng inyong provider para sa inyo na natatanggap ninyo mula sa isang parmasya o sa serbisyo sa koreo. Kasama sa mga ito ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D at Medi-Cal. Sinasabi sa inyo ng **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung magkaano ang babayaran ninyo para sa mga gamot na ito. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sinasaklaw din namin ang mga sumusunod na gamot, kahit na hindi tinalakay ang mga ito sa kabanatang ito:

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

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

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

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

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

Sa pangkalahatan ay dapat kayong gumamit ng isang parmasyang nasa network upang mapunan ang inyong reseta. (Sumangguni sa **Seksyon A1** para sa karagdagang impormasyon). O maaari ninyong punan ang inyong reseta sa pamamagitan ng serbisyo sa paghahatid sa bahay ng plano.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 184



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

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

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

Maaaring mangailangan ng pag-apruba ang inyong gamot mula sa aming plano batay sa ilang partikular na pamantayan bago namin ito saklawin. (Sumangguni sa **Seksyon C** ng kabanatang ito).

Talaan ng mga Nilalaman

A. Pagpupunan ng inyong reseta.....	187
A1. Pagpupunan ng inyong reseta sa isang parmasyang nasa network	187
A2. Ang paggamit ng inyong Member ID Card kapag pinupunan ninyo ang isang reseta...	187
A3. Ang dapat gawin kung nagpalit kayo ng botikang bahagi ng network	187
A4. Ano ang dapat gawin kung umalis sa network ang inyong parmasya	188
A5. Paggamit ng espesyal na parmasya.....	188
A6. Paggamit ng mga serbisyo sa paghahatid sa bahay upang makuha ang inyong mga gamot.....	188
A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot.....	190
A8. Paggamit ng isang parmasyang wala sa network ng aming plano.	191
A9. Pagsasauli sa inyo ng inyong ibinayad para sa isang reseta	191

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 185



B. Ang <i>Listahan ng Gamot</i> ng aming plano	192
B1. Ang mga gamot sa aming <i>Listahan ng Gamot</i>	192
B2. Paano humanap ng gamot sa aming <i>Listahan ng Gamot</i>	193
B3. Ang mga gamot na wala sa aming <i>Listahan ng Gamot</i>	193
B4. Ang bahaging gastos sa mga tier ng <i>Listahan ng Gamot</i>	195
C. Mga limitasyon sa mga ilang gamot.....	195
D. Mga dahilan kung bakit maaaring hindi sinasaklaw ang inyong gamot.....	197
D1. Pagkuha ng pansamantalang supply.....	198
D2. Paghiling ng pansamantalang supply	199
D3. Paghingi ng pagbubukod	199
E. Mga pagbabago ng saklaw para sa inyong mga gamot.....	200
F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso	202
F1. Sa ospital o pasilidad ng sanay na pag-aalaga para sa pananatiling sinasaklaw ng aming plano	202
F2. Sa pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga	203
F3. Sa programang hospice na sertipikado ng Medicare.....	203
G. Mga programa sa kaligtasan ng gamot at pamamahala sa mga gamot	203
G1. Mga programang tumutulong sa inyo na ligtas na gumamit ng mga gamot.....	203
G2. Mga programang makatutulong sa inyo na mapamahalaan ang inyong mga gamot	204
G3. Programa sa pamamahala ng gamot (Drug management program, DMP) upang matulungan ang mga miyembro na ligtas na gumamit ng mga opioid na gamot	205



A. Pagpupunan ng inyong reseta

A1. Pagpupunan ng inyong reseta sa isang parmasyang nasa network

Sa kadalasan, babayaran lang namin ang mga reseta kung pinunan ang mga ito sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network. Ang parmasyang nasa network ay isang botikang sumasang-ayon na punan ang mga reseta ng aming mga miyembro ng plano. Maaari kayong pumunta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network. (Sumangguni sa **Seksyon A8** para sa impormasyon tungkol sa kung kailan namin sinasaklaw ang mga reseta ng pinunan sa mga botikang hindi bahagi ng network.)

Upang makahanap ng pharmacy na nasa network, sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*, pumunta sa aming website o makipag-ugnayan sa Customer Service.

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

Upang mapunan ang inyong reseta, **ipakita ang inyong Member ID Card** sa inyong parmasyang nasa network. Sisingilin kami ng pharmacy na nasa network para sa aming bahagi ng gastos ng inyong sinasaklaw na gamot. Maaaring kailanganin ninyong magbayad sa botika ng copay kapag kinuha ninyo na ang inyong reseta.

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

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

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

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

A3. Ang dapat gawin kung nagpalit kayo ng botikang bahagi ng network

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

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 187



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

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

Upang humanap ng isang bagong pharmacy na nasa network, sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*, pumunta sa aming website, o makipag-ugnayan sa Customer Service.

A5. Paggamit ng espesyal na parmasya

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

- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa home infusion therapy.
- Mga parmasyang nagbibigay ng mga gamot para sa mga residente ng pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, gaya ng isang pasilidad ng pag-aalaga.
 - Karaniwan, ang mga pasilidad ng pangmatagalang pangangalaga ay may sariling mga parmasya. Kung naninirahan kayo sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, sisiguraduhin naming natatanggap ninyo ang mga gamot na inyong kinakailangan sa parmasya ng pasilidad.
 - Kung wala sa aming network ang botika ng inyong pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga o kaya nahihirapan kayong makuha ang inyong mga gamot sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, makipag-ugnayan sa Customer Service.
- Mga Botika ng Provider ng Indian na Pangangalagang Pangkalusugan (Indian Health Care Provider, IHCP) Ang mga Miyembrong American Indian at Alaska Native ay may kakayahang makaputa sa mga parmasya sa isang Provider ng Indian na Pangangalagang Pangkalusugan (Indian Health Care Provider, IHCP) hangga't sila ay naka-enroll na retail na pharmacy. Kung hindi kayo American Indian o Alaska Native, maaari pa rin kayong makatanggap ng mga serbisyo mula sa isang retail na pharmacy sa isang IHCP kung itatalaga kayo sa klinika o dahil sa isang emergency.
- Ang mga botikang nagbibigay ng mga gamot ay limitado ng FDA sa mga ilang lugar o nangangailangan ng espesyal na pag-aasikaso, pakikipag-koordina sa provider, o edukasyon sa kanilang paggamit. (Tandaan: Ang sitwasyong ito ay dapat madalang na mangyari.)

Upang makahanap ng espesyalisadong botika, sumangguni sa *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*, pumunta sa aming website o makipag-ugnayan sa Customer Service.

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

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



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

Pagpuno ng mga reseta sa pamamagitan ng koreo

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

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

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

Mga proseso ng paghahatid sa bahay

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

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

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

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

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

- Binibigyan kayo nito ng pagkakataon na masiguro na ang ipinapadala ng botika ay ang tamang gamot (kabilang kung gaano ito kalakas, kadami, at ang anyo nito) at, kung kinakailangan, binibigyan kayo ng pagkakataong ihinto o ipagpaliban ang order bago kayo singilin at ito ay maipadala.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 189



- Tumugon tuwing magtangkang makipag-ugnayan sa inyo ang parmasya, upang ipaalam sa kanila kung ano ang dapat gawin sa bagong reseta at upang maiwasan ang anumang pagkaantala sa pagpapadala.

3. Mga refill ng reseta sa paghahatid sa bahay

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

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

Upang piliing huwag sumali sa aming programa na kusang naghahanda ng mga refill na inihahatid sa bahay, makipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng pagtawag sa Amazon Pharmacy sa (856) 208-4665, 24 na oras sa isang araw/7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711.

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

A7. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng mga gamot

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

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

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 190



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

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

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

- Kung hindi kayo kaagad makakakuha ng isang saklaw na gamot sa loob ng aming lugar ng serbisyo dahil walang parmasyang nasa network sa loob ng makatwirang distansya ng pagmamaneho na nagbibigay ng 24 oras na serbisyo.
- Kung sinusubukan ninyong punan ang saklaw na inireresetang gamot na hindi karaniwang may stock sa isang karapat-dapat na network na tindahan o serbisyo sa koreong parmasya (kasama sa mga gamot na ito ang orphan drug, mahal na mga gamot at kakaibang mga gamot o iba pang mga espesyalidad na pharmaceutical).
- Ang ilang mga bakunang ibinibigay sa tanggapan ng inyong doktor na hindi saklaw sa ilalim ng Medicare Part B at hindi makatwirang makukuha sa isang parmasyang nasa network ay maaaring masaklaw sa ilalim ng aming access na wala sa network.
- Ang mga resetang pinunan sa mga wala sa network na parmasya ay limitado sa pang-30 araw na supply ng mga saklaw na gamot.

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

Kung kailangan ninyong gumamit ng wala sa network na pharmacy, sa karaniwan ay kinakailangang bayaran muna ninyo ang buong halaga sa halip na ang copay kapag kinuha ang inyong reseta. Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik namin sa inyo ang inyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos.

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

Upang malaman ang higit pa tungkol dito, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 191



B. Ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 192



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

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

- Pumunta sa website ng aming plano sa blueshieldca.com/medformulary2026. Ang *Listahan ng Gamot* sa aming website ay palaging pinakabago.
- Tumawag sa Customer Service upang malaman kung ang isang gamot ay nasa aming *Listahan ng Gamot* o upang humingi ng kopya ng listahan.
- Ang mga gamot na hindi saklaw ng Part D ay maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx. Mangyaring pumunta sa website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon
- Gamitin ang aming “Tool ng Benepisyo para sa Totoong Oras” (Real Time Benefit Tool) sa blueshieldca.com/medicare para makahanap ng mga gamot na nasa *Listahan ng Gamot* upang matantiya kung magkaano ang inyong babayaran, at kung mayroon bang mga alternatibong gamot sa *Listahan ng Gamot* na maaaring makagamot sa kaparehong kundisyon. Maaari rin ninyong tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o ang Customer Service. Sa pamamagitan ng kagamitang ito, maaari kayong makahanap ng mga gamot na nasa Listahan ng Gamot upang makakita ng pagtatantiya kung magkaano ang inyong babayaran, at kung mayroon bang mga alternatibong gamot sa Listahan ng Gamot na maaaring makagamot ng kaparehong kundisyon.
- Paano gamitin ang kagamitan ng pagsuri ng presyo ng Rx:
 - Gumawa o mag-log in sa inyong online na account bilang miyembro.
 - Pumunta sa myblueshield, at pagkatapos ay i-click ang Parmasya sa ilalim ng “Mga benepisyo.”
 - Sa ilalim ng “Price check my Rx (Tingnan ang presyo ng aking Rx),” i-click ang “Check current prescriptions (Tingnan ang mga kasalukuyang reseta).”

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

Hindi namin sinasaklaw ang lahat ng gamot.

- May ilang mga gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot* dahil hindi kami pinapayagan ng batas na saklawin ang mga gamot na iyon.
- Sa ibang mga pagkakataon, napagpasyahan naming hindi isama ang isang gamot sa aming *Listahan ng Gamot*.
- Sa mga ilang sitwasyon, maaari kayong makakuha ng gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*. Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 9**.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 193



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

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

1. Ang outpatient na saklaw ng gamot ng aming plano (na kung saan kabilang ang Medicare Part D) ay hindi maaaring makapagbayad para sa isang gamot na sinasaklaw na ng Medicare Part A o Medicare Part B. Saklaw ng aming plano ang mga gamot na sinasaklaw nang libre sa ilalim ng Medicare Part A o Medicare Part B, ngunit ang mga gamot na ito ay hindi itinuturing na bahagi ng inyong mga benepisyo ng outpatient na gamot.
2. Hindi maaaring saklawin ng aming plano ang isang gamot na binili sa labas ng Estados Unidos at sa mga teritoryo nito.
3. Ang paggamit sa gamot ay dapat na inaprubahan ng FDA o sinusuportahan ng mga ilang medikal na sanggunian bilang isang paggamot ng inyong kundisyon. Maaaring magreseta ang inyong doktor o iba pang provider ng partikular na gamot upang gamutin ang inyong kundisyon, kahit na hindi ito inaprubahang paggamot sa inyong kundisyon. Ito ay tinatawag na “off-label na paggamit.” Karaniwang hindi sinasaklaw ng aming plano ang mga gamot na inireseta para sa off-label na paggamit.

At saka, ayon sa batas, hindi masasaklaw ng Medicare o Medi-Cal ang mga uri ng gamot na nakalista sa ibaba.

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

*May mga ilang produkto na maaaring saklaw ng Medi-Cal. Mangyaring pumunta sa website ng Medi-Cal Rx

(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon.

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



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

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

- Tier 1 ng Bahaging Gastos: Mga Piniling Generic na Gamot (pinakamababang tier ng bahaging gastos) - Kabilang ang mga piniling generic na gamot.
- Tier 2 ng Bahaging Gastos: Mga Generic na Gamot – Kabilang ang mga generic na gamot at mga biosimilar.
- Tier 3 ng Bahaging Gastos: Mga Piniling Branded na Gamot – Kabilang ang mga piniling gamot na may tatak, mga biosimilar, at mga ilang generic na gamot.
- Tier 4 ng Bahaging Gastos: Mga Hindi Piniling Gamot – Kabilang ang mga hindi piniling gamot na may tatak, mga biosimilar, at mga ilang generic na gamot.
- Tier 5 ng Bahaging Gastos: Ang mga Gamot sa Specialty na Tier (ang pinakamataas na tier ng pagbabahagi ng gastos) – Kasama ang napakamahal na mga branded na gamot, mga biosimilar, at mga generic na gamot na maaaring mangailangan ng espesyal na pag-aasikaso at/o masusing pagsusubaybay.

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

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

C. Mga limitasyon sa mga ilang gamot

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

Tandaan na kung minsan ay maaaring lumitaw ang isang gamot nang mahigit sa isang beses sa aming *Listahan ng Gamot*. Ito ay dahil ang parehong mga gamot ay maaaring magkakaiba batay sa lakas, dami, o anyo ng gamot na inireseta ng iyong provider, at maaaring mailapat ang iba't ibang mga limitasyon sa iba't ibang bersyon ng mga gamot (halimbawa, 10 mg kung ikukumpara sa 100 mg; isa bawat araw kung ikukumpara sa dalawa bawat araw; tabletas kung ikukumpara sa likido.)

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 195



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

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

1. Paglilimita sa paggamit ng branded na gamot o orihinal na mga biyolohikong produkto kapag mayroong isang generic o naipagpapalit-palit na biosimilar na bersiyon na maaaring makuha

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

- Karaniwang hindi kami nagbabayad para sa branded na gamot o orihinal na biyolohikong produkto kapag mayroong makukuhang generic na bersiyon.
- Gayunpaman, kung sinabi sa amin ng inyong provider ang medikal na dahilan kung bakit hindi mabisa para sa inyo ang generic na gamot o ang naipagpapalit-palit na biosimilar, sa gayon ay sasaklawin namin ang branded na gamot.
- Ang inyong copay ay maaaring mas malaki para sa branded na gamot o orihinal na biyolohikong produkto kaysa sa para sa generic na gamot o naipagpapalit-palit na biosimilar.

2. Pagkuha ng paunang pag-apruba ng plano

Para sa ilang gamot, dapat kayo o ang inyong tagareseta ay kumuha ng pag-apruba mula sa aming plano bago ninyo punan ang inyong reseta. Ito ay tinatawag na paunang pahintulot. Ginagawa ito upang masiguro ang kaligtasan ng gamot at makatulong na makapaggabay sa naaangkop na paggamit ng ilang partikular na gamot. Kung hindi kayo nakatanggap ng pag-apruba, maaaring hindi naming saklawin ang gamot. Tawagan ang Customer Service sa numerong nasa ibaba ng pahina o sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2026 para sa higit pang impormasyon tungkol sa paunang pahintulot.



3. Pagsubok muna ng ibang gamot

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

Kung ang Gamot na A ay **hindi** gumagana para sa inyo, sasaklawin namin ang Gamot na B. Ito ay tinatawag na step therapy. Tawagan ang Customer Service sa numerong nasa ibaba ng pahina o sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2026 para sa higit pang impormasyon tungkol sa step therapy.

4. Mga limitasyon sa dami

Para sa ilang gamot, nililimitahan namin ang dami ng gamot na maaari ninyong makuha. Ito'y tinatawag na limitasyon sa dami. Halimbawa, kung karaniwang itinuturing na ligtas na uminom lamang ng isang pill bawat araw para sa isang partikular na gamot, maaari naming limitahan kung gaano karaming gamot ang maaari ninyong makuha tuwing pupunan ninyo ang inyong reseta.

Upang malaman kung kapit ang alinman sa mga panuntunan sa itaas sa gamot na iniinom ninyo o nais inumin, tingnan ang *Listahan ng Gamot*. Para sa pinaka-napapanahong impormasyon, tawagan ang Customer Service o pumunta sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2026. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming pagpapasya sa saklaw base sa alinman sa mga dahilan sa itaas, maaari kayong humiling ng apela. Mangyaring sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

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

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

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

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 197



D1. Pagkuha ng pansamantalang supply

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

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

1. Ang gamot na inyong iniinom ay:

- wala na sa aming *Listahan ng Gamot* o
- hindi kailanman naisama sa aming *Listahan ng Gamot* o
- nililimitahan na ngayon sa isang paraan.

2. Kayo dapat ay nasa isa sa mga sitwasyong ito:

- Kayo ay nasa aming plano noong nakaraang taon.
 - Sasaklawin namin ang isang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa panahon ng unang 90 araw sa taon sa kalendaryo.**
 - Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang sa 30 araw.
 - Kung ang inyong reseta ay para sa mas kakaunting araw, pinapayagan namin ang maraming beses na pag-refill upang makapagbigay ng hindi hihigit sa 30 araw na dami ng gamot. Dapat ninyong kunin ang reseta sa isang parmasyang nasa network.
 - Maaaring magbigay ang mga botika ng pangmatagalang pangangalaga ng gamot sa mas kakaunti lamang ang dami bawat beses upang hindi ito masayang.
- Bago kayo sa aming plano.
 - Sasaklawin namin ang isang pansamantalang supply ng inyong gamot **sa panahon ng unang 90 araw ng inyong pagiging miyembro ng aming plano.**
 - Ang pansamantalang supply na ito ay para sa hanggang sa 30 araw.
 - Kung ang inyong reseta ay para sa mas kakaunting araw, pinapayagan namin ang maraming beses na pag-refill upang makapagbigay ng hindi hihigit sa 30 araw na dami ng gamot. Dapat ninyong kunin ang reseta sa isang parmasyang nasa network.
 - Maaaring magbigay ang mga botika ng pangmatagalang pangangalaga ng gamot sa mas kakaunti lamang ang dami bawat beses upang hindi ito masayang.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 198



- Naging bahagi na kayo ng aming plano nang mahigit sa 90 araw, naninirahan sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga, at kaagad-agad na nangangailangan ng supply.
 - Sasaklawin namin ang isang 31 araw na supply, o mas kakaunti pa kung ang nakasulat sa reseta nito ay para sa mas kakaunting araw. Ito ay bilang karagdagan pa sa pansamantalang supply na binanggit sa itaas.

D2. Paghiling ng pansamantalang supply

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

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

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

O

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

D3. Paghingi ng pagbubukod

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

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

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



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

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

E. Mga pagbabago ng saklaw para sa inyong mga gamot

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

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

Dapat naming sundin ang mga iniaatas ng Medicare bago namin baguhin ang *Listahan ng Gamot* ng aming plano. Para sa karagdagang impormasyon sa mga tuntunin ng gamot na ito, sumangguni sa **Seksyon C**.

Kung umiinom kayo ng gamot na sinasaklaw namin sa **simula** ng taon, sa karaniwan ay hindi namin aalisin o babaguhin ang pagsaklaw ng gamot na iyon **sa natitirang bahagi ng taon** maliban na lamang kung:

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

Ano ang mangyayari kapag nagbago ang pagsaklaw sa gamot na iniinom ninyo?

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

- Suriin ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot* sa online sa blueshieldca.com/medformulary2026 o
- Tumawag sa Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina upang tingnan ang aming kasalukuyang *Listahan ng Gamot*.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 200



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

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

May magagamit na bagong generic na gamot. Kung minsan, may bagong generic na gamot o biosimilar na lumalabas sa merkado na kasing-bisa ng branded na gamot o orihinal na biyolohikong produkto na nasa *Listahan ng Gamot* ngayon. Kapag nangyari iyon, maaaring aalisin namin ang branded na gamot at idagdag ang bagong generic na gamot ngunit ang inyong gastusin para sa bagong gamot ay mananatiling kapareho pa rin o kaya ay magiging mas mababa. Kapag idinagdag namin ang bagong generic na gamot, maaari rin naming pagpasyahang panatilihin ang branded na gamot sa listahan ngunit papalitan namin ang mga panuntunan o limitasyon nito sa saklaw.

- Maaaring hindi namin kayo bigyan ng paunawa bago namin gawin ang pagbabagong ito, ngunit padadalhan namin kayo ng impormasyon tungkol sa partikular na pagbabagong ginawa namin oras na nagawa na ito.
- Maaari kayong humiling, o ang inyong provider, ng "pagbubukod" sa mga pagbabagong ito. Padadalhan namin kayo ng paunawang naglalaman ng mga hakbang na maaari ninyong isagawa para makahiling ng pagbubukod. Mangyaring sumangguni sa Kabanata 9 ng handbook na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga pagbubukod.

Pag-alis ng mga hindi ligtas na gamot at iba pang mga gamot na wala na sa merkado.

Kung minsan, maaaring may matagpuang gamot na hindi ligtas o inalis sa merkado para sa iba pang dahilan. Kapag nangyari ito, maaari naming kaagad-agad na alisin ito sa aming *Listahan ng Gamot*. Kung umiinom kayo ng gamot na iyon, papadalhan namin kayo ng paunawa pagkatapos naming maisagawa ang pagbabago. Malalaman din ng inyong tagareseta ang tungkol sa pagbabago na ito at maaaring makipagtulungan sa inyo upang makahanap ng ibang gamot para sa inyong kondisyon.

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

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

Kapag nangyari ang mga pagbabagong ito, gagawin namin ang:

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



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

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

Mga pagbabago sa *Listahan ng Gamot* na hindi nakaaapekto sa inyo sa taon ng planong ito

Maaari kaming magsagawa ng mga pagbabago sa mga gamot na iniinom ninyo na paraang hindi inilalarawan sa itaas at hindi nakaaapekto sa inyo ngayon. Para sa mga naturang pagbabago, kung umiinom kayo ng gamot na sinasaklaw namin sa **simula** ng taon, karaniwang hindi na namin aalisin o babaguhin ang pagsaklaw sa gamot na iyon sa **natitirang bahagi ng taon**.

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

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

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

F. Saklaw ng gamot sa mga espesyal na kaso

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

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

Upang malaman ang higit pa tungkol sa saklaw sa gamot at kung magkaano ang babayaran ninyo, sumangguni sa **Kabanata 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 202



F2. Sa pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga

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

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

F3. Sa programang hospice na sertipikado ng Medicare

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

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

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

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

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

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

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

- maaaring hindi kailangan dahil umiinom kayo ng ibang gamot na pareho ang epekto
- maaaring hindi ligtas para sa inyong edad o kasarian
- makakapinsala sa inyo kung iinumina ninyo ang mga ito nang sabay-sabay

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 203



- may mga sangkap na may alerhiya kayo o maaaring may alerhiya kayo
- maaaring may isang pagkakamali sa dami (sa dosis)
- may hindi ligtas na dami ng opioid na mga gamot sa pananakit

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

G2. Mga programang makatutulong sa inyo na mapamahalaan ang inyong mga gamot

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

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

Pagkatapos, bibigyan nila kayo ng:

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

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

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

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 204



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

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

G3. Programa sa pamamahala ng gamot (Drug management program, DMP) upang matulungan ang mga miyembro na ligtas na gumamit ng mga opioid na gamot

Mayroon kaming programa na tumutulong upang masigurong ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang madalas na inaabusong mga gamot. Ang programang ito ay tinatawag na Programang Pamamahala ng Gamot (Drug Management Program, DMP).

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

- Pag-aatas sa inyo na kunin ang lahat ng mga reseta para sa mga gamot na iyon mula sa isang partikular na (mga) botika
- Kayo mismo ang kukuha ng lahat ng inyong mga reseta para sa mga opioid o benzodiazepine na gamot mula sa partikular na (mga) tagareseta
- Paglilimita sa dami ng mga opioid o benzodiazepine na gamot na sinasaklaw namin para sa inyo

Kung pinaplano naming limitahan kung paano ninyo makukuha ang mga gamot na ito o kung gaano karami ang makukuha ninyo, padadalhan muna namin kayo ng liham bilang paunawa. Sasabihin sa inyo ng liham kung lilimitahan namin ang pagsaklaw ng mga gamot na ito para sa inyo, o kung kakailanganin ninyong kunin ang mga reseta para sa mga gamot na ito mula lamang sa isang partikular na provider o botika.

Magkakaroon kayo ng pagkakataong sabihin sa amin kung aling mga tagareseta o botika ang nais ninyong gamitin at anumang impormasyon na sa tingin ninyo ay mahalagang malaman namin. Pagkatapos na magkaroon kayo ng pagkakataong tumugon, kung magpasya kaming limitahan ang inyong saklaw para sa mga gamot na ito, padadalhan namin kayo ng isa pang liham na nagkukumpirma sa mga limitasyon.



Kung sa palagay ninyo ay nagkamali kami, hindi kayo sumasang-ayon sa aming pasya o sa limitasyon, kayo at ang inyong tagapagreseta ay maaaring maghain ng apela. Kung naghain kayo ng apela, pag-aaralan namin ang inyong kaso at bibigyan namin kayo ng bagong desisyon. Kung patuloy naming tatanggihan ang anumang bahagi ng inyong apela na may kaugnayan sa mga limitasyon na nalalapat sa inyong kakayahang makatanggap ng mga gamot, kusa naming ipapadala ang inyong kaso sa isang Independiyenteng Organisasyon ng Pagsusuri (Independent Review Organization, IRO). (Upang malaman ang higit pa tungkol sa mga apela at IRO, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.)

Maaaring hindi naaangkop sa inyo ang DMP kung kayo ay:

- may ilang partikular na kundisyong medikal, tulad ng cancer o sickle cell disease,
- ay tumatanggap ng pangangalagang hospice, palliative, or katapusan ng buhay, o
- nakatira sa isang pasilidad sa pangmatagalang pangangalaga.



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

Panimula

Sinasabi ng kabanatang ito kung magkaano ang babayaran ninyo para sa inyong mga outpatient na gamot. Sa “mga gamot,” ang ibig naming sabihin ay:

- Mga Medicare Part D na gamot, **at**
- Mga gamot at item na sinasaklaw sa ilalim ng Medi-Cal Rx.

Dahil karapat-dapat kayo para sa Medi-Cal, makakakuha kayo ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare upang matulungan kayong mabayaran ang inyong mga gamot sa Medicare Part D. Nagpadala kami sa inyo ng isang kahiwalay na kalakip, na tinatawag na “Ebidensya ng Saklaw na Rider para sa mga Taong Tumatanggap ng Karagdagang Tulong sa Pagbabayad para sa mga Inireresetang Gamot” (kilala rin bilang “Tulong sa Mababa ang Kita na Rider” o ang LIS na Rider), na magsasabi sa inyo ng tungkol sa inyong saklaw sa gamot. Kung wala kayo nitong lakip na ito, pakitawagan ang Serbisyo sa Customer at hingin ang “LIS na Rider.”

Ang **Karagdagang Tulong** ay isang programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan ng tulong na mabawasan ang mga gastos para sa Medicare Part D na gamot, gaya ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Subsidy sa Mababa ang Kita,” o “LIS.”

Matatagpuan ang iba pang mahahalagang termino at mga kahulugan ng mga ito sa alpabetikong pagkakasunud-sunod sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Upang malaman ang higit pa tungkol sa mga gamot, maaari ninyong tingnan ang mga lugar na ito:

- Ang Aming Listahan ng mga Covered na Gamot.
 - Tinatawag namin itong “*Listahan ng Gamot*.” Sinasabi nito sa inyo:
 - Kung aling mga gamot ang binabayaran namin
 - Alin sa limang tier ang kinabibilangan ng bawat gamot
 - Kung mayroong anumang mga limitasyon sa mga gamot

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 207



- Kung kailangan ninyo ng kopya ng aming Listahan ng Gamot, tawagan ang Serbisyo sa Customer. Makikita din ninyo ang pinakabagong kopya ng aming Listahan ng Gamot sa aming website sa blueshieldca.com/medformulary2026.
- Karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo mula sa isang botika ay saklaw ng Blue Shield TotalDual Plan. Maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx ang iba pang gamot, tulad ng ilang mga over-the-counter (OTC) na gamot at mga partikular na vitamin. Mangyaring puntahan ang website ng Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) para sa higit pang impormasyon. Maaari rin kayong tumawag sa Customer Service Center ng Medi-Cal Rx sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong Medi-Cal Beneficiary Identification Card (BIC) habang kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.
- **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
 - Ipinapaliwanag kung paano ninyo makukuha ang inyong mga outpatient na gamot sa pamamagitan ng aming plano.
 - Kasama dito ang mga panuntunang kailangan ninyong sundin. Sinasabi rin nito kung aling mga uri ng mga gamot ang hindi saklaw ng aming plano.
 - Kapag ginamit ninyo ang “Tool ng Napapanahong Benepisyo” ng plano para maghanap ng saklaw ng gamot (sumangguni sa **Kabanata 5, Seksyon B2**), ang ipinapakitang gastos ay isang pagtanya sa mga gastusing mula sa sariling bulsa na inaasahang babayaran ninyo. Maaari ninyong tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o ang Customer Service para sa higit pang impormasyon.

Ang Aming Direktoryo ng Provider at Pharmacy.

- Kadalasan, dapat kayong gumamit ng parmasyang nasa network upang makuha ang inyong mga saklaw na gamot. Ang mga parmasya sa network ay mga parmasya na sumasang-ayon na makipagtulungan sa amin.
- Inililista ng *Direktoryo ng Provider at Parmasya* ang aming mga parmasya sa network. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa network ng mga botika.



Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang <i>Paliwanag ng mga Benepisyo</i> (Explanation of Benefits o EOB).....	210
B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot.....	211
C. Mga Antas ng Pagbabayad sa Gamot para sa mga gamot ng Medicare Part D	213
D. Antas 1: Ang Antas ng Paunang Saklaw.....	213
D1. Ang inyong mga pagpipilian na parmasya.....	214
D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot.....	214
D3. Ang binabayaran ninyo	215
D4. Pagtatapos ng Yugto ng Paunang Saklaw	218
E. Antas 2: Ang Antas ng Catastrophic Coverage.....	219
F. Ang inyong mga gastos sa gamot kung ang inireseta ng inyong doktor ay mas kakaunti kaysa sa buong pang-isang buwang supply.....	219
G. Ano ang babayaran ninyo para sa mga Part D na bakuna	220
G1. Ano ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna	220
G2. Ang babayaran ninyo para sa isang bakunang sinasaklaw ng Medicare Part D	220



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

Sinusbaybayan ng aming plano ang inyong mga gastos sa gamot at ang mga pagbabayad na ginagawa ninyo kapag kumuha kayo ng mga reseta sa botika. Sinusbaybayan namin ang dalawang uri ng mga gastos:

- Ang inyong **mga gastusing mula sa sariling bulsa**. Ito ang halaga ng pera na babayaran ninyo, o ng iba sa ngalan ninyo, para sa inyong mga reseta. Kasama dito ang kung magkaano ang binayaran ninyo kapag kumuha kayo ng sinasaklaw na Part D na gamot, anumang mga pagbabayad na isinagawa ng pamilya o ng mga kaibigan para sa inyong mga gamot, anumang mga pagbabayad para sa inyong mga gamot sa pamamagitan ng Karagdagang Tulong mula sa Medicare, mga planong pangkalusugan ng pinagtatrabahuhan o ng unyon, Indian Health Service, mga programa ng tulong sa gamot sa AIDS, mga kawanggawa, at karamihan sa Mga Programa ng Tulong sa Parmasya ng Estado (State Pharmacy Assistance Program, SPAP).
- Ang inyong **kabuuang mga gastos sa gamot**. Ito ang kabuuan ng lahat ng pagbabayad na ginawa para sa inyong mga saklaw na gamot ng Part D. Kabilang dito ang kung magkaano ang ibinayad ng plano, at anong iba pang mga programa o organisasyon ang nagbayad para sa inyong sinasaklaw na mga Part D na gamot.

Kapag kumukuha kayo ng mga gamot sa pamamagitan ng aming plano, padadalhan namin kayo ng buod na tinatawag na *Paliwanag ng mga Benepisyo (Explanation of Benefits, EOB)*. Tinatawag namin itong EOB para maikli. Ang EOB ay hindi isang paniningil. Ang EOB ay may higit pang impormasyon tungkol sa mga gamot na iniinom ninyo gaya ng mga pagtaas ng presyo at iba pang mga gamot na may mas mababang bahaginan sa gastos na maaaring makukuha. Maaari kayong makipag-usap sa inyong tagareseta tungkol sa mga opsyon na ito na mas mababa ang halaga. Kasama sa EOB ang:

- **Impormasyon para sa buwan**. Sinasabi ng buod kung anong mga gamot ang kinuha ninyo sa nakaraang buwan. Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot, magkano ang ibinayad namin, at magkaano ang ibinayad ninyo at ang ibinayad ng ibang tao para sa inyo.
- **Mga kabuuan para sa taon simula Enero 1**. Ipinapakita nito ang kabuuang mga gastos sa gamot at kabuuang mga pagbabayad para sa inyong mga gamot simula noong nagsimula ang taon.
- **Impormasyon sa presyo ng gamot**. Ito ang kabuuang presyo ng gamot at mga pagbabago sa presyo ng gamot simula noong unang pagpuno ng bawat claim ng reseta ng kaparehong dami.
- **Mga alternatibong mas mababa ang halaga**. Kung naaangkop, ang impormasyon tungkol sa iba pang available na gamot na may mas mababang cost sharing para sa bawat reseta.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 210



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

- Ang mga ginawang pagbabayad para sa mga gamot na ito ay hindi kasali sa inyong kabuuang mga gastusing mula sa sariling bulsa.
- Karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo mula sa isang botika ay saklaw ng plano. Maaaring saklaw ng Medi-Cal Rx ang iba pang gamot, tulad ng ilang mga over-the-counter (OTC) na gamot at mga partikular na vitamin. Mangyaring pumunta sa website ng Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) para sa higit pang impormasyon. Maaari rin kayong tumawag sa customer service center ng Medi-Cal sa 800-977-2273. Pakidala ang inyong identification card (BIC) bilang benepisaryo ng Medi-Cal kapag kumukuha ng mga reseta sa pamamagitan ng Medi-Cal Rx.
- Upang malaman ang mga gamot na sinasaklaw ng aming plano, sumangguni sa aming *Listahan ng Gamot*.

B. Paano subaybayan ang inyong mga gastos sa gamot

Upang masubaybayan ang inyong mga gastos sa gamot at ang mga pagbabayad na gagawin ninyo, ginagamit namin ang mga talaan na nakukuha namin mula sa inyo at mula sa inyong parmasya. Narito kung paano ninyo kami matutulungan:

1. Gamitin ang inyong ID Card ng Miyembro.

Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro tuwing pupunan ninyo ang reseta. Nakakatulong ito sa amin na malaman kung anong mga reseta ang pinupunan ninyo at kung ano ang binabayaran ninyo.

3. Siguraduhing nasa amin ang impormasyong kailangan namin.

Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos sa gamot. Bigyan kami ng mga kopya ng mga resibo para sa mga saklaw na gamot na binayaran ninyo. Narito ang ilang halimbawa ng kung kailan ninyo dapat kaming bigyan ng mga kopya ng inyong mga resibo:

- Kapag bumili kayo ng saklaw na gamot sa isang pharmacy na nasa network sa espesyal na presyo o gumamit ng discount card na hindi bahagi ng benepisyo ng aming plano
- Kapag nagbabayad kayo ng copay para sa mga gamot na nakukuha ninyo sa ilalim ng programang tulong sa pasyente ng isang gumagawa ng gamot
- Kapag bumili kayo ng mga saklaw na gamot sa isang wala sa network na parmasya
- Kapag nagbayad kayo ng buong presyo para sa saklaw na gamot sa ilalim ng mga espesyal na sitwasyon

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 211



Para sa higit pang impormasyon tungkol sa paghiling sa amin na bayaran kayo para sa aming bahagi ng gastos ng isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

4. Ipadala sa amin ang impormasyon tungkol sa mga pagbabayad na ginagawa ng iba para sa inyo.

Kasali rin sa inyong mga gastusing mula sa sariling bulsa ang mga pagbabayad na ginawa ng ilang partikular na ibang tao at mga samahan. Halimbawa, ang mga pagbabayad na ginawa ng isang programa ng tulong para sa gamot ng AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP), ang Indian Health Service, at karamihan sa mga kawanggawa ay ibinibilang sa inyong mga gastusing mula sa sariling bulsa. Makakatulong ito sa inyong maging kwalipikado para sa catastrophic na saklaw. Kapag naabot ninyo ang Antas ng Catastrophic na Saklaw, babayaran ng aming plano ang lahat ng gastos ng inyong mga gamot sa Medicare Part D para sa natitirang bahagi ng taon.

5. Tingnan ang mga EOB na ipinapadala namin sa inyo.

Kapag nakatanggap kayo ng EOB sa koreo, siguraduhin na kumpleto at tama ito.

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

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

Kung may nakakalito o mukhang hindi tama sa EOB na ito, pakitawagan kami sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan. Makakahanap rin kayo ng mga sagot sa maraming tanong sa aming website: blueshieldca.com/medicare.

Paano naman ang tungkol sa posibleng pandaraya?

Kung nagpapakita ang buod na ito ng mga gamot na hindi ninyo iniinom o anumang bagay na tila kahina-hinala sa inyo, mangyaring makipag-ugnayan sa amin.

- Tawagan kami sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan.
- O tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Maaari ninyong tawagan ang mga numerong ito nang libre.
- Kung pinaghihinalaan ninyo na ang isang provider na tumatanggap ng Medi-Cal ay nakagawa ng pandaraya, pag-aaksaya o pang-aabuso, karapatan ninyong iulat ito sa pamamagitan ng pagtawag sa kompidensyal na toll-free na numero na 1- 800-822-6222. Ang iba pang paraan ng pag-uulat ng pandaraya sa Medi-Cal ay maaaring matagpuan sa: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 212



Kung sa tingin ninyo ay may mali o nawawala, o kung mayroon kayong anumang mga tanong, tawagan ang Customer Service. Itago ang mga EOB na ito. Ang mga ito ay mahahalagang mga talaan ng inyong mga ginastos sa gamot.

C. Mga Antas ng Pagbabayad sa Gamot para sa mga gamot ng Medicare Part D

May dalawang antas ng pagbabayad para sa iyong Medicare Part D na saklaw ng gamot sa ilalim ng aming plano. Ang halaga ng kung magkaano ang babayaran ninyo para sa bawat reseta ay nakadepende sa kung aling antas kayo nakalagay kapag pinunan o muling pinunan ninyo ang isang reseta. Narito ang dalawang antas:

Antas 1: Antas ng Paunang Saklaw	Antas 2: Antas ng Catastrophic na Saklaw
Sa antas na ito, binabayaran namin ang bahagi ng mga gastos sa inyong mga gamot, at babayaran ninyo ang inyong bahagi. Ang iyong bahagi ay tinatawag na copay. Magsisimula kayo sa antas na ito kapag kinuha ninyo ang inyong unang reseta ng taon.	Sa antas na ito, babayaran namin ang lahat ng gastos sa inyong mga gamot hanggang sa Disyembre 31, 2026. Magsisimula kayo sa antas na ito kapag nakapagbayad na kayo ng partikular na halaga ng mga gastusing mula sa sariling bulsa.

D. Antas 1: Ang Antas ng Paunang Saklaw

Sa panahon ng Antas ng Paunang Saklaw, babayaran namin ang bahagi ng gastos sa inyong mga sinasaklaw na gamot, at babayaran ninyo ang inyong bahagi. Ang iyong bahagi ay tinatawag na copay. Ang copay ay nakasalalay sa tier ng bahaginan sa gastos na kinabibilangan ng gamot at kung saan ninyo ito nakukuha.

Ang mga tier ng bahaginan ng gastos ay mga grupo ng mga gamot na may kaparehong copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano ay nasa isa sa limang tier ng pagbabahagi ng gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang numero ng tier, mas mataas ang copay. Upang mahanap ang mga tier ng pagbabahagi ng gastos para sa inyong mga gamot, sumangguni sa aming *Listahan ng Gamot*.

- Tier 1 ng Bahaging Gastos: Mga Piniling Generic na Gamot (pinakamababang tier ng bahaging gastos) - Kabilang ang mga piniling generic na gamot. Ang copay ay \$0.

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



- Tier 2 ng Bahaging Gastos: Mga Generic na Gamot – Kabilang ang mga generic na gamot at mga biosimilar. Ang copay ay \$0.
- Tier 3 ng Bahaging Gastos: Mga Piniling Branded na Gamot – Kabilang ang mga piniling gamot na may tatak, mga biosimilar, at mga ilang generic na gamot. Ang copay ay mula \$0 hanggang \$12.65, depende sa inyong kita.
- Tier 4 ng Bahaging Gastos: Mga Hindi Piniling Gamot – Kabilang ang mga hindi piniling gamot na may tatak, mga biosimilar, at mga ilang generic na gamot. Ang copay ay mula \$0 hanggang \$12.65, depende sa inyong kita.
- Tier 5 ng Bahaging Gastos: Ang mga Gamot sa Specialty na Tier (ang pinakamataas na tier ng pagbabahagi ng gastos) – Kasama ang napakamahal na mga branded na gamot, mga biosimilar, at mga generic na gamot na maaaring mangailangan ng espesyal na pag-aasikaso at/o masusing pagsusubaybay. Ang copay ay mula \$0 hanggang \$12.65, depende sa inyong kita.

D1. Ang inyong mga pagpipilian na parmasya

Nakadepende ang babayaran ninyo para sa isang gamot sa kung kukunin ninyo ang gamot mula sa:

- Isang retail na botika sa network o
- Isang wala sa network na parmasya. Sa mga limitadong sitwasyon, sinasaklaw namin ang mga reseta ng kinuha sa mga wala sa network na parmasya. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman kung kailan namin ginagawa iyon.
- Ang serbisyo sa paghahatid sa bahay ng aming plano.

Upang malaman ang higit pa tungkol sa mga pagpipiliang ito, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito at sa aming *Direktoryo ng Provider at Pharmacy*.

D2. Pagkuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot

Para sa ilang gamot, maaari kayong kumuha ng pangmatagalang supply (tinatawag ding “pinahabang supply”) kapag kinukuha ninyo ang inyong reseta. Ang pangmatagalang supply ay hanggang sa 100 araw na supply. Pareho ang gagastusin ninyo rito tulad ng sa isang buwang supply.

Para sa mga detalye sa kung saan at kung paano makakakuha ng pangmatagalang supply ng isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito o sa *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* ng aming plano.



D3. Ang binabayaran ninyo

Sa panahon ng Antas ng Paunang Saklaw, maaari kayong magbayad ng copay sa tuwing kukuha kayo ng reseta. Kung mas mura kaysa sa copay ang inyong saklaw na gamot, babayaran ninyo ang mas mababang presyo.

Makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer para malaman kung magkano ang inyong copay para sa anumang saklaw na gamot.

Ang inyong bahagi ng gastos kapag kumuha kayo ng isang buwang supply ng sinasaklaw na gamot mula sa:

	Isang parmasyang nasa network	Serbisyong paghahatid sa bahay ng aming plano	Isang parmasya ng pangmatagalang pangangalaga na nasa network	Isang wala sa network na parmasya
	Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	Haggang 31 araw na supply	Hanggang 30 araw na supply. Nililimitahan ang saklaw sa ilang partikular na sitwasyon. Sumangguni sa Kabanata 5 ng <i>Handbook ng Miyembro</i> na ito para sa mga detalye.
Bahaginan sa gastos Tier 1 (Mga Piniling Generic na Gamot)	\$0 na copay	Hindi available ang serbisyo sa paghahatid sa bahay para sa mga gamot sa Tier 1.	\$0 na copay	\$0 na copay
Bahaginan sa gastos Tier 2 (Mga Generic na Gamot)	\$0 na copay	Hindi available ang serbisyo sa paghahatid sa bahay para sa mga gamot sa Tier 2.	\$0 na copay	\$0 na copay

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 215



	Isang parmasyang nasa network	Serbisyong paghahatid sa bahay ng aming plano	Isang parmasya ng pangmatagalang pangangalaga na nasa network	Isang wala sa network na parmasya
	Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	Haggang 31 araw na supply	Hanggang 30 araw na supply. Nililimitahan ang saklaw sa ilang partikular na sitwasyon. Sumangguni sa Kabanata 5 ng <i>Handbook ng Miyembro</i> na ito para sa mga detalye.
Bahaginan sa gastos Tier 3 (Mga Piniling Gamot na may Brand)	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.	Hindi available ang serbisyo sa paghahatid sa bahay para sa mga gamot na nasa Tier 3.	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.
Bahaginan sa gastos Tier 4 (Mga Hindi Piniling Gamot)	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.	Hindi available ang serbisyo ng paghahatid sa bahay para sa mga gamot na nasa Tier 4.	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.



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

	Isang parmasyang nasa network	Serbisyong paghahatid sa bahay ng aming plano	Isang parmasya ng pangmatagalang pangangalaga na nasa network	Isang wala sa network na parmasya
	Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	Isang buwan o hanggang 30 araw na supply	Haggang 31 araw na supply	Hanggang 30 araw na supply. Nililimitahan ang saklaw sa ilang partikular na sitwasyon. Sumangguni sa Kabanata 5 ng <i>Handbook ng Miyembro</i> na ito para sa mga detalye.
Bahaginan sa gastos Tier 5 (Mga Gamot na nasa Specialty Tier)	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.

Ang inyong bahagi sa gastos kapag kumuha kayo ng pangmatagalang supply ng sinasaklaw na gamot mula sa:

	Isang parmasyang nasa network	Serbisyong paghahatid sa bahay ng aming plano
	Pangmatagalang supply o hanggang sa isang 100 araw na supply	Pangmatagalang supply o hanggang sa isang 100 araw na supply
Bahaginan sa gastos Tier 1 (Mga Piniling Generic na Gamot)	\$0 na copay	\$0 na copay

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



	Isang parmasyang nasa network Pangmatagalang supply o hanggang sa isang 100 araw na supply	Serbisyong paghahatid sa bahay ng aming plano Pangmatagalang supply o hanggang sa isang 100 araw na supply
Bahaginan sa gastos Tier 2 (Mga Generic na Gamot)	\$0 na copay	\$0 na copay
Bahaginan sa gastos Tier 3 (Mga Piniling Gamot na may Brand)	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.
Bahaginan sa gastos Tier 4 (Mga Hindi Piniling Gamot)	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.	\$0, \$5.10 o \$12.65 na copay, batay sa antas ng Karagdagang Tulong na tinatanggap ng miyembro.
Bahaginan sa gastos Tier 5 (Mga Gamot na nasa Specialty Tier)	Hindi available ang pangmatagalang supply para sa mga gamot na nasa Tier 5.	Hindi available ang pangmatagalang supply para sa mga gamot na nasa Tier 5.

Para sa impormasyon tungkol sa kung aling mga parmasya ang makakapagbigay sa inyo ng mga pangmatagalang supply, sumangguni sa aming *Direktoryo ng Provider at Parmasya*.

D4. Pagtatapos ng Yugto ng Paunang Saklaw

Matatapos ang Antas ng Unang Pagsaklaw kapag ang iyong kabuuan ng mga gastusin mula sa sariling bulsa ay umaabot sa \$2,100. Sa panahong iyon, magsisimula ang Antas ng Catastrophic na Saklaw. Sasaklawin namin ang lahat ng inyong gastos sa gamot mula sa oras na iyon hanggang sa katapusan ng taon.

Makakatulong sa inyo ang inyong EOB na masubaybayan kung magkaano na ang naibayad ninyo para sa inyong mga gamot sa loob ng taon. Ipapaalam namin sa inyo kung narating na ninyo ang \$2,100 na limitasyon. Hindi ito naaabot ng maraming tao sa loob ng isang taon.



Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 218

E. Antas 2: Ang Antas ng Catastrophic Coverage

Kapag naabot na ninyo ang limitasyon ng perang galing sa bulsa na \$2,100 para sa inyong mga gamot, magsisimula na ang Antas ng Catastrophic Coverage. Mananatili kayo sa Antas ng Catastrophic na Saklaw hanggang sa matapos ang kalendaryong taon. Sa antas na ito, wala kayong babayaran para sa inyong mga saklaw na gamot ng Part D.

F. Ang inyong mga gastos sa gamot kung ang inireseta ng inyong doktor ay mas kakaunti kaysa sa buong pang-isang buwang supply

Sa mga ilang kaso, magbabayad kayo ng copay upang masaklaw ang buong isang pang-buwang supply ng saklaw na gamot. Gayunpaman, maaaring magreseta ang inyong doktor ng mas kaunti kaysa sa pang-isang buwang supply ng mga gamot.

- Maaaring may mga panahon na nais ninyong hilingin sa inyong doktor ang tungkol sa pagrereseta nang mas kakaunti kaysa sa buong pang-isang buwang supply ng isang gamot (halimbawa, kapag sinusubukan ninyo pa lamang ang isang gamot sa unang pagkakataon).
- Kung pumayag ang inyong doktor, hindi ninyo babayaran ang buong pang-isang buwang supply para sa ilang partikular na gamot.

Kapag kumuha kayo ng mas kaunti kaysa sa pang-isang buwang supply ng isang gamot, ibabatay ang halagang babayaran ninyo sa bilang ng mga araw ng gamot na tatanggapin ninyo. Kakalkulahin namin ang halaga ng babayaran ninyo bawat araw para sa inyong gamot (ang “rate ng pang-araw-araw na bahaginan sa gastos”) at imu-multiply ito sa bilang ng mga araw ng gamot na tatanggapin ninyo.

- Narito ang halimbawa: Sabihin nating ang copay para sa inyong gamot na buong pang-isang buwang supply (isang 30 araw na supply) ay \$1.35. Nangangahulugan ito na ang halagang babayaran ninyo para sa inyong gamot ay mas mababa sa \$0.05 bawat araw. Kung makakakuha kayo ng 7-araw na supply ng gamot, ang inyong babayaran ay mas mababa sa \$0.05 bawat araw na imu-multiply sa 7 araw, para sa kabuuang bayad na mas mababa sa \$0.35.
- Nagbibigay-daan sa inyo ang pang-araw-araw na bahaginan ng gastos na matiyak na mabisa para sa inyo ang isang gamot bago ninyo bayaran ang buong pang-isang buwang supply.
- Maaari rin ninyong hilingin sa inyong provider na magreseta ng mas mababa sa buong pang-isang buwang supply ng gamot upang matulungan kayong:
 - Mas mahusay na makapagplano kung kailan muling pupunan ang inyong mga gamot,
 - Ikoordina ang mga refill sa ibang gamot na iniinom mo, **at**
 - Gawing mas kaunti ang mga paglalakbay tungo sa parmasya.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 219



G. Ano ang babayaran ninyo para sa mga Part D na bakuna

Mahalagang mensahe tungkol sa kung ano ang binabayaran ninyo para sa mga bakuna:

Ang ilang mga bakuna ay itinuturing na mga benepisyong medikal at saklaw sa ilalim ng Medicare Part B. Ang iba pang mga bakuna ay itinuturing na gamot ng Medicare Part D. Makikita ninyong nakalista ang mga bakunang ito sa aming *Listahan ng Gamot*. Sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga bakuna ng Medicare Part D nang libre. Sumangguni sa *Listahan ng Gamot* ng inyong plano o makipag-ugnayan sa Customer Service para sa mga detalye ng saklaw at cost sharing tungkol sa mga partikular na bakuna.

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

1. Ang unang bahagi ay para sa gastos sa **mismong bakuna**.
2. Ang ikalawang bahagi ay para sa gastos sa **pagbibigay sa inyo ng bakuna**. Halimbawa, kung minsan maaari ninyong makuha ang bakuna bilang isang iniksyon na ibinigay sa inyo ng inyong doktor.

G1. Ano ang kailangan ninyong malaman bago kayo magpabakuna

Inirerekumenda naming tumawag kayo sa Customer Service kung pinaplano kayong magpabakuna.

- Sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa kung paano sasaklawin ng aming plano ang inyong pagbabakuna at ipaliliwanag sa inyo ang inyong bahagi ng gastos.
- Maaari naming sabihin sa iyo kung paano bawasan ang inyong mga gastos sa pamamagitan ng paggamit ng mga parmasya at provider ng network. Sumasang-ayon ang mga parmasya at provider ng network na makipagtulungan sa aming plano. Nakikipagtulungan sa amin ang isang provider ng network upang matiyak na wala kayong paunang gastos para sa isang bakuna sa Medicare Part D.

G2. Ang babayaran ninyo para sa isang bakunang sinasaklaw ng Medicare Part D

Ang babayaran ninyo para sa isang bakuna ay nakadepende sa uri ng bakuna (ang dahilan ng kung bakit kayo binabakunahan).

- Ang ilang bakuna ay itinuturing na mga benepisyong kalusugan sa halip na mga gamot. Ang mga bakunang ito ay sinasaklaw nang wala kang gastos. Upang malaman ang higit pa tungkol sa saklaw sa mga bakunang ito, sumangguni sa Chart ng mga Benepisyong sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Ang ibang mga bakuna ay itinuturing na mga gamot ng Medicare Part D. Matatagpuan ninyo ang mga bakunang ito sa *Listahan ng Gamot* ng aming plano. Maaaring kailanganin ninyong magbayad ng copay para sa Medicare Part D na mga bakuna. Kung ang bakuna ay inirerekumenda para sa mga nasa hustong gulang ng

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 220



organisasyong tinatawag na Tagapayong Komite para sa Mga Kasanayan sa Pagbabakuna / Advisory Committee sa Mga Kasanayan sa Immunization (**Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP**), sa gayon ay wala kayong babayaran.

Naririto ang tatlong karaniwang paraan kung paano kayo makakakuha ng Medicare Part D na bakuna.

1. Makukuha ninyo ang bakuna ng Medicare Part D at ang inyong iniksyon sa isang parmasya ng network.
 - Para sa karamihan ng mga Part D na bakuna para sa mga nasa hustong gulang, wala kayong babayaran.
 - Para sa iba pang mga Part D na bakuna, magbabayad kayo ng copay para sa bakuna.
2. Makukuha ninyo ang bakuna ng Medicare Part D sa opisina ng inyong doktor, at ibibigay sa inyo ng inyong doktor ang iniksyon.
 - Magbabayad kayo ng copay sa doktor para sa bakuna.
 - Babayaran ng aming plano ang gastos sa pagbibigay sa inyo ng iniksyon.
 - Dapat tawagan ng tanggapan ng doktor ang aming plano sa sitwasyong ito upang masiguro naming alam nila na kailangan lamang ninyong magbayad ng isang copay para sa bakuna.
3. Makukuha ninyo ang gamot na bakuna ng Medicare Part D sa isang parmasya, at dadalhin ninyo ito sa opisina ng inyong doktor para mabakunahan.
 - Para sa karamihan ng mga Part D na bakuna na para sa nasa hustong gulang, wala kayong babayaran para sa bakuna mismo.
 - Para sa iba pang mga Part D na bakuna, magbabayad kayo ng copay para sa bakuna.
 - Babayaran ng aming plano ang gastos sa pagbibigay sa inyo ng iniksyon.



Kabanata 7: Paghiling sa amin na bayaran ang aming bahagi sa isang bayarin na natanggap ninyo para sa mga saklaw na serbisyo o gamot

Panimula

Sasabihin ng kabanatang ito sa inyo kung paano at kailan magpapadala ng singil sa amin para humingi ng bayad. Sasabihin rin nito sa inyo kung paano gumawa ng apela kung hindi kayo sumasang-ayon sa isang pagpapasya sa saklaw. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Hinihiling sa amin na bayaran ang inyong mga serbisyo o gamot	223
B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad	227
C. Mga pagpapasya sa saklaw	228
D. Mga Apela	229



A. Hinihiling sa amin na bayaran ang inyong mga serbisyo o gamot

Dapat singilin ng aming mga provider ang plano para sa inyong mga saklaw na serbisyo at gamot pagkatapos ninyong matanggap ang mga ito. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa planong pangkalusugan.

Hindi namin pinapayagan ang mga provider ng Blue Shield TotalDual Plan na singilin kayo para sa mga serbisyo o gamot na ito. Direkta naming binabayaran ang aming mga provider, at pinoprotektahan namin kayo mula sa anumang mga singilin.

Kung makatanggap kayo ng pagsingil para sa buong halaga ng pangangalagang pangkalusugan o mga gamot, huwag itong babayaran at sa halip ay ipadala sa amin ang bill. Upang magpadala sa amin ng bill, sumangguni sa Kabanata 7, Seksyon B.

- Kung sinaklaw namin ang mga serbisyo o gamot, direkta naming babayaran ang provider.
- Kung sinaklaw namin ang mga serbisyo o gamot at nabayaran na ninyo ito ng halagang mahigit sa inyong bahagi ng gastos, may karapatan kayong maibalik sa inyo ang sobrang bayad.
 - Kung nagbayad kayo para sa mga serbisyong saklaw ng Medicare, ibabalik namin ang ibinayad ninyo.
- Kung nagbayad kayo para sa mga serbisyo ng Medi-Cal na natanggap na ninyo, maaari kayong maging kuwalipikado na maibalik ang ibinayad (palit bayad) kung matutugunan ninyo ang lahat ng sumusunod na kundisyon:
 - Ang serbisyong natanggap ninyo ay isang saklaw na serbisyo ng Medi-Cal at responsibilidad naming bayaran ito. Hindi namin ibabalik sa inyo ang ibinayad ninyo para sa isang serbisyong hindi saklaw ng Blue Shield TotalDual Plan.
 - Natanggap ninyo ang saklaw na serbisyo pagkatapos ninyong maging karapat-dapat na miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan.
 - Hihilingin ninyong mabayaran sa loob ng isang taon mula sa petsa kung kailan ninyo natanggap ang saklaw na serbisyo.
 - Magbibigay kayo ng katibayan na binayaran ninyo ang saklaw na serbisyo, tulad ng detalyadong resibo mula sa provider.
 - Natanggap ninyo ang saklaw na serbisyo mula sa isang provider na naka-enroll sa Medi-Cal sa network ng Blue Shield TotalDual Plan. Hindi ninyo kailangang matugunan ang kundisyong ito kung nakatanggap kayo ng pangangalagang pang-emergency, mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya, o iba pang serbisyong pinapahintulutan ng Medi-Cal na isagawa ng mga provider na wala sa network nang walang paunang pag-apruba (paunang pahintulot).

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 223



- Kung karaniwang nangangailangan ng paunang pag-apruba (paunang pahintulot) ang saklaw na serbisyo, kailangang magbigay kayo ng katibayan mula sa provider na nagpapakita ng medikal na pangangailangan para sa saklaw na serbisyo.
- Sasabihin sa inyo ng Blue Shield TotalDual Plan kung ibabalik nila ang naibayad ninyo sa pamamagitan ng isang liham na tinatawag na Abiso sa Pagkilos. Kung natutugunan ninyo ang lahat ng kundisyon sa itaas, dapat kayong bayaran ng provider na naka-enroll sa Medi-Cal para sa buong halagang binayaran ninyo. Kung tatanggi ang provider na bayaran kayo, babayaran kayo ng Blue Shield TotalDual Plan para sa buong halagang binayaran ninyo. Ibabalik namin ang naibayad ninyo sa loob ng 45 araw na may trabaho pagkatapos na matanggap ang claim. Kung ang provider ay naka-enroll sa Medi-Cal, ngunit hindi siya bahagi ng aming network at tumatanggi siya na ibalik sa inyo ang ibinayad ninyo, babayaran kayo ng Blue Shield TotalDual Plan, ngunit hanggang sa halaga lamang na babayaran ng FFS Medi-Cal. Babayaran kayo ng Blue Shield TotalDual Plan para sa buong halagang mula sa bulsa para sa mga pang-emergency na serbisyo, mga serbisyo sa pagpapalano ng pamilya, o iba pang serbisyo na pinapayagan ng Medi-Cal na ibibigay ng mga provider na wala sa network nang walang paunang pag-apruba. Kung hindi ninyo natutugunan ang isa sa mga kundisyon sa itaas, hindi namin ibabalik sa inyo ang naibayad ninyo.
- Hindi namin ibabalik sa inyo ang naibayad ninyo kung:
 - Humiling at nakatanggap kayo ng mga serbisyong hindi sinasaklaw ng Medi-Cal, tulad ng mga serbisyong pampaganda.
 - Ang serbisyo ay hindi saklaw na serbisyo sa Blue Shield TotalDual Plan.
 - Nagpatingin kayo sa isang doktor na hindi tumatanggap ng Medi-Cal at may nilagdaan kayong form na nagsasaad na nais pa rin ninyong magpatingin at na kayo mismo ang magbabayad para sa mga serbisyo.
- Kung hindi namin sinasaklaw ang mga serbisyo o gamot, sasabihin namin ito sa inyo.

Makipag-ugnayan sa Customer Service o sa inyong coordinator ng pangangalaga kung mayroon kayong mga tanong. Kung hindi ninyo alam kung magkano ang dapat ninyong bayaran, o kung pinadalhan kayo ng pagsingil at hindi ninyo alam ang kung ano ang susunod na gagawin, makakatulong kami. Maaari din kayong tumawag kung gusto ninyong magsabi sa amin ng impormasyon tungkol sa isang kahilingan para sa bayad na naipadala na ninyo sa amin.

Kabilang sa mga halimbawa ng mga pagkakataon na kung kailan maaaring kailanganin ninyong hilingin sa amin na ibalik namin sa inyo ang inyong naibayad o na bayaran namin ang isang pagsingil na natanggap ninyo ang:



1. Kapag kumuha kayo ng emergency o agarang kinakailangang pangangalagang pangkalusugan mula sa isang provider na wala sa network

Hilingin sa provider na singilin kami.

- Kung binayaran ninyo ang buong halaga noong nakuha ninyo ang pangangalaga, hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad para sa aming bahagi ng gastos. Ipadala sa amin ang pagsingil at ebidensya ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.
- Maaari kayong makakuha ng pagsingil mula sa provider na humihingi ng bayad na sa tingin ninyo ay hindi ninyo utang. Ipadala sa amin ang pagsingil at ebidensya ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.
 - Kung dapat bayaran ang provider, direkta naming babayaran ang provider.
 - Kung nakapagbayad na kayo nang mahigit sa inyong bahagi sa gastos para sa Medicare na serbisyo, kakalkulahin namin ang kinailangan ninyong bayaran at ibabalik namin ang inyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos.

2. Kapag pinadalhan kayo ng pagsingil ng provider na nasa network

Dapat palaging kami ang singilin ng mga provider na nasa network. Mahalagang ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro kapag tumatanggap kayo ng anumang mga serbisyo o reseta; gayunpaman, minsan ay nagkakamali ang mga provider na nasa network, at hinihiling na bayaran ang inyong mga serbisyo o higit sa inyong mga bahagi ng gastos. **Tawagan ang Customer Service** o ang inyong coordinator ng pangangalaga sa numero sa ibaba ng pahinang ito **kung makakakuha ka ng anumang mga singil.**

- Bilang miyembro ng plano, babayaran lang ninyo ang copay kapag nakakuha kayo ng mga serbisyong saklaw namin. Hindi namin pinapayagan ang mga provider na singilin kayo ng higit sa halagang ito. Totoo ito kahit na binayaran namin ang tagabigay nang mas maliit kaysa sa sinisingil ng tagabigay para sa isang serbisyo. Kahit na magpasya kaming hindi magbayad para sa ilang mga singil, hindi pa rin ninyo babayaran ang mga ito.
- Sa tuwing makakatanggap kayo ng pagsingil mula sa isang nasa network na provider na sa tingin ninyo ay mas malaki kaysa sa dapat ninyong bayaran, ipadala sa amin ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aasikasuhin namin ang problema.
- Kung nabayaran na ninyo ang pagsingil mula sa isang provider ng network para sa mga serbisyong sakop ng Medicare, ngunit sa palagay ninyo ay sobra ang ibinayad ninyo, ipadala sa amin ang bill kasama ng anumang katunayan ng pagbabayad na inyong ginawa. Ibabalik namin sa inyo ang kaibahan ng halagang ibinayad ninyo at ng halaga ng utang ninyo sa ilalim ng plano.



3. Kung kayo ay retroaktibo na naka-enroll sa aming plano

Minsan ang inyong enrollment sa plano ay maaaring maging retroaktibo. (Ibig sabihin, lumipas na ang unang araw ng inyong enrollment. Maaaring noong nakaraang taon pa ito.)

- Kung naka-enroll na kayo nang retroaktibo at nagbayad kayo ng singil pagkatapos ng petsa ng pagpapatala, maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang ibinayad ninyo.
- Ipadala sa amin ang pagsingil at ebidensya ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo.

4. Kapag gumamit kayo ng wala sa network na pharmacy upang punan ang reseta

Kung gagamit kayo ng parmasya na wala sa network, babayaran ninyo ang buong halaga ng inyong reseta.

- Sa mga ilang sitwasyon lang, sasaklawin namin ang mga resetang pinunan mula sa mga wala sa network na pharmacy. Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag humiling kayo sa amin na ibalik namin sa inyo ang inyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos.
- Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman ang higit pa tungkol sa mga botikang wala sa network.
- Maaaring hindi namin ibalik ang kaibahan ng ibinayad ninyo para sa gamot na galing sa wala sa network na pharmacy kung ikukumpara sa halagang babayaran namin sa isang pharmacy na nasa network.

5. Kapag binayaran ninyo ang buong halaga ng reseta ng Medicare Part D dahil hindi ninyo nadala ang inyong ID Card ng Miyembro

Kung hindi ninyo dala ang inyong ID Card ng Miyembro, maaari ninyong hilingin sa parmasya na tawagan kami o hanapin ang inyong impormasyon sa pagpapatala sa plano.

- Kung hindi agad makuha ng parmasya ang impormasyon, maaaring kayo mismo ang magbayad sa buong halaga ng reseta o bumalik kayo sa parmasya na dala ang inyong ID Card ng Miyembro.
- Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag humiling kayo sa amin na ibalik namin sa inyo ang inyong ibinayad para sa aming bahagi ng gastos.
- Hindi namin maaaring ibalik ang buong halaga na binayaran ninyo kung ang presyo ng pera na binayaran ninyo ay mas mataas kaysa sa napag-usapan naming presyo para sa reseta.



6. Kapag binayaran ninyo ang buong halaga ng Medicare Part D na reseta para sa isang gamot na hindi saklaw

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

- Maaaring wala sa aming *Listahan ng mga Saklaw na Gamot (Listahan ng Gamot)* ang gamot sa aming website, o maaaring may kinakailangan o paghihigpit ito na hindi ninyo nalalaman o hindi naiisip na dapat ay kapit ito sa inyo. Kung magpasya kayong kunin ang gamot, maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga.
 - Kung hindi ninyo binayaran ang gamot ngunit sa palagay ninyo ay dapat na sinasaklaw namin ito, maaari kayong humiling ng pagpapasya sa saklaw (sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito).
 - Kung sa tingin ninyo at ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta na kailangan ninyo kaagad ang gamot, (sa loob ng 24 na oras) maaari kayong humiling ng mabilis na pagpapasya sa saklaw (sumangguni sa ang **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito).
- Padalhan kami ng kopya ng inyong resibo kapag hiniling ninyo sa amin na ibalik ang inyong bayad. Sa mga ilang kaso, maaaring kailanganin naming kumuha ng higit pang impormasyon mula sa inyong doktor o iba pang tagareseta upang maibalik sa inyo ang inyong bayad para sa aming bahagi ng gastos sa gamot. Hindi namin maaaring ibalik sa inyo ang buong halaga na binayaran ninyo kung ang presyo na binayaran ninyo ay mas mataas kaysa sa napag-usapan naming presyo para sa reseta.

Kapag nagpadala kayo sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad, sinusuri namin ito at magpapasya kami kung dapat sakupin ang serbisyo o gamot. Tinatawag itong paggawa ng isang “pagpapasya sa saklaw.” Kung magpasya kaming dapat saklawin ang serbisyo o gamot, babayaran namin ang aming bahagi ng gastos nito.

Kung tatanggihan namin ang inyong kahilingan para sa pagbabayad, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Upang malaman kung paano magsagawa ng apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

B. Pagpapadala sa amin ng kahilingan para sa pagbabayad

Ipadala sa amin ang inyong singil at patunay ng anumang pagbabayad na ginawa ninyo para sa mga serbisyo ng Medicare o tawagan kami. Ang ebidensya ng pagbabayad ay maaaring kopya ng tsekeng isinulat ninyo o ng resibo mula sa provider. **Magandang ideya na gumawa ng kopya ng pagsingil at mga resibo ninyo para sa inyong mga talaan.** Maaari kayong humingi ng tulong sa inyong coordinator ng pangangalaga. Dapat ninyong ipadala ang inyong impormasyon tungkol sa medikal na claim sa amin sa loob ng isang taon mula sa petsa na natanggap ninyo ang serbisyo, bagay, o gamot. Dapat ninyong isumite sa amin ang inyong pag-claim sa Part D na inireresetang gamot sa loob ng tatlong taon simula sa petsa na nakuha ninyo ang serbisyo, item o gamot.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 227



Upang matiyak na naibigay ninyo sa amin ang lahat ng impormasyong kailangan namin upang makapagpasya, maaari ninyong punan ang aming form ng claim upang humingi ng bayad.

- Hindi mo kailangang gamitin ang form, ngunit nakakatulong ito sa amin na ma-proseso ang impormasyon nang mas mabilis.
- Maaari ninyong makuha ang form sa aming website ([blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com)), o maaari kayong tumawag sa Customer Service at hingiin ang form.

Ipadala ang inyong kahilingan para sa pagbabayad kasama ng anumang mga singil o resibo sa address na ito:

Mga medikal na pag-claim:

Blue Shield TotalDual Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 95927-2640

Mga claim ng inireresetang gamot ng Part D:

Pagpoproseso ng Mga Claim
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

C. Mga pagpapasya sa saklaw

Kapag nakuha namin ang inyong kahilingan para sa bayad, gumagawa kami ng pagpapasya sa saklaw. Nangangahulugan ito na nagpapasya kami kung sasaklawin ng aming plano ang inyong serbisyo, item, o gamot. Pagpapasyahan din namin ang halaga ng pera, kung mayroon man, na kinakailangan ninyong bayaran.

- Ipapaalam namin sa inyo kung kailangan namin ng higit pang impormasyon mula sa inyo.
- Kung magpasya kaming sasaklawin ng aming plano ang serbisyo, bagay, o gamot at sinunod ninyo ang lahat ng mga patakaran para sa pagkuha nito, babayaran namin ang aming bahagi ng gastos para dito. Kung nabayaran na ninyo ang serbisyo o gamot, magpapadala kami sa inyo ng tseke para sa aming bahagi ng gastos. Kung binayaran ninyo ang buong halaga ng isang gamot, maaaring hindi maibalik sa inyo ang buong halagang binayaran ninyo (halimbawa, kung nakakuha kayo ng gamot sa isang wala sa network na pharmacy o kung mas mataas ang presyo na binayaran ninyo kaysa sa aming napagkasunduang presyo). Kung hindi pa ninyo ito nababayaran, babayaran namin nang direkta ang provider.

Ipinapaliwanag ng **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga patakaran para masaklaw ang inyong mga serbisyo. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga patakaran para masaklaw ang inyong mga Medicare Part D na gamot.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa

1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare).



- Kung magpasya kaming hindi bayaran ang aming bahagi ng gastos sa serbisyo o gamot, papadalhan namin kayo ng liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan. Ipinapaliwanag din ng liham ang inyong mga karapatang umapela.
- Upang matuto pa tungkol sa mga pagpapasya sa saklaw, sumangguni sa **Kabanata 9**.

D. Mga Apela

Kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami sa pagtanggì sa inyong kahilingan para sa bayad, maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang aming pasya. Tinatawag itong "paggawa ng apela." Maaari din kayong umapela kung hindi kayo sumasang-ayon sa halaga ng ibinayad namin.

Ang proseso ng pormal na mga apela ay may mga detalyadong pamamaraan at mga takdang petsa. Upang malaman ang higit pa tungkol sa mga apela, sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito:

- Kung gusto ninyong umapela tungkol sa pagbalik sa ibinayad ninyo para sa isang serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, sumangguni sa **Seksyon F**.
- Kung gusto ninyong umapela tungkol sa pagbalik sa ibinayad ninyo para sa isang gamot, sumangguni sa **Seksyon G**.



Kabanata 8: Ang inyong mga karapatan at responsibilidad

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang inyong mga karapatan at responsibilidad bilang miyembro ng aming plano. Dapat naming igalang ang inyong mga karapatan. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang inyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon para sa iyong mga pangangailangan.....	231
B. Ang aming responsibilidad sa napapanahong pag-access ninyo sa mga saklaw na serbisyo at gamot.....	232
C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang inyong personal na impormasyon at impormasyong pangkalusugan	233
C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI	234
C2. Ang inyong karapatan na tingnan ang inyong mga talaang medikal	234
D. Ang aming responsibilidad na bigyan kayo ng impormasyon	235
E. Kawalan ng kakayanan ng mga provider na nasa network na direktang singilin kayo	236
F. Ang inyong karapatan na umalis sa aming plano	236
G. Ang inyong karapatan na gumawa ng mga pasya tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan.....	237
G1. Ang inyong karapatang malaman ang inyong mga pasya sa paggamot at gumawa ng mga pasya	237
G2. Ang karapatan ninyong sabihin ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makakagawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyong sarili.....	237
G3. Ano ang dapat gawin kung hindi nasunod ang inyong mga tagubilin.....	239
H. Ang inyong karapatan na magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon	239
H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan	239
I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano	240

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 230



A. Ang inyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon para sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming siguraduhin na ang **lahat** ng serbisyo, kapwa klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa inyo sa isang paraang naaangkop sa kultura at nakukuha, kabilang ng mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong mga kasanayan sa pagbabasa, kapansanan sa pandinig, o mga may magkakaibang mga pinanggalingan sa kultura at etniko. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan kada taon na kayo ay nasa aming plano.

- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang masagot ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari din kayong bigyan ng aming plano ng mga materyales sa mga wikang bukod sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish o Spanish Creole, Tagalog, at Vietnamese at sa mga anyo na tulad ng malaking titik, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag sa Customer Service o sumulat sa Blue Shield TotalDual Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Maaari kayong gumawa ng pangmatagalang kahilingan para makuha ang dokumentong ito sa isang wikang bukod sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap. Para makagawa ng kahilingan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan.
 - Pananatilihin ng Customer Service ng Blue Shield TotalDual ang inyong nais na wika at format sa file para sa mga komunikasyon sa hinaharap. Para makagawa ng anumang update sa inyong mga kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield TotalDual Plan.

Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Opisina ng Medi-Cal sa mga Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang TTY users sa 711.
- Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao ng U.S., Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

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



B. Ang aming responsibilidad sa napapanahong pag-access ninyo sa mga saklaw na serbisyo at gamot

May mga karapatan kayo bilang miyembro ng aming plano.

- May karapatan kayong pumili ng provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider o PCP) sa aming network. Ang provider na nasa network ay isang provider na nakikipagtulungan sa amin. Malalaman ninyo ang higit pang impormasyon tungkol sa kung anong mga uri ng provider ang maaaring kumilos bilang isang PCP at kung paano pumili ng PCP sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
 - Tawagan ang inyong taga-coordinate ng pangangalaga o Customer Service o tingnan ang *Direktoryo ng Provider at Pharmacy* upang malaman ang higit pa tungkol sa mga nasa network na provider at kung sinong mga doktor ang tumatanggap ng mga bagong pasyente.
- May karapatan kayo sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan nang hindi kumukuha ng referral. Ang referral ay pag-apruba mula sa inyong PCP na magpatingin sa isang provider na hindi ninyo PCP.
- May karapatan kayong kumuha ng mga saklaw na serbisyo mula sa mga nasa network na tagabigay sa loob ng makatwirang tagal ng panahon.
 - Kasama dito ang karapatang kumuha ng mga napapanahong serbisyo mula sa mga espesyalista.
 - Kung hindi kayo makakuha ng mga serbisyo sa loob ng makatwirang tagal ng panahon, dapat kaming magbayad para sa pangangalaga sa labas ng network.
- May karapatan kayong makatanggap ng mga pang-emergency na serbisyo o pangangalaga na agarang kinakailangan nang walang paunang pag-apruba (PA).
- May karapatan kayong kunin ang inyong mga reseta sa alinman sa aming mga parmasyang nasa network nang walang mahabang mga pagkaantala.
- May karapatan kayong malaman kung kailan ninyo magagamit ang isang provider na wala sa network. Upang malaman ang tungkol sa mga wala sa network na provider, sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Kapag una ninyong pagsali sa aming plano, may karapatan kayong panatilihin ang inyong kasalukuyang mga provider at mga awtorisasyon sa serbisyo nang hanggang 12 buwan kung matutugunan ang ilang mga kundisyon. Upang malaman ang higit pa tungkol sa pagpapanatili ng inyong mga provider at mga awtorisasyon sa serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- May karapatan kayong gumawa ng sarili ninyong mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan sa tulong ng inyong pangkat ng pangangalaga at tagakoordina ng pangangalaga.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 232



Sinasabi ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang maaari ninyong gawin kung sa tingin ninyo ay hindi ninyo natatanggap ang inyong mga serbisyo o gamot sa loob ng makatwirang tagal ng panahon. Sinasabi rin nito kung ano ang magagawa ninyo kung hindi namin ibinigay ang saklaw para sa inyong mga serbisyo o gamot at hindi kayo sang-ayon sa aming pasya.

C. Ang aming responsibilidad na protektahan ang inyong personal na impormasyon at impormasyong pangkalusugan

Pinoprotektahan namin ang inyong personal na impormasyon at impormasyong pangkalusugan alinsunod iniaatas ng mga pederal na batas at batas ng estado.

Kasama sa inyong Protektadong Impormasyong Pangkalusugan (Protected Health Information, PHI) ang personal na impormasyong ibinigay ninyo sa amin noong nagpa-enroll kayo sa aming plano. Kasama rin dito ang inyong mga talaang medikal at ang iba pang impormasyong medikal at impormasyong kalusugan.

Mayroon kayong mga karapatan pagdating sa inyong impormasyon at pagkontrol sa kung paano ginagamit ang inyong PHI. Bibigyan namin kayo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag sa inyo tungkol sa mga karapatang ito at ipinapaliwanag kung paano namin pinoprotektahan ang pagkapribado ng inyong PHI. Ang paunawa ay tinatawag na “Abiso sa mga Kasanayan sa Pagkapribado”.

Ang mga miyembrong maaaring pumayag na makatanggap ng mga sensitibong serbisyo ay hindi kinakailangang kumuha ng pahintulot ng sinumang iba pang miyembro upang makatanggap ng mga sensitibong serbisyo o magsumite ng claim para sa mga sensitibong serbisyo. Ang Blue Shield TotalDual Plan ay magdidirekta ng mga komunikasyon tungkol sa mga sensitibong serbisyo sa kahaliling itinalagang address sa koreo, email address, o numero ng telepono ng isang miyembro o, kung walang pagtatalaga, sa pangalan ng miyembro sa address o numero ng telepono sa file. Hindi isisiwalat ng Blue Shield TotalDual Plan ang medikal na impormasyon na may kaugnayan sa mga sensitibong serbisyo sa sinumang ibang miyembro nang walang nakasulat na pahintulot mula sa miyembrong tumatanggap ng pangangalaga. Tatanggapin ng Blue Shield TotalDual Plan ang mga kahilingan para sa kumpidensyal na komunikasyon sa anyo at format na hiniling, kung madali itong gawin sa hiniling na anyo at format, o sa mga alternatibong lokasyon. Ang kahilingan ng isang miyembro para sa mga kumpidensyal na komunikasyon na nauugnay sa mga sensitibong serbisyo ay balido hanggang sa bawiin ng miyembro ang kahilingan o magsumite ng bagong kahilingan para sa mga kumpidensyal na komunikasyon. Upang humiling ng kopya ng aming Abiso sa mga Kasanayan sa Pagkapribado o humiling ng Kumpidensyal na Komunikasyon na ilagay sa inyong file, maaari ninyong alinman sa:

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 233



1. Pumunta sa blueshieldca.com at i-click ang link sa Pagkapribado sa ibaba ng homepage. Doon mo makikita ang Abiso sa mga Kasanayan sa Pagkapribado at ang form ng Kahilingan para sa Kompidensyal na Komunikasyon.
2. Tawagan ang numero ng telepono ng Customer Service sa inyong ID card ng miyembro ng Blue Shield.
3. Tawagan ang Opisina ng Pagkapribado ng Blue Shield of California nang libre sa (888) 266-8080. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711.
4. Mag-email sa amin sa: privacy@blueshieldca.com

C1. Paano namin pinoprotektahan ang inyong PHI

Tinitiyak namin na walang hindi awtorisadong tao ang titingin o babago sa inyong mga talaan.

Maliban sa mga kasong nakasaad sa ibaba, hindi namin ibinibigay ang inyong PHI sa sinumang hindi nagbibigay ng inyong pangangalaga o nagbabayad para sa inyong pangangalaga. ayagan o hinihiling ng batas: Kung gagawin namin, dapat muna kaming kumuha ng nakasulat na pahintulot mula sa inyo. Kayo, o ang isang taong legal na awtorisadong gumawa ng mga desisyon para sa inyo, ay maaaring magbigay ng nakasulat na pahintulot.

Minsan hindi namin kailangang kunin muna ang inyong nakasulat na pahintulot. Ang mga pagbubukod na ito ay pinapayagan o inaatas ng batas:

- Dapat naming ibigay ang PHI sa mga ahensya ng gobyerno na tumitingin sa kalidad ng pangangalaga ng aming plano.
- Maaari naming isiwalat ang PHI kung iniutos ito ng isang hukuman, ngunit kung pinapayagan lamang ito ng batas ng California.
- Dapat naming ibigay sa Medicare ang inyong PHI kasama ang impormasyon tungkol sa inyong mga Medicare Part D na gamot. Kung ibibigay ng Medicare ang inyong PHI para sa pananaliksik o iba pang gamit, ginagawa nila ito ayon sa mga pederal na batas.

C2. Ang inyong karapatan na tingnan ang inyong mga talaang medikal

- May karapatan kayong tingnan ang inyong mga talaang medikal at kumuha ng kopya ng inyong mga talaan. Maaari kaming maningil sa inyo ng bayarin para sa paggawa ng kopya ng inyong mga talaang medikal.
- May karapatan kayong hilingin sa amin na i-update o itama ang inyong mga talaang medikal. Kung hihilingin ninyo sa aming gawin ito, makikipagtulungan kami sa inyong provider ng pangangalagang pangkalusugan upang magpasya kung dapat gawin ang mga pagbabago.
- May karapatan kayong malaman kung ibabahagi namin at kung paano namin ibinabahagi ang inyong PHI sa iba para sa anumang mga layuning hindi karaniwang ginagawa.

Kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin tungkol sa pagkapribado ng inyong PHI, tawagan ang Customer Service.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 234



D. Ang aming responsibilidad na bigyan kayo ng impormasyon

Bilang miyembro ng aming plano, may karapatan kayong makakuha ng impormasyon mula sa amin tungkol sa aming plano, sa aming mga provider na nasa network, at sa inyong mga saklaw na serbisyo.

Kung hindi kayo nagsasalita ng Ingles, mayroon kaming mga serbisyo ng interpreter upang masagot ang mga tanong ninyo tungkol sa aming plano. Para makakuha ng interpreter, tawagan ang Customer Service. Libre ang serbisyong ito sa inyo. Ang Handbook ng Miyembro at iba pang mahahalagang materyales ay maaaring makuha sa mga wikang bukod sa Ingles. Ang mga materyales ay maaari ring magamit sa Arabic, Armenian, Cambodian, Simplified Chinese, Traditional Chinese, Farsi, Hindi, Hmong, Japanese, Korean, Laotian, Mien, Punjabi, Russian, Spanish, Tagalog, Thai, Ukrainian, at Vietnamese. Maaari rin namin kayong bigyan ng impormasyon sa malaking titik, braille, o audio. Kinakailangan kaming magbigay sa inyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang pormat na naa-access at naaangkop para sa inyo. Upang makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, mangyaring tumawag sa Customer Service.

Kung gusto ninyo ng impormasyon tungkol sa alinman sa mga sumusunod, tawagan ang Customer Service:

- Paano pumili o magpalit ng mga plano
- Ang aming plano, kasama ang:
 - impormasyong pinansyal
 - kung paano kami ni-rate ng mga miyembro ng plano
 - ang bilang ng mga apelang ginawa ng mga miyembro
 - paano umalis sa aming plano
- Ang aming mga provider na nasa network at ang aming mga parmasya sa network, kabilang ang:
 - paano pumili o magpalit ng mga provider ng pangunahing pangangalaga
 - mga kwalipikasyon ng aming mga provider at parmasya na nasa network
 - paano namin binabayaran ang mga provider sa aming network
- Mga saklaw na serbisyo at gamot, kasama ang:
 - mga serbisyo (sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito) at mga gamot (sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro* na ito) na saklaw ng aming plano
 - mga limitasyon sa inyong saklaw at mga gamot
 - mga panuntunang dapat ninyong sundin upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo at gamot

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 235



- Kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay at kung ano ang maaari ninyong gawin tungkol dito (sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito), kabilang ang paghiling sa amin na:
 - ipaalam sa pamamagitan ng isang nakasulat na pagpapaliwanag kung bakit hindi sinasaklaw ang isang bagay
 - paghiling sa amin na baguhin ang pasyang ginawa namin
 - paghiling sa amin na bayaran ang isang pagsingil na natanggap ninyo

E. Kawalan ng kakayanan ng mga provider na nasa network na direktang singilin kayo

Hindi kayo maaaring pagbayarin ng mga doktor, ospital at iba pang mga provider na bahagi ng aming network para sa mga saklaw na serbisyo. Hindi rin nila kayo maaaring singilin para sa balanse o singilin kung ang ibinayad namin ay mas maliit kaysa sa siningil ng provider. Upang malaman kung ano ang dapat gagawin kung sinubukan kayong singilin ng isang nasa network na provider para sa mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

F. Ang inyong karapatan na umalis sa aming plano

Walang sinuman ang maaaring pumilit sa inyong manatili sa aming plano kung ayaw ninyo.

- May karapatan kayong sulitin ang inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng Original Medicare o ng isang Medicare Advantage (MA) na plano.
- Maaari ninyong matanggap ang inyong mga benepisyo sa Medicare Part D na gamot mula sa isang plano sa gamot o mula sa isa pang MA na plano.
- Sumangguni sa **Kabanata 10** ng *Handbook ng Miyembro* na ito:
 - Para sa higit pang impormasyon tungkol sa kung kailan kayo maaaring sumali sa isang bagong MA o plano sa benepisyo ng gamot.
 - Para sa impormasyon tungkol sa kung paano ninyo matatanggap ang inyong mga benepisyo sa Medi-Cal kung umalis kayo sa aming plano.



G. Ang inyong karapatan na gumawa ng mga pasya tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan

May karapatan kayo sa kumpletong impormasyon mula sa inyong mga doktor at sa iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan para makagawa ng mga desisyon tungkol sa inyong pangangalagang pangkalusugan.

G1. Ang inyong karapatang malaman ang inyong mga pasya sa paggamot at gumawa ng mga pasya

Dapat ipaliwanag ng inyong mga provider ang inyong kundisyon at ang inyong mga opsyon sa paggamot sa paraang mauunawaan ninyo. May karapatan kayong:

- **Alamin ang inyong mga pagpipilian.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa lahat ng opsyon ng paggamot.
- **Alamin ang mga panganib.** May karapatan kayong masabihan tungkol sa anumang mga nauugnay na panganib. Dapat ay sabihin namin sa inyo nang maaga kung bahagi ng isang pananaliksik na eksperimento ang anumang serbisyo o paggamot. May karapatan kayong tumanggi sa mga pang-eksperimentong paggamot.
- **Kumuha ng ikalawang opinyon.** May karapatan kayong gumamit ng ibang doktor bago magpasya sa paggamot.
- **Magsabi ng hindi.** May karapatan kayong tumanggi sa anumang paggamot. Kasama dito ang karapatang umalis sa ospital o iba pang medikal na pasilidad, kahit na pinayuhan kayo ng inyong doktor na huwag itong gawin. May karapatan kayong huminto sa pag-inom ng iniresetang gamot. Kung tinanggihan ninyo ang paggamot o ihinto ang pag-inom ng iniresetang gamot, hindi namin kayo aalisin sa aming plano. Gayunpaman, kung tumanggi kayo sa paggamot o huminto sa pag-inom ng gamot, tinatanggap ninyo ang lahat ng responsibilidad sa kung anuman ang mangyayari sa inyo.
- **Hilingin sa amin na ipaliwanag kung bakit tinanggihan ng isang provider ang pangangalaga.** May karapatan kayong makakuha ng paliwanag mula sa amin kung tinanggihan ng isang provider ang pangangalagang sa tingin ninyo at dapat na makuha ninyo.
- **Hilingin sa amin na saklawin ang isang serbisyo o gamot na tinanggihan namin o karaniwang hindi namin sinasaklaw.** Tinatawag ito na pagpapasya sa saklaw. Sinasabi ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano humiling sa amin ng pagpapasya sa saklaw.

G2. Ang karapatan ninyong sabihin ang gusto ninyong mangyari kung hindi kayo makakagawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyong sarili

Minsan ay hindi nakakagawa ang mga tao ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa mga sarili nila. Bago mangyari iyon sa inyo, maaari ninyong:

- Punan ang isang nakasulat na form na **nagbibigay ng karapatan sa isang indibiduwal na magsagawa ng mga desisyon sa pangangalagang pangkalusugan para sa inyo** kung sakaling hindi kayo makapagpasya para sa inyong sarili.
- **Bigyan ang inyong mga doktor ng nakasulat na mga tagubilin** tungkol sa kung paano pamamahalaan ang inyong pangangalagang pangkalusugan kung sakaling

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 237



mangyari na hindi kayo makagawa ng mga desisyon para sa inyong sarili, kabilang ang pangangalaga na **ayaw** ninyo.

Ang legal na dokumento na ginagamit ninyo upang maibigay ang inyong mga direksyon ay tinatawag na “paunang direktiba.” Mayroong iba’t ibang uri ng mga paunang direktiba at iba’t ibang pangalan para sa mga ito. Ang mga halimbawa ay living will at power of attorney para sa pangangalagang pangkalusugan.

Hindi ninyo kailangang magkaroon ng paunang direktiba, ngunit maaari ninyong gawin ito. Narito ang gagawin ninyo kung gusto ninyong gumamit ng paunang direktiba:

- **Kunin ang form.** Maaari ninyong makuha ang form mula sa inyong doktor, isang abogado, isang social worker, o sa ilang mga tindahan ng supply ng tanggapan. Ang mga parmasya at opisina ng provider ay kadalasang may mga form. Maaari kayong maghanap ng libreng form online at i-download ito. Maaari din ninyong kontakin ang Customer Service upang humingi ng form.
- **Sagutan ang form at pirmahan ito.** Ang form ay isang legal na dokumento. Dapat ninyong isaalang-alang ang pagkakaroon ng abogado o ng isang taong pinagkakatiwalaan ninyo, tulad ng isang miyembro ng pamilya o ang inyong PCP, na tutulong sa inyong makapagkumpleto nito.
- **Magbigay ng mga kopya ng form sa mga taong kailangang makaalam.** Magbigay ng kopya ng form sa inyong doktor. Dapat din kayong magbigay ng kopya sa taong pinangalanan ninyo na gagawa ng mga desisyon para sa inyo. Baka gusto ninyong magbigay ng mga kopya sa malalapit na kaibigan o miyembro ng pamilya. Magtabi ng kopya sa bahay.
- Kung na-ospital kayo at mayroon kayong pinirmahang paunang direktiba, **dalhin ang kopya nito sa ospital.**
 - Itatanong ng ospital kung mayroon kayong pinirmahang form ng paunang direktiba at kung dala mo ito.
 - Kung wala kayong pinirmahang form ng paunang direktiba, may mga form ang ospital at magtatanong kung gusto ninyong pumirma sa isa.

May karapatan kayong:

- Ipalagay ang inyong paunang direktiba sa inyong mga talaang medikal.
- Baguhin o kanselahin ang inyong paunang direktiba anumang oras.
- Alamin ang tungkol sa mga pagbabago sa mga batas sa paunang direktiba. Sasabihin sa inyo ng Blue Shield TotalDual Plan ang tungkol sa mga pagbabago sa batas ng estado nang hindi lalampas ng 90 araw pagkatapos ng pagbabago.

Ayon sa batas, walang sinuman ang maaaring tanggihan kayo ng pangangalaga o magdiskrimina laban sa inyo batay sa kung mayroon kayong isang nilagdaang paunang direktiba. Tumawag sa Customer Service para sa higit pang impormasyon.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 238



G3. Ano ang dapat gawin kung hindi nasunod ang inyong mga tagubilin

Kung pumirma kayo ng paunang direktiba at sa tingin ninyo ay hindi nasunod ang doktor o ospital ang mga tagubilin na nakalagay doon, maaari kang maghain ng reklamo sa Commence Health (ang Quality Improvement Organization ng California) sa (877) 588-1123 [TTY: 711] o sumulat sa: Commence Health BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. Ang inyong karapatan na magreklamo at hilingin sa amin na muling isaalang-alang ang aming mga desisyon

Sinasabi ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung ano ang maaari ninyong gawin kung mayroon kayong mga problema o alalahanin tungkol sa mga saklaw na serbisyo o pangangalaga para sa inyo. Halimbawa, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng pagpapasya sa saklaw, umapela upang baguhin ang isang pagpapasya sa saklaw o magreklamo.

May karapatan kayong makakuha ng impormasyon tungkol sa mga apela at reklamo na ihinain ng ibang mga miyembro ng plano laban sa amin. Tumawag sa Customer Service para makuha ang impormasyong ito.

H1. Ano ang dapat gawin tungkol sa hindi patas na pagtrato o para makakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan

Kung sa palagay ninyo ay hindi patas ang pagtrato namin sa inyo – at **hindi** ito tungkol sa diskriminasyon ayon sa mga kadahilanang nakalista sa **Kabanata 11** ng *Handbook ng Miyembro* na ito – o kung nais ninyo ng higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan, maaari kayong tumawag sa:

- Customer Service.
- Ang Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222 (TTY: 711). Para sa higit pang mga detalye tungkol sa HICAP, sumangguni sa **Kabanata 2 Seksyon E**.
- Ang Ombudsman ng Medi-Cal sa 1-888-452-8609. Para sa higit pang mga detalye tungkol sa programang ito, sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. (Maaari din ninyong basahin o i-download ang “Mga Karapatan at Proteksiyon ng Medicare,” na matatagpuan sa website ng Medicare sa www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 239



I. Ang inyong mga responsibilidad bilang miyembro ng plano

Bilang isang miyembro ng plano, may responsibilidad kayong gawin ang mga bagay na nakalista sa ibaba. Kung mayroon kayong anumang mga katanungan, tawagan ang Customer Service.

- **Basahin ang *Handbook ng Miyembro na ito*** upang malaman kung ano ang sinasaklaw ng aming plano at ang mga panuntunang dapat sundin upang makatanggap ng mga saklaw na serbisyo at gamot. Para sa mga detalye tungkol sa inyong:
 - Mga saklaw na serbisyo, sumangguni sa **Kabanata 3 at 4** ng *Handbook ng Miyembro na ito*. Sinasabi ng mga kabanatang iyon sa inyo kung ano ang sinasaklaw, kung ano ang hindi saklaw, kung anong mga patakarang kailangan ninyong sundin, at kung magkaano ang inyong babayaran.
 - Mga saklaw na gamot, sumangguni sa **Kabanata 5 at 6** ng *Handbook ng Miyembro na ito*.
- **Sabihin sa amin ang tungkol sa anumang iba pang saklaw sa kalusugan o gamot** na mayroon kayo. Dapat naming tiyakin na ginagamit ninyo ang lahat ng inyong mga opsyon sa saklaw kapag nakakuha kayo ng pangangalagang pangkalusugan. Tawagan ang Customer Service kung mayroon kayong iba pang saklaw.
- **Sabihin sa inyong doktor at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan** na miyembro kayo ng aming plano. Ipakita ang inyong ID Card ng Miyembro kapag kukuha kayo ng mga serbisyo o gamot.
- **Tulungan ang inyong mga doktor** at iba pang mga tagabigay ng pangangalagang pangkalusugan na ibigay sa inyo ang pinakamahusay na pangangalaga.
 - Ibigay sa kanila ang impormasyong kailangan nila tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan. Matuto hangga't kayo ninyo ng tungkol sa inyong mga problema sa kalusugan. Sundin ang mga plano at plano sa paggamot napagkasunduan ninyo at ng inyong mga provider.
 - Siguraduhin na alam ng inyong mga doktor at ng iba pang mga provider ang tungkol sa lahat ng gamot na iniinom ninyo. Kabilang dito ang mga gamot, mga over-the-counter na gamot, mga vitamin at mga supplement.
 - Magtanong ng anumang mga katanungan na mayroon kayo. Dapat ipaliwanag ng inyong mga doktor at iba pang mga provider ang bagay-bagay sa paraang mauunawaan ninyo. Kung nagtanong kayo at hindi ninyo naiintindihan ang sagot, magtanong muli.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 240



- **Makipagtulungan sa inyong tagakoordina ng pangangalaga** kasama ang pagkumpleto ng isang taunang pagtatasa sa panganib sa kalusugan.
- **Maging maunawain.** Inaasahan namin na igagalang ng lahat ng miyembro ng plano ang mga karapatan ng iba. Inaasahan din naming kikilos kayo nang may paggalang sa tanggapan ng inyong doktor, mga ospital, at mga tanggapan ng iba pang mga provider.
- **Bayaran ang utang ninyo.** Bilang isang miyembro ng plano, may pananagutan kayo para sa pagbabayad ng mga ito:
 - Mga premium ng Medicare Part A at Medicare Part B. Para sa karamihan ng mga miyembro ng Blue Shield TotalDual Plan, binabayaran ng Medi-Cal ang inyong premium sa Medicare Part A at ang inyong premium sa Medicare Part B.
 - Para sa ilan sa inyong mga gamot na sinasaklaw ng aming plano, dapat ninyong bayaran ang inyong bahagi ng gastos kapag kinuha ninyo ang gamot. Ito ay magiging ang copay (isang nakapirming halaga). Sinasabi ng **Kabanata 6** kung magkaano ang dapat ninyong bayaran para sa inyong mga gamot.
 - **Kung tumatanggap kayo ng anumang mga serbisyo o gamot na hindi sinasaklaw ng aming plano, dapat ninyong bayaran ang buong halaga.** (Tandaan: Kung hindi kayo sang-ayon sa aming pasya na huwag saklawin ang isang serbisyo o gamot, maaari kayong umapela. Sumangguni sa **Kabanata 9** upang matutuhan kung paano mag-apela.)
- **Sabihin sa amin kung lilipat kayo.** Kung plano ninyong lumipat, sabihin sa amin kaagad. Tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service.
 - **Kung lumipat kayo sa isang lokasyon na nasa labas ng aming lugar ng serbisyo, hindi kayo maaaring manatili sa aming plano.** Ang mga tao lamang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ang maaaring maging miyembro ng planong ito. Pinapayuhan kayo ng **Kabanata 1** ng *Handbook ng Miyembro* na ito tungkol sa aming lugar ng serbisyo.
 - Matutulungan namin kayong malaman kung lilipat kayo sa labas ng aming lugar ng serbisyo. Habang nasa espesyal na panahon ng enrollment, maaari kayong lumipat sa Original Medicare o mag-enroll sa isang planong pangkalusugan o plano ng gamot ng Medicare sa inyong bagong lokasyon. Maaari naming sabihin sa inyo kung mayroon kaming plano sa inyong bagong lugar.



- Sabihin sa Medicare at Medi-Cal ang inyong bagong address kapag lumipat kayo. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa mga numero ng telepono para sa Medicare at Medi-Cal.
- **Kung lilipat kayo at mananatili sa aming lugar ng serbisyo, kailangan pa rin naming malaman ito.** Kinakailangan naming panatilihing napapanahon ng inyong record ng pagiging miyembro at malaman kung paano makikipag-ugnayan sa inyo.
- **Kung lumipat kayo, ipaalam ito sa Social Security (o sa Board ng Railroad Retirement).**
- **Sabihin sa amin kung mayroon kayong bagong numero ng telepono o kung may mas mahusay na paraan para makipag-ugnayan sa inyo.**
- **Tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service para sa tulong kung mayroon kayong mga tanong o alalahanin.**



Kabanata 9. Ang gagawin kung mayroon kayong problema o reklamo (mga pagpapasya sa saklaw, apela, reklamo)

Panimula

Ang kabanatang ito ay mayroong impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Basahin ang kabanatang ito upang malaman kung ano ang dapat gawin kung:

- Mayroon kayong problema sa o reklamo tungkol sa inyong plano.
- Kailangan ninyo ng serbisyo, item o gamot na sinabi ng inyong plano na hindi nito babayaran.
- Hindi kayo sang-ayon sa isang pasyang ginawa ng inyong plano tungkol sa pangangalaga sa inyo.
- Sa tingin ninyo ay masyadong maaga matatapos ang inyong mga saklaw na serbisyo.
- Mayroon kayong problema o reklamo sa inyong mga pangmatagalang serbisyo at suporta, na kinabibilangan ng Community Based Adult Services (CBAS) at mga serbisyo ng Pasilidad ng Pag-aalaga (NF).

Ang kabanatang ito ay may iba't ibang seksyon upang matulungan kayong mas madaling matagpuan ang mga bagay na hinahanap ninyo. **Kung mayroon kayong problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na nalalapat sa inyong sitwasyon.**

Dapat ninyong matanggap ang pangangalagang pangkalusugan, mga gamot, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta na tinukoy ng inyong doktor at iba pang mga provider na kinakailangan para sa pangangalaga sa inyo bilang bahagi ng plano ng pangangalaga sa inyo.

Kung mayroon kayong problema sa pangangalaga sa inyo, maaari ninyong tawagan ang Programa ng Medicare Medi-Cal na Ombudsman sa 1-855-501-3077 para sa tulong.

Ipapaliwanag ng kabanatang ito ang iba't ibang opsyon na mayroon kayo para sa iba't ibang mga problema at reklamo, ngunit palagi kayong maaari tumawag sa Programa ng Ombudsman upang makatulong na gabayan kayo sa inyong problema. Para sa karagdagang mga mapagkukunan upang tugunan ang inyong alalahanin at mga paraan ng pakikipag-ugnayan sa kanila, sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro*.



Talaan ng mga Nilalaman

A. Ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin.....	246
A1. Tungkol sa mga legal na tuntunin	246
B. Saan kukuha ng tulong.....	246
B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong.....	246
C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano	248
D. Mga problema sa inyong mga benepisyo.....	248
E. Mga pagpapasya sa saklaw at apela	249
E1. Mga pagpapasya sa saklaw.....	249
E2. Mga apela	249
E3. Tulong sa mga pagpapasya sa saklaw at apela	250
E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo	251
F. Pangangalagang medikal.....	252
F1. Ang paggamit ng seksyong ito	252
F2. Paghiling ng pagpapasya sa saklaw	253
F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela.....	255
F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela.....	259
F5. Mga problema sa pagbabayad.....	266
G. Mga gamot ng Medicare Part D	268
G1. Mga pagpapasya sa saklaw at apela ng Medicare Part D	268
G2. Mga pagbubukod sa Medicare Part D	270
G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng isang pagbubukod.....	272
G4. Paghiling ng isang pagpapasya sa saklaw, kabilang ang isang pagbubukod	272
G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela	276
G6 Paggawa ng Antas 2 na Apela	278



H. Paghiling sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital.....	280
H1. Pag-alam tungkol sa inyong mga karapatan sa Medicare.....	281
H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela	282
H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela	284
I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa partikular na mga medikal na serbisyo	285
I1. Advance na abiso bago matapos ang inyong saklaw	286
I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela	286
I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela	288
J. Pagdala sa inyong apela higit sa Antas 2	289
J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare	289
J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal.....	291
J3. Apela sa Mga Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Medicare Part D	291
K. Paano gumawa ng reklamo.....	293
K1. Anong uri ng mga problema ang dapat na ireklamo	293
K2. Panloob na mga reklamo	295
K3. Panlabas na mga reklamo	298



A. Ang gagawin kung mayroon kayong problema o alalahanin

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano haharapin ang mga problema at alalahanin. Ang prosesong ginagamit ninyo ay depende sa uri ng problema na mayroon kayo. Gumamit ng isang proseso para sa **mga pagpapasya sa saklaw at mga apela** at ng iba pa para sa **paghahain ng mga reklamo** (na tinatawag ding mga karaingan).

Upang matiyak ang pagiging patas at pagiging maagap, ang bawat proseso ay may hanay ng mga panuntunan, pamamaraan, at mga takdang petsa na dapat nating sundin.

A1. Tungkol sa mga legal na tuntunin

May mga legal na tuntunin sa kabanatang ito para sa ilang tuntunin at mga takdang petsa. Marami sa mga tuntuning ito ang maaaring mahirap unawain, kaya gumagamit kami ng mas simpleng mga salita bilang kapalit ng ilang partikular na legal na termino kapag kaya namin. Iniwasan namin ang paggamit ng mga pagdadaglat hangga't maaari.

Halimbawa, sinasabi namin:

- “Pagrereklamo” sa halip na “paghahain ng hinaing”
- “Pagpapasya sa saklaw” sa halip na “pagtukoy ng organisasyon”, “pagtukoy ng benepisyo”, “pagpapasya sa panganib”, o “pagpapasya sa saklaw”
- “Mabilis na pagpapasya sa saklaw” sa halip na “pinabilis na pagtukoy”
- “Independent Review Organization” (IRO) sa halip na “Independent Review Entity” (IRE)

Makakatulong sa inyong makipag-ugnayan nang mas malinaw kung malalaman ang mga wastong terminong legal, kaya ibinibigay din namin ang mga iyon.

B. Saan kukuha ng tulong

B1. Para sa higit pang impormasyon at tulong

Minsan nakakalito na simulan o sundin ang proseso para sa pagharap sa isang problema. Maaaring totoo ito lalo na kung hindi maganda ang pakiramdam mo o may limitadong enerhiya. Sa ibang pagkakataon, maaaring wala ang impormasyong kailangan ninyo para magawa ang susunod na hakbang.

Tulong mula sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program

Maaari kayong tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). Maaaring sagutin ng mga tagapayo ng HICAP ang inyong mga tanong at tulungan kayong maunawaan kung ano ang gagawin tungkol sa inyong problema. Ang HICAP ay hindi konektado sa amin o sa anumang kompanya ng insurance o planong pangkalusugan. Mayroong mga may kasanayang tagapayo ang HICAP sa bawat county, at libre ang mga serbisyo. Ang numero ng telepono ng HICAP ay 1-800-434-0222.

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



Tulong mula sa Programa ng Medicare Medi-Cal na Ombudsman

Maaari ninyong tawagan ang Programa ng Medicare Medi-Cal na Ombudsman at makipag-usap sa isang tagapagtaguyod tungkol sa inyong mga katanungan sa saklaw sa kalusugan. Maaari silang maghandog ng libreng legal na tulong. Ang Programa ng Ombudsman ay hindi konektado sa amin o sa anumang kumpanya ng insurance o planong pangkalusugan. Ang kanilang numero ng telepono ay 1-855-501-3077, at ang kanilang website ay www.healthconsumer.org.

Tulong at impormasyon mula sa Medicare

Para sa karagdagang impormasyon at tulong, maaari kayong makipag-ugnayan sa Medicare. Narito ang dalawang paraan upang humingi ng tulong sa Medicare:

- Tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Pumunta sa website ng Medicare (www.medicare.gov).

Tulong mula sa Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makakatulong ang Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman. Maaari silang tumulong kung nagkakaproblema kayo sa pagsali, paglipat, o pag-alis sa isang planong pangkalusugan. Maaari din silang tumulong kung lumipat kayo ng tirahan at nahihirapang ipalipat ang inyong Medi-Cal sa bago ninyong county. Maaari ninyong tawagan ang Ombudsman Lunes hanggang Biyernes, sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m. sa 1-888-452-8609.

Tulong mula sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California

Makipag-ugnayan sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (California Department of Managed Health Care, DMHC) para sa libreng tulong. Ang DMHC ay responsable sa pagsubaybay sa mga planong pangkalusugan. Tinutulongan ng DMHC ang mga taong may mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na may kapansanan sa pandinig, hirap makarinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang walang bayad na numero ng TDD, 1-877-688-9891. Maaari din kayong pumunta sa website ng DMHC sa www.dmhc.ca.gov.

Responsibilidad ng Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California na pangasiwaan ang mga plano ng serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Kung may karaingan kayo laban sa inyong planong pangkalusugan, dapat muna kayong tumawag sa inyong planong pangkalusugan sa **1-800-452-4413 (TTY: 711)** at gamitin ang proseso ng karaingan ng inyong planong pangkalusugan bago makipag-ugnayan sa departamento. Ang paggamit ng pamamaraan ng karaingang ito ay hindi nagbabawal sa paggamit ng anumang potensiyal na legal na karapatan o solusyon na maaaring available sa inyo. Kung kailangan ninyo ng tulong sa isang karaingan na may kinalaman sa isang emergency, sa isang karaingan kaugnay sa hindi kasiya-siyang paglutas ng inyong planong pangkalusugan, o sa isang karaingan

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 247



na hindi nalutas nang mahigit 30 araw, maaari kayong tumawag sa departamento para sa tulong. Maaari rin kayong maging karapat-dapat para sa Independent Medical Review (IMR). Kung karapat-dapat kayo para sa IMR, magbibigay ang proseso sa IMR ng walang kinikilingang pagsusuri sa mga pagpapasyang medikal na ginawa ng isang planong pangkalusugan na may kaugnayan sa pangangailangang medikal ng iminumungkahing serbisyo o paggamot, mga pagpapasya sa saklaw para sa mga paggamot na pang-eksperimento o sinisiyasat pa lang at mga hindi pagkakaunawaan sa pagbabayad para sa mga pang-emergency o agarang serbisyong medikal. Ang departamento ay mayroon ding toll-free na numero ng telepono (**1-888-466-2219**) at TDD na linya (**1-877-688-9891**) para sa mga may kapansanan sa pandinig at pagsasalita. Ang internet website ng departamento na www.dmhc.ca.gov ay may mga form ng reklamo, form ng aplikasyon sa IMR at mga tagubilin sa online.

C. Pag-unawa sa mga reklamo at apela ng Medicare at Medi-Cal sa aming plano

Mayroon kayong Medicare at Medi-Cal. Ang impormasyon sa kabanatang ito ay nalalapat sa lahat ng inyong mga benepisyo sa pinapamahalaang pangangalaga ng Medicare at Medi-Cal. Tinatawag ito minsan na "pinagsamang proseso" dahil pinagtitipon, o pinagsasama nito, ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal.

Kung minsan ay hindi maaaring pagsamahin ang mga proseso ng Medicare at Medi-Cal. Sa mga sitwasyong iyon, gagamit kayo ng isang proseso para sa benepisyo ng Medicare at ibang proseso para sa benepisyo ng Medi-Cal. Ipinapaliwanag ng **Seksyon F4** ang mga sitwasyong ito.

D. Mga problema sa inyong mga benepisyo

Kung mayroon kayong problema o alalahanin, basahin ang mga bahagi ng kabanatang ito na nalalapat sa inyong sitwasyon. Tinutulungan ka ng sumusunod na tsart na mahanap ang tamang seksyon ng kabanatang ito para sa mga problema o reklamo.

Tungkol ba sa inyong mga benepisyo o saklaw ang inyong problema o alalahanin?	
Kabilang dito ang mga problema tungkol sa kung ang partikular na pangangalagang medikal (mga medikal na bagay, serbisyo at/o Part B na mga gamot) ay sinasaklaw o hindi, ang paraan ng kung papaano sinasaklaw ang mga ito, at mga problema sa pagbabayad para sa pangangalagang medikal.	
Oo. Ang problema ko ay tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Sumangguni sa Seksyon E, "Mga pagpapasya sa saklaw at apela."	Hindi. Ang problema ko ay hindi tungkol sa mga benepisyo o saklaw. Sumangguni sa Seksyon K, "Paano gumawa ng reklamo."

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 248



E. Mga pagpapasya sa saklaw at apela

Ang proseso para sa paghingi ng pagpapasya sa saklaw at paggawa ng apela ay para sa mga problemang kaugnay sa inyong mga benepisyo at saklaw sa inyong pangangalagang medikal (mga serbisyo, bagay at Part B na mga gamot, kabilang ang pagbabayad). Upang panatilihin simple, karaniwan naming tinutukoy ang mga medikal na bagay, serbisyo, at Part B na mga gamot bilang medikal na pangangalaga.

E1. Mga pagpapasya sa saklaw

Ang pagpapasya sa saklaw ay isang desisyon na ginagawa namin tungkol sa inyong mga benepisyo at saklaw o tungkol sa halagang binabayaran namin para sa inyong mga medikal na serbisyo o gamot. Kayo o ang inyong doktor ay maaari ding makipag-ugnayan sa amin at humingi ng pagpapasya sa saklaw. Kayo o ang inyong doktor ay maaaring hindi sigurado kung saklaw namin ang isang partikular na serbisyong medikal o kung maaari kaming tumanggi na magbigay ng pangangalagang medikal na sa tingin ninyo ay kailangan ninyo. **Kung nais ninyong malaman kung sasakupin namin ang isang medikal na serbisyo bago ninyo ito makuha, maaari kayong humiling sa amin na gumawa ng pagpapasya sa saklaw para sa inyo.**

Nagsasagawa kami ng pagpapasya sa saklaw kapag sinusuri namin ang isang kahilingan para sa serbisyo o claim. Sa mga ilang kaso, maaari kaming magpasya na ang isang serbisyo o gamot ay hindi sinasaklaw o kaya hindi na sinasaklaw para sa inyo ng Medicare o Medi-Cal. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa pagpapasya sa saklaw, maaari kayong maghain ng apela.

E2. Mga apela

Kung gagawa kami ng pagpapasya sa saklaw at hindi kayo nasisiyahan sa desisyong ito, maaari ninyong "iapela" ang desisyon. Ang apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin at baguhin ang isang pagpapasya sa saklaw na ginawa namin.

Kapag nag-apela kayo sa isang desisyon sa unang pagkakataon, ito ay tinatawag na Antas 1 na Apela. Sa apela na ito, sinusuri namin ang pagpapasya sa saklaw na ginawa namin upang masuri kung sinunod namin nang maayos ang lahat ng mga patakaran. Pangangasiwaan ng iba't ibang mga tagasuri na hindi ang mga gumawa ng orihinal na hindi kanais-nais na desisyon ang inyong apela.

Kadalasan, dapat ninyong simulan ang inyong apela sa Antas 1. Kung ang inyong problema sa kalusugan ay apurahan o kabilang ang isang agaran at seryosong panganib sa inyong kalusugan, o kung kayo ay nakararanas ng matinding pananakit at nangangailangan ng mas mabilis na desisyon, maaari kayong humingi ng IMR na Medikal na Pagsusuri mula sa Departamento ng Pinangangasiwaang Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dmhc.ca.gov. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon.

Kapag nakumpleto namin ng pagsusuri, ibibigay namin sa inyo ang aming desisyon. Sa ilalim ng ilang partikular na sitwasyon na ipapaliwanag sa bandang huli ng kabanatang ito sa **Seksyon F2**, maaari kayong humingi ng pinabilis o "mabilis na pagpapasya sa saklaw" o "mabilis na apela" para sa pagpapasya sa saklaw.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 249



Kung ang sagot namin ay **Hindi** sa bahagi o lahat ng hiniling ninyo, padadalhan namin kayo ng liham. Kung ang inyong problema ay kaugnay sa saklaw ng isang pangangalagang medikal ng Medicare, ipapaalam sa inyo ng sulat na ipinadala namin ang inyong kaso sa Independent Review Organization (IRO) para sa Antas 2 na Apela. Kung ang inyong problema ay kaugnay sa saklaw ng Medicare Part D o isang serbisyo o item ng Medicaid, sasabihin sa inyo ng sulat kung paano kayo maghain mismo ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa Antas 2 na Apela.

Kung hindi kayo nasisiyahan sa desisyon para sa Antas 2 na Apela, maaari kayong dumaan sa mga karagdagan pang antas ng apela.

E3. Tulong sa mga pagpapasya sa saklaw at apela

Maaari kayong humingi ng tulong mula sa alinman sa mga sumusunod:

- **Customer Service** sa mga numero sa ibaba ng page.
- **Ang Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077.**
- **Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** sa 1-800-434-0222.
- **Ang Sentro ng Tulong sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC)** para sa libreng tulong. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa kanilang mga apela tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal o mga problema sa pagsingil. Ang numero ng telepono ay 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibidwal na may kapansanan sa pandinig, hirap makarinig, o may kapansanan sa pagsasalita ang walang bayad na numero ng TDD, 1-877-688-9891. Maaari din kayong pumunta sa website ng DMHC sa www.dmhca.gov. Habang matutulungan ng DMHC ang mga tao sa mga plano ng Managed Medi-Cal, hindi ito makakatulong sa mga tao sa mga plano ng Medicare lamang at sa sumusunod na Mga Sistema ng Kalusugan na Organisado ng County (County Organized Health Systems, COHS): Partnership Health Plan, Gold Coast Health Plan, CenCal Health, Central California Alliance for Health, at CalOptima. Ang pederal na pamahalaan ang nangangasiwa ng mga plano ng Medicare, at ang Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan ang namamahala ng mga plano ng COHS.
- **Ang inyong doktor o iba pang provider.** Maaaring humiling ng pagpapasya sa saklaw o mag-apela sa inyong ngalan ang inyong doktor o iba pang provider.
- **Isang kaibigan o miyembro ng pamilya.** Maaari ninyong pangalanan ang ibang tao para kumilos para sa inyo bilang inyong "kinatawan" at humingi ng pagpapasya sa saklaw o gumawa ng apela.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 250



- **Isang abugado.** May karapatan kayo na magkaroon ng isang abogado, ngunit **hindi ninyo kinakailangan ng abogado** para makahingi ng pagpapasya sa saklaw o magsagawa ng apela.
 - Tawagan ninyo ang sarili ninyong abogado, o kunin ang pangalan ng isang abogado mula sa lokal na bar association o iba pang serbisyo ng referral. Bibigyan kayo ng ilang grupong legal ng mga libreng serbisyong legal kung kwalipikado kayo.
 - Humingi ng abogado ng legal na tulong mula sa Programa ng Ombudsman ng Medicare Medi-Cal sa 1-855-501-3077.

Punan ang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan kung gusto ninyo ng abogado o ibang tao na kumilos bilang inyong kinatawan. Ang form ay nagbibigay ng pahintulot sa isang tao na kumilos para sa inyo.

Tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng page at hilingin ang form na "Pagtatalaga ng Kinatawan". Makukuha din ninyo ang form sa pamamagitan ng pagpunta sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. Dapat bigyan ninyo kami ng kopya ng nalagdaang form.

E4. Aling seksyon ng kabanatang ito ang makakatulong sa inyo

May apat na sitwasyon na kinasasangkutan ng mga pagpapasya sa saklaw at mga apela. Mayroong iba't ibang panuntunan at takdang petsa ang bawat sitwasyon. Nagbibigay kami ng mga detalye para sa bawat isa sa hiwalay na seksyon ng kabanatang ito. Sumangguni sa seksyong naaangkop:

- **Seksyon F**, "Pangangalagang medikal"
- **Seksyon G**, "Mga Medicare Part D na gamot"
- **Seksyon H**, "Paghiling sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital"
- **Seksyon I**, "Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa ilang partikular na serbisyong medikal" (Nalalapat lamang ang seksyong ito sa mga serbisyong ito: pangangalaga ng kalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, at mga serbisyo ng Pasilidad ng Komprehensibong Rehabilitasyon ng Outpatient (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF))

Kung hindi kayo sigurado kung aling seksyon ang dapat gamitin, tawagan ang Customer Service sa mga numerong matatagpuan sa ibaba ng pahina. Maaari rin kayong makakuha ng tulong o impormasyon mula sa mga organisasyon ng pamahalaan tulad ng inyong State Health Insurance Assistance Program. Sumangguni sa Kabanata 2, Seksyon C para sa higit pang impormasyon.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 251



F. Pangangalagang medikal

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang gagawin kung mayroon kayong mga problema sa pagkuha ng saklaw para sa pangangalagang medikal o kung gusto ninyong bayaran namin kayo para sa aming bahagi ng gastos ng inyong pangangalaga. Para sa impormasyon tungkol sa paghiling ng mas matagal na pananatili sa ospital, mangyaring sumangguni sa **Seksyon H**.

Ang seksyong ito ay tungkol sa inyong mga benepisyo para sa pangangalagang medikal na inilalarawan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito sa chart ng mga benepisyo. Sa mga ilang sitwasyon, maaaring mailapat ang ibang mga panuntunan sa Medicare Part B na gamot. Kapag ganoon nga ang kaso, ipaliliwanag namin kung paano naiiba ang mga panuntunan para sa mga Medicare Part B na gamot sa mga panuntunan para sa mga medikal na serbisyo at bagay.

F1. Ang paggamit ng seksyong ito

Ipinapaliwanag ng seksyong ito kung ano ang maaari ninyong gawin sa alinman sa mga sumusunod na sitwasyon:

1. Sa palagay ninyo ay sinasaklaw namin ang pangangalagang medikal na kinakailangan ninyo ngunit hindi ninyo ito natatanggap.

Ano ang magagawa ninyo: Maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng pagpapasya sa saklaw. Sumangguni sa **Seksyon F2**.

2. Hindi namin inaprubahan ang pangangalagang medikal na gustong ibigay sa inyo ng inyong doktor o ng iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan, at sa tingin ninyo ay dapat naming ibigay ito.

Ano ang magagawa ninyo: Maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Sumangguni sa **Seksyon F3**.

3. Tumatanggap kayo ng pangangalagang medikal na sa tingin ninyo ay sinasaklaw namin, ngunit hindi namin ito babayaran.

Ano ang magagawa ninyo: Maaari ninyong iapela ang aming desisyon na huwag magbayad. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

4. Nakuha at binayaran ninyo ang pangangalagang medikal na akala ninyo ay saklaw namin, at gusto ninyong ibalik namin sa inyo ang nagastos.

Ano ang magagawa ninyo: Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad. Sumangguni sa **Seksyon F5**.

5. Binawasan o itinigil namin ang inyong saklaw para sa ilang partikular na pangangalagang medikal, at sa palagay ninyo ay maaaring makapinsala sa inyong kalusugan ang aming desisyon.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 252



Ano ang magagawa ninyo: Maaari ninyong iapela ang aming desisyon na bawasan o ihinto ang pangangalagang medikal. Sumangguni sa **Seksyon F4**.

- Kung ang saklaw ay para sa pangangalaga sa ospital, pangangalaga ng kalusugan sa bahay, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, o mga serbisyo ng CORF, nalalapat ang mga espesyal na panuntunan. Sumangguni sa **Seksyon H** o **Seksyon I** para malaman ang higit pa.
 - Para sa lahat ng iba pang sitwasyon na kinasasangkutan ng pagbabawas o pagpapahinto sa inyong saklaw para sa ilang partikular na pangangalagang medikal, gamitin ang seksyong ito (**Seksyon F**) bilang inyong gabay.
6. Nakakaranas kayo ng mga pagkaantala sa pangangalaga o hindi kayo makahanap ng doktor.

Ano ang magagawa ninyo: Maaari kayong maghain ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K2**.

F2. Paghiling ng pagpapasya sa saklaw

Kapag ang isang pagpapasya sa saklaw ay may kaugnayan sa inyong pangangalagang medikal, ito ay tinatawag na **pinagsamang pagtukoy ng organisasyon**.

Ikaw, ang inyong doktor, o ang inyong kinatawan ay maaaring humingi sa amin ng pagpapasya sa saklaw sa pamamagitan ng:

- pagtawag: 1-800-452-4413, TTY: 711.
- pag-fax: (877) 251-6671.
- pagsulat: Blue Shield TotalDual Plan
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

Karaniwang pagpapasya sa saklaw

Kapag ibinigay namin sa inyo ang aming desisyon, ginagamit namin ang "karaniwan" na mga takdang petsa maliban kung sumasang-ayon kaming gamitin ang "mabilis" na mga takdang petsa. Ang ibig sabihin ng karaniwang pagpapasya sa saklaw ay magbibigay kami sa iyo ng sagot sa loob ng:

- **5 araw ng negosyo** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan **para sa isang medikal na serbisyo o bagay na sumasailalim ng aming mga panuntunan sa paunang pahintulot**.
- **5 araw ng negosyo** nang hindi lalampas ng 14 na mga araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan para sa lahat ng iba pang serbisyong medikal o bagay.
- **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan para sa isang **Medicare Part B na gamot**.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 253



Mabilis na pagpapasya sa saklaw

Ang legal na termino para sa mabilis na pagpapasya sa saklaw ay **pinabilis na pagtukoy**.

Kapag hiniling ninyo sa amin na gumawa kami ng pagpapasya sa saklaw tungkol sa inyong pangangalagang medikal na nangangailangan ng mabilis na pagtugon, hilingin sa amin na gumawa kami ng "mabilis na pagpapasya sa saklaw." Ang isang mabilis na pagpapasya sa saklaw ay nangangahulugang magbibigay kami sa inyo ng sagot tungkol sa isang:

- **72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan **para sa isang medikal na serbisyo o bagay**.
- **24 na oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan **para sa isang Medicare Part B na gamot**.

Upang makatanggap ng mabilis na pagpapasya sa saklaw, dapat ninyong matugunan ang dalawang bagay na kinakailangan:

- Humihingi kayo ng pagsaklaw para sa mga medikal na bagay at/o serbisyong **hindi ninyo nakuha o natanggap**. Hindi kayo maaaring humingi ng mabilis na pagpapasya sa saklaw kaugnay sa pagbabayad para sa mga item o serbisyong nakuha na ninyo.
- Ang paggamit ng mga karaniwang takdang petsa ay **maaaring magdulot ng malubhang pinsala sa inyong kalusugan** o makapinsala sa inyong kakayahang gumana.

Awtomatiko namin kayong bibigyan ng mabilis na pagpapasya sa saklaw kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan. Kung hihiling kayo nang walang suporta ng inyong doktor, magpapasya kami kung makakakuha kayo ng mabilis na pagpapasya sa saklaw.

- Kung magpasya kami na hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga pangangailangan para sa isang mabilis na pagpapasya sa saklaw, padadalhan ka namin ng liham na nagsasabi nito, at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa. Sasabihin ng liham sa inyo na:
 - Awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilis na pagpapasya sa saklaw kung hihilingin ito ng inyong doktor.
 - Paano kayo makakapaghain ng "mabilis na reklamo" kaugnay sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang pagpapasya sa saklaw sa halip na isang mabilis na pagpapasya sa saklaw. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paggawa ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.



Kung sasabihin namin ang Hindi sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan ka namin ng liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan.

- Kung sasabihin naming **Hindi**, may karapatan kayong mag-apela. Kung sa tingin ninyo ay nagkamali kami, ang paggawa ng apela ay isang pormal na paraan ng paghiling sa amin na suriin ang aming desisyon at baguhin ito.
- Kung magpasya kayong magsagawa ng apela, mapapapunta kayo sa Antas 1 ng proseso ng mga apela (sumangguni sa **Seksyon F3**).

Sa mga limitadong pagkakataon, maaari naming ipasawalang-bisa ang inyong kahilingan para sa isang pagpapasya sa saklaw, na nangangahulugang hindi namin susuriin ang kahilingan. Kasama sa mga halimbawa kung kailan idi-dismiss ang isang kahilingan ang:

- kung hindi kumpleto ang kahilingan,
- kung may humiling sa inyong ngalan ngunit hindi legal na awtorisadong gawin ito, o
- kung hihilingin ninyong bawiin ang inyong kahilingan.

Kung ipinasawalang-bisa namin ang isang kahilingan para sa isang pagpapasya sa saklaw, magpapadala kami sa inyo ng paunawa na nagpapaliwanag kung bakit pinasawalang-bisa ang kahilingan at kung paano humiling ng pagsusuri ng pagsasawalang-bisa. Ang pagsusuring ito ay tinatawag na apela. Ang mga apela ay tinatalakay sa susunod na seksyon.

F3. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Upang makapagsimula ng apela, kayo, ang inyong doktor, o ang inyong awtorisadong kinatawan ay dapat na makipag-ugnayan sa amin. Tawagan kami sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Humingi ng karaniwang apela o mabilis na apela sa pamamagitan ng pagsulat o sa pamamagitan ng pagtawag sa amin sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

- Kung hihilingin ng inyong doktor o ng ibang tagareseta na ipagpatuloy ang isang serbisyo o bagay na nakukuha o tinatanggap na ninyo sa panahon ng inyong apela, maaaring kailanganin ninyong pangalanan sila bilang ang inyong kinatawan upang kumilos sila sa ngalan ninyo.
- Kung isang tao na hindi ang inyong doktor ang gumawa ng apela para sa inyo, magsama ng isang form ng Pagtatalaga ng Kinatawan na nagpapahintulot sa taong ito na kumatawan sa inyo. Makukuha ninyo ang form sa pamamagitan ng pagpunta sa www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 255



- Maaari kaming tumanggap ng kahilingan sa apela nang wala ang form, ngunit hindi namin masisimulan o makukumpleto ang aming pagsusuri hanggang sa makuha namin ito. Kung hindi namin makukuha ang form bago ang takdang petsa sa paggawa ng desisyon para sa inyong apela:
 - Idi-dismiss namin ang inyong kahilingan, at
 - Magpapadala kami sa inyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag ng inyong karapatang hilingin sa IRO na suriin ang aming desisyon na i-dismiss ang inyong apela.
- Dapat kayong umapela sa loob ng 65 mga araw sa kalendaryo mula sa petsang nasa sulat na ipinadala namin sa inyo upang ipaalam sa inyo ang aming pasya.
- Kung napalampas ninyo ang takdang petsa at may magandang dahilan kung bakit ito napalampas, maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras para gawin ang inyong apela. Ang mga halimbawa ng mabubuting dahilan ay ang mga bagay tulad ng nagkaroon kayo ng seryosong sakit o binigyan namin kayo ng maling impormasyon tungkol sa takdang petsa. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela nang ginawa ninyo ang inyong apela.
- May karapatan kayong humiling sa amin ng isang libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Maaari din ninyo kaming bigyan o ng inyong doktor ng higit pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

Ang terminong legal para sa “mabilis na apela” ay “**pinabilis na muling pagsasaalang-alang.**”

- Kung nagsagawa kayo ng apela sa isang desisyon na ginawa namin tungkol sa pagsaklaw para sa pangangalaga, kayo at/o ang inyong doktor ay maaaring humiling ng mabilis na apela.

Awtomatiko namin kayong bibigyan ng mabilis na apela kung sasabihin sa amin ng inyong doktor na kailangan ito ng inyong kalusugan. Kung hihiling kayo nang walang suporta ng inyong doktor, magpapasya kami kung makakakuha kayo ng mabilis na apela.

- Kung magpasya kaming hindi natutugunan ng inyong kalusugan ang mga kinakailangan para sa isang mabilis na apela, padadalhan namin kayo ng sulat na nagsasabi nito at sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa. Sasabihin ng liham sa inyo na:
 - Awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng mabilis na apela kung hihilingin ito ng inyong doktor.
 - Paano kayo makakapaghain ng “mabilis na reklamo” kaugnay sa aming desisyon na bigyan kayo ng karaniwang apela sa halip na isang mabilis na apela. Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa paggawa ng reklamo, kabilang ang mabilis na reklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 256



Kung sasabihin namin sa inyo na ihihinto o babawasan namin ang mga serbisyo o bagay na tinatanggap o kinukuha na ninyo, maaari ninyong maipagpatuloy ang pagtanggap o pagkuha ng mga serbisyo o bagay na iyon sa panahon ng inyong apela.

- Kung magpasya kaming baguhin o ihinto ang saklaw para sa isang serbisyo o item na nakukuha ninyo, padadalhan ka namin ng aniso bago kami kumilos.
- Kung hindi ka sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kang maghain ng Antas 1 na Apela.
- Patuloy naming sasaklawin ang serbisyo o item kung humiling kayo ng Antas 1 na Apela sa loob ng 10 mga araw sa kalendaryo mula sa petsa sa aming sulat o sa inilaang petsa ng pagka-epektibo ng aksyon, alinman ang mas huli.
 - Kung matugunan ninyo ang takdang petsa na ito, makukuha o matatanggap ninyo ang serbisyo o bagay nang walang mga pagbabago habang nakabinbin ang inyong Antas 1 na apela.
 - Matatanggap o makukuha din ninyo ang lahat ng iba pang mga serbisyo o bagay (na hindi sumasailalim sa inyong apela) nang walang mga pagbabago.
 - Kung hindi kayo magsagawa ng apela bago sumapit ang mga petsang ito, ang inyong serbisyo o bagay ay hindi ipagpapatuloy habang hinihintay ninyo ang desisyon tungkol sa inyong apela.

Isasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

- Kapag sinusuri namin ang inyong apela, muli naming maingat na tinitingnan ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan para sa saklaw ng pangangalagang medikal.
- Tinitingnan namin kung sinunod namin ang lahat ng mga panuntunan noong sinabi namin ang **Hindi** sa inyong kahilingan.
- Nag-iipon kami ng higit pang impormasyon kung kailangan namin ito. Maaari kaming makipag-ugnayan sa inyo o sa inyong doktor para makakuha ng higit pang impormasyon.

May mga takdang petsa para sa isang mabilis na apela.

- Kapag ginamit namin ang mabilis na mga takdang petsa, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong apela, o mas maaga kung ang inyong kalusugan ay nangangailangan ng mas mabilis na pagtugon.** Mas maaga naming ibibigay ang aming kasagutan kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.



- Kung hindi namin kayo binigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela. Pagkatapos ay sinusuri ito ng isang IRO. Sa bandang huli ng kabanatang ito, sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang Antas 2 ng proseso ng pag-apela. Kung ang inyong problema ay tungkol sa saklaw ng isang serbisyo o bagay ng Medicaid, maaari kayong maghain ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado mismo sa sandaling matapos ang panahon. Sa California ang isang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para makapaghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni Seksyon F4, kung ano ang nalalapat.
- **Kung sasabihin naming Oo sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang inyong apela, o mas maaga kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- **Kung sasabihin naming Hindi sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan**, ipapadala namin ang inyong apela sa IRO para sa Antas 2 na Apela.

May mga takdang petsa para sa isang karaniwang apela.

- Kapag ginamit namin ang karaniwang mga takdang petsa, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos naming makuha ang inyong apela para sa pagsaklaw sa mga serbisyong hindi ninyo nakuha.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na gamot na hindi ninyo natanggap, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 7 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela o mas maaga pa kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- Kung hindi ka namin bibigyan ng sagot sa takdang petsa, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay sinusuri ito ng isang IRO. Sa bandang huli ng kabanatang ito sa Seksyon F4, sasabihin namin sa inyo ang tungkol sa organisasyong ito at ipapaliwanag ang Antas 2 ng proseso ng pag-apela. Kung ang inyong problema ay tungkol sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medicaid, maaari kayong maghain ng Antas 2 – Pagdinig ng Estado sa estado mismo sa sandaling matapos ang panahon. Sa California ang isang Pagdinig ng Estado ay tinatawag na Pagdinig ng Estado. Para makapaghain ng Pagdinig ng Estado, sumangguni Seksyon F4, kung ano ang nalalapat.

Kung Oo ang sagot namin sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming pahintulutan o ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 30 araw sa kalendaryo mula sa petsa na natanggap namin ang inyong kahilingan sa apela, o kasing-bilis sa pangangailangan ng inyong kundisyong pangkalusugan at sa loob ng 72 oras mula sa petsa kung kailan binago namin ang aming desisyon, o sa loob ng 7 araw sa kalendaryo mula sa petsa na natanggap namin ang inyong apela kung ang inyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na gamot.



Kung sasabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng inyong kahilingan, **mayroon kayong karagdagang mga karapatan sa apela:**

- Kung sasabihin namin ang **Hindi** sa bahagi o lahat ng hiniling ninyo, padadalhan ka namin ng liham.
- Kung ang inyong problema ay kaugnay sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medicare, sasabihin sa inyo ng sulat na ipinadala namin ang inyong kaso sa IRO para sa isang Antas 2 na Apela.
- Kung ang inyong problema ay kaugnay sa saklaw ng isang serbisyo o item ng Medi-Cal, sasabihin sa inyo ng sulat kung paanong kayo mismo ay magkapaghahain ng Antas 2 na Apela.

F4. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung sasabihin naming **Hindi** sa isang bahagi o sa lahat ng inyong Antas 1 na Apela, padadalhan namin kayo ng liham. Sasabihin ng liham na ito kung karaniwang sinasaklaw ng Medicare, Medi-Cal, o ng kapwa programa ang serbisyo o bagay.

- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o bagay na karaniwang sinasaklaw ng **Medicare**, kusa naming ipapadala ang inyong kaso sa Antas 2 ng proseso ng pag-apela sa sandaling makumpleto na ang Antas 1 ng Apela.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang sinasaklaw ng **Medi-Cal**, maaari kayo mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Sasabihin sa inyo ng liham kung paano ito gagawin. Nagsama rin kami ng higit pang impormasyon sa susunod na bahagi ng kabanatang ito.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na maaaring saklawin ng **parehong Medicare at Medi-Cal**, awtomatiko kayong makakakuha ng Antas 2 na Apela sa IRO. Bukod sa awtomatikong Antas 2 na Apela, maaari ka ring humingi ng Pagdinig ng Estado at isang Hiwalay na Medikal na Repaso sa estado. Gayunpaman, ang isang Independent Medical Review ay hindi maisasagawa kung nakapagpakita na kayo ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado.

Kung kwalipikado kayo para sa pagpapatuloy ng mga benepisyo noong naghain kayo ng inyong Antas 1 na Apela, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyo, item, o gamot na nasa ilalim ng apela ay maaari ding magpatuloy sa Antas 2. Sumangguni sa **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa pagpapatuloy ng inyong mga benepisyo sa panahon ng Antas 1 na mga Apela.



- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyong karaniwang saklaw lamang ng Medicare, ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon ay hindi magpapatuloy sa panahon ng proseso ng Antas 2 na mga apela sa IRO.
- Kung ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyong karaniwang saklaw lamang ng Medi-Cal, magpapatuloy ang inyong mga benepisyo para sa serbisyong iyon kung magsusumite kayo ng Antas 2 na Apela sa loob ng 10 mga araw sa kalendaryo pagkatapos makuha ang aming liham ng pasiya.

Kapag ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o bagay na karaniwang saklaw ng Medicare

Sinusuri ng IRO ang inyong apela. Isa itong independiyenteng organisasyon na inupahan ng Medicare.

Ang pormal na pangalan ng Independiyenteng Organisasyon ng Pagsusuri (Independent Review Organization o IRO) ay ang **Independiyenteng Entidad ng Pagsusuri o Independent Review Entity**, na minsang tinatawag na **IRE**.

- Ang organisasyong ito ay hindi konektado sa amin at hindi isang ahensya ng gobyerno. Pinili ng Medicare ang kumpanya upang maging IRO, at pinangangasiwaan ng Medicare ang kanilang trabaho.
- Nagpapadala kami ng impormasyon tungkol sa inyong apela (ang inyong “file sa kaso”) sa organisasyong ito. May karapatan kayo sa isang libreng kopya ng inyong file sa kaso.
- May karapatan kayong bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.
- Tinitingnang mabuti ng mga tagasuri sa IRO ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.

Kung nagkaroon kayo ng mabilis na apela sa Antas 1, mayroon ka ring mabilis na apela sa Antas 2.

- Kung nagkaroon kayong mabilis na apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakakuha ng mabilis na apela sa Antas 2. Dapat kayong bigyan ng IRO ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 72 oras** pagkatapos makuha ang inyong apela.

Kung mayroon kayong karaniwang apela sa Antas 1, mayroon ka ring karaniwang apela sa Antas 2.

- Kung mayroon kayong karaniwang apela sa amin sa Antas 1, awtomatiko kayong makakakuha ng karaniwang apela sa Antas 2.
- Kung ang inyong kahilingan ay para sa isang medikal na bagay o serbisyo, ang IRO ay dapat magbigay sa inyo ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 30 araw sa kalendaryo** pagkatapos makuha ang inyong apela.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 260



- Kung ang inyong kahilingan ay para sa Medicare Part B na gamot, dapat kayong bigyan ng IRO ng sagot sa inyong Antas 2 na Apela **sa loob ng 7 araw sa kalendaryo** pagkatapos na matanggap ang inyong apela.

Kung ibinigay sa inyo ng IRO ang kanilang sagot sa isang liham na nagpapaliwanag ng mga dahilan.

- **Kung Oo ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang medikal na bagay o serbisyo**, dapat naming ipatupad kaagad ang desisyon:
 - Pahintulutan ang saklaw ng pangangalagang medikal **sa loob ng 72 oras, o**
 - Ibigay ang serbisyo sa loob ng **5 araw na may trabaho** pagkatapos naming makuha ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
 - Ibigay ang serbisyo **sa loob ng 72 oras** mula sa petsa na makuha namin ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan.**
- **Kung Oo ang sagot ng IRO sa bahagi o sa lahat ng kahilingan para sa Medicare Part B na gamot**, dapat naming pahintulutan o ibigay ang Medicare Part B na gamot na pinagtatalunan:
 - **Sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming makuha ang desisyon ng IRO para sa **mga karaniwang kahilingan, o**
 - **Sa loob ng 24 na oras** mula sa petsa na makuha namin ang desisyon ng IRO para sa **mga pinabilis na kahilingan.**
- **Kung Hindi ang sagot ng IRO sa bahagi o lahat ng inyong apela**, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o ang bahagi ng inyong kahilingan) para sa pagsaklaw sa medikal na pangangalaga. Tinatawag ito na "pagpapatibas sa desisyon" o "pagtangga sa inyong apela."
 - Kung natutugunan ng inyong kaso ang mga kinakailangan, pipiliin mo kung gusto mong ituloy pa ang inyong apela.
 - May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, para sa kabuuan ng limang antas.
 - Kung ang inyong Antas 2 na Apela ay tinanggihan at natutugunan mo ang mga kahilingan upang ipagpatuloy ang proseso ng apela, dapat kang magpasiya kung magpapatuloy ka sa Antas 3 at gumawa ng ikatlong apela. Ang mga detalye tungkol sa kung paano ito gagawin ay matatagpuan sa nakasulat na paunawang inyong matatanggap pagkatapos ng inyong Antas 2 na Apela.
 - Pinangangasiwaan ng Hukom ng Administratibong Batas (Administrative Law Judge, ALJ) o attorney adjudicator ang Antas 3 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon kaugnay sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 261



Kapag ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo o item na karaniwang saklaw ng Medi-Cal

May dalawang paraan upang gumawa ng Antas 2 na apela para sa mga serbisyo at item ng Medi-Cal: (1) Paghahain ng reklamo o Hiwalay na Medikal na Pagsusuri o (2) Pagdinig ng Estado.

(1) Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC)

Maaari kayong maghain ng reklamo sa o mag-apply para sa isang Independent Medical Review (IMR) mula sa Help Center sa DMHC. Sa pamamagitan ng paghahain ng reklamo, pag-aaralan ng DMHC ang aming desisyon. Magsasagawa ang DMHC ng kanilang sariling imbestigasyon sa inyong reklamo o magpapasya kung kwalipikado ang kaso para sa IMR. Ang IMR ay maaaring maisakatuparan para sa anumang saklaw na serbisyo ng Medi-Cal o bagay na may medikal na kaugnayan. Ang IMR ay isang pag-rereview ng inyong kaso ng mga eksperto na hindi bahagi ng aming plano o ng DMHC. Kung pabor sa inyo ang pasya sa IMR, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyo o item na hinihiling ninyo. Wala kayong babayaran para sa isang IMR.

Maaari kayong maghain ng reklamo o mag-apply para sa isang IMR kung ang aming plano ay:

- Tinanggihan, binago, o inantala ang isang serbisyo ng Medi-Cal o paggamot dahil natukoy ng aming plano na hindi ito medikal na kinakailangan.
- Hindi sinaklaw ang isang sinusubukan o sinisiyasat na paggamot ng Medi-Cal para sa isang malubhang medikal na kundisyon.
- Pinagtatalunan kung ang isang serbisyong operasyon o pamamaraan ay kosmetiko o rekonstruktibo ang kalikasan.
- Hindi magbabayad para sa mga pang-emergency o agarang serbisyo ng Medi-Cal na natanggap na ninyo.
- Hindi nalutas ang inyong Antas 1 na Apela sa isang serbisyo ng Medi-Cal sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo para sa isang karaniwang apela o 72 oras, o mas maaga pa, kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, para sa isang mabilis na apela.

Sa karamihan ng mga sitwasyon, dapat kayong maghain ng apela sa amin bago humiling ng IMR. Sumangguni sa **Seksyon F3** para sa impormasyon tungkol sa aming Antas 1 na proseso ng apela. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon, maaari kayong maghain ng reklamo sa DMHC o humingi ng IMR sa Sentro ng Tulong ng DMHC.

TANDAAN: Kung naghain ang inyong provider ng apela para sa inyo, ngunit hindi namin nakuha ang inyong form sa Pagtatalaga ng Kinatawan, kakailanganin ninyong muling ihain ang inyong apela sa amin bago kayo makapaghain ng Antas 2 na IMR sa Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan maliban na lamang kung ang inyong apela ay kaugnay sa isang nalalapit at seryosong panganib sa inyong kalusugan, kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, matinding pananakit, posibleng pagkawala ng buhay, paa, o ng pangunahing paggana ng katawan.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 262



Maaari kayong humiling ng IMR at ng Pagdinig ng Estado, ngunit hindi kayo pinapayagang pumunta sa IMR kung nakapagpakita na kayo ng ebidensya sa isang Pagdinig ng Estado o nagkaroon na ng Pagdinig ng Estado tungkol sa kaparehong isyu.

Kung tinanggihan ang inyong paggamot dahil ito ay eksperimental o pagsisiyasat, hindi ninyo kailangang makibahagi sa aming proseso ng apela bago kayo mag-apply para sa isang IMR.

Kung ang inyong problema ay agaran o kaugnay ng isang agaran at malubhang panganib sa inyong kalusugan o kung nakararanas kayo ng matinding pananakit, maaari ninyo itong dalhin kaagad sa atensyon ng DMHC at hindi na kailangan munang dumaan sa aming proseso ng apela.

Dapat kayong **mag-apply para sa isang IMR sa loob ng 6 na buwan** pagkatapos namin kayong padalhan ng nakasulat na pasya tungkol sa inyong apela. Maaaring tanggapin ng DMHC ang inyong aplikasyon pagkatapos ng 6 na buwan para sa mabuting dahilan, tulad ng pagkakaroon ng medikal na kundisyon na humadlang sa inyong humingi ng IMR sa loob ng 6 na buwan o hindi pagtanggap ng sapat na paunawa mula sa amin tungkol sa proseso ng IMR.

Upang maghain ng reklamo o humiling ng IMR:

- Punan ang Form ng IMR/Reklamo na matatagpuan sa:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx
o tawagan ang DMHC Help Center sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 1-877-688-9891.
- Kung mayroon kayo ng mga ito, maglakip ng mga kopya ng mga liham o iba pang mga dokumento tungkol sa serbisyo o item na tinanggihan namin. Maaari nitong mapabilis ang proseso ng IMR. Magpadala ng mga kopya ng mga dokumento, hindi mga orihinal. Hindi maibabalik ng Help Center ang anumang mga dokumento.
- Punan ang Form ng Pinahihintulatang Katulong (Authorized Assistant Form) kung may isang taong tumutulong sa inyo sa inyong IMR. Makukuha ninyo ang form sa
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx
o tumawag sa Sentro ng Tulong ng Departamento sa 1-888-466-2219. Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 1-877-688-9891.
- Isumite ang Form ng IMR/Reklamo at anumang mga kalakip sa DMHC:
Magsumite sa online: [Paano Maghain ng Reklamo](#)

Magsumite sa pamamagitan ng koreo o fax:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 263



Sa loob ng 7 araw, pag-aaralan ng DMHC ang inyong aplikasyon at papadalhan nila kayo ng liham na nagkukumpirma na natanggap nila ito. Kung natukoy ng DMHC na kwalipikado ang kaso para sa IMR, magkakaroon ng desisyon sa IMR sa loob ng 30 araw pagkatapos na matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

Kung agaran ang inyong kaso at kwalipikado kayo para sa IMR, karaniwang magkakaroon ng pasya sa IMR sa loob ng 7 araw pagkatapos na matanggap ang lahat ng kinakailangang dokumentasyon.

Kung hindi kayo nasisiyahan sa resulta ng IMR, maaari pa rin kayong humiling ng Pagdinig ng Estado.

Maaaring abutin nang mas matagal ang IMR kung hindi matanggap ng DMHC ang lahat mga talaang medikal na kinakailangan nila mula sa inyo o sa doktor na gumagamot sa inyo. Kung nagpapatingin kayo sa isang doktor na wala sa network ng inyong planong pangkalusugan, mahalagang kunin ninyo ang inyong mga talaang medikal mula sa doktor na iyon at ipadala ninyo ang mga ito sa amin. Ang inyong planong pangkalusugan ay kinakailangang kumuha ng kopya ng inyong mga talaang medikal mula sa mga doktor na nasa network.

Kung magpasya ang DMHC na hindi karapat-dapat ang inyong kaso para sa IMR, pag-aaralan ng DMHC ang inyong kaso sa pamamagitan ng regular na proseso ng reklamo ng consumer nito. Ang inyong reklamo ay dapat malutas sa loob ng 30 araw sa kalendaryo pagkatapos ng pagsusumite ng nakumpletong aplikasyon. Kung apurahan ang inyong reklamo, mas maaga itong mareresolba.

(2) Pagdinig ng Estado

Maaari kayong humiling ng Pagdinig ng Estado para sa mga saklaw na serbisyo at bagay ng Medi-Cal. Kung humihiling ang inyong doktor o iba pang mga provider ng serbisyo o bagay na hindi namin aaprubahan, o hindi namin ipagpapatuloy ang pagbabayad sa serbisyo o bagay na natanggap na ninyo at tinanggihan namin ang inyong Antas 1 na apela, mayroon kayong karapatan na humiling ng Pagdinig ng Estado.

Sa karamihan ng mga kaso **mayroon kayong 120 araw para humiling ng Pagdinig ng Estado** pagkatapos ipadala sa inyo ang abiso ng "Liham ng Desisyon sa Apela".

TANDAAN: Kung humiling kayo ng Pagdinig ng Estado dahil sinabi namin sa inyo na babaguhin o ititigil ang isang serbisyong kasalukuyang nakukuha ninyo, **mayroon kayong mas kaunting araw para isumite ang inyong kahilingan** kung gusto ninyong patuloy na makuha ang serbisyong iyon habang nakabinbin ang inyong Pagdinig ng Estado. Basahin ang "Magpapatuloy ba ang aking mga benepisyo sa panahon ng Antas 2 na apela" sa pahina 256 para sa higit pang impormasyon.

May dalawang paraan upang makahiling ng Pagdinig ng Estado:

1. Maaari ninyong sagutan ang "Kahilingan para sa Pagdinig ng Estado" sa likod ng abiso sa pagkilos. Dapat ninyong ibigay ang lahat ng hinihiling na impormasyon gaya ng inyong buong pangalan, address, numero ng telepono, ang pangalan ng plano o county na gumawa ng pagkilos laban sa inyo, ang (mga) sangkot na program ng tulong at isang detalyadong dahilan kung bakit gusto ninyo ng pagdinig. Pagkatapos ay maaari ninyong isumite ang inyong kahilingan sa isa sa mga paraang ito:

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 264



- Sa welfare department ng county sa address na ipinapakita sa abiso.
- Sa California Department of Social Services:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430

- Sa State Hearings Division sa numero ng fax na 916-309-3487 o libreng tawag sa 1-833-281-0903.
2. Maaari kayong tumawag sa Departamento ng mga Serbisyong Panlipunan ng California sa 1-800-743-8525. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349. Kung magpapasya kayong humiling ng Pagdinig ng Estado sa pamamagitan ng sa telepono, dapat ninyong malamang napaka-abala ng mga linya ng telepono.

Para sa Antas 2 na Apela, hihilingin ninyo sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa inyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Dapat ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 araw sa kalendaryo** pagkatapos nang na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa inyong Antas 1 na Apela. Maaari **lamang** ninyong hilingin ang pagsusuring ito kung mananatili kayo sa ospital pagkatapos ng petsa na natapos ang inyong pagkakasaklaw para sa pangangalaga.

Ang mga tagasuri ng QIO ay:

- Titingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sasabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Dapat namin kayong bayaran sa bahagi namin sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital mula tanghali noong araw pagkatapos ng petsang tinanggihan ng QIO ang inyong Antas 1 na Apela.
- Magbibigay kami sa inyo ng inyong saklaw na mga serbisyong pang-inpatient sa ospital hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 1 na Apela at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.



- Maaari rin kayong magsampa ng reklamo sa o humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang ipagpatuloy ang inyong pamamalagi sa ospital. Sumangguni sa **Seksyon E4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso.

Ibinibigay sa inyo ng Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ang kanilang desisyon nang nakasulat at ipapaliwanag ang mga dahilan.

- Kung **Oo** ang sagot ng Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o lahat ng isang kahilingan para sa isang medikal na bagay o serbisyo, dapat naming pahintulutan o ibigay ang serbisyo o item **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming makuha ang kanilang desisyon.
- Kung **Hindi** ang sagot ang Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado sa bahagi o lahat ng inyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan (o ang bahagi ng inyong kahilingan) para sa pagsaklaw ng pangangalagang medikal. Tinatawag ito na "pagpapatibas sa desisyon" o "pagtanggig sa inyong apela."

Kung **Hindi** ang desisyon ng IRO o Pagdinig ng Estado para sa lahat o bahagi ng inyong kahilingan, mayroon kayong karagdagang mga karapatan sa apela.

Kung ang inyong Antas 2 na Apela ay napunta sa **IRO**, maaari lamang kayong mag-apela muli kung ang dolyar na halaga ng serbisyo o item na gusto ninyo ay nakakatugon sa isang partikular na minimum na halaga. Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa Antas 3 na Apela. **Ipapaliwanag ng liham na makuha mo mula sa IRO ang karagdagang mga karapatan sa apela na maaaring mayroon kayo.**

Ilalarawan ng liham na makukuha ninyo mula sa Dibisyon ng mga Pagdinig ng Estado ang susunod na opsyon sa apela.

Sumangguni sa **Seksyon J** para sa higit pang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan sa apela pagkatapos ng Antas 2.

F5. Mga problema sa pagbabayad

Hindi namin pinapayagan ang mga nasa network na provider na singilin kayo para sa mga saklaw na serbisyo at bagay. Totoo ito kahit na binabayaran namin ang provider nang mas mababa kaysa sa sinisingil ng provider para sa isang saklaw na serbisyo o item. Hindi kayo kailanman kailangang magbayad ng balanse para sa anumang pagsingil. Ang tanging halaga na dapat na hilingin mula sa inyo ay ang copay para sa Tier 3: Mga Piniling Gamot na May Brand, Tier 4: Mga Piniling Gamot na May Brand, at Tier 5: Mga Gamot na nasa Specialty Tier

Kung makatanggap kayo ng pagsingil na mahigit sa inyong copay para sa mga saklaw na serbisyo at bagay, ipadala ang pagsingil sa amin. Huwag ninyong babayaran mismo ang bill. Direkta kaming makikipag-ugnayan sa provider at aasikasuhin namin ang problema. Kung magbabayad ka ng singil, maaari kayong makakuha ng palit sa bayad mula sa aming plano kung sinunod ninyo ang mga patakaran para sa pagkuha ng mga serbisyo o item.



Para sa higit pang impormasyon, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito. Inilalarawan nito ang mga sitwasyon kung kailan maaaring kailanganin ninyong hilingin sa amin na bayaran kayo o bayaran ang singil na nakuha ninyo mula sa isang provider. Sinasabi rin nito kung paano ipapadala sa amin ang mga papeles na humihiling sa amin ng pagbabayad.

Kung hihiling kayong ibalik sa inyo ang ibinayad ninyo, humihiling kayo ng pagpapasya sa saklaw. Susuriin namin kung saklaw ang serbisyo o bagay na binayaran ninyo at kung sinunod ninyo ang lahat ng panuntunan para sa paggamit sa inyong saklaw.

- Kung saklaw ang serbisyo o bagay na binayaran ninyo at sinunod ninyo ang lahat ng mga patakaran, ipapadala namin sa inyo ang aming bahagi ng gastos para sa serbisyo o bagay, na sa karaniwan ay darating sa loob ng 30 araw sa kalendaryo, ngunit hindi higit pa sa 60 araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan.
- Kung hindi pa ninyo nababayaran ang serbisyo o bagay, direkta naming ipapadala ang bayad sa provider. Kapag ipinadala namin ang bayad, katulad ito ng pagsasabi ng **Oo** sa inyong kahilingan para sa pagpapasya sa saklaw.
- Kung ang serbisyo o bagay ay hindi sinasaklaw o hindi ninyo sinunod ang lahat ng panuntunan, papadalhan namin kayo ng liham na nagsasabi sa inyo na hindi namin babayaran ang serbisyo o bagay at ipaliliwanag namin kung bakit.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon na huwag magbayad, **maaari kayong mag-apela**. Sundin ang proseso ng mga apela na inilalarawan sa **Seksyon F3**. Kapag sinunod ninyo ang mga tagubiling ito, tandaan:

- Kung gagawa kayo ng apela na bayaran namin kayo, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang inyong apela.

Kung **Hindi** ang sagot namin sa inyong apela at karaniwang sinasaklaw ng **Medicare** ang serbisyo o bagay, ipapadala namin ang inyong kaso sa IRO. Padadalhan namin kayo ng liham kung nangyari ito.

- Kung binaligtad ng IRO ang aming pasya at sinabing dapat namin kayong bayaran, ipadala dapat namin sa inyo o sa provider ang bayad sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo. Kung **Oo** ang sagot sa inyong apela sa anumang yugto ng proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2, dapat naming ipadala ang bayad sa inyo o sa provider ng pangangalagang pangkalusugan sa loob ng 60 mga araw sa kalendaryo.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila na hindi namin dapat aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag ito na "pagpapatibay sa desisyon" o "pagtangi sa inyong apela." Makakatanggap kayo ng liham na nagpapaliwanag ng karagdagang mga karapatan sa apela na maaaring mayroon kayo. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa karagdagang impormasyon tungkol sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 267



Kung **Hindi** ang sagot namin sa inyong apela at karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal ang serbisyo o item, maaaring kayo mismo ang maghain ng Antas 2 na Apela. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa karagdagang impormasyon.

G. Mga gamot ng Medicare Part D

Kasama sa inyong mga benepisyo bilang isang miyembro ng aming plano ang saklaw para sa maraming gamot. Karamihan sa mga ito ay mga gamot sa Medicare Part D. May ilang gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare Part D na maaaring saklawin ng Medi-Cal. **Nalalapat lang ang seksyong ito sa mga apela sa gamot ng Medicare Part D.** Sasabihin namin ang "gamot" sa natitirang bahagi ng seksyong ito sa halip na sabihin ang "gamot ng Medicare Part D" sa bawat pagkakataon. Para sa mga gamot na sinasaklaw lamang ng Medi-Cal, sundin ang proseso sa **Seksyon E**.

Upang masaklaw, ang gamot ay dapat gamitin para sa isang medikal na tinatanggap na dahilan. Ibig sabihin, ang gamot ay inaprubahan ng Food and Drug Administration (FDA) o sinusuportahan ng ilang partikular na medikal na sanggunian. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa karagdagang impormasyon tungkol sa isang medikal na tinatanggap na dahilan.

G1. Mga pagpapasya sa saklaw at apela ng Medicare Part D

Narito ang mga halimbawa ng mga pagpapasya sa saklaw na maaari ninyong hilingin na gawin namin tungkol sa inyong mga gamot sa Medicare Part D:

- Hinihiling ninyo sa amin na gumawa ng isang pagbubukod, kabilang ang paghiling sa amin na:
 - Saklawin ang isang Medicare Part D na gamot na wala sa Listahan ng Gamot ng aming plano o
 - Magtabi ng paghihigpit sa aming saklaw para sa isang gamot (tulad ng mga limitasyon sa halagang makukuha ninyo)
- Itatanong ninyo sa amin kung saklaw ang isang gamot para sa inyo (tulad ng kapag ang inyong gamot ay nasa Listahan ng Gamot ng aming plano ngunit dapat namin itong aprubahan para sa inyo bago namin ito saklawin)

TANDAAN: Kung sasabihin sa inyo ng inyong parmasya na hindi mapupunan ang inyong reseta gaya ng nakasulat, bibigyan kayo ng parmasya ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag kung paano makipag-ugnayan sa amin upang humingi ng pagpapasya sa saklaw.



Ang isang paunang pagpapasya sa saklaw na kaugnay sa inyong mga Medicare Part D na gamot ay tinatawag na isang **"pagtukoy kung ang iniresetang gamot ay saklaw ng plano."**

- Hiniling ninyo sa amin na bayaran ang isang gamot na nabili na ninyo. Ito ay paghiling ng pagpapasya sa saklaw tungkol sa pagbabayad.

Kung hindi kayo sang-ayon sa pagpapasya sa saklaw na ginawa namin, maaari ninyong i-apela ang aming pasya. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito ang pareho na kung paano humiling ng mga pagpapasya sa saklaw at kung paano humiling ng apela. Gamitin ang tsart sa ibaba upang matulungan kayo.

Alin sa mga sitwasyong ito ang kinabibilangan ninyo?

Kailangan ninyo ng gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o kailangan ninyo kami na magtabi ng isang tuntunin o paghihigpit sa isang gamot na saklaw namin.	Gusto ninyong saklawin namin ang isang gamot sa aming Listahan ng Gamot, at sa tingin ninyo ay natutugunan ninyo ang mga tuntunin o paghihigpit ng plano (tulad ng pagkuha ng paunang pag-apruba) para sa gamot na kailangan ninyo.	Gusto ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad para sa gamot na natanggap at nabayaran na ninyo?	Sinabi namin sa inyo na hindi namin sasaklawin o babayaran ang isang gamot sa paraang gusto ninyo.
Maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng pagbubukod. (Isa itong uri ng pagpapasya sa saklaw.)	Maaari kayong humiling sa amin ng pagpapasya sa saklaw.	Maaari ninyong hilingin sa amin na ibalik ang inyong bayad. (Isa itong uri ng pasya sa saklaw.)	Maaari kayong gumawa ng apela. (Ibig sabihin nito ay hinihiling ninyo sa amin na muling isaalang-alang ito.)
Magsimula sa Seksyon G2 , at pagkatapos ay sumangguni sa Seksyon G3 at G4.	Sumangguni sa Seksyon G4	Sumangguni sa Seksyon G4	Sumangguni sa Seksyon G5

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 269



G2. Mga pagbubukod sa Medicare Part D

Kung hindi namin sasaklawin ang isang gamot sa paraang gusto ninyo, maaari ninyong hilingin sa amin na gumawa ng "pagbubukod." Kung tatanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang pagbubukod, maaari ninyong iapela ang aming desisyon.

Kapag humingi kayo ng pagbubukod, kailangang ipaliwanag ng inyong doktor o ng ibang tagareseta ang mga medikal na dahilan kung bakit kailangan ninyo ng pagbubukod.

Ang paghingi ng saklaw sa isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot o para sa pagtanggag sa isang paghihigpit sa isang gamot ay tinatawag kung minsan na paghingi ng "pagbubukod sa formulary." Ang paghiling na magbayad ng mas mababang presyo para sa isang saklaw na hindi piniling gamot ay minsang tinatawag na paghiling ng isang **"pagbubukod sa tier."**

Narito ang ilang halimbawa ng mga pagbubukod na maaaring hilingin sa amin o ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta na gawin namin:

1. Pagsaklaw sa isang gamot na wala sa aming *Listahan ng Gamot*

- Kung sumasang-ayon kaming gumawa ng pagbubukod at saklawin ang isang gamot na wala sa aming Listahan ng Gamot, babayaran ninyo ang copay na nalalapat sa mga gamot sa Tier 4: Tier na Hindi Piniling Gamot.
- Hindi kayo makakakuha ng pagbubukod sa kinakailangang halaga ng copay para sa gamot.

2. Pag-alis sa paghihigpit para sa isang saklaw na gamot

- Mga karagdagang tuntunin o limitasyon sa ilang partikular na gamot sa aming *Listahan ng Gamot* (sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon).
- Kasama sa mga karagdagang tuntunin at paghihigpit para sa ilang partikular na gamot ang:
 - Kinakailangang gamitin ang generic na bersyon ng isang gamot sa halip na ang branded na gamot.
 - Pagkuha sa aming pag-apruba nang maaga bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot para sa inyo. Minsan tinatawag ito na "paunang awtorisasyon (PA)."



- Kinakailangang sumubok muna ng ibang gamot bago kami sumang-ayon na saklawin ang gamot na hinihiling ninyo. Minsan ito ay tinatawag na "step therapy."
- Mga limitasyon sa dami. Para sa ilang gamot, may mga paghihigpit sa dami ng gamot na maaari ninyong makuha.
- Kung sumasang-ayon kami sa isang pagbubukod para sa inyo at inalis namin ang limitasyon, maaari kayong humiling ng pagbubukod sa halaga ng copay na kinakailangan ninyong bayaran.

3. Pagpapalit ng pagsaklaw sa isang gamot sa mas mababang tier ng bahaginan sa gastos. Ang bawat gamot sa aming *Listahan ng Gamot* ay nakalagay sa isa sa limang tier ng pagbabahagi ng gastos. Sa pangkalahatan, mas mababang bilang ng tier ng cost-sharing, mas kaunti ang inyong kinakailangang halaga ng copay.

- Kadalasang kasama sa *Listahan ng Gamot* ang higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kundisyon. Tinatawag ang mga ito na "alternatibong" gamot.
- Kung ang isang alternatibong gamot para sa inyong medikal na kundisyon ay nasa mas mababang tier ng pagbabahagi ng gastos kaysa sa gamot na iniinom niyo, maaari niyong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng pagbabahagi ng gastos para sa alternatibong gamot. Mapabababa nito ang halaga ng inyong copay para sa gamot.
 - Kung ang gamot na iniinom niyo ay isang biyolohikal na produkto, maaari niyong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng cost-sharing para sa pinakamababang tier para sa alternatibong biyolohikal na produkto para sa inyong kundisyon.
 - Kung ang gamot na iniinom niyo ay isang branded na gamot, maaari niyong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng cost-sharing para sa pinakamababang tier para sa alternatibong branded na gamot para sa inyong kundisyon.
 - Kung ang gamot na iniinom niyo ay isang generic na gamot, maaari niyong hilingin sa amin na saklawin ito sa halaga ng cost-sharing para sa pinakamababang tier para sa alternatibong branded o generic na gamot para sa inyong kondisyon.
- Hindi niyo maaaring hilingin sa amin na baguhin ang tier ng cost-sharing para sa anumang gamot sa Tier 5: Mga Gamot na nasa Specialty Tier
- Kung aaprubahan namin ang inyong kahilingan sa pagbubukod sa tier at mayroong mahigit sa isang mas mababang tier ng pagbabahagi ng gastos para sa alternatibong gamot na hindi niyo maaaring inumin, karaniwan ninyong babayaran ang pinakamababang halaga.



G3. Mahahalagang bagay na dapat malaman tungkol sa paghiling ng isang pagbubukod

Dapat sabihin sa amin ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta ang mga medikal na dahilan.

Dapat kaming bigyan ng inyong doktor o ng iba pang tagareseta ng isang pahayag na nagpapaliwanag sa mga medikal na dahilan para sa paghiling ng isang pagbubukod. Para sa mas mabilis na pasya, isama ang impormasyong ito mula sa inyong doktor o iba pang tagareseta kapag humiling kayo ng isang pagbubukod.

Kadalasang kasama sa *Listahan ng Gamot* ang higit sa isang gamot para sa paggamot sa isang partikular na kundisyon. Tinatawag ang mga ito na “alternatibong” gamot. Kung may isang alternatibong gamot na kasing-bisa ng gamot na hinihiling niyo at hindi magdudulot ng higit pang mga hindi kanais-nais na epekto o iba pang mga problema sa kalusugan, sa karaniwan ay **hindi** namin aaprubahan ang inyong kahilingan sa pagbubukod. Kung humiling kayo sa amin ng isang pagbubukod sa tier, sa pangkalahatan ay **hindi** namin aaprubahan ang inyong kahilingan sa pagbubukod maliban na lamang kung ang lahat ng mga alternatibong gamot sa mas mababang (mga) tier ng pagbabahagi ng gastos ay hindi magiging kasing-epektibo para sa inyo o posibleng magdulot ng hindi magandang reaksiyon o may iba pang panganib.

Maaari kaming sumagot ng Oo o Hindi sa inyong kahilingan.

- Kung sumagot kami ng **Oo** sa inyong kahilingan sa pagbubukod, karaniwang tumatagal ang pagbubukod hanggang sa dulo ng taon sa kalendaryo. Totoo ito hangga’t patuloy na inirereseta ng inyong doktor ang gamot para sa inyo at patuloy na ligtas at mabisa ang gamot na iyon sa paggamot sa inyong kundisyon.
- Kung sumagot kami ng **Hindi** sa inyong kahilingan sa pagbubukod, maaari kayong gumawa ng apela. Sumangguni sa **Seksyon G5** para sa impormasyon sa paggawa ng apela kung sumagot kami ng **Hindi**.

Sinasabi sa inyo ng susunod na seksyon kung paano humiling ng pagpapasya sa saklaw, kasama ang isang pagbubukod.

G4. Paghiling ng isang pagpapasya sa saklaw, kabilang ang isang pagbubukod

- Hilingin ang uri ng pagpapasya sa saklaw na gusto ninyo sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), pagsulat, o pag-fax sa amin. Maaari ninyo itong gawin, ng inyong kinatawan o ng inyong doktor (o ng iba pang tagareseta). Mangyaring isama ang inyong pangalan, impormasyon sa pagkontak, at impormasyon tungkol sa claim.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 272



- Maaari kayo o ang inyong doktor (o iba pang tagareseta) o ibang tao na kumikilos sa inyong ngalan na humiling ng isang pagpapasya sa saklaw. Maaari din kayong kumuha ng abugado na kikilos sa inyong ngalan.
- Sumangguni sa **Seksyon E3** upang malaman kung paano pangalanan ang isang tao bilang inyong kinatawan.
- Hindi ninyo kailangang magbigay ng nakasulat na pahintulot sa inyong doktor o iba pang tagareseta upang humiling ng isang pagpapasya sa saklaw sa ngalan niyo.
- Kung nais ninyong hilingin sa amin na ibalik namin ang inyong ibinayad para sa isang gamot, sumangguni sa **Kabanata 7** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.
- Kung hihiling kayo ng isang pagbubukod, bigyan kami ng isang "sumusuportang pahayag." Kabilang sa sumusuportang pahayag ang mga medikal na dahilan ng inyong doktor o iba pang tagareseta para sa kahilingan sa pagbubukod.
- Maaaring i-fax o ipadala sa amin ng inyong doktor o iba pang tagareseta ang sumusuportang pahayag. Maaari din nilang sabihin sa amin sa pamamagitan ng pagtawag at pagkatapos ay i-fax o ipadala ang pahayag.
- Maaari kayong magsumite ng mga kahilingan sa pagtukoy kung ang iniresetang gamot ay saklaw ng plano sa pamamagitan ng elektronikong pamamaraan sa protektadong portal ng miyembro sa:
https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
 - Piliin ang mga form ng miyembro
 - Simulan ang kahilingan sa pagtukoy kung ang iniresetang gamot ay saklaw ng plano online
 - Maaari ninyong simulan ang proseso para makakuha ng paunang awtorisasyon o isang pagbubukod.

Kung kailangan ito ng inyong kalusugan, humiling sa amin ng isang “mabilis na pagpapasya sa saklaw.”

Gumagamit kami ng “mga karaniwang takdang petsa” maliban kung sumang-ayon kaming gumamit ng “mga mabilis na takdang petsa.”

- Ang **karaniwang pagpapasya sa saklaw** ay nangangahulugan na bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.
- Ang **mabilis na pagpapasya sa saklaw** ay nangangahulugan na bibigyan namin kayo ng sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang pahayag ng inyong doktor.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 273



Ang “mabilis na pagpapasya sa saklaw” ay tinatawag na **“pinabilis na pagtukoy kung ang iniresetang gamot ay saklaw ng plano.”**

Maaari kayong makakuha ng mabilis na pagpapasya sa saklaw kung:

- Para ito sa isang gamot na hindi ninyo natanggap. Hindi kayo makakakuha ng mabilis na pagpapasya sa saklaw kung hinihiling ninyo sa amin na ibalik namin ang inyong ibinayad para sa isang gamot na nabili na ninyo.
- Manganganib nang husto ang inyong kalusugan o kakayahang kumilos kung gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa.

Kung sasabihin sa amin ng inyong doktor o iba pang tagareseta na nangangailangan ang inyong kalusugan ng mabilis na pagpapasya sa saklaw, susuriin namin ang inyong kahilingan sa ilalim ng mabilis na panahon ng pagpapasya sa saklaw. Padadalhan namin kayo ng liham na kasama ang impormasyong ito.

- Kung humiling kayo ng isang mabilis na pagpapasya sa saklaw nang walang suporta mula sa inyong doktor o iba pang tagareseta, magpapasya kami kung makakakuha kayo ng isang mabilis na pagpapasya sa saklaw.
- Kung magpasya kami na hindi natutugunan ng inyong medikal na kundisyon ang mga pangangailangan para sa isang mabilis na pagpapasya sa saklaw, sa halip ay gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa.
 - Padadalhan namin kayo ng liham na nagsasabi sa inyo na gagamitin namin ang karaniwang takdang petsa. Sasabihin din sa inyo ng liham kung paano maghain ng apela tungkol sa aming pasya.
 - Maaari kayong maghain ng mabilis na reklamo at makatanggap ng tugon sa loob ng 24 oras. Para sa higit pang impormasyon sa paggawa ng mga reklamo, kabilang ang pinabilis na pagreklamo, sumangguni sa **Seksyon K**.

Mga takdang petsa para sa mabilis na pagpapasya sa saklaw

- Kung gagamitin namin ang mabilis na mga takdang petsa, dapat namin kayong bigyan ng sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Kung humiling kayo ng pagbubukod, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot sa loob ng 24 oras pagkatapos naming makuha ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor. Mas maaga naming ibibigay ang aming kasagutan kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang takdang petsa na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela upang suriin ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa higit pang impormasyon tungkol sa Antas 2 na Apela.
- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang saklaw sa loob ng 24 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor.



- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat kasama ng mga dahilan. Sinasabi rin sa inyo ng sulat na ito kung paano makakagawa ng isang apela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang pagpapasya sa saklaw tungkol sa isang gamot na hindi ninyo nakuha

- Kung gagamitin namin ang mga karaniwang takdang petsa, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan. Kung humiling kayo ng pagbubukod, ibibigay namin sa inyo ang aming sagot sa loob ng 72 oras pagkatapos naming makuha ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor. Mas maaga naming ibibigay ang aming kasagutan kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
- Kung hindi namin matutugunan ang deadline na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela upang suriin ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibibigay namin sa inyo ang saklaw sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong kahilingan o ang sumusuportang pahayag ng inyong doktor para sa isang pagbubukod.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat kasama ng mga dahilan. Sasabihin din sa inyo ng sulat kung paano gumawa ng isang apela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang pagpapasya sa saklaw tungkol sa isang gamot na nabili niyo na

- Dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming makuha ang inyong kahilingan.
- Kung hindi namin matutugunan ang takdang petsa na ito, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela upang suriin ng isang IRO.
- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, ibabalik namin ang inyong ibinayad sa loob ng 14 mga araw sa kalendaryo.
- **Kung Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat kasama ng mga dahilan. Sasabihin din sa inyo ng sulat kung paano gumawa ng isang apela.



G5. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Ang pag-apela sa aming plano tungkol sa isang pagpapasya sa saklaw ng gamot sa Medicare Part D ay tinatawag na “**muling pagtukoy**” ng plano.

- Simulan ang inyong **karaniwan o mabilis na apela** sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), pagsulat, o pag-fax sa amin. Maaari ninyo itong gawin, ng inyong kinatawan o ng inyong doktor (o ng iba pang tagareseta). Mangyaring isama ang inyong pangalan, impormasyon sa pagkontak, at impormasyon tungkol sa inyong apela.
- Dapat kayong umapela **sa loob ng 65 mga araw sa kalendaryo** mula sa petsang nasa sulat na ipinadala namin sa inyo upang ipaalam sa inyo ang aming pasya.
- Kung napalampas ninyo ang takdang petsa at may magandang dahilan kung bakit ito napalampas, maaari ka naming bigyan ng mas maraming oras para gawin ang inyong apela. Ang mga halimbawa ng mabubuting dahilan ay ang mga bagay tulad ng nagkaroon kayo ng seryosong sakit o binigyan namin kayo ng maling impormasyon tungkol sa takdang petsa. Ipaliwanag ang dahilan kung bakit nahuli ang inyong apela nang ginawa ninyo ang inyong apela.
- May karapatan kayong humiling sa amin ng isang libreng kopya ng impormasyon tungkol sa inyong apela. Maaari din ninyo kaming bigyan o ng inyong doktor ng higit pang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.

Ang mabilis na apela ay tinatawag ring “**pinabilis na muling pagtukoy**.”

- Kung inaapela ninyo ang ginawang pasyan ng aming plano tungkol sa isang gamot na hindi ninyo nakuha, magpasya kayo o ang inyong doktor o iba pang tagareseta kung kailangan niyo ng isang mabilis na apela.
- Ang mga pangangailangan para sa mabilis na apela ay kapareho sa mga pangangailangan para sa mabilis na pagpapasya sa saklaw. Sumangguni sa **Seksyon G4** para sa higit pang impormasyon.

Isasaalang-alang namin ang inyong apela at ibibigay namin sa inyo ang aming sagot.

- Susuriin namin ang inyong apela at titingnan namin ulit nang mabuti ang lahat ng impormasyon tungkol sa inyong kahilingan sa pagsaklaw.
- Susuriin namin kung sinunod ba namin ang mga panuntunan noong sumagot kami ng **Hindi** sa inyong kahilingan.
- Maaari kaming makipag-ugnayan sa inyo o sa inyong doktor o iba pang tagareseta upang kumuha ng higit pang impormasyon.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 276



Mga takdang petsa para sa mabilis na apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang mabilis na mga takdang petsa, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
 - Mas maaga naming ibibigay ang aming kasagutan kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan.
 - Kung hindi namin kayo mabibigyan ng sagot sa loob ng 72 oras, dapat naming ipadala ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibigay ang saklaw na sinang-ayunan naming ibigay sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at magsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng isang apela.

Mga takdang petsa para sa karaniwang apela sa Antas 1

- Kung gagamitin namin ang karaniwang mga takdang petsa, dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot **sa loob ng 7 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela para sa isang gamot na hindi ninyo nakuha.
- Mas maaga naming ibibigay sa inyo ang aming pasya kung hindi ninyo nakuha ang gamot at kailangan ito ng inyong kundisyon sa kalusugan. Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling ng isang mabilis na apela.
 - Kung hindi namin kayo mabigyan ng pasya sa loob ng 7 mga araw sa kalendaryo, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at proseso ng mga apela sa Antas 2.

Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Dapat naming **ibigay ang saklaw** na sinang-ayunan naming ibigay sa lalong madaling panahon na kinakailangan ng inyong kalusugan, ngunit **hindi lalampas sa 7 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
- Dapat kaming **magpadala ng bayad sa inyo** para sa isang gamot na binili ninyo **sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.



Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at magsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng isang apela.
- Dapat naming ibigay sa inyo ang aming sagot tungkol sa pagbabalik namin sa inyong ibinayad para sa isang gamot na binili niyo **sa loob ng 14 na mga araw sa kalendaryo** pagkatapos naming matanggap ang inyong apela.
 - Kung hindi namin kayo mabigyan ng pasya sa loob ng 14 mga araw sa kalendaryo, ipapadala namin ang inyong kahilingan sa Antas 2 ng proseso ng mga apela. Pagkatapos ay susuriin ito ng isang IRO. Sumangguni sa **Seksyon G6** para sa impormasyon tungkol sa organisasyon ng pagsusuri at proseso ng mga apela sa Antas 2.
- Kung **Oo** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibalik ang inyong ibinayad sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo.
- Kung **Hindi** ang sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, padadalhan namin kayo ng sulat na nagpapaliwanag ng mga dahilan at magsasabi sa inyo kung paano kayo makakagawa ng isang apela.

G6 Paggawa ng Antas 2 na Apela

Kung **Hindi** ang sagot namin sa inyong Antas 1 na Apela, maaari ninyong tanggapin ang aming pasya o gumawa ng isa pang apela. Kung magpasya kayong gumawa ng isa pang apela, gagamitin ninyo ang proseso ng mga apela sa Antas 2 na Apela. Susuriin ng **IRO** ang aming desisyon noong sinagot namin ng **Hindi** ang inyong unang apela. Ang organisasyong ito ang magpapasya kung dapat ba naming baguhin ang aming pasya.

Ang pormal na pangalan ng “Hiwalay na Medikal na Repaso” (Independent Review Organization o IRO) ay ang “**Hiwalay na Entidad ng Pagsusuri**”, tinatawag minsan na “**Independent Review Entity o IRE**”.

Upang gumawa ng Antas 2 na Apela, kayo, ang inyong kinatawan, o ang inyong doktor o iba pang tagareseta ay dapat makipag-ugnayan sa IRO **sa pamamagitan ng pagsulat** at humiling ng pagsusuri sa inyong kaso.

- Kung **Hindi** ang sagot namin sa inyong Antas 1 na Apela, ang ipinadala naming sulat sa inyo ay may kasamang **mga tagubilin kung paano gumawa ng Antas 2 na Apela** sa IRO. Sinasabi ng mga tagubilin kung sino ang maaaring gumawa ng Antas 2 na Apela, anong mga takdang petsa ang dapat ninyong sundin, at kung paano makikipag-ugnayan sa organisasyon.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 278



- Kapag nag-apela kayo sa IRO, ipinapadala namin sa organisasyon ang impormasyong mayroon kami tungkol sa inyong apela. Ang impormasyong ito ay tinatawag na inyong "file ng kaso". **May karapatan kayo sa isang libreng kopya ng inyong file ng kaso.** Kung kailangan ninyo ng tulong sa paghiling ng libreng kopya ng inyong file ng kaso, tumawag sa 1-888-466-2219.
- May karapatan kayong bigyan ang IRO ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang inyong apela.

Susuriin ng IRO ang inyong Antas 2 na Apela sa Medicare Part D at bibigyan kyoa ng nakasulat na sagot. Sumangguni sa **Seksyon F4** para sa higit pang impormasyon tungkol sa IRO.

Mga takdang petsa para sa mabilis na apela sa Antas 2

Kung kinakailangan ito ng inyong kalusugan, humiling sa IRO ng isang mabilis na apela.

- Kung sumasang-ayon sila sa isang mabilis na apela, dapat silang magbigay sa inyo ng sagot **sa loob ng 72 oras** pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan sa apela.
- Kung **Oo** sagot namin sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan, dapat naming ibigay ang naaprubahang saklaw sa gamot **sa loob ng 24 na oras** pagkatapos matanggap ang pasya ng IRO.

Mga takdang petsa para sa karaniwang apela sa Antas 2

Kung mayroon kayong karaniwang apela sa Antas 2, dapat kayong bigyan ng sagot ng IRO:

- **sa loob ng 7 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos nilang matanggap ang inyong apela para sa isang gamot na hindi ninyo nakuha.
- **sa loob ng 14 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos matanggap ang inyong apela para sa pagbabalik ng inyong ibinayad para sa isang gamot na binili ninyo.

Kung **Oo** ang sagot ng IRO sa ilang bahagi o lahat ng inyong kahilingan:

- Dapat naming ibigay ang naaprubahang saklaw sa gamot **sa loob ng 72 na oras** pagkatapos matanggap ang pasya ng IRO.
- Ibabalik namin ang inyong ibinayad para sa isang gamot na binili niyo sa loob ng 30 na mga araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang pasya ng IRO.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong apela, nangangahulugan ito na sumasang-ayon sila sa aming pasya na hindi aprubahan ang inyong kahilingan. Tinatawag itong "paninindigan sa pasya" o "pagtangga sa inyong apela".

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 279



Kung ang sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela ay **Hindi**, may karapatan kayo para sa isang Antas 3 na Apela kung ang dolyar na halaga ng pagsaklaw sa gamot na hinihiling ninyo ay tumutugon sa pinakamababang dolyar na halaga. Kung ang halaga ng dolyar ng saklaw ng gamot na hinihiling ninyo ay mas mababa sa kinakailangang minimum, hindi na kayo makakagawa ng isa pang apela. Sa kasong iyon, pinal na ang desisyon sa Antas 2 na Apela. Padadalhan kayo ng liham ng IRO upang sabihin ang pinakamababang dolyar na halagang kinakailangan upang makapagpatuloy sa isang Antas 3 na Apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng inyong kahilingan ay nakakatugon sa kinakailangan, pipili kayo kung gusto pa ninyong ipagpatuloy ang pag-apela.

- May tatlong karagdagang antas sa proseso ng mga apela pagkatapos ng Antas 2.
- Kung **Hindi** ang sagot ng IRO sa inyong Antas 2 na Apela at natutugunan ninyo ang kinakailangan upang ipagpatuloy ang proseso ng mga apela, kayo ay:
 - Magpapasya kung gusto ninyong gumawa ng Antas 3 na Apela.
 - Sumangguni sa sulat na ipinadala sa inyo ng IRO pagkatapos ng inyong Antas 2 na Apela para sa mga detalye tungkol sa kung paano gumawa ng Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa mga Apela sa Antas 3. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

H. Paghiling sa amin na saklawin ang mas mahabang pananatili sa ospital

Kapag na-admit kayo sa isang ospital, may karapatan kayong makatanggap ng lahat ng serbisyo ng ospital na sinasaklaw namin na kinakailangan upang masuri at magamot ang inyong karamdaman o pinsala. Para sa higit pang impormasyon tungkol sa saklaw sa ospital ng aming plano, sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sa panahon ng inyong saklaw na pananatili sa ospital, ang inyong doktor at ang mga kawani ng ospital ay nakikipagtulungan sa inyo upang maghanda para sa araw kung kailan kayo lalabas sa ospital. Tutulong din silang ayusin ang pangangalaga na maaaring kailanganin ninyo pagkatapos ninyong makalabas.

- Ang araw kung kailan kayo aalis sa ospital ay tinatawag na inyong “petsa ng paglabas.”
- Sasabihin sa inyo ng inyong doktor o ng kawani ng ospital kung kailan ang inyong petsa ng paglabas.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 280



Kung sa palagay ninyo ay hinihiling kayong lumabas sa ospital nang masyadong maaga o nag-aalala kayo tungkol sa inyong pangangalaga pagkatapos ninyong lumabas sa ospital, maaari kayong humiling ng mas mahabang pananatili sa ospital. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito kung paano humiling.

Bukod sa mga apela na tinalakay sa **Seksyon H**, maaari rin kayong maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso upang ipagpatuloy ang inyong pananatili sa ospital. Sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso. Maaari kayong humiling ng Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bilang karagdagan sa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

H1. Pag-alam tungkol sa inyong mga karapatan sa Medicare

Sa loob ng dalawang araw pagkatapos kayong ma-admit sa ospital, may isang indibidwal sa ospital, gaya ng nurse o caseworker, na magbibigay sa inyo ng nakasulat na paunawa na tinatawag na "Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare Tungkol sa Inyong mga Karapatan." Lahat ng may Medicare ay makakakuha ng kopya ng paunawang ito tuwing sila ay ma-admit sa isang ospital.

Kung hindi ninyo nakuha ang abisong ito, hingin ito sa sinumang empleyado ng ospital. Kung kailangan ninyo ng tulong, tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina. Maaari din kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

- **Basahin nang mabuti ang abiso** at magtanong kung hindi niyo naiintindihan. Sinasabi sa inyo ng abiso ang tungkol sa inyong mga karapatan bilang isang pasyente sa ospital, kasama ang inyong mga karapatan sa:
 - Kumuha ng mga serbisyong saklaw ng Medicare sa panahon at pagkatapos ng inyong pananatili sa ospital. May karapatan kayong malaman kung anu-ano ang mga serbisyong ito, sino ang magbabayad para sa mga ito at saan ninyo makukuha ang mga ito.
 - Maging bahagi ng anumang mga desisyon tungkol sa tagal ng inyong pananatili sa ospital.
 - Alamin kung saan iuulat ang anumang mga alalahanin na mayroon kayo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga sa ospital.
 - Umapela kung sa palagay ninyo ay pinalabas kayo nang napakaaga sa ospital.
- **Lagdaan ang abiso** upang ipakita na natanggap ninyo ito at nauunawaan ang inyong mga karapatan.
 - Kayo o isang taong kumikilos sa inyong ngalan ang maaaring lumagda sa abiso.
 - Ang paglagda sa abiso **lamang** ang magpapakita na natanggap ninyo ang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan. Ang paglagda ay **hindi** nangangahulugang sumasang-ayon kayo sa isang petsa ng pag-discharge na maaaring sinabi sa inyo ng inyong doktor o ng kawani ng ospital.
- **Itago ang inyong kopya** ng nilagdaang abiso upang magkaroon kayo ng impormasyon kung kailangan ninyo ito.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 281



Kung lalagdaan ninyo ang paunawa nang higit sa dalawang araw bago ang araw na lumabas kayo sa ospital, makakatanggap kayo ng isa pang kopya bago kayo ma-discharge.

Maaari kayong tumingin sa isang kopya ng abiso nang maaga kung kayo ay:

- Tumawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- Tumawag sa Medicare sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Pumunta sa www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

H2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Upang hilingin na mas matagal naming saklawin ang inyong mga inpatient na serbisyo sa ospital, magsagawa ng apela. Pinag-aaralan ng Quality Improvement Organization (QIO) ang Antas 1 na Apela upang malaman kung medikal na naaangkop para sa inyo ang inyong planong petsa ng pag-discharge.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor at iba pang mga propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan na binabayaran ng pederal na pamahalaan. Sinusuri at tumutulong ang mga dalubhasang ito sa pagpapahusay sa kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Hindi sila bahagi ng aming plano.

Sa California, ang QIO ay Commence Health. Tawagan sila sa (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668]. Ang impormasyon tungkol sa kung papaano makipag-ugnayan ay naroroon din sa paunawang, “Isang Mahalagang Mensahe mula sa Medicare tungkol sa Inyong mga Karapatan,” at sa **Kabanata 2**.

Tumawag sa QIO bago kayo lumabas sa ospital at hindi lalampas sa inyong nakaplanong petsa ng paglabas.

- **Kung tatawag kayo bago kayo lumabas**, maaari kayong manatili sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng paglabas nang hindi ito binabayaran habang hinihintay niyo ang desisyon ng QIO tungkol sa inyong apela.
- **Kung hindi kayo tatawag para mag-apela**, at magpasya kayong manatili sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge, maaari ninyong bayaran ang lahat ng gastos para sa pangangalaga sa ospital na matatanggap ninyo pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng pag-discharge.
- Dahil ang mga pananatili sa ospital ay saklaw ng kapwa Medicare at Medi-Cal, kung hindi tinanggap ng Quality Improvement Organization ang inyong kahilingan na ipagpatuloy ang inyong pananatili sa ospital, o naniniwala kayo na agaran ang inyong sitwasyon, may kaugnay na agaran at seryosong panganib sa inyong kalusugan, o dumaranas kayo ng matinding pananakit, maaari din kayong maghain ng reklamo o humiling sa Departamento ng Pinapamahalaang

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 282



Pangangalagang Pangkalusugan ng California (Department of Managed Health Care, DMHC) ng isang Independent Medical Review. Sumangguni sa **Seksyon F4** upang alamin kung paano maghain ng reklamo at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso.

Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito. Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:

- Tumawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.
- Tumawag sa Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) sa 1-800-434-0222.

Humiling ng mabilis na pagsusuri. Kumilos nang mabilis at makipag-ugnayan sa QIO para humiling ng mabilis na pagsusuri sa inyong paglabas sa ospital.

Ang legal na termino para sa **"mabilis na pagsusuri"** ay **"kaagad na pagsusuri"** o **"pinabilis na pagsusuri."**

Ano ang mangyayari sa panahon ng mabilis na pagsusuri?

- Tatanungin kayo o ang inyong kinatawan ng mga tagasuri sa QIO kung bakit sa tingin ninyo ay dapat magpatuloy ang pagsaklaw pagkatapos ng nakaplanong petsa ng paglabas. Hindi ninyo kailangang magsulat ng pahayag, ngunit maaari ninyong gawin.
- Tinitingnan ng mga tagasuri ang inyong medikal na impormasyon, makikipag-usap sa inyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng ospital at ng aming plano.
- Pagsapit ng tanghali ng araw pagkatapos sabihin sa aming plano ng mga tagasuri ang tungkol sa inyong apela, makakatanggap kayo ng sulat na may nakaplanong petsa ng paglabas. Ibinibigay din ng sulat ang mga dahilan kung bakit sa tingin ng inyong doktor, ng ospital, at namin na iyon ang tamang petsa ng pag-discharge na medikal na naaangkop para sa inyo.

Ang legal na termino para sa nakasulat na paliwanag na ito ay ang **"Detalyadong Abiso ng Pag-discharge."** Maaari kayong makakuha ng halimbawa sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina o sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Pwede rin ninyong tingnan ang isang halimbawa ng abiso sa online sa www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila, ibibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 283



Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Magbibigay kami sa inyo ng inyong saklaw na mga serbisyong pang-inpatient sa ospital hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Naniniwala sila na ang inyong nakaplanong petsa ng paglabas ay medikal na naaangkop.
- Ang aming pagsaklaw para sa inyong mga serbisyo sa ospital ng inpatient ay magtatapos sa tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.
- Maaaring kailanganin ninyong bayaran ang buong halaga ng pangangalaga sa ospital na makukuha ninyo pagkalipas ng tanghali sa araw pagkatapos ibigay sa inyo ng QIO ang kanilang sagot sa inyong apela.
- Maaari kayong gumawa ng Antas 2 na Apela kung tinanggihan ng QIO ang inyong Antas 1 na Apela **at** mananatili kayo sa ospital pagkatapos ng inyong nakaplanong petsa ng paglabas.

H3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hilingin sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa inyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Dapat ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos nang na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa inyong Antas 1 na Apela. Maaari **lamang** ninyong hilingin ang pagsusuring ito kung mananatili kayo sa ospital pagkatapos ng petsa na natapos ang inyong pagkakasaklaw para sa pangangalaga.

Ang mga tagasuri ng QIO ay:

- Titingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sasabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Dapat namin kayong bayaran sa bahagi namin sa mga gastos sa pangangalaga sa ospital mula tanghali noong araw pagkatapos ng petsang tinanggihan ng QIO ang inyong Antas 1 na Apela.
- Magbibigay kami sa inyo ng inyong saklaw na mga serbisyong pang-inpatient sa ospital hangga't ang mga serbisyo ay medikal na kinakailangan.



Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 1 na Apela at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.
- Maaari rin kayong magsampa ng reklamo sa o humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang ipagpatuloy ang inyong pamamalagi sa ospital. Sumangguni sa **Seksyon E4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso.

Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa mga Apela sa Antas 3. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na mga Apela.

I. Paghiling sa amin na ipagpatuloy ang pagsaklaw sa partikular na mga medikal na serbisyo

Ang seksyong ito ay tungkol lamang sa tatlong uri ng mga serbisyo na maaari ninyong makuha:

- mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa tahanan
- pangangalaga ng sanay na tagapag-alaga sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga, **at**
- pangangalaga ukol sa panunumbalik ng kalusugan bilang isang outpatient sa isang inaprubahan ng Medicare na CORF. Karaniwang nangangahulugan ito na nagpapagamot kayo para sa isang sakit o aksidente o nagpapagaling kayo mula sa isang malaking operasyon.

Sa alinman sa tatlong uri ng mga serbisyonang ito, may karapatan kayong makakuha ng mga saklaw na serbisyo hangga't sinabi ng doktor na kailangan ninyo ang mga ito.

Kapag magpasya kaming ihinto ang pagsaklaw sa alinman sa mga ito, dapat naming sabihin sa inyo **bago** matapos ang inyong mga serbisyo. Kapag natapos ang inyong saklaw para sa serbisyonang iyon, ihihinto namin ang pagbabayad dito.

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos namin ang pagsaklaw sa inyong pangangalaga nang mas maaga, **maaari ninyong iapela ang aming desisyon**. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito kung paano humiling ng apela.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 285



I1. Advance na abiso bago matapos ang inyong saklaw

Padadalhan namin kayo ng nakasulat na paunawa na matatanggap ninyo ng hindi bababa sa dalawang araw bago namin ihinto ang pagbabayad para sa inyong pangangalaga. Tinatawag itong "Paunawa ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare." Sinasabi sa inyo ng abiso ang petsa kung kailan namin ihihinto ang pagsaklaw sa pangangalaga sa inyo at kung paano iapela ang aming pasya.

Dapat ninyong lagdaan o ng inyong kinatawan ang abiso upang ipakita na natanggap ninyo ito. Ang paglagda sa abiso **lamang** ang nagpapakita na natanggap ninyo ang impormasyon. Ang paglagda **ay hindi** nangangahulugang sumasang-ayon kayo sa aming desisyon.

I2. Paggawa ng Antas 1 na Apela

Kung sa tingin ninyo ay tinatapos namin ang pagsaklaw sa inyong pangangalaga sa lalong madaling panahon, maaari ninyong iapela ang aming desisyon. Sinasabi sa inyo ng seksyong ito ang tungkol sa proseso ng Antas 1 na Apela at kung ano ang gagawin.

- **Sundin ang mga takdang petsa.** Mahalaga ang mga takdang petsa. Unawain at sundin ang mga takdang petsa na naaangkop sa mga bagay na dapat ninyong gawin. Dapat ding sundin ng aming plano ang mga takdang petsa. Kung sa tingin ninyo ay hindi namin nasunod ang aming mga takdang petsa, maaari kayong maghain ng reklamo. Sumangguni sa **Seksyon K** para sa impormasyon tungkol sa mga reklamo.
- **Humingi ng tulong kung kailangan ninyo ito.** Kung mayroon kayong mga tanong o kailangan ng tulong anumang oras:
 - Tumawag sa Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina.
 - Tawagan ang HICAP sa 1-800-434-0222.
- **Makipag-ugnayan sa QIO.**
 - Sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa QIO at kung paano makipag-ugnayan sa kanila.
 - Hilingin sa kanila na suriin ang inyong apela at magpasya kung babaguhin ang desisyon ng aming plano.
- **Kumilos nang mabilis at humiling ng “mabilis na apela.** Tanungin ang QIO kung medikal na naaangkop para sa amin na tapusin ang pagsaklaw ng inyong mga medikal na serbisyo.

Ano ang inyong takdang petsa para sa pakikipag-ugnayan sa organisasyong ito

- Dapat kayong makipag-ugnayan sa QIO upang simulan ang inyong apela sa tanghali ng araw bago ang petsa ng bisa sa “Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare” na ipinadala namin sa inyo.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 286



- Kung hindi tinanggap ng Quality Improvement Organization ang inyong kahilingan na ipagpatuloy ang pagsaklaw ng inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o naniniwala kayo na ang inyong sitwasyon ay agaran o may kaugnay na agaran at seryosong panganib sa inyong kalusugan o kung kayo ay dumaranas ng matinding pananakit, maaari kayong maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinapamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (Department of Managed Health Care, DMHC) at humiling ng isang Independent Medical Review. Sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso.

Ang legal na termino para sa nakasulat na paunawa ay **“Abiso ng Hindi Pagsaklaw ng Medicare”**. Upang makakuha ng halimbawa na kopya, tawagan ang Customer Service sa mga numero sa ibaba ng pahina o tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. O kumuha online ng kopya sa online sa www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Ano ang mangyayari sa panahon ng mabilis na apela

- Tatanungin kayo ng mga tagasuri sa QIO o ang inyong kinatawan kung bakit sa tingin ninyo ay dapat magpatuloy ang pagsaklaw. Hindi ninyo kailangang magsulat ng pahayag, ngunit maaari ninyong gawin.
- Titingnan ng mga tagasuri ang inyong medikal na impormasyon, makikipag-usap sa inyong doktor, at susuriin ang impormasyong ibinigay sa kanila ng aming plano.
- Magpapadala rin ang aming plano sa inyo ng nakasulat na abiso na nagpapaliwanag sa aming mga dahilan sa pagtatapos ng pagsaklaw ng inyong mga serbisyo. Makukuha ninyo ang paunawa sa pagtatapos ng araw na ipaalam sa amin ng mga tagasuri ang inyong apela.

Ang legal na termino para sa pagpapaliwanag ng abiso ay **“Detalyadong Paliwanag ng Hindi Pagsaklaw”**.

- Ibinibigay ng mga taga-review ang kanilang desisyon sa loob ng isang buong araw pagkatapos makuha ang lahat ng impormasyong kailangan nila.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Bibigyan namin kayo ng inyong mga saklaw na serbisyo hangga't medikal na kinakailangan ang mga ito.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 287



Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Ang inyong saklaw ay magtatapos sa petsa na sinabi namin sa inyo.
- Ihinto namin ang pagbabayad ng aming bahagi ng mga gastos sa pangangalagang ito sa petsang nakalagay sa abiso.
- Kayo mismo ang magbabayad ng buong halaga ng pangangalagang ito kung magpasya kayong ipagpatuloy ang pangangalaga sa kalusugan sa tahanan, pangangalaga sa pasilidad ng sanay na tagapag-alaga, o mga serbisyo ng CORF pagkatapos ng petsa ng pagtatapos ng inyong saklaw.
- Kayo ang magpapasya kung gusto niyong ipagpatuloy ang mga serbisyonang ito at gumawa ng Antas 2 na Apela.

I3. Paggawa ng Antas 2 na Apela

Para sa Antas 2 na Apela, hilingin sa QIO na tingnan muli ang desisyon na ginawa nila sa inyong Antas 1 na Apela. Tawagan sila sa (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

Dapat ninyong hilingin ang pagsusuring ito **sa loob ng 60 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos nang na sumagot ng **Hindi** ang QIO sa inyong Antas 1 na Apela. Maaari **lamang** ninyong hilingin ang pagsusuring ito kung magpapatuloy kayo sa pangangalaga pagkatapos ng petsa na natapos ang inyong pagkakasaklaw para sa pangangalaga.

Ang mga tagasuri ng QIO ay:

- Titingnan muli nang mabuti ang lahat ng impormasyong nauugnay sa inyong apela.
- Sasabihin sa inyo ang kanilang desisyon tungkol sa inyong Antas 2 na Apela sa loob ng 14 na mga araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong kahilingan para sa pangalawang pagsusuri.

Kung **Oo** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Ibabalik namin sa inyo ang inyong ibinayad para sa aming bahagi sa mga gastos sa pangangalaga na natanggap ninyo mula noong petsa ng kung kailan namin sinabi na magtatapos ang inyong saklaw.
- Magbibigay kami ng saklaw para sa pangangalaga hangga't ito ay medikal na kinakailangan.

Kung **Hindi** ang sagot ng QIO sa inyong apela:

- Sumasang-ayon sila sa aming desisyon na ihinto ang inyong pangangalaga at hindi ito babaguhin.
- Bibigyan nila kayo ng sulat na nagsasabi sa inyo kung ano ang maaari ninyong gawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela at gumawa ng Antas 3 na Apela.



- Maaari kayong magsampa ng reklamo at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri upang ipagpatuloy ang pagsaklaw sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Sumangguni sa **Seksyon F4** upang malaman kung paano humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Repaso. Maaari kayong maghain ng reklamo sa at humiling sa DMHC ng isang Hiwalay na Medikal na Pagsusuri bilang karagdagan sa o sa halip na isang Antas 3 na Apela.

Isang ALJ o hukom na abogado ang nangangasiwa sa mga Apela sa Antas 3. Sumangguni sa **Seksyon J** para sa impormasyon tungkol sa Antas 3, 4, at 5 na Apela.

J. Pagdala sa inyong apela higit sa Antas 2

J1. Mga susunod na hakbang para sa mga serbisyo at item ng Medicare

Kung gumawa kayo ng Antas 1 na Apela at Level 2 na Apela para sa mga serbisyo o item ng Medicare, at pareho ninyong tinanggihan ang inyong mga apela, maaaring may karapatan kayo sa mga karagdagang antas ng apela.

Kung ang halaga ng dolyar ng serbisyo o bagay ng Medicare na inyong inapela ay hindi nakakatugon sa isang partikular na pinakamaliit na halaga ng dolyar, hindi na kayo makakaapela pa. Kung ang halaga ng dolyar ay sapat na mataas, maaari ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela. Ang sulat na matatanggap ninyo mula sa IRO para sa inyong Antas 2 na Apela ay nagpapaliwanag kung sino ang dapat kontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.

Antas 3 na Apela

Ang antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig sa ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang abogadong tagahatol na nakikipagtulungan sa pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng ALJ o tagahatol na abugado sa inyong apela, may karapatan kaming umapela ng isang Antas 3 na desisyon na pabor sa inyo.

- Kung magpasya kaming **iapela** ang desisyon, padadalhan namin kayo ng kopya ng kahilingan sa Antas 4 na Apela kasama ng anumang mga kasamang dokumento. Maaari naming hintayin ang desisyon sa Antas 4 na Apela bago pahintulutan o ibigay ang serbisyong pinagtatalunan.
- Kung magpasya kaming **huwag iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ibigay sa inyo ang serbisyo sa loob ng 60 mga araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng ALJ o abogadong tagahatol.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 289



- Kung **Hindi** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong matatanggap ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Susuriin ng Medicare Appeals Council (Konseho) ang inyong apela at bibigyan kayo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na gobyerno.

Kung **Oo** ang sagot ng Konseho sa inyong Antas 4 na Apela o tinanggihan ang aming kahilingan na suriin ang isang desisyon sa Antas 3 na Apela na pabor sa inyo, may karapatan kaming umapela sa Antas 5.

- Kung magpasya kaming **iapela** ang desisyon, sasabihin namin ito sa inyo sa isang nakasulat na pamamaraan.
- Kung magpasya kaming **huwag iapela** ang desisyon, dapat naming pahintulutan o ibigay sa inyo ang serbisyo sa loob ng 60 mga araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang desisyon ng Konseho.

Kung **Hindi** ang sagot ng Konseho o tinanggihan ang aming kahilingan sa pagsusuri, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong inyong matatanggap kung maaari kayong magpatuloy sa Antas 5 na Apela at kung ano ang gagawin.

Antas 5 na Apela

- Susuriin ng isang hukom ng Korte ng Pederal na Distrito ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang huling desisyon. Walang ibang mga antas ng apela na higit pa sa Korte ng Pederal na Distrito



J2. Mga karagdagang apela sa Medi-Cal

Mayroon rin kayong iba pang mga karapatan sa pag-apela kung ang inyong apela ay tungkol sa mga serbisyo o bagay na karaniwang sinasaklaw ng Medi-Cal. Ang sulat na matatanggap ninyo mula sa Dibisyon ng Pagdinig ng Estado ay magsasabi sa inyo kung ano ang gagawin kung gusto ninyong ipagpatuloy ang proseso ng mga apela.

Kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon ng Pagdinig ng Estado at gusto ninyong suriin ito ng ibang hukom, maaari kayong humiling ng muling pagdinig at/o humiling ng hudisyal na pagsusuri. Upang humiling ng muling pagdinig, magpadala ng nakasulat na kahilingan (isang sulat) sa: The Rehearing Unit, 744 P Street, MS 19-37, Sacramento, CA 95814

Dapat ipadala ang sulat na ito sa loob ng 30 araw pagkatapos matanggap ang inyong desisyon. Ang takdang petsa na ito ay maaaring pahabain ng hanggang 180 araw kung mayroon kayong magandang dahilan sa pagiging huli.

Sa inyong kahilingan sa muling pagdinig, sabihin ang petsa na nakuha ninyo ang inyong desisyon at kung bakit dapat pagbigyan ang muling pagdinig. Kung gusto ninyong magpakita ng karagdagang ebidensya, ilarawan ang karagdagang ebidensya at ipaliwanag kung bakit hindi ito inilabas dati at paano nito mababago ang pasya. Maaari kayong makipag-ugnayan sa mga legal na serbisyo para sa tulong.

Para humiling ng hudisyal na pagsusuri, dapat kayong maghain ng petisyon sa Kataas-taasang Hukuman (sa ilalim ng Code of Civil Procedure Section 1094.5) sa loob ng isang taon pagkatapos matanggap ang inyong desisyon. Ihain ang inyong petisyon sa Superior Court para sa county na pinangalanan sa inyong pasya. Maaari ninyong ihain ang petisyong ito nang hindi humihiling ng muling pagdinig. Walang kinakailangang mga bayarin sa paghahain. Maaari kayong singilin ng mga makatwirang bayad sa abugado at gastos kung maglalabas ang Hukuman ng pinal na pasya na pabor sa inyo. Kung nagsagawa ng muling pagdinig at hindi kayo sang-ayon sa pasya mula sa muling pagdinig, maaari kayong humiling ng pagsusuri ng hukuman ngunit hindi kayo maaaring humiling ng isa pang muling pagdinig.

J3. Apela sa Mga Antas 3, 4 at 5 para sa Mga Kahilingan sa Gamot sa Medicare Part D

Ang seksyon na ito ay maaaring tama para sa inyo kung gumawa kayo ng Antas 1 na Apela at Antas 2 na Apela, at ang inyong kapwang mga apela ay tinanggihan.

Kung ang halaga ng gamot na inyong inapela ay nakakatugon sa isang tiyak na halaga ng dolyar, maaari kayong magpatuloy sa mga karagdagang antas ng apela. Ipinapaliwanag ng nakasulat na sagot na matatanggap ninyo sa inyong Antas 2 na Apela kung sino ang dapat kontakin at kung ano ang gagawin para humiling ng Antas 3 na Apela.



Antas 3 na Apela

Ang antas 3 ng proseso ng mga apela ay isang pagdinig sa ALJ. Ang taong gumagawa ng desisyon ay isang ALJ o isang abogadong tagahatol na nakikipagtulungan sa pederal na pamahalaan.

Kung **Oo** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang saklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 mga araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung **Hindi** ang sagot ng ALJ o abogadong tagahatol sa inyong apela, maaaring hindi matapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya kayong **tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong matatanggap ninyo kung ano ang gagawin para sa Antas 4 na Apela.

Antas 4 na Apela

Susuriin ng Konseho ang inyong apela at binibigyan kayo ng sagot. Ang Konseho ay bahagi ng pederal na gobyerno.

Kung **Oo** ang sagot ng Konseho sa inyong apela:

- Tapos na ang proseso ng mga apela.
- Dapat naming pahintulutan o ibigay ang naaprubahang saklaw ng gamot sa loob ng 72 oras (o 24 na oras para sa pinabilis na apela) o magbayad nang hindi lalampas sa 30 mga araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang desisyon.

Kung **Hindi** ang sagot ng Konseho sa inyong apela o kung tinanggihan ng Konseho ang kahilingan sa pagsusuri, maaaring hindi pa tapos ang proseso ng mga apela.

- Kung magpasya kayo na **tanggapin** ang desisyon na tanggihan ang inyong apela, tapos na ang proseso ng mga apela.
- Kung magpasya kayong **hindi tanggapin** ang desisyong ito na tanggihan ang inyong apela, maaari kayong magpatuloy sa susunod na antas ng proseso ng pagsusuri. Sasabihin sa inyo ng abisong inyong matatanggap kung maaari kayong magpatuloy sa Antas 5 na Apela at kung ano ang gagawin.



Antas 5 na Apela

- Susuriin ng isang hukom ng Korte ng Pederal na Distrito ang inyong apela at lahat ng impormasyon at magpapasya ng **Oo** o **Hindi**. Ito ang huling desisyon. Walang ibang mga antas ng apela na higit pa sa Korte ng Pederal na Distrito

K. Paano gumawa ng reklamo**K1. Anong uri ng mga problema ang dapat na ireklamo**

Ang proseso ng reklamo ay ginagamit lamang para sa ilang uri ng mga problema, tulad ng mga problemang nauugnay sa kalidad ng pangangalaga, ang tagal ng paghihintay, pangangasiwa ng pangangalaga, at serbisyo sa customer. Narito ang mga halimbawa ng mga uri ng mga problemang pinapangasiwaan ng proseso ng reklamo.

Reklamo	Halimbawa
Kalidad ng inyong medikal na pangangalaga	Hindi kayo masaya sa kalidad ng pangangalaga, tulad ng pangangalagang natanggap ninyo sa ospital.
Paggalang sa inyong privacy	Sa palagay ninyo ay hindi iginalang ng isang tao ang inyong karapatan sa pagkapribado o nagbahagi ng kompidensyal na impormasyon tungkol sa inyo.
Kawalang-galang, hindi magandang customer service, o iba pang negatibong pag-uugali	- Binastos kayo o hindi iginalang ng isang tagabigay o kawani ng pangangalagang pangkalusugan. - Pinakitunguhan ka ng hindi maganda ng aming mga kawani. - Ang pakiramdam ninyo ay pinaaalis kayo sa aming plano.



Reklamo	Halimbawa
Accessibility at tulong sa wika	- Hindi kayo pisikal na makakuha ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan at mapuntahan ang mga pasilidad sa tanggapan ng isang doktor o provider. - Ang inyong doktor o provider ay hindi nagbibigay ng interpreter para sa hindi wikang hindi Ingles na inyong sinasalita (tulad ng American Sign Language o Kastila). - Ang inyong provider ay hindi nagbibigay sa inyo ng iba pang makatwirang kaluwagan na kailangan ninyo at hinihiling.
Mga oras ng paghihintay	- Nahihirapan kayong makakuha ng appointment o maghintay ng masyadong mahaba para makuha ito. - Pinapahintay kayo nang masyadong matagal ng mga doktor, pharmacist, o iba pang propesyonal sa kalusugan, Customer Service, o iba pang mga kawani ng plano.
Kalinisan	Sa tingin ninyo ay hindi malinis ang klinika, ospital o tanggapan ng doktor.
Impormasyon na inyong makukuha mula sa amin	- Sa tingin ninyo ay nabigo kaming bigyan kayo ng abiso o liham na dapat ay natanggap ninyo. - Sa tingin ninyo ay masyadong mahirap maunawaan ang nakasulat na impormasyong ipinadala namin sa inyo.



Reklamo	Halimbawa
Pagiging napapanahon na nauugnay sa mga pagpapasya sa saklaw o apela	- Sa tingin ninyo ay hindi namin natutugunan ang aming mga takdang petsa para sa paggawa ng pagpapasya sa saklaw o pagsagot sa inyong apela. - Sa tingin ninyo, pagkatapos matanggap ang pagpapasya sa saklaw o apela na pabor sa inyo, hindi namin natutugunan ang mga takdang petsa para sa pag-apruba o pagbibigay sa inyo ng serbisyo o pagbabayad sa inyo para sa ilang partikular na medikal na serbisyo. - Sa tingin ninyo ay hindi namin naipadala ang inyong kaso sa IRO sa tamang oras.

May iba't ibang uri ng mga reklamo. Maaari kayong gumawa ng panloob na reklamo at/o panlabas na reklamo. Ang panloob na reklamo ang isinasampa at sinusuri ng aming plano. Ang isang panlabas na reklamo ay isinasampa at sinusuri ng isang organisasyong hindi kaakibat sa aming plano. Kung kailangan ninyo ng tulong sa paggawa ng panloob at/o panlabas na reklamo, maaari kayong tumawag sa Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Ang legal na termino para sa isang "reklamo" ay isang **"karaingan."**

Ang legal na termino para sa "paggawa ng reklamo" ay **"paghahain ng karaingan."**

K2. Panloob na mga reklamo

Upang gumawa ng panloob na reklamo, tawagan ang Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Maaari kayong magsampa ng reklamo sa anumang panahon maliban na lamang kung ito ay tungkol sa isang Medicare Part D na gamot. Kung ang reklamo ay tungkol sa isang gamot sa Medicare Part D, dapat ninyo itong gawin **sa loob ng 60 mga araw sa kalendaryo** pagkatapos ninyong magkaroon ng problema na gusto ninyong ireklamo.

- Kung mayroon pa kayong kailangang gawin, sasabihin ito sa inyo ng Customer Service.
- Maaari niyo ring isulat ang inyong reklamo at ipadala ito sa amin. Kung inilagay ninyo ang inyong reklamo sa pamamagitan ng sulat, tutugon kami sa inyong reklamo sa pamamagitan ng sulat.

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



- Narito kung paano ito gumagana:
 - Hakbang 1: Maghain ng Karaingan
 - Upang simulan ang proseso, tumawag sa isang kinatawan ng Customer Service sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo pagkatapos ng kaganapan at hilingin na maghain ng karaingan. Maaari rin kayong maghain ng reklamo nang nakasulat sa loob ng 60 mga araw ng kalendaryo mula sa kaganapan sa pamamagitan ng pagpapadala nito sa:

Blue Shield TotalDual Plan
 Appeals & Grievances Department
 P.O. Box 927
 Woodland Hills CA 91365-9856
 Fax: (916) 350-6510

- Kung makikipag-ugnayan sa amin sa pamamagitan ng fax o mail, mangyaring tawagan kami upang humiling ng Form sa Apela at Karaingan ng Blue Shield TotalDual Plan. Padadalhan namin kayo ng sulat na magsasabi sa inyo na natanggap namin ang abiso ng inyong alalahanin sa loob ng 5 mga araw sa kalendaryo at ibibigay sa inyo ang pangalan ng taong nagtatrabaho nito. Karaniwan namin itong nilulutas sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo.
- Kung humihiling ka ng "pinabilis na karaingan" o isang "mabilis na pasya" o "mabilis na apela", gawin ang iyong apela/karaingan sa pamamagitan ng pagsulat sa address na nakalista sa Hakbang 1 sa itaas o sa pamamagitan ng pagtawag sa Customer Service sa 1-800-452-4413 (TTY:711). Para sa isang "pinabilis na karaingan" o isang "mabilis na pasya" o "mabilis na apela", dapat kaming magbigay sa inyo ng aming kasagutan sa loob ng 72 oras pagkatapos naming matanggap ang iyong apela/karaingan sa sulat o sa pamamagitan ng pagsulat o pagtawag sa amin. Ibibigay namin sa iyo ang aming sagot nang mas maaga kung kinakailangan ng iyong kalusugan. Kung humiling kayo ng "pinabilis na karaingan" dahil nagpasya kaming hindi kayo bibigyan ng "mabilis na pasya" o "mabilis na apela", ipapasa namin ang inyong kahilingan sa isang medikal na direktor na walang kinalaman sa aming orihinal na pasya. Maaari naming itanong kung mayroon kayong karagdagang impormasyon na hindi available sa oras na humiling kayo ng "mabilis na paunang pasya" o "mabilis na apela." Susuriin ng medikal na direktor ng ang inyong kahilingan at magpapasya kung naaangkop ang aming orihinal na pasya. Padadalhan namin kayo ng sulat kasama ang aming pasya sa loob ng 24 na oras ng inyong paghiling ng isang "pinabilis na



karaingan." Dapat naming tugunan ang inyong hinaing sa lalong madaling panahon na kinakailangan ng inyong kaso batay sa inyong katayuan sa kalusugan, ngunit hindi lalampas sa 30 mga araw sa kalendaryo pagkatapos matanggap ang inyong reklamo.

Hakbang 2: Pagdinig ng Karaingan

- Kung hindi kayo nasisiyahan sa paglutas ng inyong karaingan na may kaugnayan sa isang isyu sa kalidad ng pangangalaga, maaari kayong gumawa ng nakasulat na kahilingan sa Blue Shield Medicare Appeals & Grievances Department para sa isang pagdinig sa karaingan. Sa loob ng 31 mga araw ng kalendaryo ng inyong nakasulat na kahilingan, bubuo kami ng panel para dinggin ang inyong kaso. Ilimbitahan kayong dumalo sa pagdinig, na kinabibilangan ng isang walang kinalamang doktor at isang kinatawan mula sa Appeals and Grievance Resolution Department. Maaari kayong dumalo nang personal o sa pamamagitan ng teleconference. Pagkatapos ng pagdinig, padadalhan namin kayo ng sulat ng huling resolusyon.
- Kung hindi kayo nasisiyahan sa resolusyon ng inyong hinaing na hindi kasama ang kalidad ng pangangalaga, tulad ng mga oras ng paghihintay, kawalang-galang, serbisyo sa customer o kalinisan, maaari kayong makipag-ugnayan sa Customer Service Department ng Blue Shield TotalDual Plan upang humiling ng karagdagang pagsusuri.

Ang legal na termino para sa "mabilis na reklamo" ay "pinabilis na karaingan."

Kung maaari, sasagutin namin kaayo kaagad. Kung tumawag kayo sa amin para sa isang reklamo, maaaring mabigyan namin kayo ng sagot sa parehong tawag sa telepono. Kung kailangan naming mabilis na sumagot dahil sa inyong kundisyon sa kalusugan, gagawin namin iyon.

- Sinasagot namin ang karamihan sa mga reklamo sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo. Kung hindi kami gagawa ng desisyon sa loob ng 30 mga araw sa kalendaryo dahil kailangan namin ng higit pang impormasyon, aabisuhan namin kayo sa pamamagitan ng sulat. Magbibigay din kami ng update sa katayuan at ng tinatantiyang oras bago ninyo makuha ang sagot.
- Kung gumawa kayo ng reklamo dahil tinanggihan namin ang inyong kahilingan para sa isang "mabilis na pasya sa pagsaklaw" o isang "mabilis na apela," awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng "mabilis na reklamo" at tumugon sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 297



- Kung gumawa kayo ng reklamo dahil naglaan kami ng dagdag na oras para gumawa ng pasya sa pagsaklaw o apela, awtomatiko kaming magbibigay sa inyo ng "mabilis na reklamo" at tutugon sa inyong reklamo sa loob ng 24 na oras.

Kung hindi kami sumasang-ayon sa ilang bahagi o sa lahat ng inyong reklamo, sasabihin namin sa inyo ito at ibibigay ang aming mga dahilan. Tutugon kami kung sumasang-ayon kami sa reklamo o hindi.

K3. Panlabas na mga reklamo

Medicare

Maaari ninyong sabihin sa Medicare ang tungkol sa inyong reklamo o ipadala ito sa Medicare. Available ang Form ng Reklamo ng Medicare sa: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Hindi ninyo kailangang maghain ng reklamo sa Blue Shield TotalDual Plan bago kayo maghain ng reklamo sa Medicare.

Sineseryoso ng Medicare ang inyong mga reklamo at gagamitin ang impormasyong ito upang makatulong sa pagpapahusay sa kalidad ng programa ng Medicare.

Kung mayroon kayong anumang iba pang mga pagpuna o alalahanin, o kung pakiramdam ninyo ay hindi tinutugunan ng planong pangkalusugan ang inyong problema, maaari din kayong tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Libre ang tawag.

Medi-Cal

Maaari kayong maghain ng reklamo sa California Department of Health Care Services (DHCS) Medi-Cal Managed Care Ombudsman sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-888-452-8609. Maaaring tumawag sa 711 ang mga TTY user. Tumawag Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8:00 a.m. at 5:00 p.m.

Maaari kang maghain ng reklamo sa Departamento ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan ng California (DMHC). Ang DMHC ay responsable sa pagkontrol sa mga planong pangkalusugan. Maaari kayong tumawag sa DMHC Help Center para sa tulong sa mga reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Para sa mga hindi agarang bagay, maaari kayong maghain ng reklamo sa DMHC kung hindi kayo sumasang-ayon sa desisyon sa inyong Antas 1 na apela o kung hindi nalutas ng plano ang inyong reklamo pagkatapos ng 30 mga araw sa kalendaryo. Gayunpaman, maaari kayong makipag-ugnayan sa DMHC nang hindi naghahain ng Antas 1 na apela kung kailangan ninyo ng tulong sa isang reklamong may kinalaman sa isang agarang isyu o isang isyu na may kinalaman sa kaagad-agad at malubhang panganib sa inyong kalusugan, kung dumaranas kayo ng matinding pananakit, kung hindi kayo sumasang-ayon sa pagpapasya ng aming plano tungkol sa inyong reklamo, o kung hindi nalutas ng aming plano ang inyong reklamo pagkatapos ng 30 mga araw sa kalendaryo.

Narito ang dalawang paraan upang humingi ng tulong sa Help Center:

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 298



- Tumawag sa 1-888-466-2219. Maaaring gamitin ng mga indibiduwal na hindi nakakaranig, mahina ang pandinig, o may problema sa pagsasalita ang walang bayad na TTY na numero, 1-877-688-9891. Libre ang tawag.
- Pumunta sa website ng Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan sa (www.dmhca.gov).

Tanggapan para sa Karapatang Sibil (Office for Civil Rights o OCR)

Maaari kayong maghain ng reklamo sa OCR ng Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao (Department of Health and Human Services, HHS) kung sa palagay ninyo ay hindi patas ang pagtrato sa inyo. Halimbawam, maaari kayong magreklamo tungkol sa access ng may kapansanan o tulong sa wika. Ang numero ng telepono para ng OCR ay 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697. Maaari kayong pumunta sa www.hhs.gov/ocr para sa higit pang impormasyon.

Maaari din kayong makipag-ugnayan sa lokal na tanggapan ng OCR sa:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Sentro para sa Pagtugon sa Customer: (800) 368-1019
Fax: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
Email: ocrmail@hhs.gov

Maaari rin kayong magkaroon ng mga karapatan sa ilalim ng Americans with Disability Act (ADA) at sa ilalim ng Amendments Act of 2008 (P.L. 110-325). Maaari din kayong makipag-ugnayan sa Programa ng Medi-Cal na Ombuds para sa tulong. Ang numero ng telepono ay 1-888-452-8609.

QIO

Kapag ang inyong reklamo ay tungkol sa kalidad ng pangangalaga, mayroon kayong dalawang pagpipilian:

- Maaari kayong magreklamo tungkol sa kalidad ng pangangalaga nang direkta sa QIO.
- Maaari kayong magreklamo sa QIO at sa aming plano. Kung gumawa kayo ng reklamo sa QIO, nakikipagtulungan kami sa kanila upang lutasin ang inyong reklamo.

Ang QIO ay isang grupo ng mga doktor at iba pang eksperto sa pangangalagang pangkalusugan na binayaran ng pederal na pamahalaan upang suriin at pagbutihin ang pangangalaga na ibinibigay sa mga pasyente ng Medicare. Upang malaman ang higit pa

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 299



tungkol sa QIO, sumangguni sa **Seksyon H2** o sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sa California, ang QIO ay tinatawag na Commence Health. Ang numero ng telepono para sa Commence Health ay (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].



Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 300

Kabanata 10: Pagtapos sa inyong pagiging miyembro sa aming plano

Panimula

Ipinapaliwanag ng kabanatang ito kung paano ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano at ang inyong mga opsyon sa saklaw sa kalusugan pagkatapos ninyong umalis sa aming plano. Kung umalis kayo sa aming plano, mananatili pa rin kayo sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal hangga't kayo ay karapat-dapat. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.



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

Talaan ng mga Nilalaman

A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano.....	303
B. Paano tapusin ang membership sa aming plano	304
C. Paano makakuha ng Medicare at Medi-Cal na mga serbisyo nang magkahiwalay	305
C1. Ang inyong mga serbisyo ng Medicare.....	305
C2. Ang inyong mga serbisyo nsg Medi-Cal	308
D. Ang inyong mga medikal na bagay, serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang inyong membership sa aming plano.....	309
E. Iba pang mga sitwasyon sa pagtapos ng inyong pagiging miyembro sa aming plano.....	309
F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilang may kaugnayan sa kalusugan	311
G. Ang inyong karapatang magreklamo kung tinapos namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano	311
H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtapos ng pagiging miyembro ninyo sa plano	311



A. Kailan ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Maaaring tapusin ng karamihan sa mga taong may Medicare ang kanilang membership sa mga partikular na panahon ng taon. Dahil mayroon kayong Medi-Cal,

- mayroon kayong mga opsiyon upang tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano sa anumang buwan ng taon.

Bilang karagdagan, maaari ninyong tapusin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano sa mga sumusunod na panahon:

- Ang **Panahon ng Bukas na Enrollment**, na tumatagal mula Oktubre 15 hanggang Disyembre 7. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, ang inyong membership sa aming plano ay magtatapos sa Disyembre 31 at ang inyong membership sa bagong plano ay magsisimula sa Enero 1.
- Ang **Panahon ng Bukas na Enrollment ng Medicare Advantage (MA)**, na tumatagal mula Enero 1 hanggang Marso 31 at para din sa mga bagong benepisaryo ng Medicare na naka-enroll sa isang plano, mula sa buwan ng pagbibigay ng pribilehiyo sa Part A at Part B hanggang sa huling araw ng ika-3 buwan ng pagkakaroon ng pribilehiyo. Kung pipili kayo ng bagong plano sa panahong ito, ang inyong membership sa bagong plano ay magsisimula sa unang araw ng susunod na buwan.

Maaaring may ibang mga sitwasyon kung saan kayo ay karapat-dapat na gumawa ng pagbabago sa inyong enrollment. Halimbawa, kapag:

- umalis kayo sa aming lugar ng serbisyo,
- ang inyong pagiging karapat-dapat para sa Medi-Cal o Karagdagang Tulong ay nagbago, o
- kapag kayo ay lumipat kamakailan lang sa, kasalukuyang tumatanggap ng pangangalaga sa, o kaaalis pa lang sa nursing facility o sa isang pangmatagalang ospital ng pangangalaga.

Matatapos ang pagiging miyembro ninyo sa huling araw ng buwan kung kailan nakuha namin ang inyong kahilingang palitan ang inyong plano. Halimbawa, kung makuha namin ang inyong kahilingan sa Enero 18, ang inyong saklaw sa aming plano ay magtatapos sa Enero 31. Magsisimula ang inyong bagong saklaw sa unang araw ng susunod na buwan (Pebrero 1, sa halimbawang ito).

Kung aalis ka sa aming plano, makakakuha ka ng impormasyon tungkol sa iyong:

- Mga opsiyon sa Medicare sa record sa **Seksyon C1**.
- Mga opsiyon at serbisyo sa Medi-Cal sa **Seksyon C2**.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 303



Makakakuha kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa kung paano ninyo maaaring tapusin ang inyong pagiging miyembro sa pagtawag sa:

- Customer Service sa numero sa ibaba ng pahina na ito. Ang numero para sa mga gumagamit ng TTY ay nakalista din.
- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Programa ng Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan ng California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, mangyaring pumunta sa 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 Pinapamahalaang Pangangalaga ng Medi-Cal sa 1-888-452-8609, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. o magpadala ng email sa MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

TANDAAN: Kung kayo ay nasa isang programa sa pamamahala ng gamot (drug management program o DMP), maaaring hindi ninyo mabago ang mga plano. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa mga programa sa pamamahala ng gamot.

B. Paano tapusin ang membership sa aming plano

Kung magpapasya kayong tapusin ang inyong pagiging miyembro maaari kayong magpatala sa isa pang Medicare na plano o lumipat sa Original Medicare. Gayunpaman, kung nais ninyong lumipat mula sa aming plano patungo sa Original Medicare ngunit hindi kayo pumili ng kahiwalay na plano sa gamot ng Medicare, kailangan ninyong hilingin na ma-disenroll mula sa aming plano. Mayroong dalawang paraan na maaari ninyong hilingin na umalis sa pagkakatala:

- Maaari kayong humiling sa amin sa pamamagitan ng sulat. Makipag-ugnayan sa Customer Service sa numero sa ibaba ng pahinang ito kung kailangan ninyo ng karagdagang impormasyon kung paano ito gagawin.
- Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY (mga taong may problema sa pandinig o pagsasalita) ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kapag tumawag kayo sa 1-800-MEDICARE, maaari rin kayong magpatala sa isa pang planong pangkalusugan o gamot ng Medicare. Nasa chart sa pahina 274 ang karagdagang impormasyon sa pagtanggap ng mga serbisyo ng Medicare kapag umalis kayo sa aming plano.
- Tumawag sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077.
- Kasama sa **Seksyon C** sa ibaba ang mga hakbang na maaari ninyong gawin upang makapag-enroll sa ibang plano, na siyang magtatapos din sa inyong membership sa aming plano.

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



C. Paano makakuha ng Medicare at Medi-Cal na mga serbisyo nang magkahiwalay

Mayroon kayong mga pagpipilian tungkol sa pagkuha ng inyong mga serbisyo ng Medicare at Medi-Cal kung pipiliin ninyong umalis sa aming plano.

C1. Ang inyong mga serbisyo ng Medicare

Mayroon kayong tatlong opsyon na nakalista sa ibaba para sa pagkuha ng inyong mga serbisyong Medicare anumang buwan ng taon. Mayroon kayong karagdagang opsyon na nakalista sa ibaba sa mga partikular na panahon ng taon kabilang ang **Panahon ng Bukas na Enrollment** at ang **Panahon ng Bukas na Enrollment ng Medicare Advantage** o iba pang mga sitwasyon na inilarawan sa **Seksyon A**. Sa pagpili ng isa sa mga opsyong ito, kusa ninyong iniihinto ang inyong membership sa aming plano.

1. Maaari kayong lumipat sa:

Ang Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) ay isang uri ng Medicare Advantage plan. Ito ay para sa mga taong may kapwa Medicare at Medi-Cal, at ipinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa isang plano. Kino-koordina ng mga Medi-Medi Plan ang lahat ng mga benepisyo at serbisyo sa parehong programa, kabilang ang lahat ng mga saklaw na serbisyo ng Medicare at Medi-Cal o isang Programa ng Pangangalaga na Lahat ay Kasama para sa mga Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) na plano, kung kayo ay kwalipikado.

Tandaan: Ang terminong Medi-Medi Plan ay ang pangalan ng pinagsamang mga dual eligible special needs plan (D-SNPs) sa California.

Naririto ang dapat gawin:

Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

Para sa mga tanong tungkol sa Programa ng Pangangalaga na Lahat ay Kasama para sa mga Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223).

Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon:

- Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan ng California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pumunta sa www.aging.ca.gov/HICAP/.

O

Mag-enroll sa isang bagong Medi-Medi Plan.

Kusa kayong aalisin mula sa aming Medicare na plano oras na magsimula na ang saklaw ng inyong bagong plano.

Magbabago ang inyong Medi-Cal na plano upang tumugma sa inyong Medi-Medi Plan.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 305



2. Maaari kayong lumipat sa: Original Medicare na may kahiwalay na plano ng gamot ng Medicare, at Medi-Cal Plan.	Naririto ang dapat gawin: Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan ng California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pumunta sa www.aqing.ca.gov/HICAP/. O Mag-enroll sa isang bagong plano ng gamot ng Medicare. Awtomatiko kayong ma-disenroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong saklaw ng Original Medicare. Mananatili kayong naka-enroll sa inyong Medi-Cal Plan maliban na lamang kung pipili kayo ng ibang plano.
--	--



3. Maaari kayong lumipat sa: Original Medicare na walang hiwalay na plano ng gamot ng Medicare TANDAAN: Kung lumipat kayo sa Original Medicare at hindi nag-enroll sa isang hiwalay na plano ng gamot ng Medicare, maaari kayong i-enroll ng Medicare sa isang plano ng gamot, maliban kung sasabihin ninyo sa Medicare na ayaw ninyong sumali. Dapat niyo lang tanggihan ang saklaw ng gamot kung mayroon kayong saklaw ng gamot mula sa ibang pinagmumulan, tulad ng tagapag-empelo o unyon. Kung mayroon kayong mga tanong kung kailangan ninyo ng saklaw sa gamot, tawagan ang Programa ng Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan ng California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa higit pang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pumunta sa www.aging.ca.gov/HICAP/.	Naririto ang dapat gawin: Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan ng California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pumunta sa www.aging.ca.gov/HICAP/. Awtomatiko kayong ma-disenroll sa aming plano kapag nagsimula na ang inyong saklaw ng Original Medicare. Mananatili kayong naka-enroll sa inyong Medi-Cal Plan maliban na lamang kung pipili kayo ng ibang plano.
--	--



4. Maaari kayong lumipat sa: Ang anumang planong pangkalusugan ng Medicare sa mga partikular na panahon ng taon kabilang ang Panahon ng Bukas na Enrollment at ang Panahon ng Bukas na Enrollment ng Medicare Advantage o iba pang mga sitwasyong inilarawan sa Seksyon A.	Naririto ang dapat gawin: Tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048. Para sa mga katanungan tungkol sa Programa ng Pangangalaga na Lahat ay Kasama para sa mga Matatanda (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), tumawag sa 1-855-921-PACE (7223). Kung kailangan ninyo ng tulong o higit pang impormasyon: • Tumawag sa Programa ng Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan ng California (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) sa 1-800-434-0222, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. Para sa karagdagang impormasyon o para makahanap ng lokal na opisina ng HICAP sa inyong lugar, pumunta sa www.aging.ca.gov/HICAP/. O Mag-enroll sa isang bagong Medicare na plano. Kusa kayong aalisin mula sa aming Medicare na plano oras na magsimula na ang saklaw ng inyong bagong plano. Ang inyong Medi-Cal na plano ay maaaring magbago.
---	---

C2. Ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal

Para sa mga tanong tungkol sa kung paano makukuha ang inyong mga serbisyo ng Medi-Cal pagkatapos ninyong umalis sa aming plano, makipag-ugnayan sa Health Care Options sa 1-844-580-7272, Lunes hanggang Biyernes mula 8:00 a.m. hanggang 6:00 p.m. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-430-7077. O pumunta sa www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. Itanong kung paano nakakaapekto ang pagsali sa ibang plano o ang pagbalik sa Original Medicare sa kung paano ninyo makukuha ang inyong saklaw ng Medi-Cal.



Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 308

D. Ang inyong mga medikal na bagay, serbisyo at gamot hanggang sa matapos ang inyong membership sa aming plano

Kung umalis kayo sa aming plano, maaaring magtagal bago matapos ang inyong pagiging miyembro at magsimula ang inyong bagong saklaw ng Medicare at Medi-Cal. Sa panahong ito, patuloy ninyong kukunin ang inyong mga gamot at pangangalagang pangkalusugan sa pamamagitan ng aming plano hanggang sa magsimula ang inyong bagong plano.

- Gamitin ang aming mga tagapagkaloob na nasa network upang makatanggap ng medikal na pangangalaga.
- Gamitin ang mga parmasyang nasa network namin kabilang ang serbisyo ng parmasyang naghahtid sa bahay upang kunin ang inyong mga inireresetang gamot.
- Kung na-ospital kayo sa araw na magtatapos ang membership ninyo sa Blue Shield TotalDual Plan, sasaklawin ng aming plano ang inyong pananatili sa ospital hanggang sa ma-discharge kayo. Mangyayari ito kahit na magsimula ang inyong bagong saklaw sa kalusugan bago kayo ma-discharge.

E. Iba pang mga sitwasyon sa pagtapos ng inyong pagiging miyembro sa aming plano

Ito ang mga kaso na kung saan kailangan naming tapusin ang inyong membership sa aming plano:

- Kung mayroong paghinto sa inyong saklaw sa Medicare Part A at Medicare Part B.
- Kung hindi na kayo kwalipikado para sa Medi-Cal. Ang aming plano ay para sa mga taong kwalipikado para sa parehong Medicare at Medi-Cal. Tandaan: kung hindi na kayo kuwalipikado para sa Medi-Cal maaari kayong pansamantalang magpatuloy sa aming plano na may mga benepisyo ng Medicare, mangyaring tingnan ang impormasyon sa ibaba tungkol sa panahon ng pagtukoy.
 - Ang mga benepisyaryo ng Medicare na nagpatala sa Blue Shield TotalDual Plan ay dapat maging kwalipikado para sa parehong Medicare Part A at Part B at Medi-Cal (Medicaid). Kung hindi na kayo karapat-dapat para sa Medi-Cal (Medicaid), aabisuhan namin kayo tungkol sa pagkawala ng katayuan ng Medi-Cal (Medicaid) at patuloy naming sasaklawin ang inyong mga benepisyo sa Medicare hanggang sa magawa ninyong muling maging kwalipikado para sa Medi-Cal (Medicaid) sa loob ng susunod na 6 na buwan pagkatapos ng abiso ng pagkawala ng katayuan ng mga espesyal na pangangailangan. Maaari kayong makakita ng pagtaas ng mga gastusing mula sa sariling bulsa (coinsurance, copay, premium, o deductible) sa loob ng 6 na buwan na kayo ay nasa plan pa rin ngunit walang saklaw ng Medi-Cal.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 309



- Pinapalawak namin ang pagkakataong lumipat sa isa sa aming mga non-HMO D-SNP na plano. Ang non-HMO D-SNP plano ay inaalok sa mga benepisyaryo na may karapatan sa Medicare Part A at Medicare Part B, ngunit walang mga benepisyo ng Medi-Cal (Medicaid). Pinapayagan ng Medicare ang Espesyal na Panahon ng Pagpapatala (Special Enrollment Period o SEP) para sa mga benepisyaryo ng Medicare na hindi na karapat-dapat para sa Medi-Cal (Medicaid).
- Kung hindi kayo muling naging kwalipikado para sa Medi-Cal (Medicaid) o tinanggap ang pagkakataong lumipat sa isang non-HMO D-SNP na plano sa loob ng 6 na buwan pagkatapos ng abiso ng pagkawala ng status ng mga espesyal na pangangailangan, hindi kayo kusang aalisin sa pagkakatala sa Blue Shield TotalDual Plan.
- Kung umalis kayo sa aming lugar ng serbisyo.
- Kung wala kayo sa aming lugar ng serbisyo sa loob ng mahigit sa anim na buwan.
 - Kung lumipat kayo o bumiyahe nang matagal, tumawag sa Customer Service upang malaman kung nasa lugar ng serbisyo ng aming plano ang lugar kung saan kayo lilipat o bibiyahe.
- Kung nakulong kayo para sa isang kriminal na pagkakasala.
- Kung nagsinungaling kayo o hindi ibinigay ang impormasyon tungkol sa ibang insurance na mayroon kayo para sa mga gamot.
- Kung hindi kayo isang mamamayan ng Estados Unidos o hindi legal na naninirahan sa Estados Unidos.
 - Dapat isa kayong mamamayan ng Estados Unidos o legal na nakatira sa Estados Unidos upang maging miyembro ng aming plano.
 - Inaabisuhan kami ng Mga Sentro para sa Serbisyo ng (Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS) kung hindi kayo kwalipikado na manatiling miyembro sa batayang ito.
 - Dapat namin kayong alisin sa pagkakatala kung hindi ninyo matugunan ang kinakailangang ito.

Maaari lang namin kayong paalisin sa aming plano sa mga sumusunod na dahilan kung kukuha muna kami ng pahintulot mula sa Medicare at Medi-Cal:

- Kung sinasadya ninyong bigyan kami ng maling impormasyon habang naka-enroll kayo sa aming plano at naapektuhan ng impormasyong iyon ang inyong pagiging karapat-dapat sa aming plano.
- Kung patuloy kayong kumikilos sa paraang nakakaaabala at ginagawang mahirap para sa amin na makapagbigay ng medikal na pangangalaga para sa inyo at sa iba pang mga miyembro ng aming plano.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 310



- Kung hahayaan ninyong gamitin ng ibang tao ang inyong ID Card ng Miyembro upang makakuha ng pangangalagang medikal. (Maaaring hilingin ng Medicare sa Inspector General na imbestigahan ang inyong kaso kung tatapusin namin ang inyong pagiging miyembro para sa kadahilanang ito.)

F. Mga panuntunan laban sa paghiling sa inyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilang may kaugnayan sa kalusugan

Hindi kami maaaring humiling sa inyo na umalis sa aming plano para sa anumang dahilan na may kaugnayan sa inyong kalusugan. Kung sa tingin ninyo ay hinihiling namin sa inyo na umalis sa aming plano dahil sa isang kadahilanang nauugnay sa kalusugan, **tawagan ang Medicare** sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.

G. Ang inyong karapatang magreklamo kung tinapos namin ang inyong pagiging miyembro sa aming plano

Kung tinapos namin ang pagiging miyembro ninyo sa aming plano, dapat naming sabihin sa inyo ang aming mga dahilan sa sulat para sa pagtapos sa inyong pagiging miyembro. Dapat din naming ipaliwanag kung paano kayo makakapaghain ng karaingan o gumawa ng reklamo tungkol sa aming pasya na tapusin ang pagiging miyembro ninyo. Maaari din kayong sumangguni sa **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa kung paano maghain ng reklamo.

H. Paano makakakuha ng higit pang impormasyon tungkol sa pagtapos ng pagiging miyembro ninyo sa plano

Kung mayroon kayong mga tanong o gusto ng higit pang impormasyon sa pagtapos ng inyong membership, maaari kayong tumawag sa Customer Service sa numero sa ibaba ng pahinang ito.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 311



Kabanata 11: Mga legal na abiso

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga legal na abiso na naaangkop sa inyong pagiging miyembro sa aming plano. Makikita ang mahahalagang termino at ang mga kahulugan ng mga ito na nakaayos ayon sa alpabeto sa huling kabanata ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Talaan ng mga Nilalaman

A. Paunawa tungkol sa mga batas	313
B. Pederal na paunawa tungkol sa hindi pandiskrimina	313
C. Paunawa tungkol sa hindi pandiskrimina para sa Medi-Cal	314
D. Paunawa tungkol sa Medicare bilang ang pangalawang tagabayad at ang Medi-Cal bilang ang pinakahuling tagabayad	315
E. Paunawa tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal sa ari-arian	316
F. Pangangasiwa ng <i>Handbook ng Miyembro</i>	316
G. Kooperasyon ng miyembro	316
H. Pagtatalaga	316
I. Pananagutan ng pinagtatrabahuhan	317
J. Pananagutan ng ahensya ng gobyerno	317
K. Departamento ng Veterans Affairs ng U.S.	317
L. Pagbawi ng sobrang ibinayad	317
M. Kapag ang isang ikatlong partido ang nagdulot ng inyong mga pinsala	317
N. Abiso tungkol sa Pakikilahok sa Pakikipagpalitan ng Impormasyong Pangkalusugan	318
O. Pag-uulat ng Pandaraya, Pag-aaksaya at Pang-aabuso	319



A. Paunawa tungkol sa mga batas

Maraming batas ang nalalapat sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Maaaring makaapekto ang mga batas na ito sa inyong mga karapatan at responsibilidad kahit na ang mga batas ay hindi kasama o ipinaliwanag sa *Handbook ng Miyembro* na ito. Ang mga pangunahing batas na nalalapat ay mga batas pederal at estado tungkol sa mga programa ng Medicare at Medi-Cal. Maaari ding malapat ang iba pang mga batas pederal at batas ng estado.

B. Pederal na paunawa tungkol sa hindi pandiskrimina

Hindi kami nandidiskrimina batay sa lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa isip o pisikal na kapansanan, kalagayan ng kalusugan, karanasan sa pag-claim, medikal na kasaysayan, genetic na impormasyon, ebidensya ng kakayahan na mapa-insure, o heyograpikong lokasyon sa loob ng lugar ng serbisyo. Lahat ng organisasyong nagbibigay ng mga Medicare Advantage plan, tulad ng aming plano, ay dapat na sumunod sa mga pederal na batas laban sa diskriminasyon, kabilang ang Title VI ng Civil Rights Act ng 1964, ang Rehabilitation Act of 1973, ang Age Diskriminasyon Act of 1975, ang Americans with Disabilities Act, Seksyon 1557 ng Affordable Care Act, lahat ng iba pang batas na nalalapat sa mga organisasyon na tumatanggap ng pederal na pondo, at anumang iba pang batas at panuntunan na nalalapat para sa anumang iba pang dahilan.

Kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon o kung mayroon kayong mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na patitikungo:

- Tumawag sa Departamento ng Kalusugan at Serbisyong Pantao, Tanggapan para sa Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Maaaring tumawag ang mga user ng TTY sa 1-800-537-7697. Maaari din kayong pumunta sa www.hhs.gov/ocr para sa higit pang impormasyon.
- Tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan, Department of Health Care Services, Tanggapan para sa Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Maaaring tumawag ang mga user ng TTY sa 711 (Telecommunications Relay Service). Kung naniniwala kayong nakaranas kayo ng pagtatangi at nais ninyong maghain ng karaingan sa diskriminasyon, kontak in ang:
 - Magpadala ng email sa: CivilRights@dhcs.ca.gov
 - Punan ang form sa pagrereklamo o magpadala ng liham sa:
 Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413
 - Ang mga form ng pag-reklamo ay maaaring matagpuan sa:
dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 313



Kung ang inyong hinaing ay tungkol sa diskriminasyon sa programang Medi-Cal, maaari rin kayong maghain ng reklamo sa Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, sa pamamagitan ng tawag, pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- Gamit ang telepono: Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi kayo nakakarinig o nakakapagsalita nang maayos, pakitawagan ang 711 (Telecommunications Relay Service).
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form sa pagrereklamo o magpadala ng liham sa:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

- Ang mga form sa pagrereklamo ay maaaring makuha sa www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- Sa electronic na paraan: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

Kung mayroon kayong kapansanan at kailangan ninyo ng tulong sa pag-access sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o isang provider, tawagan ang Customer Service. Kung mayroon kayong reklamo, gaya ng problema sa access sa wheelchair, makakatulong ang Customer Service.

C. Paunawa tungkol sa hindi pandiskrimina para sa Medi-Cal

Hindi namin kayo idiskrimina o tinatrato nang iba dahil sa inyong lahi, etnisidad, bansang pinagmulan, kulay, relihiyon, kasarian, edad, kapansanan sa pag-iisip o pisikal na kapansanan, kalagayan ng Kalusugan, karanasan sa pag-claim, medikal na kasaysayan, genetic na impormasyon, ebidensya ng kakayahan na mapa-insure, o heyograpikong lokasyon sa loob ng lugar ng serbisyo. Bilang karagdagan pa, hindi kami nandiskrimina nang labag sa batas, nagbubukod ng mga tao, o kakaiba ang pagtrato sa kanila dahil sa kanilang ninuno, kinikilalang pangkat-etniko, kinikilalang kasarian, katayuan sa pag-aasawa, o medikal na kundisyon.

Kung gusto ninyo ng higit pang impormasyon o kung mayroon kayong mga alalahanin tungkol sa diskriminasyon o hindi patas na patitikungo:

- Tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan, Department of Health Care Services, Tanggapan para sa Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Maaaring tumawag ang mga user ng TTY sa 711 (Telecommunications Relay Service). Kung naniniwala kayong nadiskrimina kayo at nais ninyong maghain ng karaingan sa diskriminasyon, makipag-ugnayan sa:
 - Magpadala ng email sa: CivilRights@dhcs.ca.gov

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 314



- Punan ang form sa pagrereklamo o magpadala ng liham sa:

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

- Ang mga form ng pag-reklamo ay maaaring matagpuan sa:
dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

Kung ang inyong hinaing ay tungkol sa diskriminasyon sa programang Medi-Cal, maaari rin kayong maghain ng reklamo sa Department of Health Care Services, Office of Civil Rights, sa pamamagitan ng tawag, pagsulat, o sa elektronikong paraan:

- Gamit ang telepono: Tumawag sa 916-440-7370. Kung hindi kayo nakakarinig o nakakapagsalita nang mabuti, pakitawagan ang 711 (Telecommunications Relay Service).
- Sa pamamagitan ng pagsulat: Punan ang form sa pagrereklamo o magpadala ng liham sa:

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

Ang mga form sa pagrereklamo ay maaaring makuha sa

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- Sa electronic na paraan: Magpadala ng email sa CivilRights@dhcs.ca.gov.

Kung mayroon kayong kapansanan at kailangan ninyo ng tulong sa pag-access sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan o isang provider, tawagan ang Customer Service. Kung mayroon kayong reklamo, gaya ng problema sa access sa wheelchair, makakatulong ang Customer Service.

D. Paunawa tungkol sa Medicare bilang ang pangalawang tagabayad at ang Medi-Cal bilang ang pinakahuling tagabayad

Minsan kinakailangan bayaran muna ng ibang tao ang mga serbisyong ibinibigay namin sa inyo. Halimbawa, kung naaksident kayo sa sasakyan o kung kayo ay nasugatan sa trabaho, kinakailangang magbayad muna ang insurance o Workers Compensation.

May karapatan at pananagutan kaming mangolekta para sa mga sinasaklaw na mga serbisyo ng Medicare kung saan hindi ang Medicare ang unang tagabayad.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 315



Sumusunod kami sa mga batas at regulasyon ng pederal at estado na may kaugnayan sa legal na pananagutan ng mga ikatlong partido para sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan sa mga miyembro. Ginagawa namin ang lahat ng makatwirang hakbang upang matiyak na ang Medi-Cal ang pinakahuling tagabayad.

Dapat na gamitin ng mga miyembro ng Medi-Cal ang lahat ng iba pang saklaw sa kalusugan (other health coverage, OHC) bago ang Medi-Cal kapag maaaring makuha ang kaparehong serbisyo sa ilalim ng inyong saklaw sa kalusugan dahil ang Medi-Cal ang itinuturing na pinakahuling tagabayad. Nangangahulugan ito na sa karamihan ng mga kaso, ang Medi-Cal ang pangalawang tagabayad sa Medicare OHC, na sumasaklaw sa mga pinapayagang gastos na hindi binabayaran ng aming plano o ng iba pang OHC hanggang sa rate ng Medi-Cal.

E. Paunawa tungkol sa pagbawi ng Medi-Cal sa ari-arian

Ang programa ng Medi-Cal ay dapat humingi ng bayad mula sa mga probated estate ng ilang mga namatay na miyembro para sa mga benepisyo ng Medi-Cal na natanggap sa o pagkatapos ng kanilang ika-55 na kaarawan. Kasama sa pagbabayad ang Fee-For-Service at mga bayad sa pinamamahalaang pangangalaga/capitation para sa mga serbisyo ng pasilidad ng pag-aalaga, mga serbisyo sa bahay at komunidad, at mga nauugnay na serbisyo sa ospital at inireresetang gamot na natanggap noong pasyente ang miyembro sa isang pasilidad ng pag-aalaga o tumatanggap ng mga serbisyo sa tahanan at komunidad. Ang pagbabayad ay hindi maaaring lumampas sa halaga ng naka-probate na estado ng isang miyembro.

Upang malaman ang higit pa, pumunta sa website ng pagbawi ng ari-arian ng Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan sa www.dhcs.ca.gov/er o tumawag sa 916-650-0590.

F. Pangangasiwa ng *Handbook ng Miyembro*

Maaari kaming magpatibay ng mga makatuwirang patakarán, pamamaraan, at interpretasyon para isulong ang maayos at mahusay na pangangasiwa ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

G. Kooperasyon ng miyembro

Dapat ninyong kumpletuhin ang anumang mga aplikasyon, form, mga pahayag, release, awtorisasyon, lien form at iba pang dokumento na hinihiling namin sa mga normal na proseso o tulad ng tinukoy sa *Handbook ng Miyembro* na ito.

H. Pagtatalaga

Hindi ninyo maaaring itatalaga ang *Handbook ng Miyembro* na ito o ang alinman sa mga karapatan, interes, claim para sa bayarin, mga benepisyo, o obligasyon na nakasaad dito nang walang nakasulat na paunang pahintulot mula sa amin.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 316



I. Pananagutan ng pinagtatrabahuhan

Para sa anumang mga serbisyo na hinihiling ng batas na ibigay ng isang employer, hindi namin babayaran ang employer, at kapag sinasaklaw namin ang anumang ganoong mga serbisyo maaari naming bawiin ang halaga ng mga serbisyo mula sa employer.

J. Pananagutan ng ahensya ng gobyerno

Para sa anumang mga serbisyo na hinihiling ng batas na ibigay lamang ng o matanggap lamang mula sa isang ahensya ng gobyerno, hindi namin babayaran ang ahensya ng gobyerno, at kapag sinasaklaw namin ang anumang naturang mga serbisyo maaari naming bawiin ang halaga ng mga serbisyo mula sa ahensya ng gobyerno.

K. Departamento ng Veterans Affairs ng U.S.

Para sa anumang mga serbisyo para sa mga kundisyon na hinihiling ng batas na ibigay ng Departamento ng Veterans Affairs, hindi namin babayaran ang Departamento ng Veterans Affairs, at kapag sinasaklaw namin ang anumang naturang mga serbisyo maaari naming bawiin ang halaga ng mga serbisyo mula sa Departamento ng Veterans Affairs.

L. Pagbawi ng sobrang ibinayad

Maaari naming bawiin ang anumang sobrang ibinayad na ginawa namin para sa mga serbisyo mula sa sinumang tumatanggap ng gayong sobrang bayad o mula sa sinumang tao o organisasyong obligadong magbayad para sa mga serbisyo.

M. Kapag ang isang ikatlong partido ang nagdulot ng inyong mga pinsala

Kung nasugatan ka o nagkasakit dahil sa ginawa o pagkukulang ng ibang tao ("ikatlong partido"), ang Blue Shield, ayon sa Mga Serbisyong kailangan bilang resulta ng pinsala, ay magbibigay ng Mga Benepisyo ng Plano at magkakaroon ng pantay na karapatan sa pagsasauli, pag-reimburse o iba pang available na solusyon para mabawi ang mga halagang binayaran ng Blue Shield para sa Mga Serbisyong ibinigay sa inyo mula sa anumang pagbawi (tinukoy sa ibaba) na nakuha ninyo o sa ngalan ninyo, mula sa o sa ngalan ng ikatlong partido na responsable para sa pinsala o karamdaman o mula sa di-insure/kulang na insurance na saklaw para sa motorista.

Ang karapatang ito sa pagsasauli, reimbursement o iba pang available na solusyon ay laban sa anumang pagpapagaling na natanggap ninyo bilang resulta ng pinsala o karamdaman, kabilang ang anumang halagang iginawad sa o natanggap sa pamamagitan ng paghatol ng hukuman, iginawad sa arbitrasyon, kasunduan o anumang iba pang kaayusan, mula sa alinmang ikatlong partido o ikatlong partidong insurer, o mula sa walang insurance o hindi na insured na saklaw ng motorista, na may kaugnayan sa sakit o pinsala (ang "Pagpapagaling"), nang hindi

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 317



isinasaalang-alang kung kayo ay "lubos na napagaling" ng Pagpapagaling. Ang karapatan sa pagsasauli, reimbursement o iba pang available na solusyon ay may kinalaman sa bahaging iyon ng kabuuang Pagbawi na dapat bayaran para sa Mga Benepisyo na binayaran kaugnay ng naturang pinsala o karamdaman, na kinakalkula alinsunod sa California Civil Code Section 3040.

Kinakailangan ninyong:

1. Ipaalam sa Blue Shield nang nakasulat ang anumang aktwal o potensyal na paghahabol o legal na aksyon na inaasahan ninyong iharap o ihaharap laban sa isang third party o ikatlong partido na nagmumula sa mga di-umano'y aksyon o hindi paglalahad na nagdulot ng pinsala o pananakit, kung ang isang paghahabol o legal na aksyon ay naihain na, ang abiso ay dapat ibigay nang hindi lalampas sa 30 araw ng petsa ng paghahain.
2. Sumang-ayon na ganap na makipagtulungan at magsagawa ng anumang mga form o dokumento na kailangan upang ipatupad ang karapatang ito sa pagsasauli, reimbursement o iba pang available na solusyon; at,
3. Sumang-ayon sa sulat na i-reimburse ang Blue Shield para sa Mga Benepisyo na ibinayad ng Blue Shield mula sa anumang Pagbawi kapag nakuha ang Pagbawi mula sa o sa ngalan ng ikatlong partido o ng insurer ng ikatlong partido, o mula sa hindi insured o hindi na insured na saklaw ng motorista; at,
4. Magbigay ng lien na kinakalkula alinsunod sa California Civil Code section 3040. Ang lien ay maaaring isampa sa ikatlong partido, ahente o abogado ng ikatlong partido, o sa hukuman, maliban kung ipinagbabawal ng batas; at,
5. Pana-panahong tumugon sa mga kahilingan ng impormasyon tungkol sa paghahabol laban sa ikatlong partido, at abisuhan ang Blue Shield, sa pamamagitan ng sulat, sa loob ng sampung (10) araw pagkatapos makuha ang anumang Pagbawi.

Ang pagkabigong sumunod sa 1. Hanggang 5., sa itaas ay hindi dapat kumilos sa anumang paraan bilang isang pagwawaksi, pagpapalabas, o pag-alis ng mga karapatan ng Blue Shield.

N. Abiso tungkol sa Pakikilahok sa Pakikipagpalitan ng Impormasyong Pangkalusugan

Lumalahok ang Blue Shield sa Manifest MedEx Health Information Exchange ("HIE") na ginagawang available ang impormasyon ng kalusugan ng mga miyembro nito sa Manifest MedEx para ma-access ng kanilang mga awtorisadong tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan. Ang Manifest MedEx ay isang hiwalay, na non-profit na organisasyon na nagpapanatili ng isang statewide database ng mga elektronikong record ng pasyente na kinabibilangan ng impormasyong pangkalusugan na iniambag ng mga doktor, pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan, mga plano sa serbisyo ng pangangalagang pangkalusugan, at mga kompanya ng insurance sa kalusugan. Ang mga awtorisadong tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan (kabilang ang mga doktor, nurse, at ospital) ay maaaring ligtas na ma-access ang impormasyon ng kalusugan ng kanilang mga pasyente sa pamamagitan ng Manifest MedEx HIE upang suportahan ang pagkakaloob ng ligtas, mataas na kalidad na pangangalaga.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 318



Iginagalang ng Manifest MedEx ang karapatan ng mga Miyembro sa pagkapribado at sumusunod sa mga naaangkop na batas sa pagkapribado ng estado at pederal. Gumagamit ang Manifest MedEx ng mga advanced na sistema ng seguridad at modernong mga diskarte sa pag-encrypt ng data upang protektahan ang privacy ng mga Miyembro at ang seguridad ng kanilang personal na impormasyon.

Ang bawat Miyembro ng Blue Shield ay may karapatang utusan ang Manifest MedEx na huwag ibahagi ang kanilang impormasyon sa kalusugan sa kanilang mga tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan. Bagama't ang pag-opt out sa Manifest MedEx ay maaaring maglimita sa kakayahan ng inyong tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan na mabilis na ma-access ang mahalagang impormasyon sa pangangalagang pangkalusugan tungkol sa inyo, ang insurance sa kalusugan ng isang miyembro o saklaw ng benepisyo ng planong pangkalusugan ay hindi maaapektuhan ng pagpili na mag-opt-out sa Manifest MedEx. Walang doktor o ospital na kalahok sa Manifest MedEx ang tatanggi ng pangangalagang medikal sa isang pasyente na pipiliing hindi lumahok sa Manifest MedEx HIE.

Ang mga miyembrong hindi gustong ipakita ang kanilang impormasyon sa pangangalagang pangkalusugan sa Manifest MedEx ay dapat punan ang online na form sa <https://www.manifestmedex.org/opt-out> o tumawag sa Manifest MedEx sa (888) 510-7142, 7:00 a.m. hanggang 7:00 p.m. PST, Lunes hanggang Biyernes. TTY: 711 para sa may kapansanan sa pandinig.

O. Pag-uulat ng Pandaraya, Pag-aaksaya at Pang-aabuso

Ano ang pandaraya, pag-aaksaya, at pang-aabuso (fraud, waste, and abuse o FWA)?

- Ang **pandaraya** ay sinasadyang maling pangangatawan na maaaring magresulta sa mga hindi awtorisadong gastos sa programa ng pangangalagang pangkalusugan.
- Ang **pag-aaksaya** ay hindi naangkop na paggamit ng mga pondo o mapagkukunan ng pangangalagang pangkalusugan nang walang makatuwirang pangangailangan na gawin ito.
- Ang **pang-aabuso** ay ang nakagawiang pagkilos na hindi naaayon sa maayos na gawaing pang-medikal o pang-negosyo na maaaring direkta o hindi direktang magresulta sa mga hindi kinakailangang gastos sa programa ng pangangalagang pangkalusugan.

Protektahan ang inyong sarili at ang inyong mga benepisyo

- Huwag kailanmang ibibigay ang inyong numero ng Social Security, Medicare o planong pangkalusugan o impormasyon sa bangko sa mga taong hindi ninyo kilala.
- Huwag papayag sa anumang mga pagsusuri sa laboratoryo na hindi iniatas ng inyong doktor.
- Hindi legal na tumanggap ng anumang bagay na may halaga bilang kapalit sa mga medikal na serbisyo.

Alamin ang pandaraya sa genetic na pagsusuri

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon**, pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 319



Ang mga scammer ay lumalapit sa mga hindi pinaghihinalaang nakatala sa mga lokal na health fair, pasilidad ng senior housing, sentro ng komunidad, mga ahensya ng kalusugan sa tahanan, at iba pang mapagkakatiwalaang lokasyon upang magsagawa ng pandaraya sa genetic na pagsusuri. Madaya nilang ipinapangako na babayaran ng Medicare ang pagsusuri, at kailangan niyo lang magbigay ng cheek swab, ID, at impormasyon ng Medicare upang matanggap ang inyong mga resulta ng pagsusuri.

Sa kasamaang palad, ngayon ang mga scammer na ito ay alam ang inyong planong pangkalusugan o numero sa Medicare, at maaari nilang singilin ang Medicare ng libu-libong dolyar para sa mga pagsusuri o kahit na mga serbisyo na hindi ninyo natatanggap. Mayroon din silang personal na genetic na impormasyon.

Upang mag-ulat ng pinaghihinalaang pandaraya, pag-aaksaya, at pang-aabuso, mangyaring makipag-ugnayan sa:

- **Ang hotline ng Medicare laban sa pandaraya ng Blue Shield of California: (855) 331-4894 (TTY: 711)** o sa pamamagitan ng email: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.
- **Medicare sa 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo (ang mga gumagamit ng TTY ay dapat na tumawag sa 1-877-486-2048).



Kabanata 12: Mga kahulugan ng mahahalagang salita

Panimula

Kasama sa kabanatang ito ang mga pangunahing terminong ginamit sa *Handbook ng Miyembro* na ito kasama ang mga kahulugan ng mga ito. Ang mga termino ay nakalista sa alpabetikong pagkakasunud-sunod. Kung hindi ninyo mahanap ang terminong hinahanap ninyo o kung kailangan ninyo ng higit pang impormasyon kaysa sa kabilang sa kahulugan, makipag-ugnayan sa Customer Service.



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

Agarang kailangang pangangalaga: Pangangalagang nakukuha ninyo para sa hindi inaasahang karamdaman, kapinsalaan o kundisyon na hindi isang emergency ngunit nangangailangan kaagad ng pangangalaga. Maaari kayong makakuha ng agarang kailangang pangangalaga mula sa mga wala sa network na provider kapag hindi kayo makakapunta sa kanila dahil hindi ito maaari dahil wala kayong oras, malayo ang inyong lugar o partikular na sitwasyon, o hindi makatuwiran na kumuha ng mga serbisyo mula sa mga nasa network na provider (halimbawa kapag nasa labas kayo ng lugar ng serbisyo ng aming plano at nangangailangan kayo ng agarang medikal na kinakailangang mga serbisyo para sa isang hindi inaasahang kundisyon ngunit hindi isang medikal na emergency).

Ambulatory na surgical center: Isang pasilidad na nagbibigay ng outpatient na operasyon sa mga pasyenteng hindi nangangailangan ng pangangalaga sa ospital at hindi inaasahang nangangailangan ng higit sa 24 na oras ng pangangalaga.

Ang programa ng Medicare sa pag-iwas ng diabetes (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Isang nakabalangkas na programa sa pagbabago ng paggawi sa kalusugan na nagbibigay ng pagsasanay sa pangmatagalang pagbabago sa pagkaing kinakain, nadagdagang pisikal na aktibidad, at mga estratehiya para makayahan ang mga kahirapan ng pagpapanatili ng kawalan ng timbang at malusog na pamumuhay.

Antas ng Catastrophic coverage: Ang yugto sa benepisyo ng gamot sa Medicare Part D na kung saan binabayaran ng aming plano ang lahat ng halaga ng inyong Part D na mga gamot hanggang sa katapusan ng taon. Sisimulan ninyo ang yugtong ito kapag kayo (o ibang mga kwalipikadong partido sa ngalan niyo) ay gumastos na ng \$2,100 para sa mga Part D na sinasaklaw na gamot sa loob ng taon. Wala kayong babayaran.

Antas ng paunang saklaw: Ang yugto bago umabot ang inyong kabuuang gastos sa gamot sa Medicare Part D sa \$2,100. Kabilang dito ang mga halagang binayaran ninyo, kung ano ang binayaran ng aming plano para sa inyo, at ang subsidy ng mababa ang kita. Magsisimula kayo sa antas na ito kapag kinuha ninyo ang inyong unang reseta ng taon. Sa antas na ito, binabayaran namin ang bahagi ng mga gastos sa inyong mga gamot, at babayaran ninyo ang inyong bahagi.

Apela: Isang paraan para tutulan ninyo ang aming aksiyon kung sa inyong palagay ay nagkamali kami. Maaari ninyong hilingin sa amin na baguhin ang isang pasya sa saklaw sa pamamagitan ng paghahain ng apela. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9 ng Handbook ng Miyembro** na ito ang mga apela, kabilang ang kung paano magsagawa ng apela.

Bahagi sa gastusin: Ang bahagi ng gastos sa pangangalagang pangkalusugan na maaaring kailanganin ninyong bayaran bawat buwan bago maging epektibo ang inyong mga benepisyo. Nag-iiba-iba ang halaga ng inyong bahagi sa gastusin depende sa inyong kita at mga mapagkukunan.

Biosimilar: Isang biyolohikong gamot na katulad, ngunit hindi eksaktong kapareho, sa orihinal na biyolohikong produkto. Ang biosimilar ay ligtas at mabisa tulad ng orihinal na produkto. Ang ilang mga biosimilar ay maaaring maging kapalit ng orihinal na biyolohikal na produkto sa parmasya nang hindi nangangailangan ng bagong reseta. (Pumunta sa “Naipagpapalit-palit na Biosimilar”).

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 322



Biyolohikong Produkto: Isang gamot na gawa mula sa natural at may-buhay na mga bagay na tulad ng mga cell ng hayop, mga cell ng halaman, bakterya, o lebadura. Ang mga biyolohikong produkto ay mas kumplikado kung ikukumpara sa iba pang mga gamot at hindi maaaring makopya nang eksakto, kaya ang mga alternatibong anyo ay tinatawag na mga biosimilar. (Tingnan din ang “Orihinal na Biyolohikong Produkto” at “Biosimilar”).

Branded na gamot: Isang gamot na ginawa at ibinibenta ng kumpanyang orihinal na gumawa ng gamot. Mayroong mga parehong sangkap na tulad ng sa mga generic na bersyon ng mga gamot ang mga gamot na may brand. Ang mga generic na gamot ay karaniwang ginagawa at ibinebenta ng ibang mga kumpanya ng gamot at karaniwang hindi maaaring makuha hanggang sa mawalan na nag bisa ang patent para sa branded na gamot.

Coordinator ng pangangalaga: Ang isang pangunahing indibiduwal na nakikipagtulungan sa inyo, sa planong pangkalusugan, at sa inyong mga provider ng pangangalaga upang masiguro na matatanggap ninyo ang pangangalagang kinakailangan ninyo.

Copay: Isang hindi nagbabagong halaga na babayaran ninyo bilang inyong bahagi ng gastos tuwing tumatanggap o kumukuha kayo ng ilang partikular na mga serbisyo o gamot. Halimbawa, maaari kayong magbayad ng \$2 o \$5 para sa isang serbisyo o gamot.

Customer Service: Isang departamento sa aming plano na responsable sa pagsagot sa inyong mga tanong tungkol sa membership, mga benepisyo, karaingan, at apela. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon tungkol sa Serbisyo sa Customer.

Departamento ng mga Serbisyo sa Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Health Care Services, DHCS): Ang departamento ng estado sa California na nangangasiwa sa Programang Medicaid (kilala bilang Medi-Cal).

Disenrollment: Ang proseso ng pagtatapos ng inyong membership sa aming plano. Ang disenrollment ay maaaring boluntaryo (sarili ninyong desisyon) o hindi boluntaryo (hindi ninyo desisyon).

Dual eligible special needs plan (D-SNP): Ang planong pangkalusugan na nagseserbisyo sa mga indibiduwal na kwalipikado para sa kapwa Medicare at Medicaid. Ang aming plano ay isang D-SNP.

Emergency: Isang medikal na emergency kapag kayo, o sinumang tao na may karaniwang kaalaman sa kalusugan at medisina, ay naniniwala na mayroon kayong mga medikal na sintomas na nangangailangan ng kaagad-agad na medikal na atensiyon upang maiwasan ang pagkamatay, pagkawala ng bahagi ng katawan, o pagkawala ng o malubhang kapansanan sa paggana ng katawan (at kung buntis kayo, ang pagkawala ng hindi pa isinisilang na sanggol). Ang mga medikal na sintomas ay maaaring isang karamdaman, kapinsalaan, matinding pananakit, o isang medikal na kundisyon na mabilis na lumalala.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 323



Enrollee sa Medicare-Medi-Cal: Isang tao na kwalipikado sa saklaw ng Medicare at Medicaid. Ang Medicare-Medicaid na enrollee ay tinatawag ding "dobleng kwalipikado na indibiduwal".

Espesyalista: Isang doktor na gumagamot sa ilang partikular na uri ng problema sa pangangalagang pangkalusugan. Halimbawa, ginagamot ng orthopedic surgeon ang mga nabaling buto; ginagamot ng allergist ang mga allergy; at ginagamot ng cardiologist ang mga problema sa puso. Sa kadalasan, mangangailangan ang isang miyembro ng referral mula sa kanyang PCP upang makapagpatingin sa isang espesyalista.

Espesyal na botika: Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman ang higit pa tungkol sa mga espesyal na botika.

Generic na gamot: Isang gamot na inaprubahan ng FDA na gamitin bilang kahalili sa isang branded na gamot. Ang isang generic na gamot ay may parehong mga sangkap na tulad ng sa gamot na may brand. Karaniwang mas mura at kasing-epektibo ito kung ikukumpara sa branded na gamot.

Handbook ng Miyembro at Pagsisiwalat ng Impormasyon: Ang dokumentong ito, kasama ang inyong form para sa pag-enroll at anumang iba pang mga kalakip, o mga rider, na nagpapaliwanag ng inyong saklaw, kung ano ang dapat naming gawin, ang inyong mga karapatan, at kung ano ang dapat ninyong gawin bilang isang miyembro ng aming plano.

Hospice: Isang programa ng pangangalaga at suporta upang matulungan ang mga taong may terminal na prognosis na mamuhay nang komportable. Ang terminal na prognosis ay nangangahulugang ang isang tao na napatunayang may nakamamatay na sakit, ibig sabihin ay mayroong tinatayang haba ng natitirang buhay na 6 buwan o mas maiksi pa.

- Ang isang nakatala na may malubhang karamdaman ay may karapatang pumili ng hospice.
- Ang isang espesyal na sinanay na pangkat ng mga propesyonal at tagapag-alaga ay nagbibigay ng buong pangangalaga para sa tao, kabilang ang pisikal, emosyonal, panlipunan, at espirituwal na mga pangangailangan.
- Kinakailangan kaming magbigay sa inyo ng listahan ng mga provider ng hospice sa inyong heyograpikong lugar.

Hukom ng administratibong batas: Ang Hukom ng Administratibong Batas (Administrative Law Judge, ALJ) ay isang hukom na nakikinig at nagpapasya sa mga kasong may kaugnayan sa mga ahensya ng pamahalaan. Isang hukom na pinag-aaralan ang antas 3 na apela.

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



Independent Medical Review (IMR): Kung tanggihan namin ang inyong kahilingan para sa mga medikal na serbisyo o paggamot, maaari kayong magsagawa ng apela. Kung hindi kayo sumasang-ayon sa aming desisyon at ang inyong problema ay tungkol sa isang serbisyo ng Medi-Cal, kabilang ang mga supply at gamot ng DME, maaari kayong humiling ng IMR sa Department of Managed Health Care ng California. Ang IMR ay isang pagsusuri ng inyong kaso ng mga dalubhasa na hindi bahagi ng aming plano. Kung pabor sa inyo ang desisyon ng IMR, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyo o paggamot na inyong hiniling. Wala kayong babayaran para sa isang IMR.

Independiyenteng organisasyon ng pagsusuri (Independent review organization, IRO): Isang independiyenteng organisasyon na inatasan ng Medicare na suriin ang antas 2 na apela. Hindi ito konektado sa amin at hindi ito isang ahensya ng pamahalaan. Ang organisasyong ito ang magdedesisyon kung ang pasyang ginawa namin ay tama o kung dapat ba itong baguhin. Pinamamahalaan ng Medicare ang trabaho nito. Ang pormal na pangalan ay **Hiwalay na Grupo na Nag-rereview o Independent Review Entity**.

Inpatient: Isang terminong ginagamit kapag pormal kayong na-admit sa ospital para sa mga kasanayang medikal na serbisyo. Kung hindi kayo pormal na na-dmit, maaari pa rin kayong ituring na isang outpatient sa halip na isang inpatient kahit na magdamag kayong nanatili doon.

Integrated D-SNP: Isang plano ng para sa mga kwalipikado sa dalawang pangangalaga para sa mga espesyal na pangangailangan na sumasaklaw sa Medicare at sa karamihan o sa lahat ng serbisyo ng Medicaid sa ilalim ng isang planong pangkalusugan para sa partikular na grupo ng mga indibiduwal na kwalipikado para sa kapwa Medicare at Medicaid. Ang mga indibiduwal na ito ay kilala bilang mga indibiduwal na dobleng karapat-dapat sa buong benepisyo.

Interdisciplinary na Pangkat ng Pangangalaga (ICT o Pangkat ng pangangalaga): Maaaring kabilang sa isang pangkat ng pangangalaga ang mga doktor, nurse, tagapayo o iba pang mga propesyonal sa kalusugan na naroroon upang matulungan kayo na matanggap ang pangangalagang kinakailangan ninyo. Tinutulungan din kayo ng inyong pangkat ng pangangalaga na gumawa ng plano ng pangangalaga.

Kagawaran ng Pinamamahalaang Pangangalagang Pangkalusugan (Department of Managed Health Care, DMHC): Ang departamento ng estado sa California na responsable para sa pamamahala ng karamihan sa mga planong pangkalusugan. Tinutulungan ng DMHC ang mga tao sa mga apela at reklamo tungkol sa mga serbisyo ng Medi-Cal. Nagsasagawa rin ang DMHC ng mga Independent Medical Review (IMR).

Kalusugan ng Pag-uugali: Tumutukoy sa ating emosyonal, sikolohikal, at panlipunang kagalingan. Sa mas simpleng mga termino: Ito ay tungkol sa kung ano ang iniisip natin, nararamdaman natin, at kung paano tayo nakikipag-ugnayan sa iba. Isang pangkalahatang termino na tumutukoy sa kalusugan ng isip at mga serbisyong kaugnay sa pagtugon sa sakit na dulot ng paggamit ng nakapipipinsalang sangkap.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 325



Karagdagang Tulong: Programa ng Medicare na tumutulong sa mga taong may limitadong kita at mapagkukunan ng tulong upang mabawasan ang gastos sa Medicare Part D na gamot, tulad ng mga premium, deductible, at copay. Ang Karagdagang Tulong ay tinatawag ding “Low-Income Subsidy,” o “LIS.”

Karaingan: Isang reklamong ginawa ninyo tungkol sa amin o sa isa sa aming mga nasa network na provider o botika. Kabilang dito ang isang reklamo tungkol sa kalidad ng inyong pangangalaga o kalidad ng serbisyong ibinibigay ng inyong planong pangkalusugan.

Katulong sa kalusugan sa tahanan: Isang taong nagbibigay ng mga serbisyong hindi nangangailangan ng mga kasanayan ng isang lisensyadong nurse o therapist, gaya ng tulong sa personal na pangangalaga (tulad ng pagligo, paggamit ng banyo, pagbibihis, o pagsasagawa ng mga iniatas na ehersisyo). Ang mga katulong sa kalusugan sa tahanan ay walang lisensya sa nursing o kaya lisensiya para makapagbigay ng therapy.

Konseho ng mga Apela sa Medicare (Konseho): Isang konseho na nag-rereview ng antas 4 na apela. Ang Konseho ay bahagi ng Pederal na gobyerno.

Listahan ng mga Covered na Gamot (Listahan ng Gamot): Isang listahan ng mga reseta at over-the-counter (OTC) na gamot na sinasaklaw namin. Pinipili namin ang mga gamot sa listahang ito sa tulong ng mga doktor at pharmacist. Sinasabi sa inyo ng *Listahan ng Gamot* kung mayroong anumang mga panuntunang kailangan ninyong sundin upang makuha ang inyong mga gamot. Ang *Listahan ng Gamot* ay minsang tinatawag din na “formulary”.

Lugar ng serbisyo: Isang heograpikong lugar na kung saan tinatanggap ng planong pangkalusugan ang mga miyembro kung nililimitahan nito ang pagiging miyembro batay sa kung saan nakatira ang mga tao. Para sa mga planong nililimitahan kung sinong mga doktor at aling mga hospital ang maaari ninyong gamitin, sa pangkalahatan ito rin ang lugar kung saan maaari kayong makatanggap ng mga karaniwang (hindi emergency) serbisyo. Ang mga tao lamang na nakatira sa aming lugar ng serbisyo ang maaaring mag-enroll sa aming plano.

Mali/hindi naaangkop na pagsingil: Isang sitwasyon na kung saan sinisingil kayo ng provider (tulad ng isang doktor o ospital) nang higit pa sa halaga ng aming pagbabahagi ng gastos para sa mga serbisyo. Tawagan ang Customer Service kung makatanggap kayo ng anumang pagsingil na hindi ninyo naiintindihan.

Matibay na kagamitang medikal (Durable medical equipment, DME): Mga ilang bagay na ino-order ng inyong doktor para magamit sa sarili ninyong tahanan. Ang mga halimbawa ng mga bagay na ito ay mga wheelchair, saklay, powered mattress system, mga supply para sa diabetes, mga kama sa ospital na in-order ng tagapagkaloob para gamitin sa bahay, mga IV infusion pump, speech generating device, mga oxygen equipment at supply, mga nebulizer, at mga walker.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 326



Medicare: Ang pederal na programa ng insurance sa kalusugan para sa mga tao na 65 taong gulang o mas matanda pa, mga ilang indibidwal na wala pang 65 taong gulang na may partikular na kapansanan, at mga taong may end-stage na sakit sa bato (sa karaniwan ay yung mga may permanenteng pagpalya ng bato na nangangailangan ng dialysis o pag-transplant ng bato). Maaaring makuha ng mga taong may Medicare ang saklaw sa kalusugan ng Medicare sa pamamagitan ng Original Medicare o pinamamahalaang plano sa pangangalaga (tingnan ang "Planong pangkalusugan").

Medicare Advantage: Ang programa ng Medicare, na kilala rin bilang "Medicare Part C" o "MA", na naghahandog ng mga MA na plano sa pamamagitan ng mga pribadong kumpanya. Binabayaran ng Medicare ang mga kumpanyang ito upang saklawin ang inyong mga benepisyo sa Medicare.

Medi-Cal: Ito ang pangalan ng programa ng Medicaid ng California. Ang Medi-Cal ay pinamamahalaan ng estado at binabayaran ng estado at ng pederal na pamahalaan.

- Tinutulungan nito ang mga taong may limitadong mga kita at mapagkukunan na bayaran ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta at gastusing medikal.
- Sinasaklaw nito ang mga karagdagang serbisyo at ilang gamot na hindi sinasaklaw ng Medicare.
- Ang mga programa ng Medicaid ay nag-iiba sa bawat estado, ngunit karamihan sa mga gastos sa pangangalagang pangkalusugan ay sinasaklaw kung kayo ay kwalipikado para sa parehong Medicare at Medi-Cal.

Medi-Medi Plan: Ang Medi-Medi Plan ay isang uri ng Medicare Advantage plan. Ito ay para sa mga taong may kapwa Medicare at Medi-Cal, at ipinagsasama nito ang mga benepisyo ng Medicare at Medi-Cal sa isang plano. Isinasayos ng Medi-Medi Plans ang lahat ng benepisyo at serbisyo sa parehong programa, kasama ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Medicare at Medi-Cal.

Medicaid (o Medikal na Tulong): Programang pinatatakbo ng pederal na gobyerno at ng estado na tumutulong sa mga taong limitado ang kita at mapagkukunan ng tulong na makapagbayad para sa mga pangmatagalang serbisyo at suporta at mga medikal na gastos. Ang Medi-Cal ay ang programang Medicaid ng Estado ng California.

Medikal na kinakailangan: Inilalarawan nito ang mga serbisyo, supply, o gamot na kailangan ninyo upang maiwasan, ma-diagnose, o magamot ang isang medikal na kundisyon o upang mapanatili ang inyong kasalukuyang kalagayan ng kalusugan. Kabilang dito ang pangangalaga na pumipigil sa inyong pumunta sa isang ospital o pasilidad ng pag-aalaga. Nangangahulugan din na natutugunan ng mga serbisyo, supply o gamot ang mga kinikilalang pamantayan ng medikal na kasanayan.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 327



Mga aktibidad sa pang-araw-araw na pamumuhay (Activities of daily living, ADL): Ang mga bagay na ginagawa ng mga tao sa isang normal na araw, tulad ng pagkain, paggamit ng banyo, pagbibihis, paliligo, o pagsipilyo ng ngipin.

Mga gastusing mula sa sariling bulsa: Ang mga iniaatas ng pagbabahagi ng gastos para sa mga miyembro upang magbayad para sa bahagi ng mga serbisyo o gamot na tinatanggap nila ay tinatawag ding iniaatas na gastusing “mula sa sariling bulsa”. Tingnan ang kahulugan ng “pagbabahagi ng gastos” sa itaas.

Mga Ibinukod na Serbisyo: Mga serbisyong hindi sinasaklaw ng planong pangkalusugan na ito.

Mga limitasyon sa dami: Isang limitasyon sa dami ng gamot na maaari ninyong matanggap. Maaari naming limitahan ang dami ng gamot na sasaklawin namin para sa bawat reseta.

Mga Medicare Part D na gamot: Ang mga gamot na sinasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Partikular na ibinukod ng Kongreso ang ilang kategorya ng mga gamot mula sa pagkakasaklaw sa ilalim ng Medicare Part D. Maaaring saklawin ng Medicaid ang ilan sa mga gamot na ito.

Mga over-the-counter (OTC) na gamot: Ang mga over-the-counter na gamot ay mga gamot o medisina na mabibili ng isang tao nang walang reseta mula sa isang propesyonal sa pangangalagang pangkalusugan.

Part A: 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.”

Mga plano ng Medi-Cal: Mga planong sumasaklaw lamang sa mga benepisyo ng Medi-Cal, tulad ng mga pangmatagalang serbisyo at suporta, kagamitang medikal, at transportasyon. Ang mga benepisyo ng Medicare magkakahiwalay.

Mga pangmatagalang serbisyo at suporta (Long-term services and supports, LTSS): Nakakatulong ang mga pangmatagalang serbisyo at suporta na mapabuti ang pangmatagalang medikal na kundisyon. Karamihan sa mga serbisyong ito ay tumutulong sa inyo na manatili sa inyong tahanan upang hindi na ninyo kailangang pumunta sa isang pasilidad ng pag-aalaga o ospital. Kasama sa LTSS na saklaw ng aming plano ang Mga Serbisyong Nasa Komunidad para sa Mga Adult (Community-Based Adult Services, CBAS), na kilala rin bilang pangangalagang pangkalusugan para sa panahon ng pagiging adult, Mga Pasilidad ng



Pag-aalaga (Nursing Facilities, NF), at Mga Suporta sa Komunidad. Ang mga programang IHSS at 1915(c) na waiver ay Medi-Cal LTSS na ibinibigay sa labas ng aming plano.

Mga Pansuportang Serbisyo sa Loob ng Bahay (In Home Supportive Services, IHSS): Tumutulong ang IHSS Program na mabayaran ang mga naka-enroll na provider ng pangangalaga para sa mga serbisyong ibinibigay sa inyo upang mananatili kayong ligtas sa sarili ninyong tahanan. Ang IHSS ay isang alternatibo sa pangangalaga sa labas ng tahanan, tulad ng mga tahanan ng pag-aalaga o pasilidad ng lupon at pangangalaga. Upang makatanggap ng mga serbisyo, isinasagawa ang pagtatasa upang matukoy kung aling mga uri ng serbisyo ang maaaring pahintulutan para sa bawat kalahok batay sa kanilang mga pangangailangan. Ang mga uri ng serbisyong maaaring pahintulutan sa pamamagitan ng IHSS ay paglilinis ng bahay, paghahanda ng pagkain, paglalaba, pamimili ng grocery, mga serbisyo ng personal na pangangalaga (tulad ng pangangalaga sa bituka at pantog, paliligo, mga serbisyo ng pag-aayos ng sarili at paramedical), pagsama sa mga medikal na appointment, at pangangasiwang nagbibigay ng proteksyon para sa may kapansanan sa pag-iisip. Ang mga ahensiya ng serbisyong panlipunan ng county ang nangangasiwa ng IHSS.

Mga Part D na gamot: Sumangguni sa "Medicare Part D na mga gamot."

Mga Prosthetics at Orthotics: Mga medikal na kagamitan na inorder ng inyong doktor o iba pang provider ng pangangalagang pangkalusugan na kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, mga brace sa braso, likod, at leeg; artipisyal na paa; artipisyal na mata; at mga device na kailangan upang mapalitan ang isang panloob na parte ng katawan o ang paggana nito, kabilang ang mga ostomy na supply at enteral at parenteral na nutrition therapy.

Mga saklaw na gamot: Ang terminong ginagamit namin para sa lahat ng inirereseta at over-the-counter (OTC) na gamot na sinasaklaw ng aming plano.

Mga saklaw na serbisyo: Ang pangkalahatang termino na ginagamit namin upang tukuyin ang lahat ng pangangalagang pangkalusugan, pangmatagalang mga serbisyo at suporta, mga supply, mga inirereseta at over-the-counter na gamot, kagamitan, at iba pang mga serbisyong sinasaklaw ng aming plano.

Mga sensitibong serbisyo: Mga serbisyong may kinalaman sa kalusugan ng isip o kalusugan ng pag-uugali, sekswal at reproductive na kalusugan, pagpapalano ng pamilya, mga impeksiyon na naipapasa sa pamamagitan ng pagtatalik (sexually transmitted infections o mga STI), HIV/AIDS, sekswal na pag-atake at pagpapalaglag, sakit dulot ng paggamit ng nakapipinsalang sangkap, pangangalaga sa pagpapatunay ng kasarian, at pang-aabuso ng kapareha.

Mga Sentro para sa mga Serbisyo ng Medicare at Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Ang pederal na ahensiyang responsable sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano makipag-ugnayan sa CMS.

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



Mga Serbisyong nasa Komunidad para sa mga Nasa Hustong Gulang

(Community-based adult services, CBAS): Isang outpatient na programa ng serbisyo sa isang pasilidad na naghahatid ng sanay na pag-aalaga, mga serbisyong panlipunan, mga occupational at speech therapy, personal na pangangalaga, pagsasanay at suporta sa pamilya/caregiver, mga serbisyo sa nutrisyon, transportasyon, at iba pang mga serbisyo sa mga kwalipikadong miyembro na nakatutugon sa mga angkop na pamantayan sa pagiging kwalipikado.

Mga serbisyong saklaw ng Medicare: Ang mga serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B. Ang lahat ng planong pangkalusugan ng Medicare, kasama ang aming plano, ay dapat na saklawin ang lahat ng serbisyong sinasaklaw ng Medicare Part A at Medicare Part B.

Mga serbisyo ng rehabilitasyon: Paggamot na matatanggap ninyo upang makatulong sa pagpapagaling mula sa isang karamdaman, aksidente, o malaking operasyon. Sumangguni sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito upang malaman ang higit pa tungkol sa mga serbisyo ng rehabilitasyon.

Mga tier ng gamot: Mga grupo ng gamot sa aming *Listahan ng Gamot*. Ang mga generic, branded, o over-the-counter (OTC) na gamot ay mga halimbawa ng mga tier ng gamot. Ang bawat gamot sa *Listahan ng Gamot* ay nasa isa sa limang tier.

Miyembro (miyembro ng aming plano, o miyembro ng plano): Isang indibiduwal na may Medicare at Medi-Cal na kwalipikadong makatanggap ng mga saklaw na serbisyo, na nag-enroll sa aming plano, at ang enrollment ay kumpirmado ng Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) at ng estado.

Naipagpapalit-palit na Biosimilar: Isang biosimilar na maaaring palitan sa botika nang hindi nangangailangan ng bagong reseta dahil natutugunan nito ang mga karagdagang pangangailangan tungkol sa posibleng kusang pagpapalit. Ang kusang pagpapalit sa botika ay sumasailalim sa batas ng estado.

Nasa network na provider: Ang “Provider” ay ang pangkalahatang terminong ginagamit namin para sa mga doktor, nurse, at iba pang nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo at pangangalaga. Kasama rin sa termino ang mga ospital, ahensya ng kalusugan sa tahanan, klinika, at iba pang lugar na nagbibigay sa inyo ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan, kagamitang medikal, at mga pangmatagalang serbisyo at suporta.

- Sila ay lisensiyado at sertipikado ng Medicare at ng estado upang makapagbigay ng mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan.
- Tinatawag namin silang "mga nasa network na provider" kapag sumang-ayon silang makipagtulungan sa aming planong pangkalusugan, tinanggap ang aming bayad, at hindi naniningil ng karagdagang halaga sa mga miyembro.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 330



- Habang kayo ay miyembro ng aming plano, dapat ninyong gamitin ang mga provider na nasa network upang makakuha ng mga saklaw na serbisyo. Ang mga tagapagkaloob na nasa network ay tinatawag ding “mga tagapagkaloob ng plano”.

Nursing home o pasilidad ng pangangalaga: Isang pasilidad na nagbibigay ng pangangalaga para sa mga taong hindi kayang tumanggap ng pangangalaga sa kanilang bahay ngunit hindi kailangang ma-ospital.

Ombudsman: Isang tanggapan sa inyong estado na nagsisilbi bilang tagapagtaguyod ninyo. Maaari nilang sagutin ang mga tanong kung mayroon kayong problema o reklamo at maaari kayong matulongang maintindihan kung ano ang gagawin. Libre ang mga serbisyo ng ombudsman. Makakahanap kayo ng higit pang impormasyon sa **Kabanata 2 at 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Original Medicare (tradisyonal na Medicare o may bayad para sa serbisyo ng Medicare): Ang gobyerno ay naghahandog ng Original Medicare. Sa ilalim ng Original Medicare, ang mga serbisyo ay sinasaklaw sa pamamagitan ng pagbabayad sa mga doktor, ospital, at iba pang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan ng halaga na itinatakda ng Kongreso.

- Maaari kayong magpatingin sa sinumang doktor, ospital, o iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan na tumatanggap ng Medicare. May dalawang bahagi ang Orihinal na Medicare: Medicare Part A (insurance sa ospital) at Medicare Part B (medikal na insurance).
- Available ang Orihinal na Medicare kahit saan sa Estados Unidos.
- Kung ayaw ninyong sumali sa aming plano, maaari ninyong piliin ang Original Medicare.

Orihinal na Biyolohikong Produkto: Isang biyolohikong produkto na inaprubahan ng FDA at nagsisilbing paghahambing para sa mga manufacturer na gumagawa ng biosimilar na bersyon. Tinatawag din itong sanggunian na produkto.

Pagbabahagi ng gastos: Ang halagang kailangan ninyong bayaran kapag nakatanggap kayo ng ilang partikular na serbisyo o mga gamot. Kabilang sa pagbabahagi ng gastos ang mga copay.

Pagbubukod: Pahintulot na makakuha ng saklaw para sa isang gamot na hindi karaniwang sinasaklaw o para gamitin ang gamot nang walang ilang partikular na panuntunan at limitasyon.

Pagdinig ng Estado: Kung hihilingin ng inyong doktor o iba pang mga provider ang serbisyo ng Medi-Cal na hindi namin aaprubahan, o hindi namin ipagpapatuloy ang pagbabayad sa serbisyo ng Medi-Cal na mayroon na kayo, maaari kayong humiling ng isang Pagdinig ng Estado. Kung pabor sa inyo ang pasya ng Pagdinig ng Estado, dapat naming ibigay sa inyo ang serbisyong hinihiling ninyo.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 331



Pagpapasya sa saklaw: Isang desisyong tungkol kung anong mga benepisyo ang sasaklawin namin. Kabilang dito ang mga desisyon tungkol sa mga saklaw na gamot at serbisyo o ang halagang binabayaran namin para sa inyong mga serbisyong pangkalusugan. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano humiling sa amin ng pagpapasya sa saklaw.

Pagsasanay para sa kultural na kakayahan: Pagsasanay na nagbibigay ng karagdagang pagtuturo sa aming mga provider ng pangangalagang pangkalusugan na tumutulong sa kanila na mas mabuting maunawaan ang inyong karanasan, mga pinahahalagahan, at mga paniniwala upang maiangkop ang mga serbisyo para matugunan ang inyong mga pangangailangan sa lipunan, kultura, at wika.

Pagtatasa sa panganib sa kalusugan (Health risk assessment, HRA): Isang pagsusuri ng inyong medikal na kasaysayan at kasalukuyang kundisyon. Ginagamit ito upang malaman ang tungkol sa inyong kalusugan at kung paano ito maaaring magbago sa hinaharap.

Pagtukoy ng organisasyon: Ang aming plano ay gumagawa ng pagtukoy ng organisasyon kapag kami, o isa sa aming mga provider, ay nagpasya kung ang mga serbisyo ay sakop o kung magkaano ang babayaran ninyo para sa mga saklaw na serbisyo. Ang mga pagtukoy ng organisasyon ay tinatawag na “mga pagpapasya sa saklaw”. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 9** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga pagpapasya sa saklaw.

Pangangasiwa sa Therapy na Paggamot (Medication Therapy Management, MTM): Isang programa ng Medicare Part D para sa mga kumplikadong pangangailangan sa kalusugan na ibinibigay sa mga taong nakatutugon sa ilang partikular na kinakailangan o nasa isang Programang Pamamahala sa Gamot. Karaniwang kasama sa mga serbisyo ng MTM ang pakikipagtalakayan sa isang pharmacist o provider ng pangangalagang pangkalusugan upang suriin ang mga gamot. Sumangguni sa **Kabanata 5** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa higit pang impormasyon.

Pangangalaga sa Pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF): Mga sanay na pag-aalaga at mga serbisyo ng rehabilitasyon na ibinibigay nang tuluy-tuloy at araw-araw, sa isang pasilidad ng sanay na pag-aalaga. Kasama sa mga halimbawa ng pangangalaga sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga ay ang physical therapy o mga intravenous (IV) na iniksyon na maaaring ibigay ng isang rehistradong nurse o doktor.

Pasilidad ng sanay na pag-aalaga (skilled nursing facility, SNF): Isang pasilidad ng pag-aalaga na may mga empleyado at kagamitan upang makapagbigay ng sanay na pag-aalaga at, sa karamihan ng kaso, mga serbisyo sa rehabilitasyon mula sa may kasanayan at iba pang nauugnay na mga serbisyo sa kalusugan.



Personal na impormasyong pangkalusugan (tinatawag ding Protektadong Impormasyong Pangkalusugan) (Protected Health Information, PHI):

Impormasyon tungkol sa inyo at sa inyong kalusugan, tulad ng inyong pangalan, address, social security number, pagbisita sa doktor, at medikal na talaan. Tingnan ang aming Abiso sa mga Kasanayan sa Pagkapribado para sa higit pang impormasyon kung paano namin pinoprotektahan, ginagamit, at isinisiwalat ang inyong PHI, at pati na rin ang inyong mga karapatan na kaugnay sa inyong PHI.

Planong pangkalusugan: Isang organisasyong binubuo ng mga doktor, ospital, botika, provider ng pangmatagalang serbisyo, at iba pang mga provider. Mayroon din itong mga coordinator ng pangangalaga upang tulungan kayong imonitor ang lahat ng inyong provider at serbisyo. Nagtutulong silang lahat upang makapagbigay ng pangangalaga na inyong kinakailangan.

Plano sa Pangangalaga para sa Indibidwal (Individualized Care Plan, ICP o Plano ng Pangangalaga):

Isang plano para sa mga serbisyong matatanggap 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 pangmatagalang mga serbisyo at suporta.

Pang-emergency na pangangalaga: Ang mga saklaw na serbisyo na ibinibigay ng isang sinanay na provider upang makapagbigay ng mga pang-emergency na serbisyo at kailangan para gamutin ang isang medikal na emergency o emergency ng kalusugan ng pag-uugali.

Pangkat ng pangangalaga: Sumangguni sa "Interdisciplinary na Pangkat ng Pangangalaga."

Medicare Part A: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa karamihan ng medikal na kinakailangang pangangalaga sa ospital, sa pasilidad ng sanay na pag-aalaga, sa pangangalagang pangkalusugan sa bahay, at sa hospice.

Medicare Part B: Ang programa ng Medicare na sumasaklaw sa mga serbisyo (tulad ng mga pagsusuri sa laboratoryo, operasyon, at pagpapatingin sa doktor) at mga supply (tulad ng mga wheelchair at walker) na medikal na kinakailangan upang gamutin ang isang karamdaman o kundisyon. Sinasaklaw din ng Medicare Part B ang maraming serbisyo sa ukol sa pag-iwas ng pagkakasakit at ng screening.

Medicare Part C: Ang programa ng Medicare, na kilala rin bilang "Medicare Advantage" o "MA", na nagbibigay-daan sa mga pribadong kumpanya ng insurance sa kalusugan na makapagbigay ng mga benepisyo ng Medicare sa pamamagitan ng MA Plan.

Medicare Part D: Ang programa ng benepisyo sa gamot ng Medicare. Tinatawag naming "Part D" ang programang ito nang maikli. Sinasaklaw ng Medicare Part D ang mga outpatient na gamot, mga bakuna, at ilang mga supply na hindi saklaw ng Medicare Part A o Medicare Part B o Medicaid. Kasama sa aming plano ang Medicare Part D.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare). 333



Pasilidad ng Kumprehensibong Rehabilitasyon ng Outpatient (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Isang pasilidad na pangunahing nagbibigay ng mga serbisyo ng rehabilitasyon pagkatapos ng pagkakasakit, aksidente o malaking operasyon. Nagbibigay ito ng iba't ibang serbisyo, kabilang ang physical therapy, mga serbisyong panlipunan o psychological na serbisyo, respiratory therapy, occupational therapy, speech therapy at mga serbisyo ng pagsusuri sa kapaligiran ng bahay.

Paunang pahintulot (Prior authorization, PA): Ang pag-apruba na dapat ninyong kunin mula sa amin bago kayo makatanggap ng isang partikular na serbisyo o gamot o gumamit ng isang wala sa network na provider. Maaaring hindi saklawin ng aming plano ang serbisyo o gamot kung hindi muna kayo kukuha ng pag-apruba.

Sinasaklaw lamang ng aming plano ang ilang serbisyong medikal sa network kung ang inyong doktor o iba pang tagapagkaloob sa network ay kumuha ng PA mula sa amin.

- Ang mga saklaw na serbisyo na nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa **Kabanata 4** ng *Handbook ng Miyembro* na ito.

Sinasaklaw lamang ng aming plano ang ilang gamot kung kumuha kayo ng PA mula sa amin.

- Ang mga saklaw na gamot na nangangailangan ng PA ng aming plano ay minarkahan sa *Listahan ng Mga Saklaw na Gamot* at ang mga panuntunan ay nai-post sa aming website.

Pharmacy na nasa network: Isang botika (tindahan ng gamot) na sumang-ayong punan ang mga reseta para sa mga miyembro ng aming plano. Tinatawag namin silang "mga parmasyang nasa network" dahil pumayag silang makipagtulungan sa aming plano. Sa karamihan ng kaso, sinasaklaw lamang namin ang inyong mga reseta kapag pinunan ito mula sa isang botikang bahagi ng aming network.

Programang Pagpapayo at Adbokasya sa Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): Isang programang nagbibigay ng libre at walang kinikilingang impormasyon at pagpapayo tungkol sa Medicare. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito kung paano makipag-ugnayan sa HICAP.

Plano ng pangangalaga: Sumangguni sa "Plano ng Pangangalaga para sa Indibiduwal."

Preventive na Serbisyo: Pangangalagang pangkalusugan upang maiwasan ang pagkakasakit o matuklasan ang karamdaman sa maagang yugto, kapag malamang na pinakamahasag na gagana ang paggamot (halimbawa, kasama sa mga serbisyong pang-iwas sa sakit ang mga Pap test, iniksyon para sa trangkaso, at mammogram na screening).

Programang tulong para sa gamot ng AIDS (AIDS drug assistance program, ADAP): Isang programa na tumutulong sa mga karapat-dapat na indibiduwal na may HIV/AIDS na magkaroon ng nakapagliligtas-buhay na mga gamot sa HIV.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 334



Programa ng Paghahatid sa Bahay: May ilang mga plano na maaaring naghahandog ng programa ng paghahatid sa bahay para makatanggap kayo ng hanggang sa 3 buwang supply ng saklaw na inireresetang gamot na direktang ipapadala sa inyong tahanan. Maaaring isa itong mura at maginhawang paraan upang mapunan ang mga reseta na regular ninyong kinukuha.

Bilang miyembro ng plano, babayaran niyo lang ang mga halaga ng cost-sharing ng aming plano kapag nakatanggap kayo ng mga serbisyong sinasaklaw namin. **Hindi** namin pinapayagan ang mga provider na singilin kayo ng higit sa halagang ito.

Programa sa pamamahala ng gamot (Drug management program, DMP): Isang programa na tumutulong upang masigurong ligtas na ginagamit ng mga miyembro ang mga inireresetang opioid at iba pang na madalas na inaabusong mga gamot.

Programa ng Pangangalaga na Lahat ay Kasama para sa mga Matatanda (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Isang programa na magkasamang sinasaklaw ang mga benepisyo ng Medicare at Medicaid para sa mga 55 taong gulang o mas matanda pa na nangangailangan ng mas mataas na antas ng pangangalaga upang manirahan sa bahay.

Provider ng pangunahing pangangalaga (Primary care provider, PCP): Ang doktor o iba pang provider na una ninyong kinukunsulta para sa karamihan ng inyong problema sa kalusugan. Sinisiguro nilang natatanggap ninyo ang pangangalagang inyong kinakailangan para manatiling malusog.

- Maaari rin silang makipag-usap sa ibang mga doktor at tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan tungkol sa inyong pangangalaga at i-refer ka sa kanila.
- Sa karamihan sa mga planong pangkalusugan ng Medicare, dapat ninyong gamitin ang inyong pangunahing tagapagkaloob ng pangangalaga bago kayo magpatingin sa sinumang iba pang tagapagkaloob ng pangangalagang pangkalusugan.
- Sumangguni sa **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa pagtanggap ng pangangalaga mula sa mga provider ng pangunahing pangangalaga.

Quality improvement organization (QIO): Isang grupo ng mga doktor at iba pang mga dalubhasa sa pangangalagang pangkalusugan na tumutulong na paghusayin ang kalidad ng pangangalaga para sa mga taong may Medicare. Binabayaran sila ng pederal na pamahalaan ang QIO upang suriin at paghusayin ang pangangalagang ibinibigay sa mga pasyente. Sumangguni sa **Kabanata 2** ng *Handbook ng Miyembro* na ito para sa impormasyon tungkol sa QIO.

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 335



Rate ng pang-araw-araw na pagbabahagi ng gastos: Isang rate na maaaring ilapat kapag nagreseta ang inyong doktor ng mas mababang dami kaysa sa isang buwang supply ng ilang partikular na gamot para sa inyo at kailangan ninyong magbayad ng copay. Ang pang-araw-araw na rate ng pagbabahagi ng gastos ay ang copay na hinati ng dami ng mga araw sa isang buwang supply.

Narito ang isang halimbawa: Sabihin nating ang copay para sa inyong gamot na buong pang-isang buwang supply (isang 30 araw na supply) ay \$1.35. Nangangahulugan ito na ang halagang babayaran ninyo para sa inyong gamot ay mas mababa sa \$0.05 bawat araw. Kung kumuha kayo ng 7-araw na supply ng gamot, ang inyong babayaran ay mas mababa sa \$0.05 bawat araw na mi-nultiply ng 7 araw, para sa kabuuang bayad na mas mababa sa \$0.35.

Referral: Ang referral ay ang pag-apruba namin o ng inyong provider ng pangunahing pangangalaga (primary care provider, PCP) na gumamit ng isang provider na kaiba pa sa inyong PCP. Kung hindi muna kayo kukuha ng pag-apruba, maaaring hindi namin sasaklawin ang mga serbisyo. Hindi ninyo kailangan ng referral para gumamit ng ilang mga espesyalista, gaya ng mga espesyalista sa kalusugan ng kababaihan. Makakahanap kayo ng higit pang impormasyon tungkol sa mga referral sa **Kabanata 3 at 4 ng Handbook ng Miyembro** na ito.

Reklamo: Isang nakasulat o binigkas na pahayag na nagsasabing mayroon kayong problema o alalahanin sa mga sinasaklaw na serbisyo o pangangalaga para sa inyo. Kabilang dito ang anumang alalahanin tungkol sa kalidad ng serbisyo, kalidad ng inyong pangangalaga, aming mga tagapagkaloob na nasa network, o aming mga parmasya na nasa network. Ang pormal na pangalan para sa "pagrereklamo" ay "paghahain ng karaingan".

Step therapy: Isang panuntunan sa saklaw na kung saan kinakailangan ninyong subukin muna ang ibang gamot bago namin saklawin ang gamot na hinihiling ninyo.

Supplemental Security Income (SSI): Isang buwanang benepisyong ibinabayad ng Social Security sa mga taong limitado ang kita at mapagkukunan ng tulong na mayroong kapansanan, bulag, o 65 taong gulang o mas matanda pa. Ang SSI na mga benepisyo ay hindi kapareho ng mga benepisyo sa Social Security.

Tier ng pagbabahagi ng gastos: Isang grupo ng mga gamot na may magkakaparehong copay. Ang bawat gamot sa *Listahan ng mga Sinasaklaw na Gamot* (na kilala rin bilang ang *Listahan ng Gamot*) ay nasa isa sa limang mga tier ng pagbabahagi ng gastos. Sa pangkalahatan, kung mas mataas ang tier ng pagbabahagi ng gastos, mas malaki ang inyong gastos para sa gamot.

Tool sa Kasalukuyang Benepisyo: Isang portal o computer application na kung saan maaaring mahanap ng mga naka-enroll ang kumpleto, tumpak, napapanahon, klinikal na naaangkop, partikular na gamot na saklaw para sa naka-enroll at impormasyon tungkol sa benepisyo. Kabilang dito ang mga halaga ng bahaging gastos, mga alternatibong gamot na

Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring tumawag sa Blue Shield TotalDual Plan sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag. **Para sa higit pang impormasyon,** pumunta sa blueshieldca.com/medicare. 336



maaaring gamitin para sa parehong kundisyon sa kalusugan bilang isang ibinibigay na gamot, at mga limitasyon sa saklaw (paunang awtorisasyon, step therapy, mga limitasyon sa dami) na nalalapat sa mga alternatibong gamot.

Tulong sa mababa ang kita (Low-income subsidy, LIS): Sumangguni sa “Karagdagang Tulong”

Wala sa network na pharmacy: Isang botika na hindi sumang-ayon na makipagtulungan sa aming plano na makipag-coordinate o magbigay ng mga saklaw na gamot sa mga miyembro ng aming plano. Hindi sinasaklaw ng aming plano ang karamihan sa mga gamot na nakukuha ninyo mula sa mga parmasya na wala sa network maliban na lamang kung may nalalapat na ilang partikular na kundisyon.

Wala sa network na provider o Wala sa network na pasilidad: Isang provider o pasilidad na hindi empleyado, pagmamay-ari, o pinapatakbo ng aming plano at wala sa ilalim ng kontrata upang makapagbigay ng mga saklaw na serbisyo sa mga miyembro ng aming plano. Ipinapaliwanag ng **Kabanata 3** ng *Handbook ng Miyembro* na ito ang mga wala sa network na provider o pasilidad.



Serbisyo sa Customer ng Blue Shield TotalDual Plan

TUMAWAG SA	1-800-452-4413 Libre ang mga tawag sa numerong ito. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo. Ang Customer Service ay mayroon ding libreng mga serbisyo ng interpreter ng wika na available para sa mga taong hindi nagsasalita ng Ingles.
TTY	711 Ang numerong ito ay nangangailangan ng espesyal na kagamitan sa telepono at para lang sa mga taong may mga problema sa pandinig o pagsasalita. Libre ang mga tawag sa numerong ito. 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m. PT, pitong araw sa isang linggo.
FAX	(877) 251-6671
SUMULAT	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
WEBSITE	blueshieldca.com/medicare





blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555